

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 11 JANVIER 2022

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 11 JANUARI 2022

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 20 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.20 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

01 Actualiteitsdebat over de derde prik en toegevoegde vragen van

- Franky Demon aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het derde coronavaccin voor politie en brandweer" (55022917C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De door het Overlegcomité afgekondigde maatregelen inzake vaccinatie" (55022954C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De derde prik" (55023093C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Twijfels over de boosterprik" (55023269C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De goedkeuring door het EMA van het versneld toedienen van de derde prik" (55023319C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De omikronvariant, de combinatie van het Johnson & Johnsonvaccin met de boosterprik" (55023453C)
- Daniel Bacquellaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werkzaamheid van de derde prik tegen de omikronvariant" (55023645C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van het onderwijspersoneel in Antwerpen" (55023212C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het vooruitzicht op een vierde prik" (55023771C)

01 Débat d'actualité sur la troisième dose et questions jointes de

- Franky Demon à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La troisième dose de vaccin pour les policiers et les pompiers" (55022917C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures décidées par le Comité de concertation en matière de vaccination" (55022954C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La troisième dose" (55023093C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les doutes concernant le troisième rappel" (55023269C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'approbation par l'EMA de l'accélération de l'administration de la troisième dose" (55023319C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le variant omicron et la combinaison du vaccin Johnson & Johnson et de la dose de rappel" (55023453C)
- Daniel Bacquellaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'efficacité de la 3e dose contre le variant omicron" (55023645C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des enseignants à Anvers" (55023212C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La

perspective d'une 4e dose de vaccin contre le covid" (55023771C)

01.01 Franky Demon (CD&V): De boostercampagne loopt als een trein. Intussen wordt de bredere bevolking gevaccineerd en kregen al meer dan 3 miljoen Belgen een boostervaccin in het licht van de verminderde werkzaamheid van de vaccins na een bepaalde periode en de sterke opmars.

Het zal u niet verbazen dat mijn bezorgdheid als lid van de commissie voor Binnenlandse Zaken onder meer uitgaat naar de politiemensen en de brandweerlieden. Zij vervullen een cruciale rol in onze samenleving. Dag en nacht zetten ze zich in voor de veiligheid, vaak zelfs met gevaar voor het eigen leven. Zij kunnen dat, ondanks de telewerkverplichting, niet van huis uit doen. Ze staan met andere woorden elke dag in de covidvuurlinie.

Aangezien onze hulpdiensten zo cruciaal zijn in onze samenleving en aangezien ze ook een cruciale rol spelen bij de bestrijding van het coronavirus, moeten we alles op alles zetten om hen optimaal te beschermen tegen de gevolgen van de pandemie. We hebben immers al meermaals moeten vernemen dat brandweerposten tijdelijk de poorten moeten sluiten door een te hoog aantal besmettingen onder het personeel of onder de vrijwilligers.

Een eerste en belangrijke manier om hen te beschermen, is hen als een prioritaire doelgroep te beschouwen in de lopende derde vaccinatieronde en bij eventuele volgende vaccinatiecampaagnes.

Zult u er in de IMC Volksgezondheid voor ijveren om politiemensen en brandweerlieden als prioritaire doelgroep te beschouwen voor de derde coronaprik en voor mogelijke herhalingsdosisen?

Bent u bereid om opnieuw te overwegen om voor politie en brandweer inzake covid te voorzien in een gesloten systeem van beroepsziekten?

01.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar mijn ingediende vragen nrs. 55022954C, 55023093C, 55023269C, 55023319C en 55023453C.

Mijnheer de minister, het Overlegcomité heeft beslist om prioritair in te zetten op de uitrol van de derde prik voor leerkrachten en personeel uit de kinderopvang. In het rapport van de coronacommissaris wordt verwezen naar een maximale capaciteit van 1 miljoen testen per week. Dit betekent dat voor het jaareinde het overgrote deel van de burgers die wensen hun derde prik te ontvangen, die ook zullen krijgen.

Welke is de door uw diensten vooropgestelde tijdslijn voor de derde prik?

Mijnheer de minister, in een recent Amerikaans onderzoek werd de werkzaamheid van de mRNA vaccins van Moderna en Pfizer onderzocht. Er zou een klein verschil te noteren zijn.

Mijn vragen:

1) De vaccinatiecentra werden ingelicht over het feit dat voor de derde prik vanaf nu vooral het Moderna vaccin zal worden ingezet. Er zijn nog heel wat Moderna doses in stock en er komen er nog binnen in december, zo luidt het in het persbericht. Kan u mij de vervaldatum van deze vaccins meedelen? Verschillende collega's farmaceutisch experts waren verrast door de mededeling. Al zeker gezien het feit dat er in de vaccinatiecentra nog een aanzienlijke stock aanwezig was omwille van het vertragend effect door een tekort aan vaccinatoren. Welke beslissingsboom werd hiervoor gevolgd?

2) Onze vaccinatiecentra kunnen op topsnelheid 1 miljoen mensen per week vaccineren volgens de coronacommissaris. Tegen wanneer acht u het mogelijk om deze topsnelheid te halen?

3) Het zou goed zijn mochten alle leerkrachten een booster hebben ontvangen voor de aanvang van het nieuwe schooljaar. Kan u dat garanderen?

Dat de derde prik of zogenaamde "boosterprik" heeft in het buitenland haar nut bewezen en wordt nu ook gefaseerd in België uitgerold. Uit de resultaten van de meest recente motivatiebarometer blijkt dat 3/10 van de ondervraagden twijfelt om deze derde prik te laten zetten. Als dit zich ook in de uiteindelijke toegediende vaccins vertaalt is de kans groot dat de uiteindelijke vaccinatiegraad onder de bevolking zal terugvallen – dit zelfs tot onder 70%. Daarnaast blijkt dat het vertrouwen in de deskundigheid van politici tot amper 30% reikt.

Mijn vragen voor de minister:

1. Hoe reageert de minister op de berichtgeving dat 3 op 10 ondervraagden de boosterprik wantrouwt? Welke onderliggende oorzaken ziet de minister bij deze resultaten?
2. Welke stappen wil de minister zetten om burgers toch over te gaan tot de derde prik?
3. Welke stappen meent de minister te moeten nemen indien de algemene vaccinatiegraad terug daalt en hiermee het tot nu toe gevoerde beleid (ten dele) ondergraaft?
4. Hoe reageert de minister op het lage vertrouwen in politici? Welke oorzaken liggen – volgens de minister – hiervan aan de basis?

Het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en de Commissie stellen dat zij ten volle gebruik van de bepalingen voor noodsituaties in de EU-wetgeving om de goedkeuringsprocedure te versnellen. Dit zonder afbreuk te doen aan veiligheid. Omwille van de aanhoudende COVID-pandemie werd beslist om gebruik te maken van specifieke bepalingen voor bepaalde vaccins/geneesmiddelen. Eerder had EMA aanbevolen minstens om zes maanden te wachten met de boosterdosis – nu wordt dit teruggebracht tot drie maanden.

Mijn vragen voor de minister:

1. Kan door de versnelde goedkeuring en verandering van wachttijd door het EMA ook overgegaan worden tot het in de praktijk versneld toedienen van COVID-vaccins?
2. Welke impact heeft dit op het (versneld) uitrollen? Graag een indicatie/raming van de verhoogde capaciteit.
3. Zijn er in dit verlengde voldoende vaccins en beschikbaar personeel om dit te doen? Zo nee, waarom niet?

Tijdens de vierde golf is de Delta-variant van COVID de meest dominante variant onder de bevolking. Enige tijd geleden werd een nieuwe variant – de zogenaamde Omikron-variant – door onderzoekers in Zuid-Afrika vastgesteld; deze variant lijkt meer besmettelijk te zijn en ondertussen werden al een tiental gevallen in België geregistreerd. Verwacht wordt dat deze nieuwe variant op korte termijn de dominante zal worden – om die reden wordt ook het (versneld) zetten van de boosterprik aangeraden. Studies wezen evenwel uit dat de mate van bescherming afhangt van de combinatie van de gezette eerste twee vaccins en de combinatie met het type boosterprik. Pfizer berichtte in dit verlengde dat haar boosterprik voldoende bescherming zou bieden.

Eerste studies wijzen echter uit dat personen die een Johnson & Johnson vaccin kregen toegediend en nadien een boosterprik van Pfizer niet voldoende beschermd zijn tegen de Omikron-variant van COVID. De neutralisatiegraad blijkt te laag te zijn.

Mijn vragen voor de minister:

1. Hoeveel burgers kregen een J&J vaccin en werden nadien “geboosterd”?
2. Is er vandaag een (extra) monitoring actief? Zo nee: waarom niet?
3. Welke verschillende scenario's voorziet de minister? Graag een toelichting bij elk van deze scenario's. Indien er geen scenario's.

Ik licht graag nog een aantal vragen toe. De boostercampagne is onder impuls en na veel vragen van de N-VA-fractie dan toch op gang getrapt. Worden er momenteel al een miljoen prikken per dag toegediend? De coronacommissaris stelde immers dat we op de piek van de campagne een miljoen prikken per dag zouden kunnen toedienen. Aangezien de omikronvariant in een razend tempo onze maatschappij belaagt, is het belangrijk om de boostervaccins snel toe te dienen.

Tussen de mRNA-vaccins van Pfizer en Moderna die voor de boosters worden gebruikt, is er een klein verschil in efficiëntie. Er is voor gekozen om eerst de voorraden van het Moderna-vaccin op te gebruiken. In een publicatie heeft Nederland echter aangegeven dat het ervoor kiest om mannen jonger dan 45 jaar niet te boosteren met het Moderna-vaccin wegens de hogere prevalentie van pericarditis. Overweegt u dat ook? Op dit moment is dat in elk geval niet zo, want één van mijn patiënten zit thuis met een hartspierontsteking na een Moderna-prik. Hoe ziet u dat? Op welke wetenschappelijke basis gaat u verder met het toedienen van boostervaccins van Moderna?

In Vlaanderen wordt heel goed gevolg gegeven aan de campagne. Ondanks de aanvankelijke twijfel gaan de mensen voor de derde prik. We stellen echter opnieuw een vaccinatiekloof vast tussen Vlaanderen en Brussel. We zien daar voor zowel de eerste als de tweede prik en nu ook voor de derde prik een veel lagere vaccinatiegraad. Hoe gaat u dat aanpakken? Hebt u een scenario voorbereid?

Wat de boostervaccinatie betreft, had het EMA aangegeven dat er geprikt kon worden vanaf een interval van drie maanden. U hebt echter gekozen voor vier maanden. Dat is een extra maand die we hoe dan ook verliezen. In de praktijk komt daar nog een maand bij, zodat we al over vijf maanden spreken. U zegt dat u geluisterd hebt naar het advies van de experts, maar waarom is er dan geadviseerd om vier maanden te wachten, terwijl een periode van drie maanden wetenschappelijk zeker ook verklaarbaar was?

Wat Johnson & Johnson betreft, zien we dat de combinatie met een booster van Pfizer minder efficiënt zou zijn. Daarover is een aantal studies verschenen. Houdt u daar rekening mee? Hebt u ondertussen gemonitord hoeveel burgers deze combinatie hebben ontvangen? Screent u de serologie van die burgers? Gaat u daar voorzichtig mee om op dit moment?

Voorzitster: Gitta Vanpeborgh.

Présidente: Gitta Vanpeborgh.

01.03 Daniel Bacquellaine (MR): Monsieur le ministre, la question déposée n'est plus totalement d'actualité mais je voulais avoir votre point de vue sur l'impact de cette troisième dose sur le Covid Safe Ticket (CST). C'est une notion très importante notamment dans le cadre du débat que nous aurons sur la vaccination obligatoire ou le pass vaccinal.

Il est important de préciser le plus rapidement possible quel sera l'impact de la troisième dose sur le CST, notamment en matière de délai entre la deuxième et la troisième dose. L'accès que donne le CST à la vie sociale sera-t-il impacté par la troisième dose et si oui, dans quel délai?

Il me semble qu'il faut aussi donner des perspectives en ce qui concerne la modification des vaccins. Beaucoup s'interrogent aujourd'hui sur l'adaptation du vaccin. Qu'en est-il des futurs vaccins adaptés aux futurs variants ou d'un vaccin universel? Quelles sont les perspectives à cet égard?

J'indique enfin que nous attendons avec impatience le débat sur la vaccination obligatoire et le pass vaccinal car nous avons tous pu constater l'influence du pass vaccinal sur l'augmentation du nombre de vaccinations en France ces dernières semaines.

01.04 Robby De Caluwé (Open Vld: Mijnheer de minister, in Antwerpen werd een tijd geleden beslist om, tegen de beslissing van het Overlegcomité in, het onderwijzend personeel voorrang te verlenen voor een boosterprik. Het was niet de eerste keer dat lokale besturen hun eigen zin deden. Ook bij de eerste prikken gaven sommige gemeenten al voorrang aan bijvoorbeeld begeleiders van jeugdverenigingen of zelfs mensen van de technische diensten van gemeenten. Dat zorgt voor heel veel ongenoegen bij de doelgroepen waarvoor in andere gemeenten geen uitzonderingen worden gemaakt, maar bijvoorbeeld in het geval van Antwerpen ook bij leerkrachten uit andere gemeenten, die boos waren omdat zij geen voorrang kregen. Mijnheer de minister, zeker weten doen we het niet, maar het zou kunnen dat een vierde prik ook nodig blijkt en dat het probleem zich dus opnieuw zal voordoen.

Wat is uw standpunt over de lokale besturen en vaccinatiecentra die eigen prioriteiten beginnen te bepalen, om welke redenen dan ook? Wat zouden de consequenties zijn als elk vaccinatiecentrum op een bepaald moment zijn zin zou beginnen te doen? Misschien is het ook te overwegen om alle prioriteiten in een volgende campagne gewoon te laten vallen. Er gaan al eens stemmen op om open prikdagen te organiseren. Misschien is dat ook een piste die te overwegen is.

Mijn vraag wijkt een beetje af van de vraag die ik had ingediend, want ze dateert van een tijd geleden.

01.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Madame la présidente, monsieur le ministre, permettez-moi, tout d'abord, de vous présenter mes meilleurs vœux.

Cette nouvelle année est l'occasion de revenir sur l'un des grands engagements ou, en tout cas, l'une de vos grandes déclarations de l'année dernière. En effet, en octobre 2021, vous avez eu l'honnêteté de dire à la population qu'elle allait à nouveau devoir se faire vacciner en 2022 et en 2023.

À l'époque, on s'attendait à une dose de rappel annuelle, comme c'est le cas pour la grippe saisonnière.

Or, fin décembre, nous apprenions que l'Allemagne avait commandé près de quatre-vingts millions de doses d'un vaccin visant spécifiquement omicron et qui doit arriver au printemps prochain, soit juste après l'administration de la troisième dose. L'Allemagne aurait également commandé près de quatre millions de doses du vaccin Novavax qui a été homologué d'urgence par l'Organisation mondiale de la Santé, et qui devraient être livrées dans le courant du mois de janvier. Il serait aussi question de onze millions de doses du nouveau venu Valneva, qui est toujours en attente d'homologation des autorités européennes.

La France annonce, quant à elle, les premières injections du vaccin Novavax début février. En Israël, le gouvernement vient d'élargir l'administration de la quatrième dose de vaccin aux plus de 60 ans et au personnel médical.

Chez nous, la Flandre a sollicité l'avis du Conseil Supérieur de la Santé quant à l'opportunité d'une quatrième dose de vaccin pour les personnes dont le système immunitaire est affaibli et qui ont reçu leur troisième dose en octobre, voire en septembre, mais aussi pour les résidents de centres de soins.

Monsieur le ministre, cette quatrième dose est-elle un complément de vaccination de base ou un booster? Quelle est la différence entre les deux? Quelle est la réelle plus-value de la quatrième dose étant donné le fait que les personnes de plus de 65 ans ayant reçu leur troisième dose ont 95 % de risques en moins de se retrouver en soins intensifs?

Pouvez-vous dresser un état des lieux des commandes de vaccins en cours pour notre pays? Par quel canal sont-ils commandés? S'agit-il de commandes faites par la Belgique ou de commandes groupées au niveau européen? Quels sont les délais de livraison?

Comment se fait-il qu'une Région puisse prendre seule l'initiative d'une demande d'avis quant à l'injection d'une quatrième dose alors que cela concerne tout le pays, comme c'est le cas de la dose de rappel pour les 12-17 ans? De telles questions cruciales ne devraient-elles pas faire l'objet d'une démarche concertée au sein de la Conférence interministérielle Santé?

De **voorzitster**: De fracties die nog geen vragen hebben gesteld, krijgen de mogelijkheid om dat alsnog te doen.

01.06 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mevrouw de voorzitter, ik wil mij aansluiten bij de replieken.

De **voorzitster**: De collega van het Vlaams Belang zal eveneens het woord nemen tijdens de replieken. Dan geef ik de minister nu het woord.

01.07 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, ik zal op een aantal vragen gebundeld en relatief kort kunnen antwoorden, omdat ze intussen enigszins achterhaald zijn door de evolutie. Het betreft zowel de vragen over de prioritaire groepen als de vragen over het verloop van de boostercampagne.

Mijnheer Demon, u had het over politie en brandweer. Wij hebben er in de interministeriële conferentie voor gekozen om niet te werken met prioritaire groepen op basis van hun professionele status. Wij hebben beslist mensen uit te nodigen in functie van hun kwetsbaarheid, dus van de mate waarin de booster nuttig is.

Wij hebben in de allereerste plaats voorrang gegeven aan mensen die in woon-zorgcentra leven en daarna aan de hoogbejaarde bevolking buiten de woon-zorgcentra en de ouderen. Op die manier zijn wij qua leeftijd afgedaald, waarbij er voorrang was op basis van leeftijd. Ik geef u de criteria om te kunnen worden geboosterd. De betrokkene moest minstens twee maanden geleden een Janssen-vaccin hebben gehad of minstens vier maanden geleden een tweede dosis van AstraZeneca of Pfizer.

Dat schema houden wij nu al een hele tijd aan. Wij achtten dat schema beter dan voorrang geven aan deze of gene professionele groep. Wij konden dat immers maar moeilijk uitleggen in de context waarin wij ons bevonden, zeker op het ogenblik waarop wij wisten dat omikron er aankwam en wij aanduidingen hadden dat de booster bijzonder nuttig was, ook bij een omikrongolf. Het was moeilijk om uit te leggen dat bijvoorbeeld een politieagent van 35 jaar oud voorrang zou krijgen op een 57-jarige die een ander beroep uitoefent. Misschien is die 57-jarige immers dringender toe aan een booster dan de 35-jarige, zelfs al is de

35-jarige een politieman.

Wij hebben dus gewerkt op basis van die voorwaarden, namelijk vier maanden na de basisvaccinatie of twee maanden erna in geval van een Janssen-vaccin, en vervolgens leeftijd.

Omdat de campagne heel vlot liep en goed georganiseerd was, zijn wij evenwel snel in een situatie beland waarbij mensen zich konden registreren om sneller te worden opgeroepen. Er zijn al vaccinatiecentra, bijvoorbeeld kleinere vaccinatiecentra in Brussel, waar mensen zo kunnen binnenlopen.

Als men in Brussel of Wallonië belt naar het centrale nummer van het callcenter kan men zo een booster krijgen, als men voldoet aan de voorwaarden. De campagne loopt inderdaad als een trein. De vraag om voorrang te geven aan bepaalde beroepsgroepen is eigenlijk enigszins achterhaald en niet meer aan de orde.

Daarnaast is er altijd gezegd dat de vaccinatiecampagne en alle vaccinatiecentra de prioriteit op basis van leeftijd moesten respecteren. In het Overlegcomité en de interministeriële conferentie Volksgezondheid is ooit gezegd dat het geen probleem is als leerkrachten snel gevaccineerd worden. Daar kunnen parallelle sporen voor ontwikkeld worden. Dit mag echter de eerste prioriteit, namelijk vaccineren op basis van leeftijd, niet in de weg staan. Als dat niet gebeurt, is er geen probleem. Het is aan de individuele vaccinatiecentra om ervoor te zorgen dat ze die instructie respecteren. Het zijn vooral de gemeenschapsministers die de eerste hand hebben in wat er in de vaccinatiecentra precies gebeurt qua organisatie. Ik ga ervan uit dat zij daar ook over waken.

Het idee van die prioriteit is dus enigszins achterhaald. De campagne voor het uitnodigen van mensen en het zetten van de boosterprik loopt zelfs sneller dan we op een bepaald moment vooropgesteld hadden. Toen we het algemene schema hadden afgeklopt, voorzagen we tegen eind januari het gros van de volwassen Belgen die de basisvaccinatie hebben gehad, uitgenodigd te hebben. In februari en maart zouden er nog 1,1 miljoen mensen volgen. Op dat ogenblik zullen we echt wel het gros van de Belgen uitgenodigd hebben, als de dingen blijven lopen zoals ze lopen. In Vlaanderen zal dat zeker zo zijn. Na eind januari zullen we geen uitnodigingen meer te versturen hebben.

Onze campagne loopt dus qua tempo eigenlijk sneller dan wat wij initieel hadden voorzien, maar ik geef daar wel meteen bij aan dat er inderdaad twijfel en aarzeling zijn en dat een aantal mensen niet op de uitnodiging ingaat of geen rendez-vous maken. Er is rond de booster meer aarzeling dan rond de primovaccinatie en dat zien wij nog altijd een beetje. In zekere zin is het dus een groot succes, maar wij zijn niet helemaal waar wij moeten zijn.

Mevrouw Depoorter, u hebt een vraag gesteld over het Moderna-vaccin gebruikt als booster en het Pfizer-vaccin gebruikt als booster. Het Moderna-vaccin heeft een andere dosering. Ik denk trouwens dat u dat zelf ook hebt gezegd. Ik heb de gegevens bij. Het Moderna-vaccin heeft in zijn booster 0,25 milliliter die 50 microgram messenger-RNA bevat, wat de helft is van wat het Moderna-vaccin bevat voor de primovaccinatie. Het Moderna-vaccin heeft voor de primovaccinatie een zwaardere dosis dan Pfizer, dat voor de primovaccinatie 30 microgram messenger-RNA bevat. Moderna was een veel zwaardere dosis en zelfs de booster van Moderna, die eigenlijk een halvering is qua hoeveelheid messenger-RNA versus de Moderna die wordt gebruikt voor de primovaccinatie, bevat in microgramtermen meer messenger-RNA dan het Pfizer-vaccin.

Op basis van de gegevens die wij hebben en de afwegingen die wij maken, hebben wij echter geen reden gezien om te zeggen dat Moderna niet aan bepaalde groepen gegeven mag worden. Wij denken dat het voordeel van Moderna, ook van de booster, zeer sterk opweegt tegen eender welk risico. U hebt verwezen naar hartspierontsteking, als ik het goed voorheb.

Er zijn inderdaad aanwijzingen dat dit een neveneffect kan zijn. Het wordt niet beschouwd als een zeer ernstige aandoening. Het is een aandoening waarvoor men moet opletten en die men moet verzorgen, maar men beschouwt die nevenwerking niet als één van de meest gevaarlijke. Zij bestaat natuurlijk en men moet er voorzichtig mee zijn.

Ik zeg dit uit mijn geheugen, ik moet wat opletten met wat ik zeg, maar ik meen dat bepaalde studies hebben aangetoond dat jongere bevolkingsgroepen die niet gevaccineerd zijn, onder meer door covid meer kans hebben op een hartspierontsteking dan bevolkingsgroepen die wel gevaccineerd zijn.

Toen wij dus de balans opmaakten van voordelen en nevenwerkingen, en ik benadruk dat dit gecontroleerd en geverifieerd moet worden, want ik zeg het uit mijn hoofd, was er voor ons geen reden het gebruik van Moderna te beperken. Wij hebben Moderna laten aanbieden omdat wij dat op dat bepaald moment in stock hadden. Wij konden het beste die stock gebruiken en Moderna op een aantal plaatsen aanbieden.

Zo ging het, zeer kort samengevat.

Monsieur Bacquelaine, votre question relative au CST est importante. Je crois qu'il viendra un moment où la réception du booster sera décisive pour obtenir le feu vert sur la base de la vaccination. Aucune date précise n'a encore été fixée car il s'agit aussi d'une démarche européenne. Cela prendra peut-être quelques semaines avant que le CST soit adapté et que l'on exige des citoyens d'avoir reçu la dose booster pour obtenir le feu vert sur la base de la vaccination. Cela me semble logique dans le contexte actuel. En effet, l'efficacité de la vaccination de base pour éviter les hospitalisations et les maladies graves semble diminuer fortement après quelques mois. Dès lors, si le booster renforce de façon significative la protection, il me semble logique que le fait de recevoir le booster devienne une exigence pour le certificat de vaccination qui est inclus dans le CST.

En répondant à Mme Depoorter, je pense avoir répondu à vos questions sur la dose du booster de Pfizer comparée à celle de Moderna. La dose du booster de Moderna est moitié moindre que pour la vaccination de base, tandis que pour Pfizer, le dosage est identique. Cependant, la quantité d'ARN messager utilisée dans le vaccin Moderna reste supérieure à celle utilisée dans le vaccin Pfizer.

S'agissant de la quatrième dose, madame Rohonyi, vous avez souligné à juste titre qu'il convient d'abord d'éclaircir la terminologie ainsi que le contenu de la question. Les personnes dont l'immunité est faible – par exemple, en raison d'un traitement oncologique, d'un déficit rénal chronique, etc. – ont été les premières à recevoir une troisième dose.

À dire vrai, techniquement parlant, ce n'était pas un booster. C'était une troisième dose nécessaire afin d'obtenir un effet immunitaire que l'on peut espérer pour d'autres personnes après deux doses. En réalité, il s'agissait de renforcer leur schéma de base. Par conséquent, c'est seulement la quatrième dose qui constitue pour elles le véritable booster. Logiquement, on peut se dire qu'il est quand même temps, car c'est après les vacances d'été que cela fut entrepris. Cela a donc pris du temps.

La question a donc été posée au Conseil Supérieur de la Santé. Nous lui avons aussi demandé son avis relativement à un booster pour les jeunes de 12 à 17 ans, catégorie à propos de laquelle l'Agence européenne des médicaments n'a pas encore accordé d'autorisation. Dans l'attente, nous avons donc interrogé le Conseil Supérieur de la Santé.

Je crois que le Conseil va nous fournir un avis qui va compléter quelque peu le panorama pour les jeunes et les immunodéprimés. Je crois aussi que le Conseil va nous informer de ce qu'il pense pour la population en général.

Évidemment, il y a à présent l'annonce que Pfizer va produire en mars un vaccin adapté au variant omicron. Peut-être recevrons-nous des doses en avril. À vrai dire, c'est trop tard pour cette cinquième vague.

Je crois qu'il faut dire aux gens qu'il ne faut pas attendre. Il ne faut pas dire qu'on préfère le vaccin contre le variant omicron. Non, il faut vraiment se faire administrer le booster. Je crois que ce message est important. Il y a peut-être un malentendu, un peu de confusion créée par le fait que nous sommes en attente d'un vaccin adapté. Je crois qu'il faut dire aux gens qu'il faut se faire administrer la dose de rappel maintenant.

Cela renvoie aussi à la question de M. Bacquelaine. Je crois, monsieur Bacquelaine, que pour cette raison-là, il sera légitime, à un certain moment, de dire que si vous avez reçu le booster avec le vaccin existant, vous avez un feu vert sur votre Covid Safe Ticket.

Peut-être encore quelques données. Je crois que M. Bacquelaine a mentionné des analyses menées par Moderna, qui indiquent que la demi-dose de Moderna multiplie par 37 le niveau d'anticorps neutralisants. Pour ce qui est du Pfizer, Pfizer a indiqué, déjà le 8 décembre, qu'une troisième dose de son vaccin multiplie par 25 le niveau d'anticorps neutralisants.

Mais comme vous le savez sans doute, les experts nous disent qu'il faut faire preuve de prudence, parce que ce qui est observé au niveau des anticorps n'est pas une indication suffisante pour se prononcer sur l'impact sur la protection. C'est un peu plus compliqué.

Je crois donc que tout ce qu'il faut retenir, c'est que tant Moderna que Pfizer sont, en termes de booster, des vaccins efficaces et qu'il faut les utiliser maintenant.

Madame Rohonyi, en tant que ministre fédéral, j'attends du Conseil Supérieur de la Santé une série d'avis et de points de vue afin de déterminer la façon d'avancer dans la campagne du booster.

Je viens de recevoir de nouveaux chiffres et je voudrais y revenir. Madame Depoorter, le chiffre de 1 million par semaine me semble difficile à atteindre; néanmoins je crois que la campagne marche bien. Les choses vont même un peu plus vite qu'escompté au début.

Mevrouw de voorzitter, ziedaar de antwoorden op de gestelde vragen.

01.08 Franky Demon (CD&V): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Mijn vraag is inderdaad deels achterhaald, maar wij moeten uiteraard ook volgende eventuele vaccinaties bekijken. U hebt voor 100 % gelijk, als u stelt dat de QVAX-lijst soepel gewerkt heeft, want dankzij die lijst konden mensen in sommige vaccinatiecentra snel geholpen worden.

Toch wil ik erop wijzen dat het in bepaalde vaccinatiecentra, zonder die bij naam te noemen, niet zo soepel verloopt. In sommige vaccinatiecentra zijn 40-plussers zelfs nog niet uitgenodigd. Met de omikronvariant wordt een zeer grote besmettingsgolf voorspeld. In die context moeten wij er absoluut over waken dat mensen die instaan voor onze veiligheid, ook gevaccineerd raken. Als alles soepel verloopt, geef ik u gelijk in wat u zegt over de QVAX-lijst. Er kan misschien een parcours naast gelegd worden voor mensen die een veiligheidsberoep uitoefenen. Vaccinatiecentra waar de toedieningen wat trager verlopen, moeten misschien eens nader bekeken worden. Voor het overige kan ik mij volledig vinden in uw antwoord.

01.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt dat iedereen in Vlaanderen tegen eind januari een uitnodiging zal hebben gekregen. Dat klopt. Dat betekent dat iedereen de booster tegen half februari zal hebben ontvangen. Dat is een maand na de piek die wordt verwacht. Het was misschien wel beter geweest om sneller van start te kunnen gaan.

Op mijn vraag over Brussel hebt u geen antwoord gegeven.

01.10 Minister Frank Vandenbroucke: Dat was ik inderdaad even uit het oog verloren.

In Brussel loopt het moeilijker, wat een reden voor bezorgdheid is. Ik denk dat men dit niet echt kan wijten aan de inzet van de Brusselse administratie en de Brusselse minister van Volksgezondheid. De inzet is groot, maar dat loopt niet zo eenvoudig. Daar moet men nog een groot overtuigingswerk doen.

Het positieve nieuws is wel dat 80 % van de 65-plussers in Brussel geboosterd is. Dat is toch wel belangrijk. Bij de hele volwassen bevolking zit men echter maar aan een derde en in Wallonië aan de helft, waar dat in Vlaanderen rond de 60 % is. Dat is inderdaad een reden voor bezorgdheid.

Dat zou kunnen verklaren waarom er meer hospitalisaties in Brussel zijn. We zijn niet zeker dat dit aan omikron te wijten is, maar dat zou wel kunnen.

01.11 Kathleen Depoorter (N-VA): Het is een reden voor bezorgheid, zegt u, maar dat is het eigenlijk al twee jaar. Het is een terugkerend probleem dat moet worden aangepakt en dat gestuurd zou kunnen worden.

Een halve dosis Moderna bevat 25 microgram mRNA en in een volledige dosis Pfizer zit 30 microgram mRNA. Er zit dus een klein beetje minder mRNA in een halve dosis Moderna.

01.12 Minister Frank Vandenbroucke: Ik vergeleek inderdaad Moderna met Pfizer. Een halve dosis van het Moderna-vaccin bevat nog meer mRNA (gemeten in microgram) dan een volle dosis van het Pfizer-vaccin.

01.13 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dacht dat het 25 microgram in het Moderna-

vaccin en 30 microgram in het Pfizer-vaccin is.

01.14 Minister **Frank Vandenbroucke**: Neen, een halve dosis van het Moderna-vaccin bevat 50 microgram mRNA en een volledige dosis van het Pfizer-vaccin bevat 30 microgram mRNA. Het is dus nog altijd meer.

01.15 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, volgens u is een hartspierontsteking niet zo ernstig, maar het leidt natuurlijk opnieuw tot afwezigheid op het werk. We zitten in de omikrongolf. U bent noodplannen aan het opstellen om ervoor te zorgen dat onze bedrijven kunnen blijven werken. Een hartspierontsteking bezorgt de patiënten een zeer bizar gevoel. Ze zijn werkonbekwaam. Het zou toch het moment kunnen zijn om er eens over na te denken en net zoals Nederland ervoor te pleiten om de Pfizer-boosters aan de jongere mensen toe te dienen, zeker de mannen. De Moderna-boosters kunnen dan worden toegediend aan mensen van boven 45 jaar, omdat die bij hen net iets beter werken. Ik begrijp dat u in het begin van de boostercampagne ervoor hebt gekozen om de voorraden zo snel mogelijk op te gebruiken en niet te wachten op nieuwe leveringen. Als we vandaag echter van beide vaccins een voorraad hebben, dan lijkt het me het best om naar de wetenschappelijke evidentie te kijken. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen in Nederland is samengesteld uit wetenschappers. Onze experts onderhouden zeker contacten met dat college en zouden op hun advies kunnen voortbouwen.

Het is volgens u moeilijk om 1 miljoen boosters per week toe te dienen. Ik had u dat voorspeld. U hebt voor het reces aangegeven dat de regering in tweede lezing de vaccinatie door apothekers had goedgekeurd. Dat is evenwel nog altijd geen feit. Misschien hadden de apothekers de kloof tot 1 miljoen boosters per week kunnen dichten. Waarom is die regeling nog altijd niet van kracht?

01.16 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat komt omdat het advies van de Raad van State nog niet beschikbaar was. We moeten het advies van de Raad van State nog verwerken vooraleer we het in tweede lezing goedkeuren.

01.17 **Daniel Bacquelaine** (MR): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse, à laquelle j'adhère totalement. Je pense qu'effectivement, à partir du moment où tous les adultes auront eu l'occasion de recevoir la troisième dose, il est logique d'intégrer cette troisième dose dans le Covid Safe Ticket, et éventuellement même dans un pass vaccinal à venir. Je pense qu'il y a une vraie logique dans cette démarche et dans ce que vous préconisez.

Cela étant, il faut dire clairement qu'à partir du moment où tout le monde aura eu la possibilité d'avoir une troisième dose, il faudra que cette troisième dose soit intégrée dans le Covid Safe Ticket, voire dans un pass vaccinal futur. C'est à mon avis une façon de stimuler l'adhésion à la troisième dose et la décision de recevoir cette troisième dose. Je pense que nous avons tous collectivement intérêt à ce que le maximum de personnes dans notre pays reçoivent cette troisième dose le plus rapidement possible.

01.18 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, wij kunnen stellen dat de vaccinatiecampagne in ons land globaal genomen een succes is. Dat blijkt ook uit de cijfers. Dat is ook te danken aan de goede samenwerking tussen de verschillende bestuursniveaus, inclusief de lokale besturen, maar wij kunnen ook niet ontkennen dat er regio's zijn waar er nog wat werk is.

Ik beseef dat dat heel moeilijk is. Ik heb in mijn vriendenkring ook een aantal mensen die zich heel hard verzetten tegen een vaccinatie. Die mensen maken – in mijn geval althans – meestal een kansberekening. Ik heb net een berekening doorgestuurd gekregen van een van die mensen die tot het resultaat kwam dat hij een kans van 1 op 35.000 heeft om dood te gaan aan corona en daarom vindt hij het niet de moeite om zich te laten vaccineren. Ik merk dat de verhalen van veel mensen die een vaccin te weigeren, meestal in die zin gaan.

Het is verdomd moeilijk om die mensen te overtuigen. Daarom ben ik ervan overtuigd dat wij moeten blijven inzetten op de communicatie. Ik vond de aanwezigheid van Steven Van Gucht op de laatste persconferentie een enorme meerwaarde en ik vind dat wij dat meer moeten doen. Zo kunnen wetenschappers met feiten en cijfers aantonen wat het verschil is tussen iemand die gevaccineerd is en iemand die niet gevaccineerd is. Vooral voor de mensen die met kansberekeningen werken, lijkt mij dat een enorme toegevoegde waarde. Wij moeten dus vooral blijven inzetten op de communicatie om de laatste procenten ook te overtuigen.

01.19 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de vos réponses. Nous sommes donc dans l'attente de ce fameux avis du Conseil Supérieur de la Santé. Avez-vous une idée du moment à

partir duquel nous serons en droit d'en prendre connaissance? Dans l'hypothèse où il serait positif, nous devrions agir vite et être prêts sur le plan logistique, puisqu'il sera alors question d'une administration simultanée des troisième et quatrième doses auprès de différentes tranches d'âge.

Et puis, cette quatrième dose me semble poser plusieurs problèmes. Tout d'abord, je m'interroge quant à son efficacité au regard de son timing. Ne serait-elle pas injectée trop tard? En effet, tous les experts s'accordent à reconnaître qu'elle doit être administrée en prévision d'une saison problématique, c'est-à-dire avant l'hiver. Ensuite se pose la question de la perception par la population de l'utilité du vaccin. Vous évoquez vous-même une grande hésitation relative à cette troisième dose. De même, dans mon entourage, je vois des gens qui hésitent, voire qui rechignent à la recevoir. Selon leurs dires, si le vaccin était si efficace, une dose de rappel tous les quatre mois serait inutile. En consultant les chiffres de Sciensano, je constate que, parmi les plus de 85 ans, 90 % ont reçu les deux premières doses, alors que seuls 79 % ont reçu la troisième. Bien entendu, il est prématuré de comparer une campagne de vaccination qui dure depuis plus d'un an et celle qui a commencé pour la troisième dose, voici seulement un mois. Ce manque de pédagogie nécessite un effort de communication auprès de toute la population, dont une grande partie – et pas uniquement les antivax, comme on tend à le dire trop souvent – exprime des doutes.

Vous nous indiquez que le CST va très bientôt intégrer la troisième dose. Or, de même qu'avec les chiffres de Sciensano, je constate que les moins de 25 ans n'ont toujours pas été convoqués. Quand le seront-ils? En effet, nous savons que ceux-ci ont besoin du certificat pour bénéficier de leur liberté et s'adonner à diverses activités.

Il est aussi question de la solidarité vaccinale. On parle aujourd'hui d'une quatrième dose, alors même que, dans les pays les plus pauvres, la première dose n'a toujours pas été administrée. Or, tant qu'ils ne seront pas vaccinés, le virus continuera de circuler et donc de faire émerger de nouveaux variants. D'où l'importance de notre débat relatif à la levée temporaire des brevets.

01.20 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik ben een beetje verbaasd dat u hebt geantwoord op vragen over vaccinatie en de derde prik, want ik heb u de voorbije dagen in heel het debat rond testen heel vaak horen zeggen dat preventie niet uw bevoegdheid is. Blijkbaar wilt u de tests van asymptomatische personen niet meer terugbetalen. Nu hebt u wel geantwoord op vragen over de derde prik, de argumenten worden blijkbaar gebruikt wanneer het goed uitkomt.

Voorts wil ik ingaan op de manier waarop het debat hier gevoerd wordt. U lijkt te vergeten dat het gaat om een wereldwijde pandemie. Onze strategie om alleen in te zetten op vaccinatie en minder en minder op testen, is een totale mislukking. De heer Tedros Adhanom Ghebreyesus, de directeur-generaal van de WHO, zei eind vorig jaar: "No country can boost its way out of the pandemic." Wij kunnen één dosis, twee dosissen, nu een derde dosis en binnenkort een vierde dosis toedienen, dat zal zeker en vast gebeuren, maar zolang er geen globale aanpak is van de pandemie – en daar hoort vaccineren bij – zullen er altijd nieuwe varianten opduiken en zal het nooit eindigen.

01.21 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, u vindt het logisch dat na de boosterprik het groene vinkje gegeven wordt op het CST. Ondertussen zou het logisch moeten zijn dat het CST afgeschaft wordt, want het dient tot niets. Het bewijst niet de besmettelijkheid van iemand, net zoals een vaccinatiebewijs dat niet bewijst. Welke zin heeft het dan nog om het CST in het leven te houden? Integendeel, de vierde golf beweest dat het geen meerwaarde heeft in heel het coviddebaat.

Ik heb ook reeds verschillende keren gewezen op het onderzoek naar antilichamen en immuniteit na een infectie. Er worden op de website van Sciensano sinds mei of juni geen cijfers over de seroprevalentie meer gegeven. Waarom?

U zei daarnet in uw antwoord op een vraag van collega Rohonyi dat antilichamen niets zeggen over de besmettelijkheid. Dat is waar, maar een vaccinatiebewijs zegt ook niets over iemands besmettelijkheid. Daar gaat u toch mee verder. Waarom gebeurt er niets met het onderzoek naar antilichamen? Waarom mogen we niet weten hoeveel procent van de bevolking antilichamen heeft, hoeveel procent van de bevolking de infectie doorgemaakt heeft en dus natuurlijk of door vaccinatie antilichamen heeft of immuun is tegen de ziekte? Dat u daarmee niets aanvangt, is een gemiste kans, zeker voor de toekomst. Gisteren vroeg ik u zelfs hoeveel prikken we zouden moeten krijgen. Als de prik na twee of drie maanden uitgewerkt is, zullen de kwetsbaren en zwakkeren dan weer gevaccineerd moeten worden. Geldt dat dan opnieuw voor de hele bevolking? Denk daarover na, ook met uw experts. U zou zich kunnen voornemen om het in het nieuwe jaar

over een andere boeg te gooien.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Actualiteitsdebat over omikron en het testbeleid en toegevoegde vragen van

- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Walk-intestcentra" (55022944C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maatregelen tegen de omikronvariant" (55023576C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De acties en maatregelen tegen de omikronvariant van het coronavirus" (55023591C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het testen en quarantainebeleid n.a.v. de omikronvariant" (55023714C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zelftests en de omikronvariant" (55023722C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onderschatting van de schadelijkheid van omikron" (55023740C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Overlegcomité van 22 december" (55023578C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maatregelen van het Overlegcomité van 6 januari 2022" (55023716C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidmaatregelen en de vijfde golf" (55023721C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kwaliteit van zelftests bij kinderen" (55023728C)
- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Zelftesten in scholen" (55023766C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Verduidelijkingen met betrekking tot de zelftests" (55023768C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Omikron en de nieuwe teststrategie" (55023789C)

02 Débat d'actualité sur omicron et la politique de testing et questions jointes de

- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres de test walk-in" (55022944C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures pour lutter contre le variant omicron" (55023576C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les actions et mesures pour lutter contre le variant omicron du coronavirus" (55023591C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique de dépistage et de quarantaine face au variant omicron" (55023714C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les autotests et le variant omicron" (55023722C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sous-estimation de la gravité du variant omicron" (55023740C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Comité de concertation du 22 décembre" (55023578C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures du Comité de concertation du 6 janvier 2022" (55023716C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures de lutte contre la cinquième vague de covid" (55023721C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La qualité des autotests chez les enfants" (55023728C)
- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les autotests dans les écoles" (55023766C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Des éclaircissements concernant les autotests" (55023768C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "omicron et la nouvelle stratégie de testing" (55023789C)

02.01 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, ik besef dat de vraag ondertussen al een veeleer gezegende leeftijd heeft. Ze dateert van 26 november 2021. Dat ligt natuurlijk niet aan u maar aan de werkzaamheden van de commissie, naar ik vrees.

Op 26 november 2021 kondigde de eerste minister na de vergadering van het Overlegcomité van dezelfde dag aan dat er zogenaamde walk-intestcentra zouden worden geopend in een poging om de eerste lijn te ontlasten.

Een aantal vragen die ik moet stellen, zijn dus erg pro forma geworden, gelet op de datum van indiening. Ik zal ze echter voor de goede orde en voor het verslag stellen.

Mijnheer de minister, ik wil van u graag het volgende weten. Hoeveel walk-incentra zijn al opgestart of zullen nog worden opgestart? Wanneer zullen ze allemaal operationeel zijn?

Ik ga ervan uit dat u mij de antwoorden op de vragen over de locaties schriftelijk zult bezorgen. Ik zal het u niet aandoen om ze allemaal op te sommen.

Zijn ze al allemaal operationeel op dit ogenblik?

Kunt u mij meer informatie geven over de geografische spreiding, de kostprijs van de testen en de testen die zullen worden ingezet?

02.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Madame la présidente, monsieur le ministre, avec le variant omicron, nous sommes, à l'heure actuelle, en pleine cinquième vague.

La gestion de la crise par le gouvernement pose d'énormes questions. Elles ont déjà fait l'objet de discussions hier, mais il me semble néanmoins important de les aborder à nouveau.

On se trouve aujourd'hui face à un sentiment d'incohérence. En effet, le 21 décembre dernier, vous décidiez de fermer la totalité du secteur de la culture en raison de la vague omicron, et, quelques jours plus tard, vous décidiez d'annuler presque toutes les mesures de quarantaine et de *testing*. D'un côté, on a assisté à un important durcissement par la prise d'une mesure qui, comme chacun le sait, a été annulée par le Conseil d'État. D'un autre côté, vous avez décidé l'assouplissement de certaines mesures. Ce faisant, on ne peut que penser que la Vivaldi n'est pas très à l'écoute de la culture, mais qu'elle est à l'écoute de la FEB qui avait demandé la levée de la quarantaine.

Toutefois, avec cette levée de la quarantaine, le virus risque de se multiplier davantage. Vous savez comme moi qu'avec le variant delta, 20 % des personnes qui avaient eu un contact à haut risque étaient testées positives. Or, le variant omicron semble être beaucoup plus contagieux. De plus, chacun sait qu'un grand nombre de personnes atteintes du covid sont asymptomatiques. Les décisions prises posent donc question. Mais force est de constater que quand la FEB fait une demande, le gouvernement danse. Ce n'est pas moi qui le dit. Je me réfère ici à un communiqué de presse de la FGTVB du 5 janvier.

Aujourd'hui, tous les travailleurs qui sont infectés sur leur lieu de travail ou qui ont peur d'être infectés en ont marre. Sur le terrain, les gens sont inquiets.

Monsieur le ministre, pourquoi avoir accédé à la demande de la FEB? Par ailleurs, si vous décidez d'assouplir les mesures relatives à la quarantaine et si vous ne souhaitez pas voir une augmentation de la transmission du virus, il serait logique d'augmenter le *testing*. Et comment augmente-t-on le nombre de tests sans surcharger la première ligne et les laboratoires?

C'est grâce à un outil dont nous disposons actuellement, à savoir les autotests. On pourrait les utiliser massivement.

Or, encore une fois, vous avez pris la décision de ne pas rembourser ces autotests malgré la proposition des experts et de certains partis, comme le PTB et Ecolo-Groen. Je n'ai pas compris ce choix. D'un part, nous avons pu lire dans le rapport du commissariat corona que vous aviez eu peur que les autotests soient retirés des supermarchés. Ma question sur ce point est claire: avez-vous cédé au lobby des supermarchés?

D'autre part, un autre argument venu sur la table ces derniers jours était une histoire de compétences. En

pleine cinquième vague de la crise covid, vous avez entamé une dispute communautaire sur la question de savoir qui allait payer les tests. Vous affirmez que c'est aux Communautés de prendre en charge ce coût car il s'agit de prévention.

Par ailleurs, quand on regarde les nouveaux critères de remboursement, on n'est pas remboursé quand on ne présente pas de symptômes. Vous considérez que le curatif est payé par le fédéral mais que, pour le reste, les Communautés tirent leur plan - voire les pouvoirs locaux mais ils n'ont pas les moyens pour ce faire. En attendant, ce sont les parents, entre autres, mais aussi les gens qui doivent se rendre sur leur lieu de travail, qui y vont la peur au ventre n'ayant pas la possibilité de télétravailler, la peur de se faire infecter, la peur aussi d'infecter d'autres personnes. Tout cela va faire en sorte que le virus circulera encore davantage.

Une enquête du *Nieuwsblad* a même révélé que là où il est conseillé préventivement de tester les enfants une fois par semaine avant d'aller à l'école, seulement 8 % des parents l'envisagent. Il est clair que cela constitue un coût important pour les familles nombreuses: 3,50 euros le test. Cela monte facilement à des centaines d'euros par jour, sans oublier le fait de devoir se faire tester aussi quand on a eu des contacts à risque.

Pourquoi avez-vous lancé cette dispute communautaire? Pourquoi n'avez-vous pas tout simplement décidé de combattre la transmission du virus en ne chargeant pas davantage les soignants, en stimulant les autotests, comme cela se fait dans d'autres pays? Ce n'était pas le moment de se lancer dans une telle dispute.

S'agissant du variant omicron et de la cinquième vague, pourquoi faut-il toujours un code pour passer un test covid? Pourquoi ne pas s'inspirer d'autres pays? Une de mes amies s'est rendue à Berlin pendant les congés. Vous pouvez ainsi entrer dans un centre de *testing*, vous faire tester et en sortir un quart d'heure plus tard, muni du résultat. Pour quelle raison la politique belge de *testing* est-elle si restrictive?

Enfin, que prévoyez-vous pour soutenir les hôpitaux d'ici la fin du mois, étant donné l'augmentation sévère de la cinquième vague? Nous pouvons donc nous attendre à une hausse - voire à un pic probable - des hospitalisations, notamment au regard de vos décisions relatives aux quarantaines.

02.03 Kathleen Depoorter (N-VA): *Verwacht wordt dat de Omikron-variant van het COVID-virus op korte termijn de dominante variant zal worden. Uit verschillende onderzoeken en berichtgeving blijkt dat de besmettelijkheid vele malen hoger is dan de huidige Delta-variant. Vanuit Zuid-Afrika wordt gemeld dat het ziektebeeld minder ernstig zou zijn t.o.v. de Delta-variant maar aangezien dat land een andere demografische structuur heeft – een groter aantal jongeren – dan vele Westerse landen zijn deze conclusies niet zomaar door te trekken. Er bestaat het risico dat de ernst van Omikron voor een oudere bevolking wordt onderschat. In dat geval is een trage(re) uitrol van maatregelen tekenen voor een aanzienlijk risico. Bijkomende maatregelen om ons te wapenen tegen de nieuwe variant zijn dan ook nodig. Traditioneel gaan rond deze periode veel landgenoten op vakantie naar het buitenland – Spanje is een populaire bestemming.*

Mijn vragen voor de minister:

- 1. Voorziet de minister extra capaciteit van bedden (ook IZ) in de ziekenhuizen? Zo ja: in welke aantallen (indicatief)? Zo nee: waarom niet? Graag een tijdslijn met bijbehorende capaciteit.*
- 2. Voorziet de minister in het uitrollen van de (IZ-)buddies? In welke aantallen zijn deze beschikbaar op welk moment,*
- 3. Hoe wil de minister het aspect Paxlovid – zetcapaciteit door apothekers - uitrollen? In welke aantallen op welk (indicatief tijdstip)?*
- 4. Hoe gaat de minister om met het gegeven dat een groot aantal burgers naar het buitenland op reis zal gaan? Verwacht de minister een piek van besmettingen bij thuiskomt? Hoe wordt dit opgevangen?*
- 5. Beschikt de minister buiten voorziene maatregelen nog over een zogenaamd plan B naast de huidige strategie wanneer Omikron nog ernstiger blijkt dan gedacht?*

Op 4 januari verklaarde dhr. Marc Van Ranst tijdens het VTM nieuws dat het detecteren van de aanwezigheid van de Omikron-variant van COVID beter in de keel dan in de neusholte zou gebeuren. Dit zou blijken doordat de variant zich in een vroeger stadium in de keel manifesteert en pas later in de neusholtes. In een reactie stelde het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen dat niet alle zelftesten gemaakt zijn voor zowel de keel als de neus. Australië en Engeland zijn op dit moment enige landen waar de overheid adviseert om eerst een wisser in de keel te gebruiken en nadien in de neus.

Mijn vragen voor de minister:

1. Hoe reageert de minister op de (publieke) communicatie van dhr. Van Ranst?
2. Wanneer verwacht de minister een officiële stellingname van het FAGG omtrent het al dan niet veilig gebruik van de op de markt zijnde sneltests (voor de afname van het staal in de neus en de keel)?
3. Worden deze sneltests gecontroleerd? Zo ja: gebeurt dit op voldoende mate? Zo nee: waarom niet?
4. Welke garanties werden er geëist?
5. De leveranciers voor apotheken schreven een certificaat uit – gebeurt dit ook voor de andere verdeelkanalen? Zo nee: waarom niet?

Volgens berichtgeving in MediQuality van 7 januari blijkt dat het aantal kinderen dat in de Verenigde Staten in het ziekenhuis wordt opgenomen ten gevolge van covid-gerelateerde complicaties een steile vlucht neemt. Deze neemt toe in het hele land toe, vooral nu de zeer besmettelijke omikronvariant zich razendsnel verspreidt. En hoewel de situatie in de VS niet direct extrapoleerbaar is bestaat er een reële kans dat de schadelijkheid van Omikron – en dan in het bijzonder bij kinderen – toch onderschat wordt. De cumulatieve ziekenhuisopnames (gebaseerd op een sample van 25 staten) blijkt tussen de 1,7% tot 4,1% van de totale gecumuleerde ziekenhuisopnames om pediatrische patiënten te gaan. Dit is bijzonder veel. De overgrote meerderheid van de kinderen die ten gevolge van een coronabesmetting in het ziekenhuis worden opgenomen zijn niet gevaccineerd, ofwel omdat ze te jong zijn om hiervoor in aanmerking te komen, ofwel omdat hun ouders de vaccinatie weigerden.

Mijn vragen voor de minister:

1. Indien Omikron schadelijker blijkt voor kinderen – gegeven de data die uit de VS die dit doet vermoeden – hoe wil de minister hier op inspelen
2. Welke concrete maatregelen wil de minister in dit geval nemen?
3. Zijn hiervoor reeds voorzieningen getroffen? Hoe snel kunnen deze worden ingezet?

Op 4 januari werden door de federale regering een aantal aanpassingen van de tot dan toe geldende COVID maatregelen doorgevoerd. Vanaf 10 januari moeten de nieuwe maatregelen ingang vinden. In principe gaat het om een aantal versoepelingen – virologen spreken van “noodoplossingen” – daar zij geen voorstander hiervan waren.

Mijn vragen voor de minister:

1. Op basis van welke argumentatie wordt het herhaald testen in de werkomgeving stopgezet? Welke risicoanalyse hoort hierbij en op basis van welk onderzoek wordt dit gestaafd?
2. Hoe motiveert de minister de beslissing om personen die reeds een boosterprik ontvingen niet meer in quarantaine te laten gaan? Op basis van welke risicoanalyse en wetenschappelijke grond werd deze beslissing genomen?
3. Voor zij die nog geen boosterprik ontvingen – en een vaccinatie langer dan 5 maanden geleden kregen – is een PCR-test niet meer nodig. Wat is hier de precieze argumentatie voor? Op basis van welke data neemt de regering deze beslissing?
4. Hoe wil de minister de voorwaarden van de preventieve maatregelen precies handhaven?
5. Voor zij die besmet raakten wordt de isolatie van 10 naar 7 dagen teruggebracht: hoe wordt dit gemotiveerd? Op basis van welke wetenschappelijk inzicht neemt de minister deze maatregel?
6. Welke algemene risicoanalyse werd gemaakt voor deze versoepelingen? Vindt de minister dat het risico aanvaardbaar is t.a.v. de mogelijkheid dat de Omikron toch schadelijker zou blijken dan gedacht (aangezien de controle over het virus meer wordt losgelaten)?

In navolging van de versoepelingen in de algemene samenleving werd ook de quarantainestrategie in het onderwijs herbekeken. De betrokken minister heeft een versoepeling vanaf 10 januari gekoppeld aan een sterke aanbeveling om alle kinderen uit het lager en secundair onderwijs een keer per week een zelftest te laten doen. Het zou nog onduidelijk zijn in welke mate de Omikron-variant effectief gedetecteerd kan worden.

Mijn vragen voor de minister:

1. In hoeverre voert het FAGG de controle uit naar de validatie van deze testen voor de opsporing van de Omikron-variant?
2. Zijn er op dit moment testen op de markt die niet over het vereiste certificaat beschikken?
3. Wat is de stand van zaken van het onderzoek naar de afname bij de keel-neus i.p.v. de neus door het FAGG?

4. In welke mate meent de ministers dat ouders zeker kunnen zijn van de aankoop van dergelijke tests dat de screening op Omikron sluitend is?

Mijnheer de minister, gisteren, maandag 10 januari 2022, is er in de gezamenlijke commissie al één en ander gezegd. We zitten momenteel in de vijfde golf. We wisten dat die eraan kwam. We zitten al twee jaar in een pandemie. Ik heb u al vaak ondervraagd over de veerkracht van de zorg. In een van mijn vragen, nr. 55023591C, stelde ik u de vraag of u de capaciteit aan intensieve zorgen zult optimaliseren. Daarmee refereer ik aan de zorgbuddy's, de intensivacarebuddy's, waar ik al heel vaak over heb gesproken. Gisteren heb ik uw antwoord niet volledig kunnen horen, omdat er toen ook een schepencollege plaatsvond, maar ik heb wel gehoord dat u refereerde aan het feit dat bepaalde basisverpleegkundigen zijn opgeleid tot intensivacarebuddy's, dat er ook zorgkundigen worden opgeleid voor andere eenvoudige verpleegkundige taken.

Wat ik niet gehoord heb, is hoe u dat structureel zult aanpakken. Wat is uw plan? Hoe zult u ervoor zorgen dat we meer handen aan het bed hebben in crisistijden, zodat we kunnen schakelen. Zo kunnen we basisverpleegkundigen inzetten op intensivacareafdelingen, zodat zij gespecialiseerde verpleegkundigen kunnen bijstaan. Dan kunnen we zorgkundigen op een gewone gang inzetten, zodat de basisverpleegkundigen daar kunnen bijgestaan worden. Wat is uw concrete plan om ervoor te zorgen dat administratief verpleegkundig personeel ingezet wordt aan het bed van patiënten op momenten van crisis?

Dat zijn allemaal vragen waarbij ik op mijn honger blijf en waarvoor ik heel graag, na twee jaar crisis, concrete maatregelen van u zou vernemen. Mocht ik het gisteren niet goed gehoord hebben, dan denk ik dat het belangrijk genoeg is om het vandaag nog maar eens uit te leggen. De organisatie van de zorg, zo wordt door elke zorgprofessional aangegeven, is op dit ogenblik niet optimaal, en al helemaal niet aangepast aan een crisis.

Ik heb ook uw antwoord omtrent de virusremmers gehoord. Daarover hebt u gezegd dat u nog zal bekijken hoe die toegediend zullen worden. Welnu, zowel Paxlovid, als Lagrevio – ik heb het dus wel degelijk over die twee specifieke orale preparaten, niet over monoklonale antilichamen – kan ambulant worden toegediend. U hebt er gisteren niet naar verwezen, maar u zou die normaal gesproken via de ziekenhuisapotheken verdelen. We weten echter allemaal dat de ziekenhuizen overstelpt zullen worden als er een nieuwe golf aankomt en dat net dan de doorstroming van de patiënten heel belangrijk is. Hoe verklaart u dan dat er dan niet overwogen zou worden om die virusremmers via de apotheek, de huisapotheek, te verdelen? Dat gebeurt overigens ook met de hiv-remmers. Ook dat zijn antivirale middelen, virusremmers, cocktails tegen hiv. De apotheker is het dus gewoon om met dergelijke middelen om te gaan en kan de patiënten hierin begeleiden.

Ook over het reizen had ik een vraag ingediend. In een communicatie van de WHO vanmiddag voorspelt Hans Kluge dat tegen eind maart de helft van Europa besmet zal zijn met omikron. Dat zal een heel grote impact hebben. Zijn er plannen om op Europees niveau bepaalde maatregelen te treffen? Hebt u daarover een overleg met uw collega's gepland? Dit weekend kon men namelijk wel gaan wandelen over de Meir, maar kon men niet naar de veldcross in Middelkerke. Dat zijn zaken die men aan onze burgers en aan de patiënten nog maar heel moeilijk uitgelegd krijgt en die bovendien ook niet zo bevorderlijk kunnen zijn voor de circulatie van het virus. Zal er vanuit de Belgische regering een zekere uniformiteit in de aanpak van de crisis bepleit worden?

Ik heb overigens ook uw plan B voor de omikroncrisis nog niet gehoord. Dat baart me zorgen. Er is veel om te doen geweest in de pers, en ik begrijp dat het geen makkelijke beslissing is, maar welke plannen hebt u concreet al gemaakt? U hebt het vaak genoeg over noodplannen, maar wat indien er niet voldoende bedden zullen zijn? Hoe zal u dat oplossen? Bent u daarmee bezig, bent u daarover in gesprek met de ziekenhuizen?

Over de testen en zelftesten is heel wat te doen geweest. Ik heb daarover al vragen gesteld vóór het reces, met name over de validatie van Omikron. Welke test kan Omikron opsporen en welke niet? Ik heb de indruk dat daarop niet zo erg wordt gecontroleerd door het FAGG.

Als apotheker heb ik, zodra er sprake was van Omikron, zelf aan mijn fabrikanten een certificaat gevraagd dat de vraag beantwoordt of Omikron met de test kan worden opgespoord. Ik heb het certificaat ook ontvangen. Ik begrijp dat er bij elke test mogelijkheden van vals negatieve resultaten zijn.

In de pers wordt nu toch enig gewag gemaakt van de zelftesten die niet voldoende werken. Hoe gaat u om met die communicatie? Wij weten immers dat de zelftesten nog altijd een goed triagemiddel zijn. Zij zijn niet sluitend, maar zij zullen triëren en zullen zeker sterk besmettelijke personen duiden als zijnde positief. Zij zullen er dus voor zorgen dat laatstgenoemde personen in quarantaine gaan of zeker het signaal krijgen dat zij in quarantaine moeten gaan.

Welke instructies hebt u het FAGG gegeven, om de controle grondig te doen? Is er ondertussen al een extra controle van de bijsluiters en de verpakking, teneinde na te gaan of alles wel in orde is met de Belgische wetgeving?

Ik had van u ook graag het volgende geweten. Tegen wanneer zal u uitsluitel hebben over de manier van testen? Wij weten wetenschappelijk dat Omikron eerder in de keel zit en dat een gecombineerde test, zijnde zelftest en antigeentest, beter zou zijn. Het FAGG heeft gecommuniceerd dat met de huidige zelftesten geen keelschraap mag gebeuren. Tegen wanneer zullen wij daarover uitsluitel hebben? Hoe zullen de patiënten daarmee moeten omgaan?

In de apotheek zal zeker heel duidelijk de beste toepassing worden uitgelegd. Welke richtlijnen zal u aan de supermarkten geven, die ook grote verdelers van de zelftesten zijn, zodat de patiënten weten wat van hen wordt verwacht?

Zijn er ondertussen door de controles, die door het FAGG zouden moeten worden uitgevoerd, zelftesten van de markt gehaald? Zijn er al dan niet klachten over minder kwalitatieve zelftesten?

Vraag nr. 55023740C gaat over Omikron en kinderen. Uit een Amerikaanse studie blijkt een zeker ongerustheid. Er wordt gesproken van een opnameniveau van 1,7 % tot 4,1 %, wat hoger is dan in de vorige golven. Dat kan voor enige ongerustheid zorgen.

Als we naar onze cijfers kijken, zien we dat vooral baby's sneller worden opgenomen. We hebben er nog geen uitsluitel over of dat te maken heeft met het feit dat men voorzichtiger is of niet. Wat is uw communicatiestrategie gelet op de ongerustheid over de opnames van kinderen? Welke stappen hebt u nu al gezet, mocht omikron toch meer opnames van kinderen veroorzaken? Omikron is een zich snel verspreidende variant en de situatie kan van vandaag op morgen veranderen. Hebt u overlegd met de pediaters? Hebt u in extra bedden voorzien?

Wat de versoepeling van de teststrategie betreft, zou ik graag de risicoanalyse daarvan kennen. Ik maak mij daar zorgen om. Ik begrijp dat de maatregel werd genomen uit angst dat er niet voldoende capaciteit zou zijn. Dat u niet alle besmettingen mee hebt in de statistieken, daarmee heeft de N-VA iets minder problemen. Wij pleiten er al langer voor om aan de burger te communiceren in termen van bezette ziekenhuisbedden en IZ-bedden. Het blijft vooral belangrijk dat mensen zich isoleren. Hoe zult u garanderen dat burgers zich aan de richtlijnen houden, zichzelf testen en voorzichtig zijn voor hun medemens, naast het feit dat u hoopt op hun burgerzin? Hoe schat u dat in?

Voorziet u erin dat de apothekers PCR-testen afnemen? Naar ik hoor, is er bij de klinische labo's nog wel wat testcapaciteit over. Voorziet u in PCR-afname bij de apotheek of niet? Dat zou het probleem rond het herstelcertificaat na de antigeentest, dat u niet wil aanpassen, kunnen oplossen. Wanneer een patiënt onmiddellijk na een positieve antigeentest nog een PCR-test krijgt, blijft u in orde met de Europese regels. Qua efficiëntie is dat natuurlijk niet echt een optimale kwestie. Mijnheer de minister, bent u bereid om net als Nederland het herstelcertificaat aan de positieve antigeentest te koppelen, al is het dan voor binnenlands gebruik?

02.04 Robby De Caluwé (Open Vld): Ook ik diende mijn vraag al een tijdje geleden in, meer bepaald in de week nadat we vanuit Zuid-Afrika werden gealarmeerd over het bestaan van een nieuwe COVID-19-variant, de omikronvariant. Toen kregen we te horen dat die veel besmettelijker, maar minder ziekmakend zou zijn dan de deltavariant, maar tegelijkertijd was er ook het vermoeden dat de vaccins minder goed zouden werken tegen die variant.

Intussen blijkt dat allemaal wel mee te vallen. Meer nog, ook de bescherming tegen besmetting blijkt hoopgevend te zijn. Dat zagen we ook in de presentatie van Steven Van Gucht tijdens de persconferentie, waar hij toonde dat het boostervaccin voor 3 keer minder besmettingen zorgt en na 10 weken toch nog altijd een bescherming van 40 % biedt.

De vaccins beschermen dus wel degelijk tegen besmetting en wie niet besmet is, kan ook geen anderen besmetten. Wie beweert dat de vaccins niet voor minder besmettingen zorgen, verspreidt onjuiste informatie, die de volksgezondheid ook niet vooruithelpt. Dat vertelt overigens niet alleen Steven Van Gucht: ik zag ook een studie van het UK Health Security Agency, die tot dezelfde resultaten komt.

Uiteraard valt niet uit te sluiten dat de nieuwe variant ons voor nieuwe en grote uitdagingen zal plaatsen. Gezien de hogere besmettelijkheid wordt de testcapaciteit een belangrijk element, maar we mogen ook niet vergeten dat door de hogere besmettelijkheid de ziekenhuizen onder hogere druk kunnen komen te staan. Een virus dat minder ziekmakend is maar wel besmettelijker kan nog altijd zorgen voor een grote druk in absolute cijfers.

Intussen is de teststrategie aangepast, wat mij logisch lijkt. We hoorden Steven Van Gucht tot 125.000 besmettingen per dag voorspellen. Gelet op het feit dat de positiviteitsratio op dit moment ongeveer 25 % bedraagt, zou dat betekenen dat we 500.000 tests per dag hadden moeten uitvoeren, als er geen aanpassing was gebeurd.

Ligt er een plan klaar om de testcapaciteit op te trekken wanneer de huidige capaciteit, ondanks het aangepaste testbeleid, toch niet blijkt te volstaan?

02.05 Sophie Rohonyi (D&F): Madame la présidente, monsieur le ministre, à l'instar de certains de mes collègues, je souhaite revenir sur la décision du dernier Codeco qui n'a finalement pas adopté de nouvelles mesures puisque le télétravail reste de mise quatre jours sur cinq, alors que le GEMS préconisait le télétravail à raison de cinq jours sur cinq. La jauge de deux cents personnes pour les événements publics reste de mise, alors que le secteur culturel demandait, en toute logique, de prendre en compte la dimension des salles.

Quant au baromètre tant attendu, on ne sait toujours pas s'il permettra à terme une augmentation de ces jauges, puisqu'on évoque un baromètre qui comporterait un abaissement possible des plafonds de CO₂, indépendamment de la capacité de remplacement de l'air, en dépit des investissements dans les dispositifs de captation d'air.

Par ailleurs, de nombreux pays ont abandonné purement et simplement ce baromètre parce qu'ils le considéraient comme trop figé, s'adaptant mal aux nouveaux paramètres, en particulier l'arrivée de nouveaux variants.

Un autre baromètre fort attendu est celui de la santé mentale. À ce sujet, l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones, qui conseille d'ailleurs le GEMS, a formulé cette demande à plusieurs reprises, à chaque fois en vain.

Il est donc ressorti très peu de choses concrètes de ce Codeco, alors qu'on s'attend à un pic d'hospitalisations à la fin de ce mois.

Monsieur le ministre, pourquoi les indications du GEMS relatives au télétravail à 100 % n'ont-elles pas été suivies?

Le baromètre annoncé intégrera-t-il la proportionnalité revendiquée par le secteur culturel, notamment en ce qui concerne la jauge de capacité et l'abaissement des niveaux de CO₂? Quelle sera la plus-value concrète de ce futur baromètre? À l'aune de quels critères son efficacité sera-elle mesurée? Présentera-t-il une dimension dynamique? Pour quels types de mesures? Quels secteurs seront-ils concernés? Pourquoi la suggestion relative à un baromètre "santé mentale" n'a-t-elle pas été retenue?

À l'aune des difficultés rencontrées dans le processus décisionnel des derniers Codeco que vous avez reconnues, ne serait-il pas nécessaire d'évaluer systématiquement ses décisions et surtout d'y associer le Parlement?

Enfin, peut-on espérer que, parallèlement à ce dernier Codeco, des travaux soient aujourd'hui en cours pour gérer la cinquième vague de manière optimale, dans toutes ses conséquences pour les citoyens? Si oui, lesquels?

J'en viens au suivi des recommandations relatives aux autotests. Ce Codeco a avalisé les décisions du Conseil ministériel restreint, à savoir procéder à des autotests tous les jours durant une quarantaine mais aussi inviter les parents à tester chaque semaine leurs enfants.

On peut comprendre la logique préventive des ces autotests, sauf que ces derniers posent question.

Premièrement, ils sont disponibles tant en grande surface qu'en pharmacie, avec un prix deux fois moins cher en supermarché. Or, le canal des pharmacies offre des conseils précieux, qui sont inexistants en cas d'achat en grande surface.

Deuxièmement, si les personnes à faible revenu peuvent se procurer deux autotests par semaine par membre de la famille pour un euro l'autotest, ces tests représentent malgré tout un coût potentiel pour les autres ménages, qui s'additionne à ceux des masques, des gels, des tests, en particulier pour les familles nombreuses ou monoparentales.

Troisièmement, ces autotests seraient inefficaces en début de contamination une fois sur deux. Cela ressort d'une étude de la KUL.

Enfin, l'adhésion a été très bonne lors des fêtes de fin d'année mais le serait moins aujourd'hui en cas d'usage régulier, notamment par les écoliers.

Monsieur le ministre, pour quelle raison la vente des autotests en supermarché a-t-elle finalement été autorisée?

Pour quelle raison la fixation de ces prix n'a-t-elle pas été réglementée, comme en France par exemple, où les pharmaciens ne peuvent pas vendre l'autotest à plus de 5,2 euros? La concurrence et la vaste offre d'autotests a fait baisser les prix en pharmacie mais les pharmaciens restent libres de fixer les prix – jusqu'à 8 euros aujourd'hui.

Confirmez-vous que l'achat de ces autotests est une compétence communautaire? C'est aujourd'hui contesté par la Fédération Wallonie-Bruxelles qui estime, à raison, que le fédéral doit intervenir. Les entités sont-elles en droit d'espérer de la part du fédéral un soutien par le biais d'un accord de coopération?

L'utilisation de ces tests ne doit-elle pas être réservée à des cas plus précis et mieux expliqués à la population?

02.06 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik heb vragen over de zelftesten in de scholen. Er is een sterke aanbeveling voor ouders van schoolgaande kinderen om hun kinderen minstens een keer per week te testen. Dat wordt voor heel veel gezinnen een kostelijke zaak. De vraag om de testen gratis ter beschikking te stellen viel op een koude steen bij de Vlaamse minister van Onderwijs. Dat maakt de situatie voor de gezinnen die net buiten de verhoogde terugbetaling vallen er niet beter op.

Ik weet dat vragen naar cijfers beter schriftelijk worden gesteld, maar ik wil toch graag een globaal beeld krijgen.

Vorig jaar werd beslist dat mensen met een verhoogde terugbetaling de testen voor 1 euro zouden krijgen. Hoeveel heeft dat in 2021 gekost? Over welke bedragen gaat het hier? Hoeveel personen hebben die testen voor 1 euro kunnen kopen? Als we nog meer promotie maken, hoeveel zou dit op federaal niveau dan kosten?

U zegt dat het aan de deelstaten toekomt om de factuur te betalen omdat dit preventie is. In 2020 hebben wij echter wel gratis mondklappers via de apothekers verdeeld. Is die piste overwogen om aan meer mensen gratis zelftesten ter beschikking te stellen? Ik zeg niet dat dit voor iedereen moet zijn, maar tenminste toch voor ouders van schoolgaande kinderen. Werd die piste overwogen? Werd berekend hoeveel het zou kosten om aan ouders met schoolgaande kinderen vanaf nu tot het einde van het schooljaar een test per week ter beschikking te stellen voor 1 euro of gratis?

De **voorzitter**: Mevrouw Fonck wenst het woord te nemen tijdens de replieken.

Dan geef ik het woord aan de minister.

02.07 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, geachte leden, ik zal de verschillende vragen samen benaderen en mijn antwoord structureren. Sta me toe om vooreerst mee te delen dat ik gisteren in de commissie voor Binnenlandse Zaken al op verschillende vragen geantwoord heb. Er is dus wel een herhaling in de werkzaamheden. Antwoorden op vragen waarop ik gisteren uitvoerig ben ingegaan, zoals het recentste Overlegcomité, zal ik vandaag niet uitvoerig herhalen.

Madame Rohonyi, les questions que vous avez posées ont également été posées hier en Affaires intérieures. Je ne vais donc pas répéter *in extenso* ce que j'ai dit hier. Je vais synthétiser.

Ik beantwoord eerst de vragen over de teststrategie. De heer De Caluwé stelde een belangrijke vraag, die misschien de allereerste vraag moet zijn. Als wij ons zorgen maken over de testcapaciteit en vanwege die zorgen beslissen om tijdelijk alleen symptomatische mensen te testen, terwijl mensen met een hoogrisicocontact een zelftest dienen te gebruiken, kunnen wij die situatie vermijden door de testcapaciteit te vergroten? Het antwoord is neen. Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen de analysecapaciteit in de laboratoria en de afnamecapaciteit. De analysecapaciteit in de labo's omvat grosso modo 140.000 PCR-tests per dag. Daaraan hebben wij de mogelijkheid toegevoegd om snelle antigeentests te laten afnemen bij apothekers, waarvan het maximum ongeveer 40.000 per dag bedraagt. In totaal zijn er dagelijks dus 160.000 tot 180.000 tests mogelijk. Inzake de PCR-tests is er echter nog een andere bottleneck, namelijk de afnamecapaciteit. De tests moeten afgenomen kunnen worden, wat een kwestie van mensenhanden is. Zodra we in de buurt komen van, ruw ingeschat, 110.000 tot 120.000 af te nemen tests per dag, weten wij uit ervaring dat het systeem begint te kraken, slecht begint te lopen. We weten dat we dan op moeilijkheden botsen. Vermits dat een kwestie is van de inzet van mensen, wat in de komende weken wellicht steeds moeilijker zal worden, aangezien die mensen ook uitvallen door ziekte en vermoeidheid, hebben wij preventief gezegd, gelet op de vermoedelijke besmettingsgolf, dat de PCR-testcapaciteit prioritair ingezet wordt voor mensen met symptomen. Op zichzelf is dat niet optimaal, want er moet gekozen worden tussen twee kwalen, namelijk mensen met hoogrisicocontact niet meer opvolgen met PCR-tests of de symptomatische mensen niet meer opvolgen. Wij hebben er voorrang aan gegeven om die laatste groep wel op te volgen.

Dat is een tijdelijke beslissing. Ik zie daar eerlijk gezegd weinig alternatieven voor. Dat is in hoge mate onbevredigend, maar ik zie weinig alternatieven. We hebben dan meteen besloten om zelftesten te gebruiken voor de mensen aan wie we zeggen dat ze nog in quarantaine moeten gaan. Zij kunnen uit quarantaine op basis van dagelijkse zelftesten tot aan de einddatum van hun quarantaineperiode, namelijk na 10 dagen voor iemand die niet gevaccineerd is en na 7 dagen voor iemand die de basisvaccinatie heeft gehad, maar die niet geboosterd is en waarvan de basisvaccinatie al een tijdje geleden is. Zij moeten niet zover gaan, dus 10 of respectievelijk 7 dagen quarantaine, maar mogen er eerder uit op basis van zelftesten. Ik geef grif toe dat we daar een beroep doen op de eigen verantwoordelijkheid van de mensen. We denken dat de mensen wel de weg hebben gevonden naar de zelftesten, maar we doen een beroep op de eigen verantwoordelijkheid.

Heel wat vragen houden hier verband mee en ik zal er relatief kort op antwoorden. Eerst behandel ik de vraag of de zelftesten wel goed genoeg zijn en of we niet beter met keel- of neuswissers testen. Daarna kom ik bij de vragen over de prijs van de zelftesten. Als verantwoordelijk minister vind ik om te beginnen dat ik bijzonder voorzichtig moet zijn en niet moet zeggen dat men zelftesten in de keel moet gebruiken. Die zijn daar immers niet voor ontworpen. Belangrijker is dat de Europese certificering die ze genieten gebaseerd is op het feit dat ze in de neus worden gebruikt. Het zou weinig verantwoord zijn, om niet te zeggen lichtzinnig, om als bevoegd minister te zeggen dat ze op een andere manier dan aangegeven door de fabrikant worden mogen gebruikt. Door de fabrikant is dit zo immers aangemeld bij de bevoegde instantie en op basis daarvan werd het Europese CE-certificaat toegekend. Eigenlijk mogen we daar niet van afwijken.

Los daarvan loopt er een toegepast wetenschappelijk debat. Ik verwijs naar professor Guy Hans, die gisteren in het nieuws was. Hij heeft een project rond keelwissers afgerond, waarvan hij mij ook op de hoogte heeft gehouden. Bij omikron zou men kunnen stellen dat, als men een keelwisser op een efficiënte manier zou kunnen gebruiken voor een PCR-test, dit een besmetting met omikron goed detecteert.

Manueel is dit echter erg omslachtig en niet bruikbaar op grote schaal. Andere testen, die bedoeld zijn om zelf af te nemen via de keel of via het speeksel, zoals de fameuze *lollypops*, zijn volstrekt onbetrouwbaar volgens Guy Hans. Het enige wat overblijft zijn PCR-testen met een aangepaste keelwisser, maar die zijn absoluut niet bruikbaar op grote schaal. De zelftesten die wij op grote schaal aanbieden, dienen om in de

neus te worden gebruikt. Daar moet ik mij als minister aan houden.

Men vroeg wanneer we een doorbraak verwachten rond zelftesten met keelwissers. Dat weet ik eerlijk gezegd niet, ik heb er geen antwoord op. Om te beginnen, moet de wetenschap hier vooruitgang boeken. Vervolgens zullen bedrijven hierin moeten investeren. Ik heb nu geen voorspellend antwoord.

Wat de kwaliteit van de zelftesten betreft, heeft het FAGG een bevraging opgezet bij de producenten van de zelftesten die we hier verkopen, over hun detectiecapaciteit voor omikron. Daarvan heb ik nog geen resultaat. Ik meen echter dat tot nu toe wordt aangenomen, ook door de experts, dat één en ander even goed werkt om omikron te detecteren, omdat het eiwit waar de zelftest op reageert eigenlijk weinig gemuteerd is. Daar zit dus geen probleem.

We weten ook dat de zelftesten minder gevoelig zijn. Ze duiden vooral aan wanneer iemand een sterke virale lading heeft en dus zeer besmettelijk is, terwijl we bij een negatief resultaat van een zelftest helemaal niet zo zeker weten dat men niet besmet is. Het zou kunnen dat dit miskend wordt door de zelftest. Wanneer een zelftest echter positief is, dan is dat een heel duidelijke aanduiding dat men thuis moet blijven omdat men zeer besmettelijk is en dat men een PCR-test moet aanvragen. Dat blijft het argument voor de zelftesten.

Het Europese Health Security Committee heeft ook de vraag gesteld wat de kwaliteit van de zelftesten is met betrekking tot omikron. Dat wordt dus ook op Europees niveau opgevolgd. Tot nu toe nemen onze experts aan dat de zelftesten ook geschikt zijn in de omikroncontext, wetende dat ze niet zo betrouwbaar zijn wanneer ze negatief zijn, maar dat ze wel duidelijk zijn wanneer ze positief zijn.

Dat brengt mij bij het debat over de terugbetaling.

Ik zeg het misschien op een te simpele manier, mevrouw Merckx – verontschuldig mij daarvoor –, maar niet alles wat goed beleid zou kunnen inhouden, moet door de federale overheid gebeuren. Als alles wat goed beleid zou kunnen betekenen door de federale overheid moet gebeuren, dan kunnen wij straks allerlei dingen doen die duidelijk tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen behoren. Een land is gebaseerd op een taakverdeling en preventief testen is voor 100 %, zonder enige twijfel, een bevoegdheid van de Gemeenschappen, maar in het kader van de pandemie zetten wij daarover samen beleid uit.

De zaken zijn zo gelopen dat de federale overheid daar tot nu toe het gros van financiert. Ik heb het cijfer ook gegeven in *De Zevende Dag*: sinds 1 oktober hebben wij 290 miljoen euro betaald voor gratis PCR-testen, terwijl de Gemeenschappen misschien een paar miljoen euro hebben betaald. Nochtans is dat een gemeenschapsbevoegdheid in de mate dat het gaat over asymptomatische mensen en preventief testen. Over de vraag of een test kan worden verplicht, kunnen wij bijvoorbeeld ook niet beslissen. Dat moet worden beslist in decreten van Gemeenschappen, behalve misschien voor het inreisbeleid. Niet alles wat goed is, moet dus door de federale overheid gebeuren. Wij moeten eindelijk eens volwassen worden op dat vlak in ons land.

U zegt dat ik een dispuut begonnen ben, maar dat is helemaal niet zo. De ministers van Onderwijs hebben terecht – wij waren het daarmee eens – aangeraden dat ouders zelftesten gebruiken. De logica is dat er dan in het onderwijs wordt nagedacht hoe men dat promoot. Ik ben daar geen dispuut over begonnen. Sommige mensen zeggen dat wij de hete aardappel doorschuiven, maar ik zou kunnen zeggen dat ik op mijn bord al een kom vol hete aardappelen heb die daar niet moeten liggen: wij financieren 80 % van de vaccinatiecampagne, wij financieren ongeveer het hele testapparaat. Dat is een kom hete aardappelen op het federale bord die daar eigenlijk niet moeten liggen, maar wij doen dat en ik klaag daar niet over. Wij doen dat, omdat wij denken dat wij in het kader van de pandemie niet zo secuur moeten nadenken over wie nu waarvoor verantwoordelijk is. Wij proberen samen vooruit te gaan en dat gebeurt ook in een gezamenlijk beheer. U hebt er terecht op gewezen dat wij ook samen beslissingen nemen. Wij beslissen samen over het testbeleid. Vaak worden nieuwe voorstellen ontwikkeld onder impuls van de federale overheid. In de RMG zitten immers mensen van de Gemeenschappen, maar die expertengroep functioneert op het niveau van de federale overheid. Die zaken lopen dus gedeeltelijk door elkaar.

Nogmaals, niet alles wat goed is, moet door de federale overheid betaald worden. Dan gaan wij helemaal failliet, terwijl de federale overheid vooral bedoeld is om te zorgen voor de sociale zekerheid en de ziekteverzekering. Ik wil dat sterk beklemtonen. Wij zullen dat debat in de toekomst vaker moeten voeren.

Mevrouw Creemers, u stelt de vraag of wij al iets hebben betaald. Ik zou de cijfers moeten opvragen, maar ik geef ze u uit het hoofd. Wij zitten dicht bij 4 miljoen zelftests verkocht in de apotheken. Ik spreek niet over de warenhuizen. De apothekers zeggen ons dat daarvan een vijfde tot een vierde een terugbetaling geniet. Als wij veronderstellen dat er zo'n 800.000 à 900.000 zelftests zijn verkocht bij apotheken tegen 1 euro, dan gaat het over 7 miljoen euro. Die uitgave is niet enorm, maar toch.

Moeten zelftesten worden gepromoot? Ja. Ik zou iedereen die in contact komt met een doelgroep waarvoor dat belangrijk is, of het nu de ziekenfondsen zijn, de lokale besturen, de OCMW-besturen of de scholen, oproepen om de mensen te sensibiliseren dat zij een zelftest kunnen kopen voor alle leden van hun gezin tegen 1 euro per stuk, als zij recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Een aantal mensen zal dat niet weten en daarom moeten wij ze sensibiliseren.

Président: Thierry Warmoes.

Voorzitter: Thierry Warmoes.

Madame Rohonyi, nous avons expliqué hier pourquoi nous n'avons pas suivi les avis du GEMS concernant le télétravail à 100 % et les mesures concernant les transports publics.

Au niveau fédéral, mon collègue Gilkinet s'est efforcé de renforcer la capacité des trains. En outre, vu le fait que beaucoup de monde fait du télétravail, nous croyons que la fréquentation des trains sera moindre que la normale. S'agissant des transports publics dans les Régions, nous n'avons rien décidé car c'est assez compliqué.

En ce qui concerne le télétravail, nous pensons que le régime en vigueur – quatre jours sur cinq – est assez strict. Il implique également que pas plus de 20 % du personnel ne peut être présent en même temps dans l'entreprise. Il n'y a pas de possibilité pour du team building, des réceptions ou des fêtes. C'est un régime assez strict mais qui tient compte du besoin pour les travailleurs de quitter leur domicile et de voir des collègues de temps en temps. En outre, nous tenons compte de l'argument de la santé mentale – utilisé explicitement lors du Codeco – en décidant de ne pas imposer cinq jours de télétravail mais quatre. Nous avons cherché un équilibre.

Ik kom bij de verschillende vragen over de ziekenhuizen. Mevrouw Depoorter, u hebt terecht gewezen op de bezorgdheid met betrekking tot de omikronbesmettingen bij kinderen. Wat we daarover horen, is genuanceerd, maar het zou inderdaad kunnen dat kinderen meer besmet geraken en ziektesymptomen vertonen dan dat het geval is bij andere varianten. Ik zal mij daar nu niet over uitspreken, want dat is een debat dat in de eerste plaats moet worden gevoerd door wetenschappers en medici, maar dat gaat ook over de vraag of onze eerste lijn klaarstaat, of onze ziekenhuizen klaarstaan als meer kinderen nood aan opvang zouden hebben.

Het Hospital & Transport Surge Capacity Committee (HTSC) heeft de voorbije dagen hard gewerkt. Dat comité wordt geleid door een ambtenaar van de FOD Volksgezondheid, de heer Van der Auwera, en dat is heel sterk gebaseerd op bottom-up werken met de ziekenhuizen en de ziekenhuiskoepels die deel uitmaken van dat comité. De beslissingen die daarin worden genomen, zijn in principe door de ziekenhuizen en ziekenhuiskoepels zelf gedragen.

Het HTSC verzamelt input van de ziekenhuizen en zet zich niet nodeloos in de plaats van de ziekenhuizen. Ik geef het voorbeeld van de buddy's waarnaar ik gisteren heb verwezen. Men kan personeelsleden die niet gespecialiseerd zijn in intensieve zorg of die zelfs geen verpleegkundige zijn, inzetten om gespecialiseerde verpleegkundigen te ontlasten, zodat deze uitsluitend taken van intensieve verpleging kunnen doen. Men spreekt daar van buddy's. Dat is gebeurd in de eerste golf. Het is volgens het comité niet aan de minister om dat te organiseren in de ziekenhuizen. De ziekenhuizen nemen dat soort initiatieven zelf. Ze moeten natuurlijk voldoende personeel hebben. Ik kom daar dadelijk op terug. De organisatie gebeurt binnen de ziekenhuizen. Wij vaardigen daar geen regels voor uit. Dat zit in het plan van aanpak dat deze middag in zijn finale versie op het comité werd voorgelegd.

Daarover kan ik de volgende dingen zeggen.

Vooreerst wil ik, afgaand op wat ik voel bij de berichtgeving in de pers, een misverstand vermijden. Zonder daarmee kritiek te formuleren, wil ik erop wijzen dat er een misverstand ontstaat. Nooit krijgen mensen met covid voorrang op andere mensen die dringende zorgen nodig hebben. Dat is nooit zo geweest en we willen

dat ook niet. Enkele weken geleden bepaalden sommige hoofdartsen dat zij geen prioriteit geven aan covidpatiënten boven andere patiënten die dringende zorg nodig hebben, maar dat is eigenlijk naast de kwestie, want dat werd nooit gevraagd en het zou overigens onethisch zijn. Dringende zorg is nodig, altijd, punt. Covid is een aandoening waarvoor de patiënt die in het ziekenhuis komt, dringend verzorgd dient te worden.

In het kader van het beheer van de pandemie hebben wij in bepaalde fases van de noodplanning van de ziekenhuizen met het HTSC wel aan de ziekenhuizen gezegd dat niet-dringende zorg op dat moment uitgesteld moest worden, zodat plaats vrijgehouden wordt voor de mogelijke komst van covidpatiënten die dringend zorg behoeven, aangezien zij voorrang dienen te krijgen. Het is dus voorrang voor prioritaire zorg boven niet-prioritaire zorg. Op zichzelf is dat reeds een pijnlijke beslissing voor de kwaliteit van de zorg, het welzijn van de mensen en de stress in de ziekenhuizen, maar het gaat dus over een afweging tussen dringende zorg vanwege covid versus niet-dringende zorg voor niet-covid.

In het comité vandaag is er sprake van de toevoeging van een fase 3, nog niet actueel, in de planning. Wanneer het zo moeilijk wordt qua beschikbaar personeel en qua toestroom van patiënten die dringende zorg behoeven, moet het geweer van schouder worden veranderd. In fase 3 worden er geen bedden meer gereserveerd voor mogelijk dringende covidzorg, aangezien alles volloopt. De opdracht bestaat erin dat prioritaire niet-covidzorg zoveel mogelijk verstrekt wordt. Zowel voor de dringende covid als voor de dringende niet-covid wordt dus afgewogen wat er eerst aangepakt wordt. Dat is het verschil. Een tijdje geleden verklaarden sommigen zich niet akkoord met de prioriteit voor covidpatiënten boven niet-dringende non-covidpatiënten, maar ook wij hebben ons daarmee nooit akkoord verklaard. Integendeel, en ik zou zeggen helaas, in fase 3 is niet-dringende zorg helemaal uitgesteld. In fase 3 gaat het om de afweging van dringend covid versus dringend niet-covid. Dat is een fase waar we niet graag in zouden zitten.

Wat men dan moet doen, is een beroep doen op de richtlijnen waarover intensivisten en geriateren beschikken. De vraag daarbij is wie men opneemt op intensieve zorg en wie niet, maar ook wie men opneemt in een ziekenhuis en bij wie men probeert een ziekenhuisopname te vermijden door een meer intensieve begeleiding in het woon-zorgcentrum of thuis. Dat gebeurt op basis van richtlijnen van goede medische praktijken die bestaan en waarvan intensivisten en geriateren kennis hebben, maar die door het comité nu opnieuw onder de aandacht werden gebracht.

Eigenlijk is de redenering van het comité dat indien de dingen slecht lopen – *hope for the best, but prepare for the worst* – we relatief snel van de huidige fase 1A-1B voorbij fase 2 raken en in fase 3 terechtkomen. Dan moeten we voorbereid zijn. Dat veronderstelt ook een aantal andere dingen. Daarbij zal men solidariteit tussen de ziekenhuizen moeten organiseren via transporten. Ik ga niet alles zeggen wat in de nota zit die men deze middag afklopt of heeft afgeklopt, ik heb nog geen bericht gehad uit die vergadering die misschien nog bezig is. Daar zit een aantal heel delicate beslissingen in. Het gaat erover dat zorg die niet dringend is, wordt uitgesteld. Het gaat er ook over dat men dan bijvoorbeeld de consultatiefunctie van de spoedgevallendienst moet stopzetten. Het gaat er over dat opnames op spoedgevallen in dergelijke omstandigheden moeten worden beperkt tot patiënten die worden doorverwezen door de 112, hun huisarts of de huisartsenwachtdienst. Het gaat er over dat men dan echt beslissingen neemt over prioriteit voor opname op intensieve zorg en dat men tussen ziekenhuizen onderling moet nadenken over een taakverdeling, waarbij sommige ziekenhuizen misschien hun intensieve zorg in grotere mate moeten gebruiken voor covid en andere ziekenhuizen hun intensieve zorg, de meest gespecialiseerde dan, in mindere mate gebruiken voor covid, maar wel voor zeer hoog gespecialiseerde ingrepen op de derde lijn, die intensieve zorg vereisen.

Dan moet natuurlijk tegelijkertijd ook het volgende gebeuren met betrekking tot de inzet van personeel, wat onder meer het geval is wanneer men spreekt over buddy's. Als er heel veel personeel uitvalt, moet men misschien ook beslissen om schoonmaakpersoneel niet in te zetten om administratieve lokalen te poetsen, maar wel lokalen waar patiënten verblijven en waar patiënten verzorgd moeten worden. Dan moet men ook dergelijke keuzes maken. Wensen wij dat? Absoluut niet! Noodplanning betekent echter dat men nadenkt, met de ziekenhuizen, over wat er gebeurt als de dingen foutlopen.

Wij nemen ook maatregelen, wij zullen daarover trouwens straks ook nog spreken in de Groep van Tien, voor het bedrijfsleven in het algemeen en voor de ziekenhuizen, om het gemakkelijker te maken om andere mensen in te schakelen. Dat gaat over soepelere regelingen voor jobstudenten. Wij willen jobstudenten toelaten om in het eerste kwartaal van 2022 boven de grens van 475 werkuren te gaan. Een andere

maatregel waaraan wij denken, is dat gepensioneerden gemakkelijker kunnen inspringen, zonder dat ze geremd worden door cumulatieplafonds. Wij zullen daarover zeker nog praten met de werkgevers en werknemers. Er kunnen ook andere maatregelen genomen worden om ervoor te zorgen dat er een flexibele personeelsinzet kan zijn. Ik denk dan natuurlijk ook aan het vrijwilligerswerk, dat gaat dan niet over het bedrijfsleven maar is wel van toepassing voor ziekenhuizen. De verhoging van de plafonds voor vrijwilligers is ook belangrijk in dezen.

Ik ga niet in detail weergeven wat het comité aan het uitwerken is. Ik laat die communicatie liever over aan het HTSC zelf.

Als het zeer moeilijk wordt, komt het eigenlijk neer op het volgende: men zal dan alle bedden bezetten en geen bedden vrijhouden. Dan zal men afwegingen moeten maken tussen dringende non-covid en covid en dat moeten doen op basis van richtlijnen van goede medische praktijken. Dan gaan de hoofddartsen belangrijke verantwoordelijkheden hebben in het maken van die afwegingen, maar ook in het maken van afspraken tussen ziekenhuizen, over transporten en waarnaar men bij prioriteit covidpatiënten stuurt die intensieve zorg nodig hebben, versus niet-covidpatiënten die intensieve zorg nodig hebben. Dergelijke afspraken zal men dan moeten maken.

Dat wordt allemaal voorbereid, overigens ook het samenspel tussen de ziekenhuizen en de eerste lijn, zowel de huisartsen als de woon-zorgcentra. Ook dan zullen er, nog intenser dan vandaag, samen beslissingen moeten worden genomen over het niet hospitaliseren van patiënten die normaal wel zouden worden gehospitaliseerd, maar die dat niet zullen worden wanneer wij in fase 3 belanden.

Overigens stelt het comité ook dat wij zelfs nog in een verscherpte situatie van triage zouden kunnen terechtkomen, waarbij zelfs verder moet worden gegaan dan wat bestaande richtlijnen voor goede medische praktijk voorschrijven, mocht de situatie nog nijpender worden. Denk ik dat dit zal gebeuren? Neen, ik ben die mening niet toegedaan. Ik ben van oordeel dat de gegevens die wij nu hebben, uitwijzen dat Omikron erg besmettelijk is, maar minder ernstig ziek maakt. De variant leidt in een aantal landen weliswaar tot meer hospitalisaties, maar niet duidelijk tot meer opnames op de intensieve zorg. Wij zijn daar evenwel niet zeker van.

We bereiden dus het slechtst mogelijke scenario voor in de hoop dat het natuurlijk niet het slechtst mogelijke scenario wordt. Collega's, belangrijk voor mij is dat het eigenaarschap van de noodplanning deels ook bij de ziekenhuizen en de ziekenhuiskoepels ligt. Deze planning wordt dus uitgewerkt door het Hospital & Transport Surge Capacity Committee in samenspraak met de ziekenhuiskoepels, experts en Defensie.

Mijn laatste punt is dat mijn collega van Defensie heel genereus meteen positief heeft gereageerd op de vraag of, indien wij personeel zouden wensen van Defensie, dat zou kunnen. Zij heeft bevestigend geantwoord, maar wij moeten eerst bekijken welke profielen door Defensie ter beschikking zouden kunnen worden gesteld. Ook die profielen worden opgesteld. Dat is de geest waarin wij werken.

U weet dat de huisartsen ook een noodplanning maken. In Vlaanderen is die planning door Domus Medica al helemaal op punt gesteld. Mijn informatie gaat niet verder dan gisteravond. Gisteren waren er daarover volgens mijn informatie nog vergaderingen. Het is echter nodig dat er ook in Franstalig België een gedetailleerde noodplanning is voor de eerstelijnszorg.

Dat waren de elementen van antwoord op de vragen die hier zijn gesteld.

De **voorzitter**: Dank u wel, mijnheer de minister. Ik dank mevrouw Vanpeborgh voor de vervanging terwijl ik in een andere commissie vragen stelde.

Ik geef nu het woord aan de heer Creyelman voor de eerste repliek.

02.08 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, op een bepaald moment hoorde ik u in verband met de zelftesten zeggen dat u een beroep wilde doen op de eigen verantwoordelijkheid van de burgers. Daar zou ik echter maar niet te sterk van uitgaan. Gezond verstand is zowat het enige in de wereld wat eerlijk verdeeld is. Iedereen denkt namelijk dat hij er genoeg van heeft, maar dat is daarom nog niet noodzakelijk het geval.

Als ik het goed heb begrepen, zegt u in uw antwoord over de capaciteit van de afdelingen intensieve zorg

dat er in het slechtst denkbare scenario zo nodig een soort van oorlogstriage zal plaatsvinden. Dat is, kort samengevat, wat u zegt?

02.09 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mag ik daar even op reageren?

In rampengeneeskunde doe je aan triage binnen een context van rampen. Daarnet sprak ik over fase 3 en 4. Met de fase 4 waarnaar het comité verwijst, zit je volgens mij in de rampengeneeskunde. De fase 3 waarnaar het comité verwijst, is echter een fase waarin je in feite een beroep doet op al bekende richtlijnen inzake medische praktijk, maar dan intensief toegepast. Die richtlijnen zijn bekend bij intensivisten en geriaters. Dat is dus toch iets anders. Volgens mij moeten we dat onderscheid blijven maken, om elk misverstand uit te sluiten.

02.10 **Steven Creyelman** (VB): Dank u wel. Dit waren geen replieken op het antwoord op mijn eigen vragen, maar opmerkingen die ik had bij uw antwoorden op de andere vragen.

Wat mijn eigen vragen betreft, heb ik in feite geen repliek, mijnheer de minister. Ik heb in uw zeer uitgebreide antwoord namelijk helaas geen antwoord kunnen detecteren, tenzij u mij kunt beloven...

02.11 Minister **Frank Vandenbroucke**: Waarover?

02.12 **Steven Creyelman** (VB): Het ging over die walk-intestcentra.

02.13 Minister **Frank Vandenbroucke**: Inderdaad, excuseer. Wel, die centra zijn er. Er zijn er enkele – niet zoveel – in Vlaanderen waar je binnen kunt wandelen. Ook de kleinere vaccinatiecentra in Brussel hebben vaak die eigenschap. Bij de grotere vaccinatiecentra in Brussel doet men dat niet graag en werkt men liever met een systeem van bellen en registreren, maar er zijn in Brussel een aantal kleinere vaccinatie- en testcentra waar men zomaar kan binnenwandelen. Dat verschilt van centrum tot centrum.

Ik was even verstrooid, ik verwarde het met de vaccinatiecentra.

In een aantal testcentra kan dat, maar ik heb geen lijst.

02.14 **Steven Creyelman** (VB): Over dat gedeelte zal ik een schriftelijke vraag indienen, mijnheer de minister. Ik verwacht een spoedig antwoord.

02.15 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb niet gezegd dat u een dispuut bent begonnen. Ik heb geconstateerd dat de ministers ruzie maken.

Ik zal u letterlijk citeren, want u hebt zelf na die vergadering van het Overlegcomité gezegd: "Ik hoop niet dat mijn collega's nu boos worden; het is voor mij gemakkelijk dat te zeggen, maar de ministers van Onderwijs kunnen perfect groepsaankopen doen van zelftests en die gratis ter beschikking stellen". Dat hebt u letterlijk gezegd.

02.16 Minister **Frank Vandenbroucke**: Inderdaad. Absoluut.

02.17 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Dat zei u na die vergadering van het Overlegcomité. Het is dan toch echt ongelooflijk dat de mensen vandaag het slachtoffer zijn van het slechte bestuur in ons land. Van in het begin is er gezegd dat er, om de pandemie te lijf te gaan, eenheid van commando nodig is, een eenvormig beleid.

Vandaag, in de vijfde golf, constateren wij nog steeds dat de ministers het niet eens geraken onder elkaar en dan zegt u ineens dat testen uw bevoegdheid niet is, terwijl u wel ze tot nu toe altijd terugbetaald hebt.

Zelftesten van 1 euro, testen van asymptomatische getroffen, PCR-testen, die kunnen voor preventie gebruikt worden, die zijn ook voor preventie gebruikt. En nu ineens, midden in de vijfde golf, begint u uw geld te tellen; u zegt dat u sinds 1 oktober al 290 miljoen voor die testen uitgegeven hebt en dat u al 80 % van de vaccinaties voor uw rekening hebt genomen. Ik begrijp eerlijk niet waar de discussie over gaat, maar kost het u dan te veel? Kost de covidpandemie niet ongelooflijk veel? Niet alleen aan geld en aan economische schade, maar ook aan menselijke schade?

Vandaag zijn de ouders van de kinderen, zoals mevrouw Creemers zei, maar ook de vele mensen die elke dag moeten gaan werken en die zelftesten moeten kopen met hun lage salarissen, slachtoffer van het feit dat onze ministers midden in de vijfde golf elk hun eigen rekening opmaken en ruzie beginnen te maken over wie wat moet betalen.

In andere landen zoals het VK en Nederland worden de zelftesten wel terugbetaald. Er zijn heel veel voorbeelden van landen waar men gewoon bij de apotheker kan binnenstappen of waar men zich georganiseerd kan laten testen.

Belgen worden daarentegen compleet aan hun lot overgelaten, hoewel efficiënte preventie de enige manier is om eruit te geraken. Misschien zullen de ziekenhuizen wel aan oorlogstriage moeten doen. In de vijfde golf, twee jaar na het begin van de pandemie, zijn we niet in staat om op een ernstige manier aan preventie te doen en te kijken wat er mogelijk is, zoals de terugbetaling van de zelftests. Slechts 8 % van de ouders in Vlaanderen, waar men over het algemeen een beetje koopkrachtiger is, heeft gezegd dat ze hun kinderen ook daadwerkelijk zullen testen. Dan moet de overheid haar verantwoordelijkheid nemen en ervoor zorgen dat het testen georganiseerd wordt. Wie of welke minister daarover beslist, daar heeft niemand een boodschap aan.

02.18 Kathleen Depoorter (N-VA): Wat de labocapaciteit van 140.000 snelle antigeentesten betreft, denk ik dat u net iets verder kunt gaan. U zou de PCR-testen bijvoorbeeld ook in een apotheek kunnen laten afnemen. Ik wil de collega's die spreken over de walk-intestcentra of over testcentra zoals ze in het Verenigd Koninkrijk bestaan, er toch even op wijzen dat men in de apotheek met een CTPC-code gewoon kan binnenstappen. Dat is dus wel degelijk georganiseerd en zelfs goed georganiseerd.

In het verleden heb ik de minister er al op gewezen dat het voor de mensen heel moeilijk is om de CTPC-code aan te vragen. Mijn collega's doen wat van hen gevraagd wordt en begeleiden de mensen daar vaak al bij.

Het zou nog wat eenvoudiger kunnen, zodat de drempel heel wat lager wordt. Ik ben ervan overtuigd dat we nog breder zouden kunnen testen, indien we de capaciteit nog extra benutten, met bijvoorbeeld de mogelijkheid om een PCR-test af te nemen in de apotheek. De labo's kunnen perfect de stalen bij de apotheek komen ophalen. Zo kunnen we een aantal mensen helpen die nu niet geholpen kunnen worden.

Daarom moet u, mijns inziens, mijnheer de minister, dat denkspoor in overweging nemen. De Vlaamse regering heeft daarvoor haar huiswerk al gemaakt. Nu is het aan u om hier ook op in te gaan.

De assumptie van de experts over de zelftesten, is wat telt volgens u. Ik wijs erop dat elke verdeler een zelftest kan valideren, of het nu een grootwarenhuis, een apotheek of een kruideniersketen is. Elke verdeler kan zijn leverancier vragen om te valideren dat het om correcte zelftesten gaat. Het is de taak van het FAGG om ervoor te zorgen dat de aangeboden zelftesten van goede kwaliteit zijn. Ik begrijp dat het in uw positie niet mogelijk is om te zeggen dat we toch maar een keelschraap zullen toepassen. Toch wijs ik erop dat het FAGG hierin een rol speelt. Toen ik destijds bijvoorbeeld aangaf dat bepaalde *swaps* kleine partikels in de neus achterlieten, heeft het FAGG een halve maatregel genomen. Ze zijn in quarantaine gezet, maar mochten toch nog verkocht worden. Nu hanteert men twee maten en twee gewichten. Een medewerker van het instituut van professor Van Ranst zegt duidelijk dat de zelftesten die op de markt zijn, goed zijn, maar dat een keelschraap nodig is. Misschien moeten we toch een middenweg zoeken zodat we de burgers kunnen begeleiden om zo goed mogelijk zelftesten af te nemen. Als men besmet is, is het toch beter dat men dat weet en dat men zichzelf kan afzonderen.

Wat de kinderen betreft, leunt u een beetje achterover. U geeft aan dat het een probleem zou kunnen zijn. We weten het nog niet, maar het zou een probleem kunnen worden. U zegt dat er signalen zijn en dat het zal worden onderzocht. Ik pleit ervoor om dit niet enkel aan de ziekenhuizen over te laten. U wilt het zich toch niet inbeelden dat we op een bepaald moment geen bedden meer zullen hebben voor kinderen? Of dat een kind van Brugge naar Namen moet worden overgeplaatst en dat de ouders het kind op geen enkele manier kunnen bereiken? Laat het gezond verstand alstublieft zegevieren en zorg ervoor dat er capaciteit is en dat u voorbereid bent mochten er toch meer kinderen moeten worden opgenomen.

U schuift de hele verantwoordelijkheid van de buddywerking en de veerkracht van de zorg door naar de ziekenhuizen. Ik ben het daarmee echt niet eens. Zij hebben dat in de vorige golven inderdaad georganiseerd door hun creativiteit, door hun veerkracht die al vaker is gebleken, maar u kunt dat als

minister wel faciliteren. U kunt bijvoorbeeld voor een betaalde stage zorgen. U kunt de aantrekkelijkheid van het beroep of de stages verhogen. U kunt de administratieve verplichtingen die u oplegt tijdelijk versoepelen, waardoor er meer administratief personeel vrijkomt en er meer handen aan het bed kunnen zijn. U kunt faciliteren dat thuisverpleegkundigen meehelpen in de eerstelijnspraktijk of zelfs in de ziekenhuizen. Daarvoor is vandaag geen nomenclatuur. Deze zaken schuift u nu van u af, maar die kunt u wel zelf op korte termijn uitvoeren.

U hebt verwezen naar het plan van Domus Medica voor de eerste lijn, maar ook daar zie ik weer dat doorschuiven.

Gisteren hebben wij in het schepencollege onze verantwoordelijkheid genomen, zoals de meeste lokale besturen in de deze crisis telkens opnieuw doen. Wij hebben de vraag van Domus Medica gekregen of wij fase 3 willen ondersteunen, wij zullen dat uiteraard doen, maar wie zal ons lokaal bestuur daarbij helpen? Zullen wij, het lokaal bestuur, ervoor moeten zorgen dat de faciliteiten voor de huisartsen er zijn?

Gisteren hebt u in de commissie voor Binnenlandse Zaken gezegd dat u daarachter staat, u zei dat vandaag eigenlijk opnieuw, maar in hoeverre zult u dat bijtreden met daden? In hoeverre kunnen de lokale besturen op de federale regering, op u, rekenen om dat te ondersteunen, om ervoor te zorgen dat de noodplanning vorm kan krijgen?

02.19 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb de voorbije tien dagen een voortdurend overleg laten organiseren met Domus Medica om hun behoeften, wensen en visie ten aanzien van de federale overheid te kennen. Als Domus Medica ons een concrete strategie voorlegt waarin wij een rol kunnen spelen, doen wij dat. Het is niet zo dat wij achterover leunen.

U gaat natuurlijk zeggen dat ik het van mij afschuif, ik ken die reactie, maar ik ga het toch zeggen. De organisatie van de eerste lijn is een bevoegdheid en verantwoordelijkheid van de Gemeenschappen. Als uw schepencollege dus met dergelijke praktische vragen geconfronteerd wordt – u krijgt een vraag van Domus Medica voor praktijkondersteuning van huisartsen – dient het zich te richten tot de Vlaamse overheid. Ik heb echter, omdat ik vind dat ik dat moest doen, in goed overleg met mijn Vlaamse collega de voorbije tien dagen voortdurend vergaderingen laten organiseren met mijn mensen, Domus Medica en anderen, om te weten hoe zij het zagen en wat hun behoeften waren. De bevoegdheid voor de ondersteuning van de eerste lijn ligt echter bij de Gemeenschappen.

02.20 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik vind het goed dat u vandaag de nadruk legt op die bevoegdheidsverdeling, mijnheer de minister. Ook wij zullen bevoegdheden nooit ontwijken. Even terzijde, ik neem aan dat profylaxe een federale bevoegdheid blijft, want daarover is ook een discussietje aan de gang. Ik zal er u op wijzen wanneer dat opnieuw aan bod komt. In elk geval hebt u geen kader gecreëerd, noch in de ziekenhuizen, noch in de eerste lijn. Dat is nochtans absoluut zeer belangrijk.

Ik wil nog even ingaan op de heel moeilijke discussie waarover u het op het einde had, namelijk het debat over de zorg en de geneeskunde op het vlak van triage. Kan de arts zijn of haar beroep nog uitoefenen op een ethische wijze? Ik zou willen oproepen om daar ook een grondig politiek debat aan vooraf te laten gaan, met de noodzakelijke hoorzittingen, want het gaat over een ethische kwestie. U verwees daarnet naar het overleg dat gaande is in de ziekenhuizen, maar ik kan mij voorstellen dat de artsen en ook de leiding van de ziekenhuizen die beslissing niet alleen willen nemen. Dat is iets wat gedragen moet zijn en waarover politici zich moeten kunnen informeren, beraden en debatteren.

U hebt niet geantwoord op de vraag over reizen. Hoe ziet u het Europese beleid? Wat zal u bepleiten om de omikrongolf, die toch echt overal in Europa voor de deur staat, zo goed mogelijk in te perken? We zijn nu exact twee jaar na de vorige keer dat ik die vraag heb gesteld, toen aan mevrouw De Block.

02.21 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, je souhaiterais ajouter quelque chose.

Madame Rohonyi, dans le débat précédent, vous aviez une question précise sur les avis du Conseil Supérieur de la Santé. Je me suis renseigné parce que ma réponse était peut-être un peu confuse. Le Conseil planche actuellement sur deux questions précises: le booster pour les jeunes et le booster pour ceux qui ont eu un problème d'immunité. Pour le reste, aucun travail d'avis n'est en cours.

02.22 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Un avis aurait-il été sollicité concernant la quatrième dose?

02.23 Frank Vandenbroucke, ministre: Il n'a pas été sollicité en général, pour toute la population.

02.24 Sophie Rohonyi (DéFI): Il concerne uniquement les personnes immunodéprimées.

02.25 Frank Vandenbroucke, ministre: Il porte sur le booster pour les immunodéprimés pour qui ce sera la quatrième dose.

02.26 Sophie Rohonyi (DéFI): Il porte aussi sur une troisième dose pour les jeunes.

02.27 Frank Vandenbroucke, ministre: Oui. Ce sont les deux questions sur lesquelles le Conseil se penche. Pour le reste, concernant le booster, il n'y a pas d'autres questions ni d'avis très concrets en cours de traitement.

02.28 Sophie Rohonyi (DéFI): Quand cet avis a-t-il été sollicité? Pour quand l'espérez-vous?

02.29 Frank Vandenbroucke, ministre: Il y a déjà quelque temps. Je ne sais pas quand il va atterrir. J'espère que cela se fera aussi rapidement que possible.

Le **président**: Monsieur le ministre, je vous remercie. J'ai bien compris que c'était un complément de réponse.

02.30 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, u zei dat we met de zelftesten meer inzetten op de verantwoordelijkheid van de mensen zelf. Dat is goed. We doen dat ook meer en meer in het coronabeleid dat op dit moment gevoerd wordt. Iedereen weet ondertussen dat verantwoordelijkheid een belangrijke factor is in deze crisis en het beheersen van deze crisis. De meeste mensen nemen die verantwoordelijkheid wel. Mensen beperken zelf hun contacten zonder dat de wetgever moet ingrijpen in het privéleven. Het systeem van de zelftesten is op dat vlak zeker een goede oplossing om in situaties waarin de testcapaciteit begint te kraken, zoals u het hebt genoemd, die capaciteit aan te vullen en daarmee een beroep te doen op ieders eigen verantwoordelijkheid. U maakt de juiste keuze door meer op zelftesten in te zetten. U hebt ook een oplossing uitgewerkt voor de bezorgdheid dat die zelftesten betaalbaar moeten blijven voor iedereen, via het systeem van de 2 miljoen Belgen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Zij kunnen de zelftesten voor slechts 1 euro aankopen. Dat is ook een goede oplossing voor die mensen.

02.31 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, tout d'abord, pour ce qui concerne les mesures du dernier Codeco, j'entends que le télétravail complet n'a pas été retenu pour des raisons de santé mentale. Je peux tout à fait le comprendre, sauf que cette prise en compte de la santé mentale est finalement à géométrie variable; en effet, on le sait, vous avez plaidé, lors du Codeco de décembre, pour la fermeture du secteur de la culture, alors que ce secteur est précisément essentiel pour la santé mentale de tout un chacun. Vous n'avez d'ailleurs pas répondu à ma question qui portait sur l'élaboration d'un baromètre relatif à la santé mentale.

Pour ce qui concerne l'urgence de débattre des mesures sanitaires au Parlement, là aussi, vous ne m'avez pas répondu, alors que nous avons justement vu, avec ce dernier rétropédalage pour ce qui concerne la fermeture du secteur culturel, que le mode de fonctionnement actuel du Codeco a montré ses limites, de même que la loi pandémie.

Pour ce qui concerne les autotests, j'entends que vous considérez que leur financement est à charge des Communautés. Mais pourquoi alors, dans un premier temps, avons-nous vu le fédéral prendre en charge le financement de ces autotests?

En tout cas, il y a, selon moi, deux priorités sur lesquelles nous devrions pouvoir travailler et qui devraient pouvoir être tranchées au sein d'un accord de coopération.

Premièrement, fixer un prix maximum, un prix plafond, comme c'est d'ailleurs demandé par Test Achats; en effet, à partir du moment où le gouvernement recommande vivement, voire impose dans certains cas, l'utilisation fréquente de ces autotests, je pense qu'il doit pouvoir en assumer la responsabilité financière plutôt que de faire porter cette charge sur les ménages qui, on le sait, sont déjà fort touchés par la crise.

Et puis, il y a aussi la question de mener enfin une vraie grande campagne d'information sur la bonne utilisation de ces autotests, qui ne s'utilisent d'ailleurs pas tous de la même manière, en insistant sur le fait qu'ils ne remplacent pas un test PCR, en particulier après un cas contact. On le voit aussi d'ailleurs, après les fêtes, beaucoup de personnes qui ont fait ce test et étaient négatives, étaient positives le lendemain. C'est quand même assez interpellant. On voit par ailleurs que les informations qui sont disponibles sur le site de l'AFMPS sont incompréhensibles pour le consommateur lambda. Ce sont d'ailleurs les dires de Test Achats.

J'ose espérer, monsieur le ministre, que vous vous engagerez à travailler sur ces deux mesures précises. Je vous remercie.

02.32 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor de snelle berekening van hoeveel landgenoten ongeveer een beroep zouden hebben gedaan op die verhoogde tegemoetkoming. Ik deel uw mening dat we dat moeten blijven promoten omdat er wellicht nog een groep is die daarvan geen gebruik maakt omdat ze het niet weet. Ik moedig u dan ook aan om daarop te blijven inzetten via alle kanalen waarover u beschikt, evenals om de dialoog gaande te houden om een oplossing te vinden voor de gezinnen die er net buiten vallen.

Ik begrijp uw redenering dat dit een taak voor de deelstaten is, maar uiteindelijk blijven de gezinnen aan wie wordt gevraagd om elke week een zelftest af te nemen bij hun kinderen in de kou staan. Ik hoop dat er daarvoor in een constructieve dialoog een oplossing kan worden gevonden.

02.33 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, je tenais à vous entendre avant d'intervenir.

Le Codeco a opté pour la suppression d'une bonne part de la stratégie tester - tracer - isoler, en lâchant véritablement ce frein à main. En effet, quand on ne teste plus les contacts à haut risque, cela revient à abroger l'un des principaux leviers de gestion de l'épidémie. De plus, un risque majeur est pris à l'encontre des patients les plus fragiles, qui ne peuvent pas s'isoler, puisqu'il peut s'agir aussi bien d'un collègue que de ses enfants ou de son conjoint, et non simplement d'une personne âgée en maison de repos. Nous risquons donc de le payer cash! À titre personnel, mon choix se dirigera toujours, en cas d'épidémie, vers l'isolement des positifs durant quelques jours au lieu de devoir fermer des secteurs, comme vous le faites ainsi que d'autres depuis deux ans.

Du reste, le RAG n'a pas manqué de le signaler sans détour. Les raisons de vos choix continuent de me sembler tout sauf claires. Est-ce la crainte d'une saturation des tests PCR? En tout cas, à ce stade, ce n'est toujours pas démontré. Vos motifs sont-ils purement économiques? Si oui, ce n'est pas nécessairement un bon calcul, puisque vous risquez de voir se former des *clusters* en entreprise - ce qui sera encore pire! S'agit-il, tacitement, de laisser circuler massivement le virus dans l'espoir d'une immunité collective? Ce serait alors très problématique, puisque cela revient à prendre un risque majeur à l'encontre des personnes vulnérables. Si c'est votre option, il faut le dire, pour que celles-ci puissent se protéger le mieux possible.

Si est démontrée l'hypothèse, selon moi douteuse, d'une crainte de saturation des tests PCR, il eût fallu alors à tout le moins élaborer un schéma clair réservé aux contacts à haut risque, sous la forme d'un test durant les cinq premiers jours et d'un isolement s'ils se révèlent positifs. Ce ne fut pas votre choix et de manière assez incohérente, du reste, puisqu'on recommande un test hebdomadaire chez les enfants, mais pas chez les adultes.

Nous devons constater la poursuite de ce petit jeu de ping-pong particulièrement malsain.

C'est l'exemple typique de tout ce qui ne va pas en politique de santé publique: nous avons neuf ministres de la Santé qui conviennent de faire des tests une fois par semaine chez les enfants, mais une fois qu'il faut l'assumer, l'organiser, le financer...

Le **président**: Madame Fonck, vous devriez conclure.

02.34 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, le ministre a été très long. Si vous me le permettez, je vais terminer en une minute.

Le **président**: On est à trois minutes. Continuez mais concluez!

02.35 Catherine Fonck (cdH):, Je vais quand même continuer ma réflexion, monsieur le président.

J'entends la collègue de Groen dire qu'il revient aux Communautés d'agir; j'entends les ministres écolos à la Communauté française dire que ce n'est pas eux. Bref, on se retrouve dès lors avec un report de charge vers les familles et surtout, une inefficacité. En effet, forcément, c'est la meilleure manière de ne pas faire le *testing*. Donc si la politique d'autotest chez les enfants est absolument justifiée, alors il faut la financer et l'organiser.

En supprimant le *testing* et le *tracing* chez les contacts à haut risque, on perd également un indicateur majeur. C'est un peu comme si on cassait le thermomètre et tant pis!

Je terminerai, monsieur le ministre, par soulever un point. Les autotests peuvent donner de faux négatifs mais par contre peu, voire pas de faux positifs. Donc je ne vois pas l'intérêt de pratiquer des tests PCR lorsque l'autotest est positif. Je pense que, dans ces cas-là, il faut considérer les personnes comme étant positives. Isoler les contacts à haut risque lorsque les personnes sont symptomatiques doit passer évidemment par un test PCR pour faire un diagnostic et pas par un autotest. C'est le passage par le PCR qui s'impose.

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

03 Actualiteitsdebat over de HPV-vaccinatie en toegevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de HPV-vaccinatie voor jongens jonger dan 19 jaar" (55023043C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De HPV-vaccinatie" (55023140C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de HPV-vaccinatie" (55023371C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "HPV" (55023762C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie tegen HP-virussen (papillomavirussen)" (55023764C)

03 Débat d'actualité sur la vaccination VPH et questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la vaccination VPH pour les garçons de moins de 19 ans" (55023043C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le HPV" (55023140C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la vaccination contre le papillomavirus" (55023371C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le HPV" (55023762C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre les HPV (papillomavirus)" (55023764C)

03.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de HPV-vaccinatie is gratis voor de kinderen in het eerste jaar secundair onderwijs. Meisjes kunnen zich ook nog op een later moment laten vaccineren. Zij halen het vaccin dan zelf, maar dat wordt wel terugbetaald. Bij jongens is dat niet het geval.

Bent u bereid om in dezelfde uitzondering voor jongens te voorzien, zodat wie niet in het eerste middelbaar werd gevaccineerd, de vaccinatie op een later tijdstip alsnog terugbetaald krijgt?

Indien u daartoe niet bereid bent, wat zijn de redenen? Welke afwegingen worden gemaakt? Welke adviezen zijn daarover ingewonnen?

03.02 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, het vaccin tegen HPV wordt sinds september 2019 gratis aangeboden aan alle kinderen in het eerste jaar secundair onderwijs of daarmee gelijkgesteld buitengewoon onderwijs.

Meisjes die zich op een later moment willen laten vaccineren of die niet in aanmerking komen voor de gratis

vaccinatie, moeten het vaccin zelf in de apotheek aankopen op voorschrift van een arts. In die gevallen betaalt het ziekenfonds het vaccin gedeeltelijk terug, indien het voorschrift de correcte vermeldingen bevat. De betrokkene mag bovendien nog geen negentien jaar oud zijn op het moment van de eerste dosis.

Ondertussen bleek uit onderzoek dat ook de jongens baat hebben bij een HPV-vaccinatie. Daardoor werd het vaccinatiebeleid aangepast en krijgen jongens in het eerste middelbaar ook de kans zich te laten vaccineren. Indien oudere jongens echter een inhaalvaccin willen, moeten zij dat helaas zelf bekostigen. Ook meisjes en vrouwen ouder dan negentien jaar vallen uit de boot voor gratis vaccinatie.

Mijnheer de minister, ten eerste, waarom worden inhaalvaccins bij jongens ouder dan twaalf jaar en bij meisjes ouder dan negentien jaar niet terugbetaald? Wat is daarvoor de reden? Bent u van plan die scheeffrekking recht te zetten?

Ten tweede, de Hoge Gezondheidsraad beveelt algemene vaccinatie aan van adolescenten tussen negen en veertien jaar alsook inhaalvaccinatie van jonge vrouwen en mannen van vijftien tot en met zesentwintig jaar. Waarom volgt u dat advies niet?

03.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de ingediende vraag.

Het humaan papillomavirus (HPV) is een veelvoorkomende virale infectie bij seksueel actieve mensen. Het gaat om een groep virussen die de huid en de slijmvliezen van de aarsstrek en geslachtsorganen van zowel mannen als vrouwen kan besmetten. Deze virussen kunnen goedaardig zijn, maar kunnen ook ontaarden in vroege stadia van baarmoederhalskanker, kanker aan de vagina, schaamlippen, anus, penis en mond -of keelholte. Zo'n 80 tot 90% van de mensen wordt eens in hun leven besmet met HPV. Er bestaan meer dan 100 verschillende soorten HPV, maar slechts enkele veroorzaken kanker.

Het HPV-vaccin biedt gelukkig enige bescherming. Dit vaccin kan worden toegediend bij mensen tussen 9 en 45 jaar en bestaat uit 3 dosissen. Sinds 2019 wordt dit vaccin gratis aangeboden aan alle kinderen in het 1ste jaar secundair onderwijs. Meisjes die zich op een later moment willen laten vaccineren moeten de vaccins dan zelf in de apotheek aankopen op voorschrift van een arts. In die gevallen betaalt de mutualiteit het vaccin wel gedeeltelijk terug op voorwaarde dat men nog geen 19 jaar is op het moment van de eerste dosis. Voor jongens is er in dit geval nog geen terugbetaling. Dit is discriminatie op basis van geslacht.

Lange tijd werd een HPV-vaccinatie enkel toegediend aan meisjes en niet aan jongens. Dit terwijl jongens net zo goed een HPV-infectie kunnen krijgen en doorgeven. Het enige verschil is dat jongens geen baarmoederhalskanker kunnen krijgen. Daarom is het dan ook absurd dat enkel meisjes recht hebben op (gedeeltelijke) terugbetaling voor een inhaalvaccinatie. De prijs voor Gardasil 9 (het meest complete vaccin) is 130,22 euro per dosis. In de leeftijdscategorie 12 tot 15 jaar volstaan twee prikken, maar wie ouder is heeft er drie nodig om de behandeling compleet te maken. D.w.z. dat de kost voor een volledige en effectieve inhaalvaccinatie voor jongens neerkomt op een totaalprijs van 390,66 euro.

Ook bij 19 plussers die al seksueel actief zijn kan vaccinatie nog nuttig zijn. Zelfs indien zij reeds met een type HPV besmet zouden zijn geraakt, biedt het HPV-vaccin nog steeds bescherming tegen de andere types HPV waarmee ze nog niet besmet zijn geraakt. De kans dat ze met alle types HPV die kanker veroorzaken besmet zijn is immers bijzonder klein.

Hoe staat u tegenover deze duidelijke discriminatie o.b.v. geslacht? Bent u van plan actie te ondernemen tegen deze onrechtvaardigheid?

Hoe staat u tegenover terugbetaling van het HPV-vaccin op latere leeftijd? Bent u bereid hierover na te denken en eveneens actie te ondernemen?

03.04 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik sluit mij aan bij de vragen van de collega's.

Ik wil ook even stilstaan bij de meisjes en jongens die ouder dan 19 jaar zijn. Zij vallen hier net buiten. Welke oplossingen zijn er voor hen?

03.05 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, le Conseil Supérieur de la Santé a clairement recommandé une vaccination préventive généralisée des filles et des garçons de 9 à 14 ans inclus mais également une vaccination de rattrapage pour les jeunes femmes et les hommes de 15 à 26 ans inclus qui n'ont pas bénéficié préalablement de la vaccination préventive généralisée. Le Conseil Supérieur de la Santé recommande également la vaccination des personnes immunodéprimées, notamment les transplantés ou les personnes qui vivent avec un patient ayant le virus du sida.

Au regard des nouveaux résultats sortis en recherche ou en littérature internationale, il y a une évidence.

L'énorme étude du *New England Journal of Medicine* de 2020 concernait 527 000 vaccinés et 1 145 000 non vaccinés. Ses résultats imparables montrent que quand la vaccination est réalisée entre 17 et 30 ans - tranche qui n'est pas prise en compte aujourd'hui en Belgique -, il y a une réduction de 53 % du cancer du col de l'utérus et que, si la vaccination se fait avant 17 ans, la réduction du risque de cancer de col de l'utérus est de 88 %. Il faut donc élargir extrêmement rapidement le remboursement, à la lumière des recommandations du Conseil Supérieur de la Santé.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer par rapport à cela? L'avis du Conseil Supérieur de la Santé ne date pas de quelques jours. J'imagine que vous avez déjà pu trancher sur le sujet.

03.06 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, je tenais effectivement à me joindre aux questions posées par mes collègues sur ce sujet très important. Je voulais faire référence à ce nouvel avis rendu par le Conseil Supérieur de la Santé qui observe une évolution positive. Jusqu'ici, le vaccin était proposé gratuitement aux filles dans l'espoir qu'à terme, les garçons seraient, eux aussi, couverts par effet de protection indirecte.

C'est une stratégie qui s'est avérée inopérante puisqu'elle excluait, de ce fait, les garçons qui n'auraient jamais de rapport sexuel avec des filles. Certains pays avaient d'ailleurs d'emblée décidé de vacciner les filles et les garçons et de prévoir une vaccination de rattrapage ou encore une vaccination pour les personnes dont les défenses immunitaires ont été affaiblies.

Fort heureusement, les Communautés ont mis fin à cette discrimination en proposant une vaccination gratuite pour tous dans le milieu scolaire, mais on constate une persistance à assimiler ce risque à celui du cancer du col de l'utérus, comme en témoignent les études de Sciensano qui concluent qu'il est conseillé aux femmes de 25 à 64 ans de faire un dépistage du papillomavirus et aux jeunes filles de se faire vacciner contre ce même virus hors milieu scolaire et donc hors compétences des Communautés.

Il semble donc qu'on se focalise toujours sur les filles et sur les jeunes femmes pour le cancer du col de l'utérus et sur la prise en charge par les Communautés dans un cadre scolaire mais qu'en est-il aujourd'hui des hommes pourtant repérés comme étant également à risque pour d'autres types de cancer et qu'en est-il de la protection en dehors des écoles? Une étude du KCE confirme d'ailleurs l'enjeu de ce vaccin pour les garçons et les hommes. Pouvez-vous nous dire pourquoi cette discrimination persiste dans l'intervention du fédéral dans le cadre de l'assurance obligatoire?

03.07 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, het is juist dat er op dit ogenblik nog geen terugbetaling via de ziekteverzekering is van de HPV-vaccinatie voor jongens van 12 tot en met 18 jaar. Ik wil daar de volgende beschouwing aan toevoegen.

Sinds het schooljaar 2019-2020 vindt de HPV-vaccinatie plaats via de gratis vaccinatiecampagnes van de Gemeenschappen, zowel voor jongens als voor meisjes. In Vlaanderen wordt de vaccinatie georganiseerd in het eerste jaar secundair onderwijs, en in sommige richtingen van het buitengewoon onderwijs voor de overeenkomstige leeftijd, in Brussel en Wallonië in het tweede jaar secundair onderwijs.

Het vaccin is niet verplicht, maar het wordt wel aangeraden. Er is echter geen terugbetaling van de vaccinatie van jongens die zich niet willen laten vaccineren in het raam van de vaccinatiecampagnes van de Gemeenschappen. Dat impliceert dat de cohorte van de jongens die niet werd gevaccineerd via de Gemeenschappen, maar die nog voor vaccinatie in aanmerking komt, dat wil zeggen vóór de leeftijd van 19 jaar, naar analogie van de meisjes, in de komende jaren steeds kleiner zal worden.

De HPV-vaccinatie wordt aanbevolen om HPV-gerelateerde aandoeningen te voorkomen, waarbij de preventie van de ontwikkeling van baarmoederhalskanker het belangrijkste doel is, naast de preventie van premaligne letsels, anogenitale kankers en genitale wratten. Dit verklaart ook waarom HPV-vaccinatie op dit moment enkel via de ziekteverzekering wordt terugbetaald voor meisjes, omdat zij de grootste gezondheidswinst zullen hebben, op voorwaarde dat de vaccinatie op jonge leeftijd plaatsvindt, vóór zij seksueel actief worden en dus nog niet met het virus in aanraking gekomen zijn.

Niet-gevaccineerde jongens kunnen inderdaad ook een HPV-infectie krijgen en doorgeven via intiem contact, maar er moet worden opgemerkt dat het preventieve karakter beperkt is tot meer zeldzame anale tumoren en genitale wratten. Verder is geweten dat bepaalde HPV-types ook nog andere kankers veroorzaken naast de anogenitale regio, bijvoorbeeld keel- en halskankers, zowel bij meisjes als bij jongens.

Deze kankers zijn echter niet opgenomen in de wetenschappelijke bijsluiters van deze vaccins. Zij worden bijgevolg niet in rekening gebracht bij een farmaco-economische evaluatie.

Stap 1 is dus zorgen voor een maximale vaccinatie van jonge meisjes. Ik spreek dan over minstens 90 %. Dat gebeurt reeds in Vlaanderen. Stap 2 is de vaccinatie van de cohorten jonge jongens, namelijk in het eerste secundair in Vlaanderen en in het tweede secundair in Wallonië en Brussel. Dat gebeurt sinds 2019. Stap 3 is eventueel de inhaalvaccinatie van jongens die net te oud waren in 2019 en nu nog geen 19 jaar zijn.

Momenteel loopt er in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen een procedure voor een van de vaccins. Deze vraagt de uitbreiding van de vergoedbaarheid tot jongens van 12 tot 18 jaar. Op basis van de aanbevelingen van deze commissie zal ik een beslissing nemen. Dergelijke beslissingen dienen steeds rekening te houden met een efficiënt en optimaal gebruik binnen een aanvaardbaar en beschikbaar financieel kader. Volgens de huidige tijdslijn zal ik de beslissing omtrent de uitbreiding van de vergoedbaarheid voor jongens moeten nemen in de eerste helft van 2022.

Mevrouw Sneppe, u vroeg waarom de inhaalvaccinatie tot 19 jaar gaat en niet tot 26 jaar, zoals de Hoge Gezondheidsraad adviseert. Een terugbetaling van het HPV-vaccin op latere leeftijd zat ook in uw vraag, mevrouw Muylle.

De grens van 19 jaar zou volgens de informatie die ik vandaag heb, historisch gegroeid zijn op basis van de farmaco-economische analyses. De eerste terugbetaling was voorzien voor de leeftijdscategorie van 12 tot 15 jaar. Nadien werd dit verruimd tot 18 jaar. Het cohort is steeds van 12 tot 18 jaar gekozen, omdat dit ook de leeftijd is waarop de puberteit begint. Alle vergoedingscondities via de ziekteverzekering zijn in dezelfde lijn opgesteld. Deze volgen ook het beleid van de vaccinatieschema's van de Gemeenschappen, wat logistiek beter is.

Inhaalvaccinatie na 18 jaar en tot 26 jaar is minder kosteneffectief, omdat de efficiëntie van de vaccinatie voornamelijk is aangetoond vooraleer er seksuele activiteit is. Na die leeftijd zal het percentage jonge vrouwen en mannen niet zo hoog meer zijn. Bovendien spreekt de Hoge Gezondheidsraad zich niet uit over kosteneffectiviteit, terwijl de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen daarmee wel rekening moet houden.

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

De beslissing is dus nog niet genomen, u bent ze aan het overwegen. U wacht nog op advies en is er een procedure lopende. Ik wil u toch even een redenering meegeven. De Gemeenschappen zorgen ervoor dat die grote groep jongeren wordt gevaccineerd. Wanneer we het nu hebben over een aantal jongens die een inhaalspuit zouden moeten krijgen, hebben we het over een niet al te grote groep. De maatschappelijke kosten zullen dus niet gigantisch zijn. De persoonlijke winst voor de patiënt in kwestie kan echter wel gigantisch zijn, dus we moeten daarmee toch rekening houden. Ik wil u aanraden om die wetenschappelijke adviezen goed door te nemen en ervoor te zorgen dat elk kind, of het nu uit de cohorte is gevallen of niet, dat vaccin voor een terugbetaalbare prijs zou kunnen krijgen.

03.09 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik heb begrepen dat er nog onderhandelingen worden gevoerd en dat er nog adviezen moeten komen. Dit is inderdaad historisch gegroeid. In 2007 werd het vaccin in België voor het eerst aanbevolen voor meisjes tussen 10 en 13 jaar en later ook voor jongens tussen 9 en 14 jaar. Ondertussen zijn we al begonnen aan de meisjes tot 19 jaar.

Het is goed om dit te evalueren en het advies van de Hoge Gezondheidsraad erbij te nemen, dat aanraadt om dit open te trekken voor meisjes tot 26 jaar. Waarom zou u dit dan ook niet doen voor de jongens? In het kader van discriminatie kan dat immers wel tellen.

We zullen daarop terugkomen als we de andere adviezen krijgen, maar het is goed dat er daarvoor aandacht blijft bestaan.

03.10 Nathalie Muylle (CD&V): Wat de leeftijd boven 19 jaar betreft, met name jongens en meisjes tot 26 jaar, kijkt de Hoge Gezondheidsraad inderdaad naar de potentiële gezondheidswinst. In een globaal

genomen gezondheidsbeleid wordt eveneens rekening gehouden met de kosteneffectiviteit en het risico. Ik heb begrip voor uw argumentatie. Ik volg ook de redenering van collega Depoorter. Het betreft een kleine groep die na het schooljaar 2019-2020 nog niet aan bod is gekomen, bovendien een groep met een uitdagend karakter. Vermits we al aan het eerste jaar van het secundair onderwijs zitten, gaat het hier hoogstens over een aantal jaren. Het lijkt me dus verantwoord, niet alleen op het vlak van gezondheidswinst, maar ook op het vlak van risico's en kosteneffectiviteit. Ik heb begrepen dat u binnenkort, en hoe dan ook in het eerste deel van het jaar, een beslissing daarover moet nemen. Mij lijkt het alvast verantwoord dit door te voeren. De toekomst zal het uitwijzen, maar ik hoop alvast op een positieve evolutie. Hoe dan ook zal het debat hier verder worden gevoerd.

03.11 Robby De Caluwé (Open Vld): Ik meen dat het inderdaad goed is de efficiëntie en effectiviteit mee in rekening nemen en ben benieuwd welke beslissing uiteindelijk zal worden genomen. Op basis van de gegevens waarover we vandaag beschikken, lijkt het me alleszins verantwoord een dergelijke inhaalbeweging te doen.

03.12 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, j'ai bien entendu votre réponse.

Permettez-moi, tout d'abord, de vous faire remarquer que vous utilisez les avis du Conseil Supérieur de la Santé en fonction de ce qui vous convient ou pas ou en fonction de la politique que vous souhaitez mener, ce qui me pose question en termes de rigueur scientifique et intellectuelle.

Sur le fond, selon moi, vous tergiversez beaucoup. Il y a l'avis du Conseil Supérieur. Il ne sert à rien de faire 50 000 études. Des internationales sur ces données, il en existe déjà. Je vous ai cité l'étude suédoise de 2020 portant sur un énorme nombre de cas avec des résultats implacables publiée dans le *New England*.

A-t-on intérêt à vacciner tôt nos jeunes filles ou garçons contre les différents types de HPV? Oui! Il faut tout faire pour qu'il en soit ainsi. Mais on a également intérêt à organiser un rattrapage pour ceux qui n'ont pas été vaccinés dans un premier temps, à partir de 19 ans. Cela représente un intérêt pour les jeunes concernés. En outre, comme les chiffres le démontrent, cela représente un intérêt majeur en matière de santé publique. De plus, il en va aussi de votre intérêt, monsieur le ministre, d'un point de vue macro-budgétaire. En effet, cela reviendra beaucoup plus cher de devoir traiter, par exemple, des cancers de l'utérus que de vacciner. Vous avez donc tout intérêt à prévoir un remboursement de ces vaccins. En la matière, j'ose espérer obtenir une réponse rapide et efficace de votre part.

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

04 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie van de HGR over kernenergie" (55022391C)

04 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude du CSS sur l'énergie nucléaire" (55022391C)

04.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik wens iedereen een heel gelukkig nieuw jaar, hopelijk met een afnemend aantal vragen over COVID-19 tegen het einde van dit jaar.

Mijn vraag gaat over advies nummer 9576 van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) met betrekking tot het nucleair risico, de duurzame ontwikkeling en de energietransitie. Dat advies veroorzaakte enige commotie. Experts van het Studiecentrum voor Kernenergie (SCK) die bij de opstelling van dit advies betrokken waren, hebben hun bezorgdheden hierover geuit. Sommigen wilden zich zelfs niet meer identificeren met dit advies. Sommigen gaven ook aan dat ze onder druk zouden zijn gezet om het advies toch te ondertekenen. Volgens hen zou er ook onvoldoende wetenschappelijke consultatie zijn geweest en zou er weinig aandacht zijn gegaan naar het specifieke vakgebied van de experts van het SCK. Daarnaast valt de bijzondere timing van het advies op. Dat doet een aantal vragen rijzen.

Wie nam het initiatief voor dit advies?

De HGR gaat verder dan het domein van de gezondheidszorg, want hij verstrekt ook advies over milieuaspecten en de energietransitie. Behoort dat tot het expertisedomein van de HGR? Wat is uw mening daarover?

Bepaalde aspecten, zoals de nucleaire energie, zijn te weinig belicht. Doet dat volgens u afbreuk aan de waarde van dit advies?

Zult u onderzoeken waar het is misgelopen bij de totstandkoming van dit advies?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De Hoge Gezondheidsraad brengt wetenschappelijke adviezen uit, hetzij op verzoek van de bevoegde ministers en administraties, hetzij op eigen initiatief. Ik verwijs naar artikel 9, paragraaf 1 van zijn oprichtingsbesluit van 5 maart 2007, gewijzigd bij koninklijk besluit van 28 februari 2014.

Het advies 9576 *Nucleair risico, duurzame ontwikkeling en energietransitie* is een project op eigen initiatief, voorgesteld door deskundigen van de permanente commissie Ioniserende Stralingen en goedgekeurd door het College van de Hoge Gezondheidsraad.

Mevrouw Gijbels, u had een vraag over de bevoegdheid en de expertise. De Hoge Gezondheidsraad is bevoegd voor alle aspecten die verband houden met gezondheid, met inbegrip van duurzame ontwikkeling, milieu en klimaat. Ook de minister bevoegd voor Milieu kan vragen stellen. De Hoge Gezondheidsraad volgt daarbij de policy "*One world, one health*" van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en houdt rekening met factoren die een rechtstreekse invloed hebben op de gezondheid van mens, dier en plant en op het leefmilieu. Daaronder valt ook de strijd tegen de klimaatverandering, het beheer van de hulpbronnen en het afvalbeheer.

In dat perspectief heeft het College van de Hoge Gezondheidsraad verzocht om ook de positionering van kernenergie ten opzichte van andere energiebronnen, alsmede aspecten van duurzame ontwikkeling en ethische aspecten te behandelen. In alle gevallen is de Hoge Gezondheidsraad een onafhankelijk orgaan dat zelf beslist over de te bestuderen relevante kwesties. De expertisedomeinen van de Hoge Gezondheidsraad zijn dan ook heel divers, namelijk geestelijke gezondheid, voeding, bloed en bloederivaten, chemische agentia en het milieu, vaccinatie, ioniserende en niet-ioniserende stralingen enzovoort. Bovendien zoekt de Hoge Gezondheidsraad als er een werkgroep wordt opgericht de nodige expertise om zijn adviezen op te stellen, buiten het netwerk indien hij die niet kan vinden in zijn bestaande netwerk van meer dan 1.800 deskundigen. Alle deskundigheid is dus altijd aanwezig, ongeacht het onderwerp.

Tijdens de voorbereiding van dit advies zijn alle aspecten van de kwestie besproken, met bijdragen van meer dan 20 deskundigen in de verschillende gebieden waarop het advies betrekking heeft. Dat gebeurde tijdens 15 vergaderingen, gehouden tussen februari en september 2021.

De experts van het SCK hadden de gelegenheid om informatie of documenten te verstrekken die nuttig waren voor de voorbereiding van het advies, hetzij tijdens de vergaderingen in mondelinge presentaties voor andere leden van de groep, per mail of in schriftelijke bijdragen. Ze kregen ook ruimschoots de gelegenheid om de tekst van het advies, waarvan begin juli reeds zeer volledige versies van de conclusies werden verspreid, van commentaar te voorzien en aan te passen. Experts van de SCK hebben dit naar verluidt niet gedaan. Zij hebben tijdens de vergadering ook geen onenigheid geuit. Pas aan het einde van het proces, toen de definitieve goedkeuring werden gegeven, waren de SCK-experts het niet eens met het definitieve ontwerpadvies. Op basis van het relaas dat ik heb gekregen is er geen reden om aan te nemen dat aspecten van het deskundigheidsgebied van het SCK onvoldoende aan bod zijn gekomen.

U vraagt of ik zal onderzoeken wat er is misgelopen? De gebruikelijke procedure bestaat erin de naam te vermelden van elke expert die aan het opstellen van een advies heeft bijgedragen. Degenen die het advies hebben goedgekeurd, zijn opgenomen in de samenstelling van de werkgroep. Degenen die noch aan de opstelling noch aan de goedkeuring van het advies hebben deelgenomen, worden vermeld als gehoorde experts. Daarom werd voorgesteld om de experts die het niet eens waren in de laatste categorie onder te brengen. Dit werd geweigerd door de experts van het SCK, die niet in verband wilden worden gebracht met het advies. Het bureau van de Hoge Gezondheidsraad is daarom afgeweken van de gebruikelijke procedure. Niettemin heeft het bureau het in het belang van de transparantie wenselijk geacht de lezer erop te wijzen dat drie experts die aan de vergadering hebben deelgenomen niet akkoord gingen met het advies.

Ik denk dus dat de Hoge Gezondheidsraad geen fout in de procedures heeft gemaakt bij de opstelling van het document. Ik denk dat er misschien een probleem was van gebrek aan kennis van de procedures bij de betrokken experts. Dat wordt wel duidelijk beschreven wanneer een nieuwe expert wordt uitgenodigd.

De Hoge Gezondheidsraad zal met de directie van het SCK bijeenkomen om de toekomstige samenwerking tussen de twee instituten veilig te stellen en de procedures opnieuw toe te lichten.

04.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, u geeft aan dat de Hoge Gezondheidsraad verschillende bevoegdheidsdomeinen heeft en dat de juiste experts wel gehoord zijn. De vraag kan wel gesteld worden of energietransitie wel bij de Hoge Gezondheidsraad moet worden ondergebracht. Het is verontrustend dat experts van het SCK ervaren dat hun expertise niet naar waarde werd geschat. Ze geven zelfs aan dat de regels van het wetenschappelijk onderzoek niet werden gevolgd. Daar mogen we echt geen zweem van twijfel over laten bestaan. De Hoge Gezondheidsraad is echt een instituut waarop we moeten kunnen vertrouwen. Dat vormt toch wat onze gouden standaard waaraan we dingen moeten kunnen aftoetsen. Ik stel voor dat wordt bekeken of dat effectief zo is. Als daar ook maar enige twijfel over zou bestaan dat daar weinig, minder of onvoldoende wetenschappelijke standaarden zouden worden gehanteerd, mag de samenleving dat niet aanvaarden. Het is immers zo'n belangrijk instituut. Dat moet worden onderzocht. Het is goed dat er wordt samengezeten met het SCK, maar er moet er echt eens een evaluatie worden uitgevoerd van hetgeen daar is gebeurd. Als het echt gaat om wetenschappelijke mankementen mogen we het daar niet bij laten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.15 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 15.