

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 14 DECEMBRE 2021

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 14 DECEMBER 2021

Namiddag

Le développement des questions commence à 14 h 54. La réunion est présidée par M. Thierry Warmoes.
De behandeling van de vragen vangt aan om 14.54 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

Le **président**: Chers collègues, M Delizée m'a contacté pour poser sa question avant les autres. Personne n'y voit d'objection? (*Non*)

01 Question de Jean-Marc Delizée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pérennité financière des petits hôpitaux ruraux" (55022396C)

01 Vraag van Jean-Marc Delizée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het financiële overleven van de kleine landelijke ziekenhuizen" (55022396C)

01.01 Jean-Marc Delizée (PS): *Monsieur le Ministre, comme le mentionnait la dernière étude MAHA, "la situation financière des hôpitaux belges était déjà préoccupante avant la crise du coronavirus. Cette fragilité financière les empêche aujourd'hui de faire face aux conséquences budgétaires de la Covid-19. Des réformes structurelles de leur financement semblent donc incontournables pour préserver leur bon fonctionnement".*

En comparaison des hôpitaux urbains, les hôpitaux ruraux font face à une difficulté supplémentaire: la faible densité de population et le sous-financement qui en découle, notamment pour les soins intensifs et les urgences. Ces "petits" hôpitaux accueillent une population comparativement plus isolée, plus âgée et moins mobile que la moyenne nationale. Pourtant, face au vieillissement de la population et face à une pandémie mondiale, l'importance de ces "petits" hôpitaux s'est avérée cruciale.

Le Centre de santé des Fagnes à Chimay fait ainsi face à un triple déficit chronique: déficit du SMUR, des soins intensifs et des urgences. En 2019, les déficits cumulés de ces trois services s'élevaient à 1,5 millions d'euros. Selon les projections, cette situation va mener le Centre de Santé des Fagnes à la faillite dans les trois ans.

La cause est structurelle: la faible densité de la population locale (56 habitants/km²) et en conséquence, un faible nombre de prises en charge quotidiennes pour chacun de ces services, ainsi qu'un coût élevé en personnel, en fonction des normes à respecter, pour garantir ces services indispensables à la population.

Par ailleurs, le financement dépendant aujourd'hui en grande partie du nombre d'admissions et d'actes médicaux posés, les hôpitaux ruraux en subissent directement les conséquences.

Dans ce contexte, Monsieur le Ministre, j'aimerais vous poser les questions suivantes:

- Pourriez-vous m'indiquer où en est la réforme du financement hospitalier attendue depuis de longues années maintenant? Un calendrier a-t-il été fixé dans ce cadre? Les critères géographiques et de densité de population seront-ils bien pris en considération dans le cadre de la future réforme?

- Une révision du financement à l'acte vers un financement plus forfaitaire est-il envisagé dans ce cadre afin de ne plus baser le financement uniquement sur le volume d'activités d'un hôpital?

- La question des honoraires de disponibilités du weekend ainsi que des honoraire de disponibilité de nuit pour les jours de semaine feront-ils l'objet d'une réflexion dans ce cadre?

Je vous remercie.

01.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, pour une fois, je ne critiquerai pas le fait que l'on se réfère au texte d'une question, parce que je connais un peu le débat qui préoccupe M. Delizée.

Certaines mesures ont déjà été prises, en tenant compte des difficultés auxquelles pourraient être confrontés les établissements hospitaliers de plus petite taille. Ainsi, les dérogations géographiques, auxquelles a droit le Centre de santé des Fagnes à Chimay, ont été accordées par la Région wallonne en vue d'assurer le financement d'un nombre minimum de lits justifiés, respectivement de dix pour la maternité et de quinze pour la pédiatrie.

Pour ce qui concerne les urgences, l'article 46, § 3, b) de l'arrêté royal du 25 avril 2002 prévoit que si l'hôpital est agréé, soit pour la fonction de première prise en charge des urgences, soit pour la fonction soins urgents spécialisés, un minimum de quinze points par hôpital est assuré pour une seule des deux fonctions. De plus, si cet hôpital remplit des conditions liées à sa situation géographique et à sa taille, à savoir se situer à au moins 25 km d'un autre hôpital disposant d'une fonction agréée soins urgents spécialisés et disposer au maximum de 200 lits agréés, ce nombre de points est porté à trente. Le Centre de santé des Fagnes de Chimay bénéficie de ces dérogations, de par sa spécificité d'hôpital isolé géographiquement de moins de 200 lits.

Il me semble également opportun de rappeler que l'article 125 de la loi sur les hôpitaux prévoit que le déficit de l'hôpital public doit être supporté par les pouvoirs publics subordonnés. Cependant, je suis sensible aux difficultés que peut rencontrer le Centre de santé des Fagnes de Chimay. Les mesures qui sont actuellement mises en œuvre au travers de la réforme du paysage hospitalier doivent pouvoir répondre à une partie de ces difficultés. En effet, l'instauration de la mise en réseau des hôpitaux initiée par mon prédécesseur doit permettre au Centre de santé des Fagnes, par le biais d'une collaboration avec un ou plusieurs établissements hospitaliers issus du même réseau, de renforcer ou de regrouper les activités en fonction des besoins, tout en garantissant le maintien et/ou l'amélioration de la qualité des soins, et ce au travers d'une organisation plus rationnelle de l'offre de soins.

Je ne peux qu'encourager les établissements hospitaliers et plus particulièrement le Centre de santé des Fagnes de Chimay à mettre en œuvre rapidement ces collaborations en matière de soins. La viabilité des petits hôpitaux doit donc peut-être faire l'objet d'une attention spécifique dans le cadre d'une réflexion plus globale au sujet d'un financement au niveau d'un réseau.

Pour répondre à votre demande que les honoraires médicaux aux urgences soient moins financés en fonction des activités ou de la taille de l'hôpital et plus via un forfait de permanence, je peux vous dire que cette question sera analysée dans le cadre de la réforme de la nomenclature. De plus, la base légale pour étendre les honoraires de permanence est reprise dans la loi dispositions diverses qui vient d'être discutée en commission.

01.03 Jean-Marc Delizée (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Le problème ne date pas d'hier. Vous le connaissez bien, pour y avoir déjà été confronté dans une vie antérieure. Aujourd'hui, ce problème est récurrent et est d'une grande acuité.

Certes, des mesures ont déjà été prises, lesquelles octroyaient des dérogations pour le financement de certaines prestations ou de certains services. Mais force est de constater que c'est insuffisant.

En réalité, l'addition des déficits du SMUR, des soins intensifs et des urgences plombe actuellement les finances de l'intercommunale et les met complètement dans le rouge, ce qui résulte dans une demande d'aide à court terme.

Je continuerai de creuser le sujet avec vous afin de voir si d'autres éléments peuvent intervenir. J'entends

bien que la révision du paysage hospitalier, qui est une réforme plus globale avec beaucoup d'implications, peut permettre, comme vous l'avez dit, "une attention spécifique" pour les petits hôpitaux ruraux. Celui de la région de Chimay en est un. Il y en a sans doute d'autres dans le pays. Étant donné le nombre de prestations, ils ont des coûts énormes par rapport aux recettes.

Par ailleurs, je vous demanderai d'être attentif également à la situation à très court terme. Ces hôpitaux s'inscrivent aussi dans cette politique de réseaux qui est promue. Il y a un partenariat avec le CHU de Charleroi. Mais il n'empêche que les problèmes sont là dans l'immédiat.

J'espère que nous pourrons dans les temps à venir encore étudier le sujet, monsieur le ministre, et espérons-le, apporter des solutions pour un petit hôpital rural, dont les pouvoirs locaux sont quatre petites communes aux finances peu florissantes. Ce n'est pas simple.

Monsieur le président, monsieur le ministre, chers collègues, je vous remercie pour votre bienveillance.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Actualiteitsdebat over de uitgestelde zorg en toegevoegde vragen van

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitstel van niet-dringende zorg" (55023028C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitgestelde zorg" (55023048C)

- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het regelgevend kader voor het uitstel van zorg en behandelingen in de ziekenhuizen wegens COVID-19" (55023162C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitstel van niet-levensnoodzakelijke zorg" (55023164C)

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het niet benutten van ic-bedden door personeelstekorten" (55022828C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maatregelen voor de uitbreiding van de ziekenhuiscapaciteit" (55023158C)

02 Débat d'actualité sur le report de soins et questions jointes de

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le report de soins non urgents" (55023028C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le report de soins" (55023048C)

- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cadre réglementaire du report des soins et traitements dans les hôpitaux à cause du covid" (55023162C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le report de soins non vitaux" (55023164C)

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture de lits de soins intensifs par manque de personnel" (55022828C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures pour augmenter la capacité hospitalière" (55023158C)

02.01 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik wil inderdaad graag nog eens inpikken op het thema van de uitgestelde zorg.

Mijnheer de minister, u weet dat ik doorheen de verschillende golven al mijn bekommernis over het thema heb geuit. Er is vandaag nog steeds uitgestelde zorg. Er is eerder een rapport gepubliceerd van Zorgnet-Icuro. Ik heb u daarover ook aangesproken tijdens de bespreking van de beleidsnota. In dat rapport werd toen vastgesteld dat nog zeker twee tot drie jaar nodig zullen zijn om de uitgestelde zorg in te halen. Vandaag zijn er nieuwe studies gepubliceerd, waarin wordt gesproken van vier tot vijf jaar.

Ik had graag met u gesproken over de vraag op welke manier wij de problematiek willen organiseren op lange termijn. Ik had daarom enkele vragen.

Hebt u een beeld van het aantal behandelingen dat op dit moment wordt uitgesteld? Over welke type behandelingen gaat het voornamelijk? Zijn er terugkomende, specifieke behandelingen die de voorrang

krijgen op uitstel?

Bent u bezig met een prioriteitenlijst voor de heropstart van de reguliere zorg? Welke patiënten zullen daarbij voorrang krijgen?

Op het terrein zijn daarover ook heel veel vragen. Het betreft immers ethische vraagstukken. Wie krijgt voorrang en wanneer? Ik had graag uw visie daarover gehoord, teneinde een beter beeld van de problematiek te krijgen.

02.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik sluit mij aan bij de vragen van mevrouw Farih en heb ook een aantal grote bezorgdheden over de uitgestelde zorg.

Mijn eerste zorg betreft de kankerdiagnoses, waarover we al vaker gesproken hebben. Onlangs heeft *The Guardian* een rapport gepubliceerd van het MacMillan Institute, waarin heel duidelijk wordt gesteld dat het aantal diagnoses van stadium 4 van borstkanker met 48 % is gestegen in een aantal maanden waarin de covidgolf piekte. Stadium 4 betekent een veel minder goede prognose dan stadium 1. Er zijn echter minder diagnoses van borstkanker in stadium 1. Dat rapport bevestigt de stelling die ik hier al vaker heb uitgesproken, namelijk dat mensen zich voor preventieve behandelingen of onderzoeksbehandelingen minder snel tot de arts wensen, zeker als het om oncologische aspecten gaat. Dat baart ons heel grote zorgen.

Mijnheer de minister, hebt u een concreet plan dat u de Kamer zult voorleggen, om ervoor te zorgen dat patiënten zich laten screenen? Patiënten zouden zelfs als zij niets voelen naar de arts moeten gaan. De oncologen hebben in die zin een oproep gedaan, maar daarop heb ik u nog niet horen antwoorden.

Een tweede bezorgdheid betreft de mensen die thuis zitten en op een bepaalde behandeling of ingreep wachten, waardoor zij een uitkering mislopen. Bij de eerste golven heeft de regering ervoor gezorgd dat die mensen geen inkomensverlies leden. Zal dat ook nu, in de vierde golf, gebeuren?

Een derde bezorgdheid betreft de btw-circulaire, waarvan nu eindelijk toch een klein deel gepubliceerd is. Wie wacht op een ingreep en nog geen btw moest betalen vóór 1 januari, zal dat na januari wel moeten doen. Er geldt een overgangperiode tot juni. Mijnheer de minister, hoe zit het met de behandelingen die niet vóór juni zijn uitgevoerd? Zullen die mensen 20 % extra moeten betalen?

02.03 Caroline Taquin (MR): Depuis le milieu du mois d'octobre, le personnel hospitalier, en particulier, est à nouveau mis sous pression par l'augmentation des contaminations au coronavirus.

Par ailleurs les services de soins intensifs seraient occupés, pour moitié, par des malades de la covid. Si des demandes du Comité HTSC (Hospital & Transport Surge Capacity) ont été formulées aux hôpitaux, celui-ci n'exigerait toutefois pas, semble-t-il, une priorisation des pathologies. La situation est par ailleurs différente entre hôpitaux.

Ma question concerne essentiellement la méthodologie et le cadre des directives et des communications de celles-ci aux établissements hospitaliers. À la suite de l'évolution des contaminations, une circulaire fédérale a été adressée le 30 novembre aux hôpitaux, les obligeant apparemment à reporter les activités non urgentes. Cependant, des institutions hospitalières n'étaient pas en sous-capacité d'accueil de malades de la covid. Il semble d'ailleurs qu'une autre circulaire fédérale a été adressée quelques heures plus tard alors que celle-ci contredisait la première, précédemment envoyée.

Dès lors, de combien de lits USI dispose-t-on à ce jour compte tenu du fait que la capacité de 2 000 lits n'est plus garantie? Considérant la nécessité d'un nombre suffisant de membres du personnel encadrant, ces lits USI et la demande du Comité HTSC, à combien s'élève actuellement l'insuffisance en personnel pour atteindre ces 2 000 lits au sein de nos hôpitaux?

Quel monitoring est-il en place afin de connaître les capacités d'accueil en soins et en soins intensifs pour chaque institution hospitalière du pays, et par qui est-il géré? Quelle circulaire a-t-elle été adressée le 30 novembre et à quels hôpitaux du pays l'a-t-elle été? Y avait-il bien une obligation de report communiquée? Sur quelle base une autre circulaire a-t-elle été communiquée et auprès de quels hôpitaux? Considérant ce constat, jugez-vous nécessaire de réviser la procédure d'envoi de ces directives et les critères fondant ces communications?

02.04 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, à l'instar de mes collègues, je me devais de revenir sur cette directive reçue par les hôpitaux, laquelle visait à faire reporter les soins dits non urgents.

Cela signifie que toutes les thérapies nécessaires à la vie qui sont en cours, qu'il s'agisse de chimiothérapie, de dialyse ou de réadaptation, peuvent être poursuivies. Par contre, les interventions choisies ont été supprimées. Mais il faut être de bon compte, vous avez d'emblée précisé que les hôpitaux qui peuvent offrir des lits pour les patients covid en soins intensifs, qui ont la capacité d'accepter des patients d'autres hôpitaux et qui peuvent encore fournir des soins non urgents à leurs patients, peuvent parfaitement le faire.

Si le pic de la quatrième vague semble derrière nous, comme nous l'espérons, ce report de soins reste malgré tout problématique et reste d'application. Trois éléments ont été déplorés par les hôpitaux tant au moment de la décision qu'aujourd'hui encore.

Le premier est le fait d'apprendre aussi tardivement la projection de débordement des capacités hospitalières alors que pour pouvoir anticiper et gérer au mieux leurs activités, ils avaient demandé à plusieurs reprises à l'Inspection d'hygiène fédérale de pouvoir disposer des résultats de cette modélisation ainsi que de l'occupation réelle des hôpitaux de l'ensemble du pays.

Le deuxième est le fait qu'aucune circulaire n'ait précisé ce qu'il conviendrait d'entendre par soins "urgents et nécessaires".

Troisièmement, ils évoquent la réaffectation demandée du personnel de bloc opératoire et de salle de réveil pour la pleine capacité des soins intensifs de la phase 1B, qui oblige le personnel à majorer l'absentéisme en son sein pour cause de maladie ou, pire, à accélérer le nombre croissant de démissions.

En conséquence, monsieur le ministre voici mes questions.

Comment se fait-il que les demandes de projection demandées par les hôpitaux sur les capacités de lits en soins intensifs soient restées sans réponse? Pourquoi ont-ils appris cette projection de saturation si tardivement?

Est-il exact qu'aucune circulaire ne précise réellement ce que sont les soins "urgents et nécessaires"? Les hôpitaux ont-ils chacun un pouvoir d'appréciation à cet égard?

Avez-vous anticipé les conséquences de la demande de réaffectation demandée au personnel de bloc opératoire et de salle de réveil en matière d'absentéisme ou de démission parmi le personnel soignant?

Avez-vous des projections sur les conséquences de ce report de soins non urgents pour les hôpitaux, mais aussi en particulier pour la santé des patients concernés?

Enfin, même s'il convient d'être extrêmement prudents – on l'a vu vendredi dernier avec l'arrivée de ce variant omicron – sommes-nous aujourd'hui en droit d'espérer la fin de cette phase 1B dans nos hôpitaux dans les prochains jours, voire les prochaines semaines? Je vous remercie.

Le **président**: Il y avait encore une question à ce sujet de M. Rigot, mais il est empêché dans une autre commission. Est-ce qu'il y d'autres membres qui souhaitent poser une question?

02.05 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, j'aurais aimé me joindre au débat d'actualité. Je sais que je n'aurai pas droit à une réplique, mais je pourrais en tout cas poser l'une ou l'autre question au ministre.

Le **président**: Allez-y.

02.06 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, je vous remercie. Afin d'estimer l'impact du coronavirus sur les soins prodigués dans les hôpitaux, le service d'audit hospitalier a justement analysé l'arriéré accumulé dans les soins et le temps de rattrapage.

Parmi les chiffres, ceux concernant justement ces mêmes temps de rattrapage ont de quoi interpellier, puisque selon l'INAMI, pour les prestations chirurgicales essentielles et mixtes, ces temps de rattrapage sont estimés à respectivement 14 mois et 15 mois, et à 4 ans et 7 mois pour les prestations non essentielles.

Dans le même temps, les directions médicales des hôpitaux du réseau hospitalier namurois ont cosigné et adressé un courrier aux autorités sanitaires belges. Elles les alertent sur la gestion de la quatrième vague et sur les choix éthiques qui en découlent. Ce réseau hospitalier namurois demande aux autorités de préciser ce que sont des soins urgents et nécessaires, justement pour ne pas laisser la responsabilité éthique et juridique aux médecins-chefs et aux directions.

Monsieur le ministre, quelles sont aujourd'hui les mesures envisagées pour permettre un rattrapage des soins reportés à cause de la crise? Des soins qui, d'ailleurs, continuent à l'être aujourd'hui.

Des travaux sont-ils en cours dans ce cadre, à la suite notamment de l'analyse effectuée par l'INAMI? Je pense, monsieur le ministre, que même en temps de crise, il importe évidemment de garantir à toutes et tous des soins de qualité, des soins accessibles.

Parmi ses recommandations, d'ailleurs, la commission spéciale sur le covid a demandé que puisse être lancée une analyse concernant le report de soins, mais également que puissent être formulées des lignes directrices claires aux hôpitaux concernant ces reports, et aussi par rapport à ce que couvrent les soins urgents et nécessaires.

Une collaboration entre le KCE, Sciensano et le Comité consultatif de bioéthique devait être envisagée à cette fin. Estimez-vous nécessaire d'émettre des recommandations plus précises envers les hôpitaux et de pouvoir mieux définir ces notions de soins urgents afin de ne pas faire reposer la charge de ces choix sur les seuls hôpitaux? Qu'envisagez-vous à cet égard, monsieur le ministre?

Le **président**: Monsieur Bacquelaine, vous pouvez poser brièvement une autre question, bien que Mme Taquin l'ait déjà fait pour votre groupe.

02.07 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, si vous voulez, je peux la poser tout à l'heure?

Le **président**: Posez brièvement votre question.

02.08 Daniel Bacquelaine (MR): *Monsieur le Ministre, nous avons déjà abordé le sujet du manque de personnel soignant dans les discussions de votre note de politique générale, mais certains points n'ont pas été évoqués. C'est pourquoi je vous adresse cette question.*

Selon les chiffres de Sciensano, un cap a été franchi illustrant la montée en puissance de l'actuelle 4e vague de l'épidémie.

Vous l'avez dit, le seuil « psychologique » des 500 patients souffrant du coronavirus, actuellement pris en charge aux soins intensifs, a été atteint. La Belgique compte 2 000 lits de soins intensifs dont 165 (en date du 16/11) sont hors service en raison d'un déficit de personnel soignant qui est fatigué – en burn out ou malade du coronavirus. Peu d'infrastructures échappent à la pénurie de personnel.

Les hôpitaux sont sous pression et le passage en phase 1B impacte le report de soins. Les universités d'Anvers et d'Hasselt estiment un report de soins d'au moins deux mois encore. Ce qui met en péril la santé publique.

Afin de préserver le système de santé, l'administration d'une troisième dose de rappel au personnel soignant a débuté mi-novembre. Ce qui réduit le risque que les prestataires de soins de santé transmettent le virus à leurs patients. Il est important de limiter autant que possible les absences pour cause de maladie dans ce groupe. C'est pourquoi il a également été décidé d'obliger le personnel soignant à se faire vacciner.

Monsieur le Ministre, mes questions sont les suivantes:

- *Comment éviter que l'obligation vaccinale du personnel soignant n'engendre encore plus de pénurie dans le secteur des soins?*

- *Pouvez-vous nous donner un aperçu des contaminations du personnel par hôpital ainsi que l'absentéisme?*

- *Quelles sont les pistes évoquées pour attirer plus de personnes à se former comme soignant?*

• *Quel est le nombre de reports de soins enregistrés en Belgique dus à la charge de patients covid en hôpital?*

• *Quels sont les moyens pour protéger la saturation des hôpitaux? De nouveaux dispositifs sont-ils à l'étude afin de pouvoir réagir de la meilleure façon dans une telle situation à l'avenir?*

Je vous remercie.

Je voulais simplement demander au ministre quelles mesures il comptait prendre pour mobiliser le personnel contre l'épidémie de covid. En effet, si des lits ferment, ce n'est pas seulement en raison de leur occupation par des malades du covid, mais aussi à cause d'un manque de personnel. Les deux facteurs doivent être étudiés conjointement. Il serait donc utile de disposer d'un aperçu des reports. Quels sont les plus fréquents? Le report de soins, qui reste flou, doit bénéficier d'un état des lieux, car nous ne savons pas toujours de quelle pathologie il s'agit.

Le **président**: Monsieur Bacquelaine, votre question était initialement jointe à une autre de Mme Rohonyi, mais comme elle se trouve à cheval sur notre débat thématique, nous l'y avons jointe.

02.09 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, comme cela a été dit, la tension demeure très forte au sein des hôpitaux où plus de 220 lits sont fermés aujourd'hui en raison d'un manque de personnel soignant pour les encadrer, ce qui est à l'origine de la décision de reporter les soins dit non vitaux. Cette mesure drastique ne répond pas au problème de fond, à savoir le manque de personnel. En effet, vous pouvez continuer à restreindre l'accessibilité aux soins, mais tant qu'une revalorisation à court et à long terme du personnel soignant ne sera pas engagée, la situation restera extrêmement préoccupante. C'est précisément ce qui a poussé Union4U, le syndicat autonome belge des praticiens de l'art infirmier, à lancer un véritable signal de détresse en décriant la dangereuse fragilisation des soins de santé sur le terrain en raison d'un manque de personnel, tout en avançant des pistes très concrètes de solutions, solutions qui figuraient d'ailleurs, lundi dernier, dans une carte blanche adressée par le syndicat dont question au premier ministre.

Monsieur le ministre, quelles mesures concrètes et structurelles prenez-vous pour augmenter la capacité hospitalière de façon immédiate? De quelle manière comptez-vous recruter du personnel? Comptez-vous donner un signal d'apaisement au personnel soignant, en vous montrant, par exemple, ouvert sur la question de la reconnaissance de la pénibilité du métier pour l'accès à la pension, revendication qui ne cesse d'être formulée et pour laquelle ces travailleurs n'ont toujours pas obtenu de réponse.

Par ailleurs, ce matin, vous avez répondu à ma collègue, Catherine Fonck, qui vous demandait pourquoi il n'y avait rien dans la loi-programme au sujet de la revalorisation du métier d'infirmier, en disant qu'une mesure était sur la table concernant la nouvelle classification IFIC. Le problème réside dans le fait que, ce faisant, vous vous focalisez sur les infirmiers spécialisés alors que la revalorisation de la profession d'infirmier est beaucoup plus globale. Pourquoi ne cibler que les infirmiers spécialisés? Cela ne risque-t-il pas de diviser la profession?

Que contient donc cette solution que vous avez évoquée ce matin? Quand peut-on espérer en débattre au Parlement? Enfin, vous pencherez-vous également sur l'élaboration d'une mesure qui est également sollicitée, à savoir un système de réserve d'infirmiers? C'est une solution pour laquelle plaident, avec une certaine constance, les acteurs de terrain.

Le **président**: Monsieur le ministre, je vous donne la parole pour répondre au débat d'actualité et aux deux questions.

02.10 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, je répondrai d'abord de façon intégrée à la première série de questions et je reviendrai ensuite aux questions de M. Bacquelaine et de Mme Rohonyi. Il me semble préférable de procéder de cette manière. Il y aura alors une certaine circularité dans ma réponse.

Chers collègues, je dois insister sur le fait que le Hospital & Transport Surge Capacity Committee (HTSC) est un comité indépendant qui, en vertu de l'article 13 de la loi du 4 novembre 2020 portant diverses mesures sociales à la suite de la pandémie, est autorisé à donner des directives aux hôpitaux. D'ailleurs,

vous vous souviendrez que, dans la législation dont on a discuté vendredi dernier, on a également fait référence à une partie de cette problématique.

Ce comité, qui joue un rôle crucial, est indépendant. Il est présidé par le SPF Santé publique et est composé de représentants des administrations des entités fédérées, de la Défense, des organisations coupoles d'hôpitaux, des associations de médecins chefs et du management infirmier et est complété par des experts, comme le président de l'Association de médecine intensive. Ce comité a été à l'écoute des hôpitaux tout au long des différentes vagues de cette pandémie. Il suit la situation dans les hôpitaux sur une base quotidienne, sept jours sur sept, de l'occupation par les patients covid à l'évaluation du respect par les hôpitaux des recommandations en passant par le nombre de lits fermés.

Pour ce qui concerne le nombre de lits fermés, Mme Rohonyi a évoqué le nombre de 200 lits fermés actuellement. Je crois que c'est plutôt 160. Cela a un peu diminué. Les hôpitaux ont encore fait des efforts supplémentaires pour quand même rouvrir ou maintenir des lits ouverts. Cela demeure toutefois un grand problème.

Tant les hôpitaux que les médecins chefs des hôpitaux sont associés au processus décisionnel au sein de ce comité. Ils participent également à la validation des lettres du comité. Une fois les lettres validées, elles sont transmises aux hôpitaux par les administrations des entités fédérées et publiées sur le site internet du Comité, qui fait partie du site internet du SPF Santé publique. Voilà donc ma réponse à propos du contexte, à propos de l'institution et donc de la participation active, mais aussi à propos de la responsabilité des coupoles d'hôpitaux.

Dans le courrier du 15 novembre 2021, il était indiqué qu'en raison de l'évolution épidémiologique et des modèles de prédiction, un passage à la capacité de la phase 1B – c'est-à-dire 50 % de lits réservés – serait nécessaire avant le 19 novembre. Cependant, le suivi quotidien a démontré que les hôpitaux ne sont pas parvenus à renforcer cette capacité. De plus en plus de lits en soins intensifs ont été fermés alors que les modèles de prévision continuaient à prévoir une hausse.

Dans les discussions au sein du Comité et dans les lettres qui en ont découlé les 30 novembre et 1^{er} décembre 2021, il était très clair pour le Comité que tout choix et tout avis comporterait des perdants, en grand nombre d'ailleurs. Il n'est donc pas juste de dire que les directives de fin novembre sont arrivées trop tard. En effet, il s'agissait d'un ajustement, partant du constat que les objectifs précédents n'avaient pas été atteints.

La suspension planifiable des soins non urgents était une décision difficile mais cette étape fait partie depuis avril 2020 de la stratégie et de la feuille de route à la disposition du plan *Surge Capacity* des hôpitaux. À l'époque, cette décision a été appuyée par un avis demandé au bureau du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

De concrete uitwerking van de noodzakelijke graduele afbouw van reguliere niet-dringende zorg kan niet op generieke wijze centraal bepaald worden, omdat veel lokale factoren daarin een belangrijke rol spelen, zoals de mix van patiënten, de lokale infrastructuur en de beschikbare personeelsomkadering. De hoofdarts heeft daarin dus een centrale en ook moeilijke rol. De hoofdarts dient in consensus en overleg met de betrokken klinici tot een operationele invulling te komen. De prioriteitenlijsten opgesteld in oktober 2020 door de Hoge Raad van artsen-specialisten samen met het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten, kunnen als leidraad gebruikt worden om de klinische prioriteiten in het ziekenhuis te bepalen.

Betreffende de effecten van de beslissingen van 30 november en 1 december moet naar twee parameters gekeken worden, met name het effect op de beschikbare ICU-bedden en het effect op de uitgestelde zorg. Aangaande het effect op de beschikbare ICU-bedden kan worden vermeld dat het aantal gesloten ICU-bedden gedaald is van 228 naar 147 op datum van 9 december. Naast dat gegeven is het ook vermeldenswaardig dat, ook op 9 december, aangegeven werd dat er 85 nieuwe ICU-bedden geopend werden. Op het vlak van capaciteit hebben de raadgevingen dus een gunstig effect gehad.

Aangaande de uitgestelde zorg is de impact natuurlijk veel minder positief. Het moet gezegd worden dat er bij de ziekenhuizen sprake is van een vermindering van normale zorg als een bijkomende belasting door covid het aantal van 350 ICU-bedden overstijgt. Met andere woorden, ons zorgsysteem kan de bijkomende werklast van 350 ICU-covidpatiënten absorberen zonder te moeten inboeten bij andere patiënten, maar eens het aantal van 500 ICU-covidpatiënten bereikt, is er structureel uitstel van zorg. Net daarom is de grens van

500 ICU-covidpatiënten zo belangrijk, want het uitstel van zorg neemt vanaf dan gradueel toe. De beslissingen van 30 november en 1 december van het comité zijn in dat opzicht een formele beslissing van iets waartoe de ziekenhuizen eigenlijk hoegenaamd toch verplicht waren.

Teneinde de impact van covid op de verstrekte zorg in ziekenhuizen in te schatten, voert de dienst audit ziekenhuizen, een samenwerking tussen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het FAGG, op vraag van het comité regelmatig audits uit. De raming van niet-uitgevoerde zorg in de ziekenhuizen tijdens de eerste, tweede en derde golf kan in detail geraadpleegd worden in het rapport, dat gepubliceerd werd op de website van het RIZIV. Ik kom daar dadelijk op terug.

Het team Audit heeft in zijn benadering de prestaties opgedeeld in drie types, namelijk essentiële zorg, niet-essentiële zorg en gemengde zorg. Uitstel van essentiële zorg kan leiden tot substantiële gezondheidsschade voor de patiënt. Uitstel van niet-essentiële zorg leidt tot geen of tot beperkte gezondheidsschade bij de patiënt. Afhankelijk van de context zal uitstel van gemengde zorg dezelfde gevolgen hebben als uitstel van essentiële dan wel niet-essentiële zorg.

Zelfs zonder de bijkomende impact van de vierde golf moeten wij stellen dat het inhalen van uitgestelde essentiële zorg en van gemengde zorg tijd zal vragen. Voor niet-essentiële zorg kan men zeggen dat die voor een deel zichzelf oplost, maar het maakt het niet meer evident dergelijke beslissingen te nemen, omdat die patiënten natuurlijk iets verwachten.

Ik meen dat het belangrijkste is dat wij snel maatregelen nemen om de viruscirculatie in te perken. Dat is de essentie. Ik kom daar dadelijk nog op terug.

Mevrouw Depoorter, eerst wil ik zeggen dat uw vraag voor mij niet duidelijk is. Misschien is er een misverstand. In uw vraag hebt u het over een regeling die zou toelaten dat iemand van wie de operatie uitgesteld wordt, geen gradueel inkomensverlies zou lijden in die periode. Ik vermoed dat u verwijst naar iets wat voor sommige mensen dat effect kan hebben, namelijk dat mensen in primaire arbeidsongeschiktheid een uitkeringsbedrag krijgen dat afgestemd werd op dat van de verhoogde tijdelijke werkloosheid wegens covidovermacht. Die koppeling is bij wet geregeld. Ik ben zo vrij dat de wet-Jan Bertels te noemen. Het is immers een initiatief dat destijds door mijn kabinetschef werd genomen toen hij hier nog Parlements lid was.

Het komt er eigenlijk op neer dat de uitkering in primaire arbeidsongeschiktheid inderdaad beter is, afgestemd op de verhoogde tijdelijke werkloosheid wegens covidovermacht. Als wij de tijdelijke werkloosheid wegens covidovermacht dus verlengen, wordt ook het betere uitkeringsstelsel voor wie in primaire arbeidsongeschiktheid is, verlengd. Dat zal ook het geval zijn als de tijdelijke werkloosheid verlengd wordt in het eerste kwartaal van 2022.

Ik vraag mij af of u dat verwarde. Die maatregel heeft inderdaad het effect dat mensen gedurende een langere periode een betere uitkering krijgen. Als men langer arbeidsongeschikt blijft omdat er zorg wordt uitgesteld, heeft men toch die "financiële troost." Maar uiteindelijk is dat geen echte troost, want die mensen willen gewoon verzorgd worden.

02.11 Kathleen Depoorter (N-VA): De maatregel is toch nog niet verlengd na januari 2022, mijnheer de minister?

02.12 Minister Frank Vandenbroucke: Jawel, dat is gekoppeld aan de verlenging van de tijdelijke werkloosheid. Als we het regime van de tijdelijke werkloosheid invoeren, wordt ook de maatregel automatisch ingevoerd.

02.13 Kathleen Depoorter (N-VA): Maar de maatregel moet nog worden ingevoerd?

02.14 Minister Frank Vandenbroucke: U doet mij nu twijfelen over wanneer de tijdelijke werkloosheid is stilgevallen en wanneer die weer wordt ingevoerd. Ik ga ervan uit dat die vanaf 1 januari weer wordt ingevoerd en dat het regime dan ook automatisch weer in werking treedt.

J'en arrive aux questions de M. Bacquelaïne et de Mme Rohonyi. Je considère le report de soins comme un phénomène pénible, et même tragique, même si certains d'entre eux peuvent être classés comme "non urgents". C'est toujours très mauvais au regard du bien-être du patient - cela ne fait pas débat.

Comme je l'ai indiqué, des analyses ont été menées. Entre le début 2020 et mai 2021, le report de soins essentiels atteignait 5,8 % - c'est vraiment à éviter -; celui des soins mixtes, 6,2 %; et celui des soins non essentiels, 22,8 %. Heureusement, entre les deux premières vagues, nous pouvons noter une très forte tendance au rattrapage des soins. En février et mars 2021, les hôpitaux ont réussi à prester 18 % d'actes essentiels et mixtes supplémentaires et un surcroît de 26 % d'actes non essentiels. En restant prudents dans les estimations et en prenant un mouvement de rattrapage de 10 %, il faudrait sept mois pour récupérer les actes essentiels et mixtes et deux ans et quatre mois pour les non-essentiels. Toutefois, cela ne comptabilise pas encore les reports de soins des troisième et quatrième vagues. Nous nous trouvons donc devant un problème très aigu et fort pénible.

Bien que cela ne soit pas votre propos, et sans chercher à polémiquer avec vous, j'entends parfois des gens affirmer dans les débats relayés médiatiquement qu'il faudrait simplement augmenter la capacité des lits en soins intensifs. En vérité, il y en a déjà beaucoup. Ce n'est pas le problème. Ensuite, et de manière un peu plus polémique, nous n'allons pas conseiller au public de fumer et de ne plus suivre les campagnes anti-tabac, tout en ouvrant des sections d'oncologie supplémentaires et en construisant des hôpitaux pour traiter les cancers. Ce n'est pas une réponse. De même, nous n'allons pas autoriser le non-port de la ceinture de sécurité, tout en augmentant notre capacité en soins intensifs pour des victimes de graves accidents de la route. C'est évidemment un raisonnement qui ne tient pas la route et qui vaut aussi pour le covid - lequel est une maladie sérieuse et qui est loin d'être dépourvue de conséquences. Dès lors, il faut minimaliser le nombre de patients en soi. Je crois qu'on est d'accord à ce sujet. Mais entre-temps, nous avons un problème vraiment très grave.

J'en viens à la formation et à l'offre. En effet, comme vous le savez, le Parlement a créé le Fonds Blouses blanches. En 2019, 1 000 recrutements supplémentaires ont pu être faits grâce au Fonds Blouses blanches. En 2021, selon le rapportage officiel, il y a eu un surplus de 4 500 emplois équivalent temps plein. Nous ne sommes pas tout à fait certains de la qualité de ce rapportage, je l'avoue. Mais supposons qu'il s'agit tout de même d'une indication importante. C'est une augmentation très importante. J'ai déjà donné les chiffres très concrets pour des hôpitaux des alentours. Il s'agit tout de même d'augmentations importantes de leur personnel. Dans une situation de burn-out, de stress et de covid au sein du personnel, nous sommes à nouveau confrontés à une pénurie importante. C'est tout à fait vrai.

Que fait-on? D'abord, une revalorisation des salaires, grâce à l'accord social. C'est un supplément de 5 % de pouvoir d'achat au niveau macro. C'est important, mais comme vous l'avez appris entre-temps, vu que cet accord social se réalise à travers la nouvelle classification de fonctions, il y a des gens qui en bénéficient de manière importante au sein du personnel infirmier. C'est la réponse à votre question, madame Rohonyi. Une infirmière non spécialisée et plutôt jeune, avec peu d'ancienneté, gagne beaucoup avec la nouvelle classification, si l'on compare le barème officiel du secteur avec le barème officiel IFIC. Il se peut que des hôpitaux payaient déjà plus. Si l'on fait la comparaison pour une infirmière généraliste, non spécialisée, en début de carrière, l'augmentation du pouvoir d'achat est importante. Mais il y a d'autres infirmiers, particulièrement ceux qui sont spécialisés et qui ont une ancienneté importante. Ceux-là non seulement ne gagnent rien, mais en outre, ils perdent au change. Il y a vraiment là un problème avec l'IFIC. C'est la raison pour laquelle j'ai demandé au gouvernement un effort budgétaire supplémentaire que je veux concrétiser dans les heures et les jours à venir par une proposition concrète.

Mais il faut poursuivre évidemment la réalisation de l'accord social. J'insiste fortement auprès des partenaires sociaux pour qu'ils accélèrent leurs travaux dans leur groupe de travail "attractivité" sur des mesures qualitatives, des mesures relatives aux conditions de travail, aux formations, etc. qui, à côté de l'augmentation des salaires, sont très importantes. Pour cela, une enveloppe est également définie.

Je pense qu'il importe de travailler sur la formation aussi au niveau des Régions, mais évidemment – je l'avoue – ce n'est pas du long terme, mais du court et moyen terme.

Ce que nous avons voté vendredi, et que nous espérons voir voté en séance plénière avant Noël, c'est la mobilisation, pour le testing et la vaccination, de toute une série de professions de la santé, pas seulement des infirmiers ou des médecins, car il importe de laisser ces derniers œuvrer là où leurs compétences sont particulièrement nécessaires, c'est-à-dire dans les soins, dans les hôpitaux, etc. et pas tellement pour le testing ou pour la vaccination. En tout cas, c'est l'objectif de la législation dont on a discuté ici vendredi.

Je reviens sur mes propos antérieurs: oui, c'est une situation extrêmement difficile! Le personnel souffre, c'est clair! La seule solution radicale, c'est de gérer la pandémie, d'agir de façon précoce, de freiner la

propagation du virus. Et maintenant qu'on a atteint le tournant, le pic, il faut faire baisser les chiffres aussi vite que possible. C'est une évidence!

02.15 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, ik denk dat we het allen met u eens kunnen zijn dat we de crisis vooral moeten kunnen beheersen door de besmettingen te vertragen of zelfs te vermijden. Als we evenwel naar de langere termijn kijken, zullen we niet enkel de risico's moeten wegnemen in ons land, maar ook kansen moeten grijpen om nieuwe zorgmethodes aan de bevolking aan te bieden. We stellen vast dat het systeem vandaag gewoon niet robuust genoeg is om een chronische crisis te doorstaan. Ik wacht dus op een langeretermijnvisie die ervoor kan zorgen dat we in de toekomst niet meer met dezelfde problemen zitten.

Het is heel goed dat er prioriteitenlijsten bestaan, maar ethisch gezien wordt het voor een hoofdarts almaar moeilijker om beslissingen te nemen, zeker als het gaat over langdurig uitstel zoals we dat vandaag kennen. We mogen de psychologische en andere druk op de hoofdartsen niet onderschatten. Als ik het me goed herinner, hebben we in de eerste en tweede golf gewerkt met een systeem van buddy's bij de FOD Volksgezondheid, die de ziekenhuizen begeleidden bij de dispatching van IC-patiënten op nationaal niveau. Zouden we ook geen buddysysteem kunnen opzetten om de hoofdartsen te begeleiden bij de ethische keuzes waar ze vandaag voor staan en hen wat te ondersteunen in hun werk? Nogmaals, de zorg staat onder grote druk en de zorgverleners hebben het psychologisch heel zwaar. We moeten hun op alle mogelijke manieren steun bieden.

Als we toekomstgericht kijken, zullen we meer samenwerking van ziekenhuizen moeten vragen. We hebben een flexibel financieringssysteem nodig dat ook in tijden van crisis werkt. Ik heb er alle begrip voor dat we dat vandaag niet zullen kunnen oplossen, maar toch blijf ik enigszins op mijn honger en wacht ik op meer kansen op de langere termijn die we kunnen grijpen, zodat we niet langer enkel de risicobeperking voor ogen hebben. Ik dank u alvast voor het werk dat u intussen levert.

02.16 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het wel een bijzonder antwoord, zeker als het om de veerkracht van de zorg gaat.

Ik ga ervan uit dat u de problematiek van de uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid zult regelen, want vandaag is er heel veel bezorgdheid bij patiënten die wachten op een ingreep. Zij zijn angstig dat hun uitkering zal verminderen.

02.17 Minister Frank Vandenbroucke: Voor alle duidelijkheid, u mengt twee zaken met elkaar die soms met elkaar te maken kunnen hebben, maar het een is niet het ander.

02.18 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u geeft mij aan dat het een gelinkt is aan het ander, maar u kunt mij geen antwoord geven op de vraag of de patiënt met zekerheid zijn ziekte-uitkering aan het beloofde niveau zal ontvangen.

02.19 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, hoe is het toch mogelijk om hierover zo veel verwarring te strooien? Er bestaat geen regeling van deze aard dat men een bepaald statuut aanhoudt wanneer men wacht op een ingreep en dan nog langer moet wachten. Die regeling is er niet.

Er is een wet – ik weet niet of u die destijds hebt gesteund, het zou interessant zijn om dat eens na te gaan, misschien moeten we dat dadelijk eens doen – die ervoor zorgt dat de uitkering voor primaire arbeidsongeschiktheid beter is. U weet dat waarschijnlijk wel, althans dat hoop ik. De primaire arbeidsongeschiktheid geldt voor het begin van de ziekteperiode. We verbeteren die uitkering in het begin van de ziekteperiode.

02.20 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister,...

02.21 Minister Frank Vandenbroucke: Het zou kunnen zijn dat mensen die om een of andere reden langer ziek blijven daar in die periode baat bij hebben. Deze wetgeving treedt automatisch in werking. Dat hangt samen met het feit dat we een bijzonder, gunstiger regime van tijdelijke werkloosheid creëren. Anders kan men moeilijk uitleggen dat men dat doet. Ik wil u gewoon uitleggen hoe dat in elkaar zit. Ik stel voor dat we eens verifiëren wat u in het verleden over die wet hebt gezegd.

02.22 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik stel voor...

02.23 Minister Frank Vandenbroucke: Ik hoor ook heel graag dat u zegt...

De **voorzitter:** Ik laat de minister verder gaan met zijn betoog. Dan is het aan u, mevrouw Depoorter.

02.24 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, ik hoor ook heel graag dat u ervoor pleit dat we de tijdelijke werkloosheid zo snel mogelijk moeten regelen. Dat zijn niet de geluiden die ik vanuit uw hoek hoor. Ik meen mij zelfs te herinneren dat de N-VA-fractie daarover niet zo enthousiast was in een ander debat, maar het zijn de goeden die zich beteren.

De **voorzitter:** Mijnheer de minister, u hebt uw verduidelijking gegeven. Ik geef het woord opnieuw aan mevrouw Depoorter voor het vervolg van haar repliek. Daar houden wij het dan bij, want anders gaan wij bezig blijven.

02.25 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik krijg wel een minuut extra spreektijd?

Mijnheer de minister, ik zou van u heel graag willen weten of u kan garanderen dat mensen die wachten op een ingreep geen verlies aan uitkering zullen lijden. Ik stel vast dat u heel graag overgaat tot een politiek antwoord, maar dat u mij geen duidelijkheid kan geven. Ik stel u dus de vraag opnieuw. Kan u garanderen dat mensen geen uitkering verliezen omdat zij moeten wachten op een ingreep wegens de uitgestelde zorg? U kan dat niet. Het is dus heel belangrijk om daarop een antwoord op te formuleren.

Ten tweede, mijnheer de minister, ook over de veerkracht van de zorg geeft u een heel politiek antwoord waarin u verwijst naar het IFIC en naar de regio's, maar u komt niet tot de kern van de zaak, u hebt u niets aan de veerkracht van de zorg gedaan. U bent de vierde golf gestart met tien procent handicap aan bedden op de ICU's. U hebt geen werk gemaakt van de buddywerking waar ziekenhuizen zelf werk van hebben gemaakt. Voor de opleiding van verpleegkundigen tot IZ-buddy's, die verschillende ziekenhuizen wel hebben uitgevoerd, hebt u geen kader gecreëerd. U hebt er niet voor gezorgd dat er voldoende verpleegkundigen aan de ICU-bedden stonden. U kan dan wel heel goed filosoferen, maar u hebt nagelaten dat te doen.

Ten slotte, mijnheer de minister, het is hartverwarmend dat u nu pleit voor de wet die u op 1 oktober 2021 vergeten bent te verlengen, namelijk de delegatie van de verpleegkundige taken waardoor andere zorgactoren zullen kunnen testen en vaccineren. De N-VA-fractie heeft u op 27 oktober 2021 gemeld dat u geen werk had gemaakt van die noodwet. Dus nu komt u handen te kort.

02.26 Minister Frank Vandenbroucke: Ach, mevrouw.

02.27 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb ten slotte geen antwoord gekregen op mijn vraag over de btw-regeling voor patiënten die wachten op een ingreep wegens uitgestelde zorg. Zullen zij 21 % extra moeten betalen?

Ik heb voor de zoveelste keer ook geen antwoord gekregen op de vraag wat uw plan is met alle tumoren die vandaag niet worden gediagnosticeerd en in latere stadia worden gediagnosticeerd, waardoor de prognose voor die patiënten heel wat moeilijker is.

Ik zal de vraag opnieuw indienen. Het is dan de zesde keer. Het is echter heel belangrijk dat wij de oncologen die alarm schreeuwen, van antwoord dienen.

02.28 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, pour ma part, je vous remercie, parce que j'ai obtenu réponse à chacune de mes questions, qui étaient plus pratiques et plus techniques. Je ne dirai pas que je suis rassurée, parce que je sais que vous suivez cela de très près. Il faut poursuivre l'effort à titre préventif en ce qui concerne le covid – et nous savons que cet effort est considérable – pour éviter justement qu'il n'y ait des contaminations et éviter le développement de formes graves, qui envoient les patients à l'hôpital.

Vous êtes bien évidemment aussi conscient de la difficulté extrême de ces reports de soins et de leurs conséquences. Je vous sais attentif à la question. Je ne manquerai pas non plus de revenir vers vous au fil des semaines et des mois à venir.

Je cède la parole à mon collègue M. Bacquelaine, qui a posé quelques questions qui méritaient également des précisions.

Le **président**: En principe, la parole est d'abord à Mme Rohonyi. Répliquez pour vos deux questions, madame!

02.29 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. En tout cas, j'entends une volonté, dans votre chef, de tirer les enseignements de cette gestion de crise, à savoir qu'à chaque phase aiguë de la crise – et nous y sommes encore aujourd'hui, puisque nous sommes, ce lundi, à 830 lits de soins intensifs occupés – on reporte les soins, ce qui a des conséquences catastrophiques sur la santé des patients.

Toutefois, je ne suis pas convaincue par la classification que vous avez évoquée, entre soins essentiels, soins mixtes et soins non essentiels dont le report ne pose pas de problème. Parce qu'aujourd'hui, ce qui peut être considéré comme non vital peut devenir vital en raison justement de ce report de soins, d'une absence de dépistage ou d'une opération qui a été sans cesse reportée. Je pense à un cancer qui n'a pas été dépisté à temps, ou encore à une opération du cancer qui permet d'éviter, par exemple, un AVC avec une issue fatale.

Lorsque vous explicitez le chiffre de 28 % durant les deux premières vagues, cela m'inquiète beaucoup, parce que je crains que, justement, à force d'avoir des vagues qui nous obligent à reporter ces soins, cette proportion de soins essentiels reportés ne ferait qu'augmenter.

La solution, comme vous l'avez très justement dit, est double. D'une part, édicter des mesures sanitaires pour diminuer le nombre de patients. Encore faut-il que ces mesures soient cohérentes et efficaces. Nous en parlerons juste après. Il importe aussi d'augmenter les effectifs du personnel soignant afin d'encadrer ces lits en soins intensifs. Comme à l'accoutumée, vous citez ce fameux Fonds blouses blanches. Toutefois, selon les infirmiers, il s'agit ici d'un camouflet, parce que cela ne permet ni de faire revenir le personnel ayant abandonné prématurément la profession ni d'en attirer du nouveau. Ce n'est pas seulement moi qui le dis, monsieur le ministre, puisque ce constat a été objectivé par une étude de Belfius, qui démontre qu'en dépit de ce Fonds, on enregistre seulement 0,5 % d'engagements supplémentaires d'équivalents temps plein. C'est bien la preuve qu'il ne suffit pas d'ouvrir les enveloppes budgétaires pour engranger des résultats. Vous citez aussi l'accord social pour une revalorisation salariale. Or, celle-ci est minime au regard de la période de formation d'infirmiers – passée de trois à quatre ans. De plus, cette revalorisation qui devrait être due à leur éventuelle année de spécialisation sera supprimée.

Je regrette aussi, monsieur le ministre, que vous ne répondiez pas à mes questions relatives à l'IFIC, pas plus qu'à mes interrogations sur la reconnaissance de la pénibilité du métier. J'ai l'impression qu'il s'agit d'un véritable tabou au sein de ce gouvernement. Quid également du système de double réserve, qui me paraît tout de même assez raisonnable et grâce auquel d'anciens infirmiers pourraient être formés en vue de pouvoir être appelés sur une base volontaire en cas de surcharge des services de soins intensifs? De telles mesures permettraient aux infirmiers de postuler et de rester.

Et puis, pour conclure, je me permets de lancer un appel aux collègues de la majorité, qui semblent s'offusquer de la pénurie de soignants, dont tout le pays est aujourd'hui victime. Je me rappelle qu'il y a un an, alors que nous débattions de la proposition de résolution du MR relative aux infirmiers à domicile, j'avais insisté sur la nécessité d'entendre ce secteur. Cette demande d'audition avait été refusée, au motif que le gouvernement agirait au moment opportun. À présent, alors que nous sommes en pleine quatrième vague, dont le pic serait derrière nous, ne serait-il pas plus que temps, chers collègues, d'organiser cette audition du secteur infirmier? Cela permettrait d'objectiver les choses.

Voorzitster: Sofie Merckx.

Présidente: Sofie Merckx.

02.30 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses qui sont claires, me semble-t-il.

Je partage votre point de vue. On a certainement une capacité importante en lits de soins intensifs dans notre pays. Globalement, c'est un des pays d'Europe où le nombre de lits hospitaliers est le plus élevé. Nous avons cette capacité aujourd'hui mais, bien entendu, avec la pandémie que nous connaissons, nous

sommes dans une situation extrêmement tendue, malgré cette capacité importante. Je pense dès lors qu'il serait peut-être utile de définir une stratégie. C'est une opportunité aujourd'hui de définir une stratégie par rapport au recours, au développement plus important de l'hospitalisation de jour et des soins ambulatoires. Dans notre système de soins, il y a souvent un recours au milieu hospitalier qui n'est pas toujours justifié. Dès lors, plutôt que de simplement aller vers une abstention de soins ou de prise en charge, du fait de cet encombrement, de cette saturation hospitalière par les patients covid et aussi du fait de la réticence de certains patients de se rendre dans les hôpitaux qu'on ressent très fort aujourd'hui, peut-être y a-t-il une stratégie à développer pour augmenter encore l'offre en hospitalisation de jour qui permet de moins recourir au personnel, étant donné que les gens ne sont pas là la nuit?

Par ailleurs, de nombreux actes et soins pourraient aujourd'hui être faits en soins ambulatoires avec un encadrement correct. Je crois qu'il y a là vraisemblablement une opportunité à saisir aujourd'hui. Mais, bien entendu, nous devons tout faire pour diminuer le nombre de contaminations - c'est cela la vraie solution - et, dans un second temps, le nombre d'hospitalisations.

La troisième dose est donc vraiment très importante, en particulier pour le personnel soignant, pour faire en sorte qu'il y ait moins de malades du covid au sein du personnel soignant et que la mobilisation puisse être plus forte, même si on se rend parfaitement compte de la surcharge que connaît aujourd'hui l'ensemble du personnel soignant qui fait un travail remarquable et que nous devons soutenir de toutes les façons et par tous les moyens.

La **présidente**: D'autres collègues souhaitent-ils se joindre au débat d'actualité?

02.31 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de berichten ter zake en de studie van het RIZIV doen mij concluderen dat zorguitstel toch een groot probleem is, net zoals het inhalen van uitgestelde zorg. In uw antwoord ontbreekt een plan om die zorg in te halen. Hoe zullen de prioriteiten worden gesteld? Hebt u daar al over nagedacht? Niet-essentiële of zelfs vaak onnuttige operaties werden niet uitgevoerd, maar ook belangrijke operaties zoals hartoperaties en colectomieën werden niet uitgevoerd en kankerdiagnoses niet gesteld op het ogenblik. U komt in uw antwoord niet met een plan hoe dat concreet in onze ziekenhuizen aan te pakken. Dat vind ik vrij verontrustend.

U antwoordt alleen dat we ervoor moeten zorgen dat de besmettingen dalen. Inderdaad, wanneer de besmettingen dalen, is de acute crisis door covid misschien wel voorbij; daar hebben we het nog over. Dan hebben we nog geen antwoord op de vraag hoe de regering door beleid vermijdt dat de besmettingen weer de hoogte in schieten. Hoe zorgen we er dan effectief voor dat de mensen in de zorg volgende golven aankunnen en de reguliere zorg weer kunnen opnemen. Uw antwoord stelt mij niet gerust, mijnheer de minister. Ik verwacht een plan.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 **Actualiteitsdebat over de coronamaatregelen en toegevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronamaatregelen" (55022956C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidmaatregelen in België" (55023031C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronamaatregelen" (55023091C)

- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De besluitvorming in het kader van de strijd tegen het coronavirus" (55023163C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De op de jongste bijeenkomsten van het Overlegcomité genomen coronamaatregelen" (55023168C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe omikronvariant en de maatregelen" (55023336C)

03 **Débat d'actualité sur les mesures contre le coronavirus et questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures contre le coronavirus" (55022956C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures contre le covid en Belgique" (55023031C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les

mesures de lutte contre le coronavirus" (55023091C)

- **Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan décisionnel dans le cadre de la lutte contre le Covid-19" (55023163C)**

- **Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures sanitaires prises lors des derniers Comités de concertation" (55023168C)**

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nouveau variant omicron et les mesures" (55023336C)**

03.01 Nawal Farih (CD&V): Mevrouw de voorzitter, aangezien wij vorige vrijdag een breed actualiteitsdebat hierover hebben gehad en ik al een antwoord kreeg, trek ik mijn vraag nr. 55023031C in.

La **présidente**: Mme Rohonyi posera aussi une question et moi de même.

03.02 Caroline Taquin (MR): Madame la présidente, puis-je prendre la parole?

La **présidente**: Non, il faut attendre. La parole sera d'abord à Mme Depoorter, mais j'attends juste que le ministre retrouve ses documents.

03.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, je répondrai évidemment aux questions posées, mais il faudrait peut-être réfléchir un jour à leur répétition. Nous avons eu, vendredi, un débat sur la situation. Vous me tenez ici, et vous-même aussi, pendant des heures et des heures, et même des jours, en répétant des questions qui ont été posées vendredi. C'est le même débat! Et ce sera encore le même demain!

Je n'ai pas de problème. Vous êtes les maîtres du jeu. Mais en termes de gestion du temps et d'efficacité du débat... Vous pouvez le faire, il n'y a aucun problème. Mais c'est une répétition du débat que nous avons eu vendredi. Ok.

La **présidente**: Je pense que cela a été convenu ainsi hier.

03.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Pas de problème. Je souligne que c'est...

La **présidente**: En même temps, je pense que l'actualité, au bout de quatre jours, a changé; il y a des nouvelles questions, il y a des questions qui ont été introduites aussi après le débat de vendredi. Je pense que le président a fait le tour, hier, des différents groupes à ce sujet et cela a été décidé ainsi.

03.05 Frank Vandenbroucke, ministre: Pas de souci. Mais, allez...

03.06 Sophie Rohonyi (DéFI): M. le président m'avait effectivement posé la question hier de savoir si je tenais à maintenir ma question. J'ai dit que oui, parce que...

03.07 Frank Vandenbroucke, ministre: Vous! Oui, vous.

03.08 Sophie Rohonyi (DéFI): Oui, mais il fallait un consensus, monsieur le ministre. Mais le débat que nous avons eu vendredi dernier, jusqu'à preuve du contraire, devait traiter du variant omicron. Si certains collègues ont voulu refaire l'histoire des Codeco, etc, grand bien leur fasse. Mais il faut bien, à un moment donné, respecter les sujets prévus par les commissions.

Il y a omicron, ce que cela implique, etc. Ma question porte sur les mesures sanitaires qui ont été prises lors des deux derniers Codeco. Vos réponses sont d'autant plus importantes que cela nous permettrait d'avoir des éclaircissements sur ce qui peut nous attendre d'ici au prochain Codeco, annoncé le 22 décembre.

Au regard de tous ces éléments, je pense que ma question méritait d'être posée aujourd'hui.

03.09 Frank Vandenbroucke, ministre: Pas de problème! Je suis un peu surpris, mais pas de problème. Je croyais que mon secrétariat avait convenu avec M. Warmoes, le président, que Mme Rohonyi allait poser sa question, mais qu'il n'y aurait pas répétition, pour l'énième fois, d'un débat général sur la crise covid. Mais j'assume!

Tout ce que je dis, c'est qu'un jour, vous et moi, il faudra se poser la question de si c'est tellement intéressant d'avoir ici... J'ai encore 80 questions, avec énormément de répétitions. J'essaie de répondre. Je réponds. Mais un jour, il faudra se demander si cela vaut la peine.

Moi j'ai le temps, jusque demain matin. Aucun problème. Enfin, j'ai un kern, je vais sortir pour le kern, et je reviens après. Aucun problème. Mais est-ce vraiment très intéressant? Je pose la question, mais je vous la laisse. Vous êtes les maîtres du jeu. Pas de problème!

De **voorzitster**: Mijnheer de minister, volgens mijn informatie is gisteren wel degelijk met verschillende leden en met uw kabinet afgesproken om het actualiteitsdebat wél te houden. De leden hebben ook nieuwe vragen sinds het debat van afgelopen vrijdag. De politiek is ondertussen enorm geëvolueerd. We kunnen niet zeggen dat de politieke situatie dezelfde is als vrijdag.

Volgens mij willen mevrouw Depoorter en mevrouw Vanpeborgh eerst nog kort het woord nemen. Ik stel voor dat we daarna met het debat beginnen.

03.10 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt al vaker aangegeven dat het niet altijd zo interessant is hier in commissie, maar het is onze laatste kans om met u te debatteren over COVID-19 tot volgend jaar. Dan vind ik het de discussie echt niet waard. Wij brengen alternatieven, argumenten en voorstellen aan en wij doen dat al een hele crisis lang en u komt hier nu te zeggen dat dat niet interessant is. Dat vind ik heel jammer.

03.11 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mevrouw de voorzitter, ik wil de zaken zeker niet compliceren, maar ik heb een constructief voorstel. Misschien kunt u de leden die betrokken zijn bij het actualiteitsdebat vragen, wie er effectief nog een vraag wil stellen. Ik kan mij voorstellen dat een aantal vragen actueel is en dat mensen die graag willen stellen, maar er zijn misschien ook leden die zeggen dat het voor hen niet meer hoeft, gelet op het debat van vorige vrijdag, zoals mevrouw Farih aangeeft. Dat is gewoon een constructief voorstel, zodat ook de andere vragen die heel belangrijk zijn, kunnen worden gesteld. Het is belangrijk dat wij daarin vorderen.

De **voorzitster**: Ik stel voor om daarmee te beginnen. Mevrouw Depoorter, u krijgt twee minuten.

03.12 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het zijn geen herhalingen, maar wel vervolgvragen.

Als we omikron te snel af willen zijn, moeten we prikken, prikken, prikken. U bent het met mij eens wat dat betreft. Ik heb u in de plenaire vergadering gevraagd of u een snellere interval zou respecteren voor de reboots. U hebt daarnaar geluisterd en de vraag doorspeeld aan de Hoge Gezondheidsraad. Bent u klaar met een scenario om op te schalen naar 1 miljoen reboots per week, zoals de coronacommissaris in zijn rapport heeft aangegeven?

Een tweede vraag gaat over de kinderen. Ook in dat verband verwacht u heel snel een advies van de Hoge Gezondheidsraad. Hebt u ter voorbereiding van dat advies de opdracht gegeven om de natuurlijke immuniteit bij kinderen te onderzoeken? Tegen wanneer verwacht u daarvan de rapporten? Houdt u in de modellen die u laat maken ter voorbereiding van wat omikron in onze maatschappij teweeg zou kunnen brengen, rekening met die immuniteit?

Wat het testbeleid betreft, professor Van Gucht heeft duidelijk aangegeven dat het testbeleid op vandaag niet is aangepast aan delta, maar zeker ook niet aan omikron. Zijn er plannen om dat testbeleid aan te passen en om ervoor te zorgen dat er bijvoorbeeld via een snelle antigeentest wordt gescreend en dat een positief resultaat wordt doorgegeven aan Sciensano en er meteen een quarantainecertificaat wordt gegeven?

We hebben het met professor Van Gucht ook over de kwaliteitscontrole van de zelftesten gehad. Hebt u daarvoor stappen ondernomen, zodat iedereen zeker kan zijn dat men een kwalitatief correcte test koopt?

De eerste minister heeft gezegd dat België het voorstel van Europa steunt dat het CST maar negen maanden geldig zou zijn. Dat zou ingaan vanaf 1 februari of 1 maart. Voor de skivakantie kan dat belangrijk zijn. Is dat de visie van de regering? Hoe zult u dat oplossen voor wie nog geen reboot op 1 februari of 1 maart kon krijgen?

03.13 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, vous avez fait face à trois Codeco en trois semaines, et on voit les complications que cela implique quand il s'agit d'informer, faire adhérer la population et de lui faire comprendre les mesures prises. Tout cela en devant veiller à donner des perspectives, notamment pour le bien-être et la santé psychique de notre population jeune et moins jeune. Oui, les décisions doivent être cohérentes les unes par rapport aux autres et être communiquées de façon claire et concrète. Après bientôt deux années de pandémie, c'est essentiel. Pourtant, prenons l'exemple du masque! On entend qu'il existe une opposition radicale au port du masque à l'école primaire et finalement, 48 heures plus tard, il est décidé que ce port sera obligatoire. C'est vraiment très néfaste. Les critères de fermeture de classes le sont aussi. Une fois, c'est suite à deux cas par classe, une autre fois, c'est suite à 25 % de contamination de la classe, puis de nouveau à deux cas par classe, et cela à huit jours d'intervalle. Imaginez la mise en pratique et la compréhension sur le terrain!

Les directives aux hôpitaux subissent le même traitement. On vient d'en parler. Les hôpitaux reçoivent une directive puis une nouvelle dans les 48 heures. On sait que les incertitudes scientifiques sont là, mais tout de même. On sait que l'on demande un tableau de bord de gestion de la crise. Je vous ai interrogé à bon nombre de reprises sur la manière dont se fondent les décisions. Je sais que vous n'êtes pas seul à décider, mais où en sommes-nous? Il y a des mois que l'on parle de ce tableau de bord décisionnel pourtant indispensable.

Vous aviez indiqué ne pas être satisfait d'une proposition du commissariat corona. Vous rappeliez encore, il y a quelques jours, que la proposition d'indicateurs de critères scientifiques avait été refusée au Codeco et que vous plaidez pour un baromètre simplifié. Nous sommes à bientôt deux ans de pandémie, j'aimerais donc avoir des informations précises sur cet outil de gestion et de décision. Faut-il rappeler des mesures qui semblent avoir été prises quelque peu à l'aveugle? Pour exemple, l'étude française de l'Institut Pasteur montre que les métiers de contact, les restaurants, les commerces n'ont pas d'impact particulier sur la propagation. Ce sont de telles données scientifiques qu'il nous faut et qui doivent, me semble-t-il, intégrer un tableau de bord.

Il y a la situation dans nos hôpitaux évidemment. Mais considérant ces dernières semaines écoulées et les dernières déclarations de la semaine passée, qui se télescopent à l'approche du prochain Codeco de la semaine prochaine, j'ai quelques questions. Quel type de tableau de bord décisionnel, monitoring ou baromètre – appelez-le comme vous voulez - est-il en place précisément actuellement?

Selon quels critères d'études scientifiques les décisions du Codeco sont-elles prises? Je pense à l'enseignement hybride dans le secondaire, à l'obligation du port du masque, à la fermeture des écoles, à celle des commerces à 23 h 00 et à l'interdiction d'activités extrascolaires. Concrètement, à partir de quels éléments factuels, en plus de la situation dans nos hôpitaux, décide-t-on de fermer et de rouvrir tel ou tel secteur et d'imposer de nouvelles obligations sanitaires? Confirmez-vous que nous n'en disposons pas encore? Quelles sont les propositions sur la table?

La **présidente**: Madame Taquin, je tiens à vous signaler que vous avez dépassé d'une minute et demie votre temps de parole. Veuillez y faire attention la prochaine fois.

03.14 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je me réjouis de la tenue de ce débat d'actualité. En effet, contrairement à ce que vous avez sous-entendu tout à l'heure, énormément de personnes veulent voir clair dans la manière dont sont prises les mesures sanitaires, en particulier les secteurs économiques qui en sont affectés. Je pense à l'horeca, qui doit fermer ses portes à 23 h 00 et limiter les tables à six personnes, alors qu'il respecte depuis des mois des normes strictes de ventilation, de distanciation sociale, de lavage des mains, mais aussi de contrôle du CST. Ce sont des règles qui ne s'appliquent pas aux fêtes privées, lesquelles ont repris de plus belle sans aucun geste barrière - ce qui est quand même, convenons-en, monsieur le ministre, un véritable non-sens sanitaire.

Par ailleurs, vous avez imposé le CST+ au monde de la nuit, que vous avez retiré moins d'une semaine plus tard pour lui préférer une fermeture pure et simple. De plus, nous observons que de nombreuses personnes se servent du CST de leurs amis ou de leurs proches, de façon à pouvoir se rendre dans les bars et les restaurants sans être ni vaccinés ni testés. Avec le variant omicron, c'est particulièrement dangereux. L'enjeu est de s'assurer que le CST soit bel et bien respecté sur le terrain, avant d'élaborer une réflexion quant à sa généralisation ou son durcissement.

Il en va de même pour le télétravail, dont nous voyons bien qu'il n'est pas respecté, alors que le lieu de travail est l'un des endroits où le virus circule le plus, comme vient de l'objectiver un rapport de la KU Leuven et d'IDW - lequel est le plus grand service de prévention et de protection au travail en Belgique.

Monsieur le ministre, pourquoi seul l'horeca est-il visé par cette règle de six personnes, au contraire des événements privés? La raison sous-jacente est-elle liée à la surcharge de travail des policiers, qui peinent aujourd'hui à vérifier le respect des mesures sanitaires, en particulier du CST? Que répondez-vous à la demande insistante de l'horeca de pouvoir rester ouvert plus tard lors des réveillons du 24 et du 31 décembre? Il s'agit là d'une réflexion que vous devrez avoir au sein du prochain Codeco.

Le mécanisme du CST+ a-t-il été évalué durant cette courte mise en place et, dans l'affirmative, avec quelles conclusions? Peut-on considérer que ce CST+, combiné à un test rapide, est purement et simplement abandonné pour le futur?

Quelle est votre position face aux fraudes au CST? Cette situation est-elle évaluée? Connaît-on son incidence sur la situation sanitaire? Le gouvernement compte-il y répondre, et comment?

Par ailleurs, qu'en est-il du contrôle du télétravail? Pourquoi ne pas l'avoir imposé lors du dernier Codeco à raison de cinq jours par semaine?

Enfin, nous confirmez-vous que le dernier Codeco avait été sollicité en particulier par le président de la N-VA, pour ne pas assumer l'annulation de certains événements? Sommes-nous en droit, cette fois, d'espérer que le prochain Codeco suivra davantage l'avis des experts? Certains experts ont, en effet, exprimé leur grande frustration de ne pas avoir été suivis. Ils se posent même la question de savoir s'ils rédigeront un nouvel avis en vue du prochain Codeco. Le feront-ils?

03.15 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de cijfers van de deltavariant gaan de goede kant op maar de omikronvariant komt eraan. Wij kennen de gevaarlijkheid ervan niet, maar wij weten nu wel dat hij besmettelijker is.

De volgende vergadering van het Overlegcomité is gepland voor 22 december. Wat is het plan van de verschillende regeringen tegen de mogelijke omikrongolf? In verschillende landen worden nu versneld boosterprikken ingepland. Is dat ook hier het geval?

Wat is de containmentstrategie? Is er in ons land ook een strategie om ervoor te zorgen dat het aantal besmettingen niet opnieuw de hoogte ingaat? Voorlopig komt het neer op een jobbeleid, er worden voortdurend sectoren geopend en weer gesloten.

Wij beperken onze contacten, waardoor het aantal besmettingen vermindert, maar er is eigenlijk geen goede test-, tracing-, en quarantainestrategie hoewel deze variant besmettelijker is. De heer Van Gucht heeft al aangegeven dat de huidige test- en tracingstrategie echt niet in orde is.

Nu het aantal testen daalt, tot minder dan 100.000 per dag, is de vraag of er een plan is een efficiëntere test-, tracing-, en quarantainestrategie op poten te zetten om ervoor te zorgen dat de omikron niet te zwaar wordt. Ik hoorde dit weekend de heer Tim Vandenput, die lid is van Open VLD, op RTL in het programma *C'est pas tous les jours dimanche* een verbazende uitspraak doen, toen hij voorstelde te stoppen met tracen omdat dat toch niets uithaalt. Ik was nogal verbaasd over die uitspraak. Kunt u zich daarin vinden? Ligt dat plan eventueel op tafel?

Tot slot, u hebt het al weken over uw ventilatieplan. Komt daar vaart in?

De **voorzitster**: Mevrouw Farih, als u het woord niet neemt, is uw vraag zonder voorwerp. Dat is geen probleem, maar ik wil even checken of u die alsnog wil stellen. Niet? Oké, dan is die zonder voorwerp.

03.16 Minister Frank Vandenbroucke: Ik zal in omgekeerde volgorde reageren.

Voorzitster, u heeft verwezen naar het belang van ventilatie. Die is inderdaad cruciaal. Dat inzicht is geleidelijk gekomen. Dit virus blijft in de lucht hangen als je de lucht niet ververst. Ook wanneer iemand die besmet is buitengaat, blijft het besmettelijke virus in de lucht hangen. Ventilatie is dus essentieel.

Ik heb een voorontwerp van wetsontwerp voorbereid, waarmee ik een algemeen beleid van goede binnenluchtkwaliteit, goede verse lucht in gesloten ruimtes wil beginnen te organiseren. Dat zal veel tijd vergen, want dit is absoluut een nieuw soort beleid. We weten echter dat dit hard nodig is. U weet dat ik hard heb moeten aandringen bij de onderwijsministers – het heeft eigenlijk zelfs te lang geduurd – om hen ervan te overtuigen dat we ventilatie in de scholen hoog op de agenda moesten zetten. Het is nu zover.

Ik vind dat we dit voor heel de samenleving moeten bekijken. Het gaat dan ook over culturele centra, cafés, restaurants en zalen zoals deze. Ventilatie is overal heel belangrijk. Ik heb een ontwerp klaar dat ik voorleg aan de regering en ik hoop dat mijn collega's mij zullen volgen.

Mesdames Rohonyi et Taquin, je serai bref en ce qui concerne les décisions du Comité de concertation, et je m'en excuse.

Il est vrai que le processus décisionnel était frustrant, certainement pour les citoyens, difficile à suivre. Mais je conclurai que ce qui a été décidé par cette troisième réunion du Codeco est un paquet de mesures adéquates. Le résultat du premier et du deuxième Codeco se voit déjà dans les chiffres! Il faut espérer que les mesures prises lors du dernier Codeco porteront leurs fruits, ce dont je suis convaincu.

On peut être mécontent du processus politique; je n'y reviendrai plus, mais je pense que, finalement, le paquet de mesures est significatif et suffisant.

Madame Taquin, vous mentionnez le port du masque par les enfants. C'est une évidence scientifique qu'il faut demander aux enfants de porter un masque lorsqu'il y a une telle circulation du virus. Il est évident que cette mesure ne sera pas modifiée. Elle sera dès lors en vigueur fin janvier comme toutes les autres parce qu'il faudra aussi utiliser ce type de précaution contre un variant tel qu'omicron. C'est un message important.

Les gestes barrières, le port du masque et toutes les autres mesures, même si elles sont douloureuses, doivent être maintenues durant un certain nombre de semaines et certainement durant les vacances de Noël, pour lutter contre une pandémie dans la pandémie, due au variant omicron.

Ce que j'ai dit vendredi en résumé sur le baromètre est que l'instrument est intéressant, mais qu'il ne faudrait pas qu'il soit trop compliqué. Cela revient à un schéma avec des niveaux critiques, des seuils d'alarme et un menu de mesures possibles prêtes à être actionnées en fonction des niveaux d'alarme dans lesquels on se trouve. Voilà ce qu'est un baromètre intéressant.

Il ne s'agit pas d'un schéma automatique, qui va se substituer aux décisions politiques, mais d'un schéma indicatif, incitatif, avec des seuils d'alarme et un menu de mesures possibles. Voilà ce que le Commissariat corona va proposer. Nous en avons discuté au sein du Commissariat avec M. Facon, Mme Schirvel et leurs conseillers, et c'est ce type de schéma qu'on va proposer.

Madame Taquin, j'ai dit vendredi que ce type de schéma a déjà été proposé et a rencontré pas mal de résistances au niveau du Codeco et de la décision politique en général, parce que les politiques ont tendance à se méfier de ce genre de schéma. Mais je pense que ce schéma peut contribuer à la décision politique et rendre, comme vous le dites, plus prévisibles et plus compréhensibles les décisions politiques. Dès lors, je me rallie au Commissariat corona pour proposer à nouveau une telle approche, qui sera débattue une première fois lors du Codeco du 22 décembre.

Mevrouw Depoorter, u stelde vragen over de boostercampagne. U sprak ook even over vaccinatie voor kinderen. Ik heb vorige week aan de Hoge Gezondheidsraad en aan de taskforce Vaccinatie gevraagd om ons zeer snel een advies te geven over het inkorten van de tijd die nodig is tussen de laatste vaccinatie met Pfizer of Moderna en de boostervaccinatie.

Tot nog toe stelt men dat men zes maanden moet wachten opdat de booster, die van Pfizer is, maximaal een goed effect heeft na Pfizer of Moderna. Die 'zes maanden' is niet uit de lucht gegrepen, dat is het medisch advies opdat de booster het beste effect zou hebben op termijn. Wij nemen liever het zekere voor het onzekere met betrekking tot omikron. Er zijn nogal wat aanduidingen dat de booster ons ook beter beschermt tegen de omikronvariant. De vraag is dan wat te doen. Moet men eventueel vijf maanden wachten in plaats van zes maanden?

Aan die vraag zijn zowel medische aspecten als organisatorische. De medische vraag is de volgende. Als men de wachttijd inkort van bijvoorbeeld zes maanden naar vijf maanden voor de booster na Pfizer of Moderna, is de werking dan ook op een wat langere termijn even sterk? Een aantal experts, medici, zeggen mij dat, als men het interval te sterk zou inkorten, bijvoorbeeld een booster na twee of drie maanden, men misschien op korte termijn wel een effect heeft, maar dat snel zal blijken dat dit effect niet sterk genoeg is op de wat langere termijn. Men zou dus wat winst boeken op de hele korte termijn, maar verlies maken in kracht van het vaccin en kracht van de booster op de wat langere termijn.

De vraag die medische experts moeten beantwoorden is hoe men die afweging maakt. Hoe sterk kan men dat interval inkorten van zes maanden naar vijf maanden en misschien minder met voordeel op korte termijn, zonder te veel nadeel te hebben op de langere termijn? Ik ben geen arts, ik ben geen epidemioloog, geen vaccinoloog. Dit soort vragen, waarbij men een moeilijke afweging moet maken, moet aan medische experts gesteld worden. Die zetelen in de Hoge Gezondheidsraad en daarom vragen wij de raad om een advies.

Er is echter ook een operationele kwestie. Ik discussieer hierover natuurlijk zeer veel achter de schermen met mijn collega's van Volksgezondheid. Bij die collega's, bevoegd voor de concrete vaccinatiecampagne op het terrein, bestond er vorige week wel enige aarzeling om die vraag voor te leggen, om bijvoorbeeld van een interval van zes maanden naar vijf maanden te gaan. Die aarzeling bestond ook in Vlaanderen, omdat gesteld werd dat het schema met die zes maanden ondertussen wel goed liep. Bij een versnelling ontstaan er mogelijk veeleer problemen dan er problemen worden opgelost. Bovendien zitten ook de medewerkers in de vaccinatiecentra, die al keihard gewerkt hebben, echt op hun tandvlees. Toch heb ik mijn collega's overtuigd om die vraag voor een versnelling te stellen. Ik zie ondertussen dat de geesten evolueren, want iedereen lijkt het erover eens dat een interval van vijf maanden beter is als de medische experts in de Hoge Gezondheidsraad dat ook een goed idee vinden en als de organisatoren van de campagne op het terrein dat ook zien zitten. Het is dus een dubbele vraag. De eerste vraag is een medische vraag. Door te versnellen, boeken we winst op korte termijn, maar er is misschien wel wat verlies op langere termijn. Hoe kan verlies in kracht van de booster afgewogen worden? De tweede vraag is een organisatorische vraag. Kan de pas versneld worden en kan die versnelling volgehouden worden?

Zoals u gehoord hebt, ben ik een voorstander, maar een dergelijke beslissing neem ik natuurlijk nooit alleen. Met de regioministers Wouter Beke en Christie Morreale moet ik daarover een akkoord bereiken, aangezien zij verantwoordelijk zijn voor de concrete organisatie op het terrein. Bovendien moet de organisatie in de praktijk ook echt wel mogelijk zijn. Ik verwacht zeer snel het advies van de Hoge Gezondheidsraad en ook van de taskforce over de organisatorische aspecten. Ondertussen spreek ik achter de schermen met mijn collega's over wat een en ander concreet betekent. De formele beslissing nemen wij vermoedelijk pas aanstaande maandag. Dat kan laat genoemd worden, maar intussen worden er wel al zaken besproken en voorbereid.

Nu kom ik tot de vaccinatie van kinderen. Al eerder heb ik gezegd dat ik persoonlijk voorstander ben van de vaccinatie van kinderen, want zoveel mogelijk mensen onder de bevolking moeten gevaccineerd zijn om de rondgang van het virus af te remmen. Het gaat eigenlijk ook over de bescherming van de wereld waarin de kinderen leven, met name de bescherming van hun ouders, grootouders en leerkrachten. Om die redenen denk ik persoonlijk dat wij dat mogen vragen. Ook daaromtrent wachten wij echter nog op medisch advies en op advies inzake de organisatie. Wij moeten ook afwegen in welke mate wij voorrang willen geven aan de boosterprik, dan wel aan de kindervaccinatie. Dat is een moeilijke vraag wanneer zowel de kinderen als de volwassenen die een boosterprik moeten krijgen, daarvoor in dezelfde vaccinatiecentra terecht moeten. Ik pleit er daarom bij mijn collega's voor dat wij bijvoorbeeld in Vlaanderen de Centra voor Leerlingenbegeleiding zouden inzetten voor het vaccineren van kinderen. Ik hoop dat op die vraag een positief antwoord kan komen. Indien dat niet gaat, zal ik dat natuurlijk ook aanvaarden en begrijpen. De Centra voor Leerlingenbegeleiding hebben echter echt wel een rol en een roeping om aan de vaccinatie mee te werken.

Wij hebben de vaccins voor kinderen. Wij hebben ze besteld en een deel is al toegekomen. Zij zijn bij ons. Wij hoeven dus niet op de vaccins te wachten.

Je sais qu'il reste encore de nombreuses questions de principe à résoudre. Mais du côté francophone aussi, les services de médecine scolaire devraient pouvoir jouer un rôle dans une campagne de vaccination des enfants, si l'on est d'accord d'en faire une. Pour cela, nous attendons l'avis du Conseil Supérieur de la Santé et celui de la *task force*. Personnellement, je me dis que c'est vraiment la vocation de la médecine scolaire que de s'engager dans une campagne de vaccination des enfants. Il se pose donc des questions

importantes, pas encore résolues, mais nous sommes en train de travailler dessus en coulisses.

Samengevat: ik ben ongerust over omikron en ik ben zeker niet de enige. Het antwoord op omikron is een mondmasker, ook voor kinderen, afstand houden, en nu zeker niet komen met voorstellen tot versoepelingen, zoals ik er heb gehoord van politieke collega's. Het is heel vervelend, maar we moeten op de tanden bijten.

Ook in de scholen zal het zo zijn: een mondmasker blijven dragen, ook na de kerstvakantie. En tegelijk, inderdaad, het zekere voor het onzekere nemen met de booster en dus zo snel mogelijk zo veel mogelijk mensen een booster geven en afwegen hoe we enerzijds, als we daartoe beslissen, de campagne voor de kinderen organiseren en anderzijds zo snel mogelijk vooruitgaan met de boosters.

Tot slot wil ik nog zeggen dat we ook hebben beslist een bijkomende bestelling te plaatsen van de Pfizer vaccins die aangepast zullen zijn aan omikron. Die beslissing is gisteren geformaliseerd. We gaan dus bijkomend, nog boven op de schijven die we al besteld hadden, nog extra Pfizer bestellen, aangepast aan omikron. Ik weet niet wanneer die geleverd zullen worden – april of mei, misschien eerder: Pfizer spreekt van maart –, maar we rekenen dus ook op vele miljoenen bijkomende doses Pfizer, aangepast aan omikron. De beslissing van de bijkomende bestellingen hebben we net afgerond via een elektronische bijeenkomst van de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

Ziedaar, mevrouw de voorzitter, een antwoord op de verschillende vragen.

03.17 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, die bijkomende bestelling van de aangepaste Pfizer vaccins was volgens mij absoluut noodzakelijk. Het is dan ook goed dat dit is gebeurd. Het kan meteen ook een antwoord zijn op wat u een groot dilemma vindt, namelijk sneller de booster toedienen of niet, en daar dan op de langere termijn eventueel een verminderde werking vaststellen. Als u nu eens het EMA-advies zou volgen – want uiteindelijk is het EMA toch een goed aangeschreven en gereputeerd wetenschappelijk agentschap, dat wij als Staat volgen – en een interval van 12 weken zou toepassen – u hebt het over 5 maanden, het EMA spreekt over 12 weken, wat veel sneller is –, dan zou u omikron te snel af kunnen zijn. Dan zou u ervoor kunnen zorgen dat onze bevolking daadwerkelijk gevaccineerd is en vooruit kan.

U hebt het over de operationele kwestie, maar wat ik heel moeilijk vind, is dat u die pas zult bekijken als beslist is of u 12 weken dan wel 5 of 6 maanden zult hanteren. U hebt de vaccinatiecentra, u hebt de eerste lijn. Sommige landen zetten het leger in. U hebt tal van middelen om op te schalen en om ervoor te zorgen dat onze bevolking sneller gevaccineerd kan worden.

03.18 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, ik weet dat het EMA heeft gezegd dat er een vergunning is vanaf drie maanden. Dat is niet hetzelfde als een advies. Dat gaat over de bijsluit. De bijsluit van het vaccin zegt dat het mag worden gebruikt vanaf drie maanden, niet eerder. Dat is wel heel belangrijk. Dat is inderdaad een motivatie om na te denken of het bij zes maanden moet blijven, of vijf maanden of minder moet worden. Dat is een op zichzelf staande vraag die moet worden bekeken. Ik ben geen arts of vaccinoloog. Ik beslis niet zomaar achter mijn bureautje hoe de verhouding tussen de booster en een eventueel nieuw vaccin voor de varianten moet zijn.

Ik heb niet aan de Hoge Gezondheidsraad gevraagd om mij eerst het medisch advies te geven voordat ik een advies vroeg aan de taskforce over de organisatie. Ik heb uitdrukkelijk het omgekeerde gedaan. Ik heb een formele adviesaanvraag gedaan, gelijktijdig aan de Hoge Gezondheidsraad voor het medische en aan de taskforce voor het organisatorische en de mobilisatie. We zullen immers een echte mobilisatie moeten doen.

Ik polemiseer niet graag maar u nodigt mij daar altijd toe uit. Ik ben niet vergeten dat de N-VA midden september officieel in een document stelde dat de vaccinatiecentra moesten worden gesloten. Dat was uw standpunt. Als er een booster zou komen, zou die door de huisartsen en de bedrijfsgeneeskundige diensten moeten worden gezet. Gelukkig hebben we dat standpunt niet gevolgd en hebben we de vaccinatiecentra niet gesloten, zoals uw partij toen voorstelde. Ik verwijt u dat niet. Het zou wel niet slecht zijn om niet meer te verkondigen dat iedereen te traag is, dat u dat allemaal voorzien had en dat u dat allemaal wist. Degenen die midden september de vaccinatiecentra wilden sluiten, hadden dat ook niet voorzien. We moeten proberen samen na te denken, maar we moeten dat ook wel doen op basis van wetenschappelijk advies.

03.19 Kathleen Depoorter (N-VA): Samenwerken helpt inderdaad, maar een eerlijk debat helpt ook. Midden september zou u de reboost aan de derde wereld geven. Daar was u op dat moment mee bezig. De eerste lijn geeft elk jaar tussen half oktober en half november 3 miljoen griepvaccinaties. Als mijn partij midden september aanhaalde dat de reboost perfect via de eerste lijn zou kunnen verlopen, zou dat zijn omdat de eerste lijn dat kan. De apothekers en huisartsen samen kunnen perfect de reboost op een maand tijd zetten als u het zou organiseren. Het gebeurt al tientallen jaren elk jaar opnieuw. Dat is zeker mogelijk met een beetje goede wil.

03.20 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, u stelt nu dat wij de boostercampagne voor een bevolking van elf miljoen inwoners zouden kunnen doen zonder de vaccinatiecentra. Ik noteer uw idee. Dat is wat u stelt. Ik noteer dat dat uw idee is.

03.21 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb u van antwoord gediend dat wij in de griepperiode ...

Mijnheer de minister, u hoeft mij geen woorden in de mond te leggen. Ik zeg u wat ik al maanden zeg, namelijk dat een vaccinatie via de eerste lijn heel snel en efficiënt kan gebeuren. Het is trouwens ten tijde van de Mexicaanse griep ook gebeurd, zoals u zich herinnert. Het kan. Met een beetje goede wil kan het.

03.22 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, alle gekheid op een stokje, ik ben echt niet die mening toegedaan.

03.23 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, wij hebben nu de vaccinatiecentra uitgerold. Ze werken. Wij gaan ermee door, zoals u daarnet ook aangaf.

Mijnheer de minister, wat u daarnet hebt gedaan, was echter niet netjes.

Mijnheer de minister, voor de kinderen hoor ik minder voorbehoud. Nochtans is dat een groep waarvoor de vaccinatie heel gevoelig zal liggen. Zij moeten inderdaad ook worden beschermd tegen omikron. Wij moeten onze maatschappij beschermen tegen omikron. Ik hoor u ook aangeven dat wij de vaccins hebben en dat ze kunnen worden gezet.

U hebt echter geen antwoord gegeven over de monitoring van de immuniteit die de kinderen de voorbije weken hebben opgedaan. Dat is bijzonder belangrijk voor de ouders die zullen moeten beslissen of het vaccin noodzakelijk is en ook of zij het vaccin al dan niet zullen laten toedienen aan hun kinderen.

Ten slotte, mijnheer de minister, over de maatregelen begint u met op te werpen dat wij niet zullen mogen versoepelen. Ik stel u één vraag en geen dogma's.

Niet versoepelen, niet verstrengen: wij kunnen enkel nog beslissingen voor maatregelen nemen op basis van data. Dat is te weinig gebeurd. Wanneer wij de studie van IDEWE bekijken, dan zien wij dat vandaag de transmissie bij de kappers niet groter is dan bij andere beroepsgroepen. Wij zien ook dat er heel grote verschillen zijn bij verschillende evenementen. Wanneer wij beslissingen moeten nemen en de maatschappij deels platleggen en beperken, moet dat gebeuren op basis van data en niet uit de losse pols.

03.24 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, ik wil nog iets toevoegen dat belangrijk is, voor het geval ouders zouden luisteren.

De algemene lijn die onze specialisten tot nu toe hebben gehouden, is dat het niet is omdat iemand besmet is geweest, dat hij of zij geen vaccin nodig heeft. Dat moet natuurlijk altijd opnieuw worden overdacht. Ik zou niet graag hebben dat het idee dat kinderen die besmet zijn geweest geen vaccin moeten krijgen, de ronde zou beginnen te doen als een soort van verworven inzicht. Tot nu toe hebben de wetenschappers altijd het omgekeerde gezegd, met name dat ook als men besmet is geweest, men zich beter laat vaccineren. Ik wil dat even meegeven om misverstanden te vermijden.

Voor de rest noteer ik dat u voorstelt om de boostercampagne met de huisartsen te doen. Ik denk niet dat dit zeer realistisch is, maar we kunnen natuurlijk over alles nadenken.

03.25 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, er zijn niet voldoende studies rond kinderen en vaccinatie. U kunt niet zeggen of een kind dat een besmetting heeft doorgemaakt een, twee of drie vaccins

nodig heeft om minder transmissie van het omikronvirus te garanderen. Dus vooraleer u die keuze aan de mensen voorlegt, dient u dat te onderzoeken.

03.26 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre intervention et votre écoute.

Si le sujet a été abordé vendredi, entre vendredi et aujourd'hui, la presse a fait état de nouvelles déclarations. C'est ce qui me désole, en tant que bourgmestre, en tant que citoyenne, en tant que maman, mais aussi en tant que parlementaire.

J'insiste donc vraiment sur la nécessité de ce tableau de bord décisionnel qui est, selon moi, d'une extrême importance dans la mesure où il permettrait d'éviter les communications diffuses tant avant que pendant et après le Codeco. Ces communications diffuses perturbent la population et compliquent l'application des mesures prises.

J'entends les mesures qui ont été décidées. Je ne les conteste pas et je ne les critique pas. Je les applique sur le territoire de ma commune pour participer à l'effort collectif qui est d'une grande importance. Elles ont produit leurs effets, ce qui est très bien. Poursuivons l'effort! Mais je ne comprends pas comment on pourrait mesurer l'effet des capteurs CO₂ dans les écoles, sachant que ces capteurs sont indisponibles et que toutes les écoles n'ont pas eu les moyens de s'en équiper.

Si vous voulez faire le test, vous pouvez venir à Courcelles. Tous les classes sont équipées d'un capteur CO₂. Si une analyse est faite dans un laps de temps déterminé, on pourrait effectivement mesurer cet effet. Mais cela n'enlève en rien l'importance prouvée scientifiquement de suivre les données scientifiques qui sont en constante évolution. On sait que la ventilation est extrêmement importante. On sait aussi que le port du masque est une barrière supplémentaire pour éviter la transmission du virus.

J'insiste donc vraiment sur la nécessité de ce tableau de bord qui simplifierait la tâche à tous pour faire preuve d'un plus grand professionnalisme dans les décisions à prendre. En tout cas, cela inciterait la population à adhérer aux mesures prises.

Vous parlez souvent de voitures pour avoir une image concrète de la situation. Pour ce qui me concerne, je vais vous parler de football. Dans ce sport, il y a un coach avec des joueurs qui constituent une équipe, et autour, il y a des supporters. Il faut fixer les objectifs. Il faut qu'il y ait une adhésion à l'effort collectif pour atteindre les résultats escomptés et pour avoir l'adhésion et l'approbation des spectateurs et des supporters.

En fait, vous êtes le coach. Je compte sur vous pour qu'avec ce tableau de bord, vous puissiez obtenir l'adhésion, en concertation avec l'ensemble des participants au Codeco, sur la base des études et des recommandations scientifiques, mais en vous assurant que tout le monde ait les moyens d'appliquer les mesures prises, ce qui n'est pas toujours le cas. Je vous parle ici d'expérience!

03.27 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses – en tout cas, pour celles que j'ai pu obtenir.

Vous expliquez que le processus décisionnel entourant les mesures sanitaires est frustrant pour vous. Il l'est encore plus pour les experts du GEMS, puisqu'au lendemain du dernier Codeco, Mme Vlieghe expliquait à quel point il est frustrant de voir que, je la cite: "il n'est apparemment pas possible d'avoir une gestion cohérente et efficace des épidémies dans notre pays".

Et puis, c'est encore plus frustrant pour le Parlement, qui est mis de côté, encore plus depuis la loi pandémie. Au-delà du débat relatif à l'urgence épidémique, le gouvernement a la liberté de prendre les mesures sanitaires. Nous essayons d'avoir un débat avec vous après coup. Mais force est de constater que nous n'obtenons que très peu de réponses par rapport à ce processus décisionnel. En Grande-Bretagne, au moins, il y a un débat parlementaire sur les mesures sanitaires avec des votes.

Pour ce qui est de votre projet de loi ventilation, vous en parlez beaucoup, mais il n'y a toujours rien sur la table du Parlement.

Concernant le port du masque pour les enfants, vous parlez d'une "évidence scientifique". Force est de constater, en tout cas pour les jeunes enfants de 6 ans, que les avis ne sont pas si unanimes que cela. Les experts sont plus que partagés sur cette question, en particulier sur la proportionnalité de cette mesure,

lorsque l'on sait que la ventilation est maintenant un geste barrière à part entière dans les écoles et dans les classes.

Par contre, vous n'avez toujours pas répondu à ma question relative à l'hypocrisie quant à la situation dans laquelle se trouvent l'horeca et le monde de la nuit, par rapport à ces fêtes clandestines qui, elles, ne sont soumises à aucune règle sanitaire.

Or, il est plus que temps d'harmoniser les mesures, de les rendre compréhensibles. Le dernier baromètre interuniversitaire de la motivation, qui vient de sortir, conclut que la confiance envers le politique pour sa gestion de l'épidémie diminue au fur et à mesure du développement de cette quatrième vague, en ce compris parmi les personnes vaccinées.

Sur le CST+, là aussi, je ne sais pas s'il a un jour été évalué, avant qu'il soit finalement décidé de le retirer. Ce CST+ reviendra-t-il un jour parmi les mesures édictées par le Codeco? Nous ne le savons toujours pas.

Et puis, je pense qu'il importe de soutenir les secteurs dans les contrôles relatifs au CST, de communiquer davantage, aussi, sur les conséquences des fraudes par ces personnes qui utilisent des faux CST, sur les contaminations, sur les hospitalisations. Nous entendons beaucoup parler de responsabilisation des citoyens par rapport aux mesures. Selon moi, il faut également les responsabiliser par rapport à l'utilité de ce CST pour la situation dans nos hôpitaux. C'est un sujet pour lequel je n'ai obtenu absolument aucune réponse. Je me permets de le regretter.

03.28 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Als ik het samenvat, is er niet echt een strategie voor de omikronvariant, maar die golf komt eraan. Hoe erg het zal worden, zullen we dan wel zien. U gaat vaccineren, er zijn mondkmaskers en heel wat activiteiten worden gesloten en zullen gesloten blijven. Daar komt het op neer. U hebt geen woord gezegd over het aanpassen van de teststrategie, het aanpassen van de tracingstrategie of het aanpassen van de quarantainemaatregelen.

Hoe gaan we om met een besmettelijkere vorm? Moeten we daaruit geen conclusies trekken? Moeten we bijvoorbeeld niet sneller gaan testen na een hoogrisicocontact? Moeten we er niet voor zorgen dat mensen die in quarantaine zitten 100 % van hun loon krijgen? Moeten we de contacttracing niet aanpassen? Welke contacten worden er gevraagd? Men blijft nog altijd het initiële schema aanhouden. Men vraagt aan de mensen wie ze twee dagen daarvoor gezien hebben. Daar blijft het dan ook bij, terwijl men naar clusterbestrijding zou moeten gaan.

Hoe gaan we om met een besmettelijkere vorm? Moeten we daaruit geen conclusies trekken? Moeten we bijvoorbeeld niet sneller gaan testen na een hoogrisicocontact? Moeten we er niet voor zorgen dat mensen die in quarantaine zitten 100 % van hun loon krijgen? Moeten we de contacttracing niet aanpassen? Welke contacten worden er gevraagd? Men blijft nog altijd het initiële schema aanhouden, men vraagt mensen wie ze twee dagen daarvoor gezien hebben. Daar blijft het dan ook bij, terwijl men naar clusterbestrijding zou moeten gaan.

Ik blijf ook op mijn honger als het gaat over de kinderen en de scholen. U zegt dat de scholen ook kunnen worden ingezet voor het vaccineren, maar u weet ondertussen toch al dat vaccineren niet de enige oplossing is. Door het vaccineren vermindert het aantal zieke mensen, maar transmissie blijft mogelijk na een aantal maanden. Waarom zou dat dan niet zo zijn met het vaccin voor kinderen? Het probleem is juist de transmissie bij kinderen.

Hoe zal men zorgen voor een efficiëntere aanpak van de besmettingen in de scholen? Hoe zal men de CLB's steunen in hun werk? Ik denk bijvoorbeeld ook aan een preventief testbeleid met speekseltesten. Daarover zijn al studies gemaakt. Men zegt dat dit logistiek te moeilijk is, maar ik denk dat het vandaag toch echt wel tijd is om efficiëntere maatregelen met turbokracht in te zetten.

Mijnheer de minister, ik ben totaal niet gerustgesteld, door het ontbreken van een plan om met de omikrongolf om te gaan.

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

04 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over

"De centra voor beroertezorg" (55021371C)

04 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres de soins spécialisés dans les accidents vasculaires cérébraux" (55021371C)

04.01 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, eerder werd beslist tot twee verschillende soorten zorgprogramma's de acute beroertezorg in S1-centra en de acute beroertezorg met invasieve procedures in S2-centra. Het koninklijk besluit van 16 december 2018 stelt het aantal S2-centra over het hele land vast op 15, terwijl het protocolakkoord van 25 maart 2019 de geografische verspreiding van de centra bepaalt, waarbij het concept van het zogenaamde *golden hour* haalbaar blijft. Het komt de regio's toe om de centra te erkennen, maar blijkbaar is een en ander nog op federaal vlak geblokkeerd, omdat de programmatie niet in orde zou zijn.

Hoe komt het dat de programmatie nog niet geheel op punt staat?

Hoeveel ziekenhuizen voldoen vandaag aan de voorwaarden om te worden erkend als S1- of S2-centrum?
Hoe zijn ze geografisch verdeeld?

Voorzitster: Gitta Vanpeborgh.

Présidente: Gitta Vanpeborgh.

Plant u overleg met de deelstaten om de federale programmatie alsnog ten uitvoer te kunnen brengen en hun de kans te geven de centra op het terrein te erkennen?

Wat betekent de erkenning precies voor de ziekenhuisfinanciering? Ik ga ervan uit dat een erkend ziekenhuis met beroertecentrum ook extra middelen krijgt. Klopt dat? Kunt u daarover wat meer duidelijkheid brengen?

Hebt u zicht op de gemiddelde aanrijtijden vandaag voor een beroertepatiënt in de verschillende ziekenhuizen, vooral in het licht van het concept van het *golden hour*? Wordt dat vaak genoeg gehaald? Beschikt u in dat verband over percentages?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Farih, de bevoegdheid met betrekking tot de erkenning van de S1- en S2-centra ligt bij de deelstaten. Er zijn vandaag geen S2-centra erkend. De Brusselse overheid heeft 4 S1-centra erkend, de Duitstalige Gemeenschap 2.

De verdere procedure van de S2-centra wordt echter bemoeilijkt door een verzoek tot nietigverklaring door drie ziekenhuizen bij de Raad van State van het koninklijk besluit van 20 oktober 2019 tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende de vaststelling van het maximumaantal gespecialiseerde zorgprogramma's acute beroertezorg met invasieve procedures. Door dat verzoek tot nietigverklaring nemen de deelstaten geen verdere stappen in het erkenningsproces.

De Vlaamse en Waalse overheid hebben ook aangegeven te wachten met erkenningen van de S1-centra, vooraleer voort te gaan met de erkenning van de S2-centra, om op die manier het gehele landschap goed in kaart te kunnen brengen.

Aangezien de deelstaten bevoegd zijn voor de erkenning en de erkenningsnormen van de centra hebben wij geen volledig zicht op het aantal ziekenhuizen dat vandaag voldoet om als een S1- of S2-centrum erkend te worden, noch over de geografische spreiding ervan.

Mijn beleidscel is momenteel samen met de administraties in gesprek met de erkennende overheden om in afwachting van de uitspraak van de Raad van State toch stappen te ondernemen. Ook de Belgian Stroke Council wordt hierbij betrokken.

Een optimaal georganiseerde beroertezorg, met het oog op een kwaliteitsvolle zorg voor de patiënten, is een gezamenlijke doelstelling van ons allemaal. De cijfers tonen evenwel aan dat wij ter zake nog vooruitgang kunnen en moeten boeken. België scoort ondermaats in internationale rangschikkingen met betrekking tot mortaliteit inzake beroertezorg. Een bundeling van de expertise inzake invasieve trombectomieën is een van de middelen om daartoe te komen.

De huidige programmatie van de S2-centra is tot stand gekomen op basis van wetenschappelijke inzichten,

opgesteld door de Belgian Stroke Council. Die stelt dat slechts 5 tot 7,5 % van het totale aantal ischemische beroertes per jaar gebaat is bij een invasieve behandeling door middel van een trombectomie. Hierbij geeft de Belgian Stroke Council en ook internationale wetenschappelijke literatuur aan dat een betere uitkomst wordt aangetoond in ziekenhuizen die hogere volumes behandelen voor specifieke chirurgische en medische condities. Dat geldt ook voor ischemische beroertes. Op basis daarvan bepaalde de Belgian Stroke Council dat elk S2-centrum een minimum van 60, en in de toekomst bij voorkeur 100 trombectomieën per jaar moet uitvoeren om de benodigde expertise te behouden.

Voorzitster: Sofie Merckx
Présidente: Sofie Merckx

Op basis daarvan kwamen zij uit op 12 tot 15 centra voor het hele rijk. De Belgian Stroke Council bevestigde mij onlangs dat er geen nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn die zouden nopen tot een herziening van het programmatiecijfer van 15, noch is er een exponentiële toename geweest van het aantal procedures. Ik ben ervan overtuigd dat wetenschappelijke evidentie het beleid mee moet sturen en sluit me dus bij die visie aan.

Op uw vraag over acute beroertezorg in de ziekenhuizen vandaag en in het bijzonder de gemiddelde aanrijtijd voor een beroertepatiënt kan ik u geen antwoord geven. Die gegevens heb ik niet tot mijn beschikking.

04.03 Nawal Farih (CD&V): De cijfers tonen aan dat er vooruitgang moet komen. Er moet een geoptimaliseerde, georganiseerde beroertezorg komen. Er is een betere uitkomst nodig voor de ziekenhuizen. Ik heb wel niet direct gehoord of wij snel voor oplossingen kunnen zorgen. Ik heb begrepen dat er een verzoek tot nietigverklaring is van het KB.

Hoe snel kunnen we een oplossing bieden? Immers, zolang de programmatie niet in orde is, kunnen de deelstaten niet overgaan tot de erkenning van de centra.

Hebben ziekenhuizen die een erkenning krijgen voor een beroertecentrum, voordeel in hun ziekenhuisfinanciering of gaat het louter om een erkenning en een titel? Daar heb ik ook nog geen antwoord op gehad.

04.04 Minister Frank Vandenbroucke: Als er geen erkenning is, kan er ook geen centrum komen en kan die activiteit ook niet gefinancierd worden.

04.05 Nawal Farih (CD&V): Zolang er geen programmatie is, is er geen erkenning en is die financiering er niet. U hebt duidelijk verklaard dat er meer optimale georganiseerde beroertezorg moet zijn. Het feit dat het al 2,5 jaar duurt om de programmatie in orde te krijgen en ze nog steeds niet op punt staat, stelt mij wel teleur.

04.06 Minister Frank Vandenbroucke: Ik ben het daarmee eens. Het is teleurstellend, maar we leven in een rechtstaat. We botsen op rechtspraak. Ik probeer bij mijn collega's ook aan te sporen tot vooruitgang.

04.07 Nawal Farih (CD&V): Ik reken erop en ik zal het dossier zeker opvolgen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

05 Vraag van Yoleen Van Camp aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betaling van de compensatiepremies voor het beschermingsmateriaal van thuisverpleegkundigen" (55021593C)

05 Question de Yoleen Van Camp à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le paiement des primes de compensation pour le matériel de protection des infirmiers à domicile" (55021593C)

05.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb u deze vraag al heel vaak gesteld, omdat dit van bij het begin problematisch was.

Als de camera's draaien geeft u applaus voor de zorgsector en als het gaat om woorden, dan bent u er als de kippen bij om allerlei zaken te beloven. Als het echter gaat om daden, om wat er echt toe doet voor het zorgpersoneel op het terrein, dan blijven die systematisch achterwege. Ook wat dit dossier betreft, de terugbetaling van de extra kosten voor beschermingsmateriaal voor corona, moet het zorgpersoneel systematisch wachten op de uitbetaling van de premie die uw regering had beloofd.

Het is begonnen met de eerste schijf die vertraging had opgelopen. Deze vraag gaat al maanden mee en we komen daar steeds weer op terug. Ik weet dat u zich eraan ergert als wij vragen opnieuw stellen, maar wij zijn daartoe genooddaakt als er geen oplossingen komen. Deze voormiddag had u het erover en ik dacht dat u met een oplossing zou komen, maar neen. Keer op keer is het hetzelfde probleem. Vanochtend beperkte u zich tot de mededeling dat u erg verveeld zit met de problematiek en dat u nu werkt aan een oplossing, die u daarvoor blijkbaar niet kon geven, maar dat u geen details kunt geven.

Ik begrijp dat niet. Hoe kan er telkens opnieuw zo'n geblunder zijn, en dan net met het zorgpersoneel? Ik vind het totaal ongepast dat u telkens zegt veel voor hen te zullen doen maar hen vervolgens in de kou laat staan. Het gaat zowel over het zorgpersoneel in de ziekenhuizen en in de thuisverpleging als over de bijzondere beroepstitels, dus mensen die zich extra bewamen.

Als u zich al eens de moeite getroost om naar het Parlement te komen, dan belooft u altijd oplossingen en zegt u dat het wel goed zal komen. U vindt de oppositie en bij uitbreiding het Parlement erg vervelend. U vindt het vervelend dat wij vragen stellen, maar wij zouden dat niet moeten doen als u uw huiswerk zou maken en alles in orde zou brengen voor het zorgpersoneel.

Ik hoop dat u uw "ik zit ermee verveeld en ik kan geen details geven" van vanochtend kunt ombuigen tot een verklaring over hoe deze vertraging met betrekking tot het uitkeren van de premie voor beschermingsmateriaal opnieuw kon ontstaan. Wat zult u precies doen om dit in de toekomst te vermijden, om wel details te kunnen geven en om het zorgpersoneel te kunnen geruststellen dat het nu wel in orde komt? Ik wil vooral weten wat u gaat doen om ervoor te zorgen dat dit geblunder zich in de toekomst niet meer voordoet.

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal herhalen wat ik vanochtend al zei, we hebben achterstand opgelopen in de uitbetaling van de premie voor de periode van december 2020 tot eind juni 2021. De details zijn volgens mij duidelijk en bekend. Het koninklijk besluit waarin de tussenkomst voor die periode wordt geregeld, is na een recent advies van de Raad van State klaar voor publicatie. Zodra ik weet wanneer het KB wordt gepubliceerd zal het RIZIV dat ook aan de zorgverleners meedelen. In het Verzekeringscomité heeft de leidend ambtenaar van het RIZIV, die dit dossier volgt, gezegd dat dit betekent dat er tegen eind februari zal worden uitbetaald. Daarmee heb ik mijn woorden van vanochtend wellicht iets duidelijker herhaald.

Vanmorgen heb ik ook gezegd dat ik de regering heb gevraagd om de mogelijkheid te krijgen om een analoge, maar niet dezelfde soort, tussenkomst te organiseren voor de maanden die achter ons liggen en het eerste kwartaal van 2022. Ik hoop dat er dan ook sneller zal worden uitbetaald.

05.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor de herhaling van uw antwoord van deze voormiddag, maar zoals gezegd stelt het me echt niet gerust als u zegt dat u er verveeld mee zit en dat u hoopt dat het nu wel in orde komt. U bent de verantwoordelijke minister, u bent de hoeder van ons zorgpersoneel, maar eens te meer moet ik vaststellen dat dit alleen met woorden is en dat de daden telkens uitblijven. Ons vertrouwen is op dat vlak echt weg en ik meen dat dit bij het zorgpersoneel op het terrein ook het geval is.

Er moet dringend een compensatie komen voor dat betalingsuitstel. Wij hebben hier makkelijk praten, ons loon ligt er. Het zorgpersoneel moet echter elke keer weer bedragen voorschieten, betalingen lopen achterstand op en de kosten lopen op. Het getuigt van een totaal gebrek aan respect voor het zorgpersoneel als u telkens weer die blunder begaat en dan in het Parlement de droge uitleg komt geven dat er nu eenmaal een achterstand is. U zou er gewoon voor moeten zorgen dat er geen achterstand is en dat u het zorgpersoneel alle mogelijke omkadering biedt om ervoor te zorgen (*onverstaanbaar*).

De **voorzitter**: Mevrouw Van Camp, uw verbinding valt weg. Wij hebben de laatste 20 seconden van uw replek niet kunnen horen.

Kunt u het laatste deel van uw repliek even herhalen?

05.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik zei dat ik het een enorme teleurstelling vind dat er voor het zorgpersoneel allerlei zaken beloofd worden, maar dat er niets komt.

Mijnheer de minister, u hebt als minister makkelijk praten want u krijgt sowieso uw loon, net als wij parlementsleden overigens. Wij moeten ervoor zorgen dat de zorgpersoneelsleden hun werk onder de best mogelijke voorwaarden kunnen uitvoeren, in de huidige moeilijke omstandigheden en met alle uitdagingen waar zij vandaag voor staan. *(geluid valt weg)*

De **voorzitter**: Mevrouw Van Camp, opnieuw hebben wij het laatste gedeelte van uw repliek niet gehoord. Uw spreektijd is intussen ook verstreken. De kern van uw boodschap is, voor mij alleszins, wel duidelijk.

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

06 Vraag van Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gevolgen van het wegvallen van het CureVac-vaccin" (55021810C)

06 Question de Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conséquences du retrait du vaccin CureVac" (55021810C)

06.01 Steven Creyelman (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, midden oktober trok CureVac de stekker uit zijn verzoek om voor zijn vaccin toegang te krijgen tot de Europese markt. Het gevolg daarvan was dat een levering van 400 miljoen dosissen vaccin aan de EU niet doorging, waarvan 2,9 miljoen dosissen aan ons land.

Ik heb daar een aantal vragen over, die intussen al een beetje belegen zijn. Zij dateren van midden oktober. Het zijn eigenlijk voor de hand liggende vragen.

Wanneer bent u met dit scenario rekening beginnen te houden? Heeft het gevolgen gehad voor de vaccinatiestrategie?

Als u mij toestaat, mijnheer de minister, voeg ik daar twee iets versere vragen aan toe.

Zoals u wellicht weet, werkt CureVac samen met GSK aan een vaccin tegen corona. Dat zou gecombineerd zijn met een vaccin tegen de griep. Is zo'n gecombineerd vaccin iets waar u rekening mee houdt voor de toekomst? Volgt u dat op? Het is een combovaccin, zal ik het maar noemen. Ziet u dat tot de mogelijkheden behoren voor de toekomst, in het raam van een brede vaccinatiestrategie?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Creyelman, uw ingediende vraag ging over CureVac. Daar kan ik heel kort op antwoorden. De beslissing van CureVac heeft geen gevolgen voor de Belgische vaccinatiecampagne. Toekomstige leveringen dekken de noden bij de deelstaten.

06.03 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, het lijkt mij een zeer goede zaak dat het geen gevolgen heeft gehad voor de bredere vaccinatiestrategie. Dat heeft ongetwijfeld te maken met het feit dat men niet op één paard heeft gewed. Ik had dat antwoord verwacht, maar ik zal in uw plaats antwoorden.

Daarnet in het actualiteitsdebat zei u dat u een bestelling gedaan had voor het aangepaste vaccin van Pfizer. In het verlengde daarvan lijken vaccins die worden ontwikkeld als dat van CureVac en GSK, die twee vaccins combineren, een tegen covid en een tegen griep, mij wel interessant.

Ten eerste, zij lijken mij interessant omdat zij onze zorg voor een deel kunnen ontlasten.

Ten tweede, er komt dan misschien ook een gewapende vrede tussen u en mevrouw Depoorter zodat u in de toekomst misschien samen aan tafel kunt zitten zonder dat u elkaar de strot afbijt.

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

07 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over

"De controle op de klinische laboratoria" (55021813C)

07 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contrôle des laboratoires cliniques" (55021813C)

07.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag is al een tijdje hangende.

We zagen tijdens de covidpandemie dat er heel wat ontwikkelingen zijn gebeurd op medisch vlak, zo ook binnen de laboratoria. De privé-, maar vooral de ziekenhuislaboratoria, zijn op grote schaal aan moleculaire diagnostiek beginnen doen, terwijl ze dat voordien niet noodzakelijk gewoon waren; denken we maar aan de PCR-testen die volop zijn uitgevoerd. Op die manier hebben de privé- en de ziekenhuislabs volgens ons bewezen dat het ook zonder BELAC-accreditatie mogelijk is om een goede kwaliteit van geneeskunde af te leveren.

Ziekenhuis- en andere laboratoria worden aan zware controles onderworpen, eerst en vooral door Sciensano. We horen op het terrein dat die controles op een goede, wetenschappelijke en constructieve manier verlopen. Daarom kunnen we ons de vraag stellen of die BELAC-accreditatie nog noodzakelijk is en of dat niet kan worden overgenomen door Sciensano.

Over de BELAC-accreditatie zijn er trouwens wel klachten op het terrein, onder andere dat de voorbereidingen erg duur zijn, dat de auditeurs niet gebenchmarkt zijn en dat er weinig ruimte zou zijn voor wetenschappelijke discussie.

Daarenboven ontstond recent de bezorgdheid dat met de omzetting van de Europese richtlijn voor in-vitrodiagnostiek ook nog eens het FAGG bepaalde controles van de labs zal moeten doen. We stellen ons dus de vraag of die controles van de in-vitrodiagnostiek eventueel ook niet bij Sciensano kunnen worden ondergebracht, dat toch heel wat terreinervaring heeft.

Daarnaast vragen we ons dus af of het mogelijk zou zijn om de BELAC-accreditatie te schrappen. Er kan een behoorlijke kostenbesparing worden gerealiseerd terwijl de kwaliteit wordt behouden wanneer de controles zouden worden overgenomen door Sciensano, dat naast papieren audits en externe kwaliteitscontroles overigens ook plaatsbezoeken doet.

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Gijbels, inzake de bevoegdheid van het FAGG voor de medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek kan ik u meegeven dat er een zekere onrust bestaat bij de uitbaters van bepaalde laboratoria, die in de eerste plaats verband houdt met de Europese verordening 2017/746 betreffende de medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek, die op 26 mei 2022 in werking zal treden. Dat is exact een jaar na de inwerkingtreding van de verordening 2017/745 betreffende de medische hulpmiddelen, waarvoor het FAGG ook bevoegd is.

Mevrouw Gijbels, ik moet wel preciseren dat het FAGG al gedurende verschillende jaren de bevoegde overheidsinstelling is voor medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek. De motivering waarom de overdracht van bevoegdheid in 2013 is beslist en in 2017 is afgerond, bestaat uit de groepering van expertise, de voorbereiding en nadien publicatie van de heel gelijklopende nieuwe verordeningen voor medische hulpmiddelen en medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek, de link met geneesmiddelen, onder andere via *companion diagnostics*, de creatie van een *single point of entry* voor alle medische hulpmiddelen en de gelijke behandeling voor alle medische hulpactoren.

De beslissing werd gesteund door de stakeholders. Het FAGG heeft ondertussen zijn expertise betreffende de IVD's verder uitgebouwd, onder andere door de overname van en de samenwerking met Sciensano-personeel. Ondertussen is het FAGG trouwens al verschillende jaren een heel actief lid van alle werkgroepen van de Europese Commissie, waarin medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek aan bod komen. Het FAGG is bijvoorbeeld zelfs de voorzitter van de werkgroep die specifiek de in-houseproblematiek aanpakt. Het zou dus absoluut contraproductief zijn om de bevoegdheid voor in-vitrodiagnostische hulpmiddelen deels of volledig terug te brengen naar Sciensano.

Overigens richten de inspecties uitgevoerd door Sciensano, BELAC en het FAGG zich op verschillende aspecten van de laboratoriumwerking. Inspecties door het FAGG in het kader van de IVDR betreffen geen inspecties aangaande de algemene labowerking, maar specifieke inspecties betreffende de inhoudsfabricage en het gebruik van medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek.

In antwoord op uw tweede vraag of ik akkoord ga met het idee om de BELAC-accreditatie te schrappen voor testen en dies meer, merk ik op dat Sciensano tot taak heeft de laboratoria voor klinische biologie en pathologische anatomie te erkennen voor prestaties die voldoen aan de kwaliteitseisen die zijn opgelegd door de koninklijke besluiten inzake erkenning, dus door de commissies voor klinische biologie en pathologische anatomie. BELAC daarentegen is een onafhankelijk orgaan binnen de FOD Economie. De accreditatie wordt door BELAC verleend, na een audit waarbij de conformiteit van het laboratorium aan de hand van internationaal erkende eisen wordt geverifieerd. Dit is dus een formele demonstratie van de bekwaamheid van het laboratorium om specifieke conformiteitsbeoordelingen uit te voeren.

Het RIZIV heeft in overleg met de Technisch Geneeskundige Raad besloten de terugbetaling van specifieke verstrekkingen afhankelijk te maken van de accreditatie ervan door BELAC. Deze prestaties zijn moleculair-biologische prestaties, zoals bedoeld in artikelen 24bis, 32, 33bis en 33ter van de nomenclatuur. De samenwerking komt tot uiting in de voorbereiding van interne documenten voor de auditors van BELAC en in de opleiding van deze laatsten op bepaalde punten die specifiek zijn voor de Belgische wetgeving.

Sciensano vertegenwoordigt ook de bevoegde instantie voor de ISO 15189-norm binnen het BELAC-bureau. Hierdoor kan Sciensano actief bijdragen aan de evaluatie van accreditatiedossiers van medische laboratoria. Tot op heden is er geen initiatief gepland om de ISO 15189-accreditatie af te schaffen voor specifieke items in de nomenclatuur. Afschaffing van de accreditatieverplichting zou een verlies betekenen van de harmonisatie en de internationale erkenning van de kwaliteit voor de Belgische medische laboratoria.

07.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, dank u voor het uitgebreide antwoord.

Er zullen inderdaad heel wat instanties betrokken zijn. Het FAGG was al deels bevoegd, maar toch zullen de controles waarschijnlijk toenemen. Dat moet toch eens kritisch worden bekeken. Het is niet omdat het nu zo is, dat er niks veranderd of verbeterd kan worden. Zeker zo'n overload aan controles is niet altijd bevorderlijk voor de kwaliteit en de kostprijs van geneeskundige zorgen. Ook de vooruitgang die er wel is qua moleculaire biologie en de technologie die daarbij komt kijken, laat wel wat versoepeling toe. De kwaliteit zou ook kunnen worden gewaarborgd op een andere, eenvoudigere manier.

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

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