

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE
KANSEN

Mardi

01-02-2022

Après-midi

Dinsdag

01-02-2022

Namiddag

N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	Parti Socialiste
VB	Vlaams Belang
MR	Mouvement Réformateur
CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	Open Vlaamse Liberalen en Democraten
Vooruit	Vooruit
Les Engagés	Les Engagés
DéFI	Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications :		Afkortingen bij de nummering van de publicaties :	
DOC 55 0000/000	Document parlementaire de la 55 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 55 0000/000	Parlementair stuk van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beigeleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants	Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Commandes :	Bestellingen :
Place de la Nation 2	Natieplein 2
1008 Bruxelles	1008 Brussel
Tél. : 02/ 549 81 60	Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be	www.dekamer.be
e-mail : publications@lachambre.be	e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Débat d'actualité sur le Covid Safe Ticket et questions jointes de	2
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le certificat de rétablissement" (55023049C)	2
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rôle de la police dans le cadre des contrôles du CST" (55023057C)	2
- Nabil Boukili à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid Safe Ticket" (55023102C)	2
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le CST" (55023108C)	2
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prolongation du certificat de rétablissement du Covid-19" (55023469C)	2
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les faux CST" (55023761C)	2
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le pass vaccinal" (55023774C)	2
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les contrôles du Covid Safe Ticket" (55023776C)	2
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'obligation vaccinale vs l'investissement dans la prévention dans le cadre des mesures sanitaires" (55024017C)	2
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le certificat corona" (55024039C)	2
- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La validité des tests antigéniques et l'attestation de rétablissement" (55024249C)	2
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid Safe Ticket dans l'appli CovidSafeBE après la dose de rappel" (55024315C)	2
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La délivrance de certificats de rétablissement et les tests PCR ou antigéniques" (55024327C)	2
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le CST et l'isolation" (55024382C)	2
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouvelles règles du CST décidées lors du Codeco du 21 janvier 2022" (55024390C)	2
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réduction de la période de validité du CST"	2

INHOUD

Actualiteitsdebat over het Covid Safe Ticket en toegevoegde vragen van	1
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het herstelcertificaat" (55023049C)	1
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De rol van de politie bij CST-controles" (55023057C)	1
- Nabil Boukili aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Covid Safe Ticket" (55023102C)	1
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het CST" (55023108C)	1
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verlenging van het COVID-19-herstelcertificaat" (55023469C)	1
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Valse CST's" (55023761C)	1
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiepas" (55023774C)	1
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De controle van het Covid Safe Ticket" (55023776C)	1
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verplichte vaccinatie versus de investeringen in preventie in het kader van het coronabeleid" (55024017C)	1
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het coronacertificaat" (55024039C)	1
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geldigheid van de antigenetests en het herstelcertificaat" (55024249C)	1
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Covid Safe Ticket in de CovidSafeBE-app na het boostervaccin" (55024315C)	1
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitreiken van herstelcertificaten en de PCR-of antigeentesten" (55024327C)	1
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het CST en het in isolatie gaan" (55024382C)	1
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De door het Overlegcomité op 21 januari 2022 vastgelegde nieuwe regels voor het CST" (55024390C)	1
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inkorting van de geldigheidsduur van het	1

(55024742C)

Orateurs: **Robby De Caluwé, Sophie Rohonyi, Kathleen Depoorter, Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB, **Caroline Taquin, Steven Creyelman, Catherine Fonck**, présidente du groupe cdH, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Débat d'actualité sur les numéros INAMI et questions jointes de 24

- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les numéros INAMI" (55023479C) 24

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas INAMI" (55024090C) 24

- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le quota de médecins" (55024141C) 24

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas de médecins" (55024639C) 24

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas INAMI" (55024743C) 24

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les numéros INAMI" (55024752C) 24

Orateurs: **Valerie Van Peel, Barbara Pas**, présidente du groupe VB, **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB, **Catherine Fonck**, présidente du groupe cdH, **Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Daniel Bacquelaine**

Débat d'actualité sur le financement des hôpitaux et questions jointes de 33

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme du financement des hôpitaux" (55024024C) 33

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme du financement des hôpitaux" (55024064C) 33

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un plan pour le financement des hôpitaux" (55024598C) 33

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux" (55024699C) 33

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les réformes hospitalières" (55024739C) 33

- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan "Opération hôpitaux"" (55024754C) 33

Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe

CST" (55024742C)

Sprekers: **Robby De Caluwé, Sophie Rohonyi, Kathleen Depoorter, Sofie Merckx**, voorzitter van de PVDA-PTB-fractie, **Caroline Taquin, Steven Creyelman, Catherine Fonck**, voorzitter van de cdH-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Actualiteitsdebat over de RIZIV-nummers en toegevoegde vragen van 23

- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-nummers" (55023479C) 23

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-quota" (55024090C) 23

- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55024141C) 23

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55024639C) 23

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-quota" (55024743C) 24

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-nummers" (55024752C) 24

Sprekers: **Valerie Van Peel, Barbara Pas**, voorzitter van de VB-fractie, **Sofie Merckx**, voorzitter van de PVDA-PTB-fractie, **Catherine Fonck**, voorzitter van de cdH-fractie, **Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, **Daniel Bacquelaine**

Actualiteitsdebat over de ziekenhuizenfinanciering en toegevoegde vragen van 33

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de ziekenhuisfinanciering" (55024024C) 33

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de ziekenhuisfinanciering" (55024064C) 33

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een plan over de ziekenhuisfinanciering" (55024598C) 33

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering" (55024699C) 33

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekenhuishervormingen" (55024739C) 33

- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het plan 'Operatie ziekenhuizen'" (55024754C) 33

Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitter van de

PVDA-PTB, **Catherine Fonck**, présidente du groupe cdH, **Frieda Gijbels**, **Nathalie Muylle**, **Gitta Vanpeborgh**, **Laurence Hennuy**, **Daniel Bacquellaine**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Sophie Rohonyi**

PVDA-PTB-fractie, **Catherine Fonck**, voorzitter van de cdH-fractie, **Frieda Gijbels**, **Nathalie Muylle**, **Gitta Vanpeborgh**, **Laurence Hennuy**, **Daniel Bacquellaine**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, **Sophie Rohonyi**

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCESCOMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 1 FEVRIER 2022

DINSDAG 1 FEBRUARI 2022

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 08 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.08 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 het Covid Safe Ticket en toegevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het herstelcertificaat" (55023049C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De rol van de politie bij CST-controles" (55023057C)
- Nabil Boukili aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Covid Safe Ticket" (55023102C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het CST" (55023108C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verlenging van het COVID-19-herstelcertificaat" (55023469C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Valse CST's" (55023761C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiepas" (55023774C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De controle van het Covid Safe Ticket" (55023776C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verplichte vaccinatie versus de investeringen in preventie in het kader van het coronabeleid" (55024017C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het coronacertificaat" (55024039C)
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geldigheid van de antigenetests en het herstelcertificaat" (55024249C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Covid Safe Ticket in de CovidSafeBE-app na het boostervaccin" (55024315C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitreiken van herstelcertificaten en de PCR- of antigeentesten" (55024327C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het CST en het in isolatie gaan" (55024382C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De door het Overlegcomité op 21 januari 2022 vastgelegde nieuwe regels voor het CST" (55024390C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inkorting van de geldigheidsduur van het CST" (55024742C)

01 Débat d'actualité sur le Covid Safe Ticket et questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le certificat de rétablissement" (55023049C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rôle de la police dans le cadre des contrôles du CST" (55023057C)
- Nabil Boukili à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid Safe Ticket" (55023102C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le CST" (55023108C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prolongation du certificat de rétablissement du Covid-19" (55023469C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les faux CST" (55023761C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le pass vaccinal" (55023774C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les contrôles du Covid Safe Ticket" (55023776C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'obligation vaccinale vs l'investissement dans la prévention dans le cadre des mesures sanitaires" (55024017C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le certificat corona" (55024039C)
- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La validité des tests antigéniques et l'attestation de rétablissement" (55024249C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid Safe Ticket dans l'appli CovidSafeBE après la dose de rappel" (55024315C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La délivrance de certificats de rétablissement et les tests PCR ou antigéniques" (55024327C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le CST et l'isolation" (55024382C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouvelles règles du CST décidées lors du Codeco du 21 janvier 2022" (55024390C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réduction de la période de validité du CST" (55024742C)

De **voorzitter**: Mevrouw Farih is niet aanwezig. De heer Boukili is verontschuldigd.

01.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, mijn vraag dateert al van enige tijd geleden.

Een Waalse arts werd ervan verdacht ongeveer 2.000 coronavaccins valselijk te hebben geregistreerd, waardoor ook de afgeleide Covid Safe Tickets onjuist waren. De coronavaccins worden ingegeven in de centrale databank van Vaccinnet. Een arts heeft daarvoor een rijksregisternummer en het lotnummer van het vaccin nodig, maar in Vaccinnet staat geen limiet op het aantal lotnummers dat een arts kan ingeven. Voor alle duidelijkheid, zo'n lotnummer is niet gekoppeld aan één vaccin of één flacon, maar aan een hele productie-eenheid.

Ook dokter Roel Van Giel van huisartsenvereniging Domus Medica verklaarde al dat het systeem niet 100 % waterdicht is. Hoeveel andere artsen hebben gelijkaardige misdrijven gepleegd? Hoe wordt dat opgespoord? Hebt u intussen actie ondernomen om dergelijke fraude te vermijden? Welke oplossingen hebt u daarvoor uitgewerkt? Hebt u daarover al overleg gepleegd met de deelstaten en de minister van Justitie?

01.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, à l'issue du dernier Comité de concertation et de la présentation du fameux baromètre covid qui implique l'utilisation du

01.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Un médecin wallon a été soupçonné d'avoir enregistré environ 2 000 vaccins contre le Covid-19 sur Vaccinnet. Le système n'est apparemment pas infaillible.

Combien de médecins ont commis des délits similaires? Comment ces délits sont-ils dépistés? Le ministre a-t-il pris des mesures pour éviter une telle fraude? S'est-il déjà concerté avec les entités fédérées et avec le ministre de la Justice à ce propos?

01.02 Sophie Rohonyi (DéFI): De eerste minister heeft verzekerd dat het CST geen dag langer dan

CST tant que nous serons en code rouge ou orange, le premier ministre s'est voulu rassurant en affirmant que l'utilisation du Covid Safe Ticket ne serait pas maintenue un jour de trop. Or, dans le même temps, le Codeco a renforcé le CST en réduisant la durée de validité de celui-ci à cinq mois pour ce qui concerne tant la vaccination que le certificat de guérison. En effet, à partir du 1^{er} mars, le CST de tous nos concitoyens vaccinés sera désactivé automatiquement cinq mois après l'injection de leur deuxième dose, s'ils n'ont pas reçu, entre-temps, leur troisième dose. Le CST sera également supprimé cinq mois après la dernière infection covid.

Cette décision a été vivement critiquée par certains experts dont Yves Coppieters. Je cite: "Le changement des conditions de validité du CST nous pousse à une obligation vaccinale. On va forcer les gens à prendre leur troisième dose. De plus, réduire la durée de validité des certificats de rétablissement n'est pas correct surtout après une vague omicron qui va forcément en produire beaucoup."

Ces décisions posent également question dans la mesure où la réflexion sur le CST et l'avenir de celui-ci qui a, par ailleurs, été promise par le premier ministre, mais aussi par le commissaire corona, n'a finalement jamais eu lieu. Cette évaluation est pourtant indispensable et urgente, comme l'a dit M. Callens, qui est membre du GEMS, et qui estime qu'il faut reconsidérer ce pass sanitaire, affirmant que le CST avait eu moins d'effets qu'il aurait dû en avoir, comparativement à d'autres pays européens.

Monsieur le ministre, pouvez-vous clarifier la position du gouvernement à l'égard du CST? Entend-il renforcer ou réduire son utilisation? Sur quelle base le Codeco a-t-il décidé de réduire la durée de validité du CST à cinq mois? Existe-t-il une certaine coordination au niveau européen à cet égard? Le CST a-t-il au moins été évalué quant à son impact sur les contaminations, mais aussi pour ce qui concerne l'adhésion de la population à la vaccination? Est-il envisageable de voir le CST réactivé en cas d'une nouvelle augmentation des contaminations, notamment en hiver, vu la saisonnalité du virus? Dans l'affirmative, comment cela se combinerait-il avec l'avis du Conseil d'État qui a bien insisté sur le fait que le CST devait être un outil proportionné et temporaire?

Ce renforcement du CST m'amène à vous interroger sur le pass vaccinal. À côté des déclarations du premier ministre considérant qu'il faudrait "plutôt embêter le virus, pas les gens", vous vous inscrivez malgré tout dans la même stratégie que celle adoptée par le président français, Emmanuel Macron, à savoir ce fameux pass vaccinal, autrement dit un outil qui conditionne les sorties dans un bar, un resto ou encore un musée à la seule vaccination. C'est aussi une option défendue par le commissaire corona. Le CST serait dès lors renforcé à nouveau, en mettant de côté les tests PCR négatifs mais aussi les certificats de guérison, ce qui est vivement critiqué par les experts encore entendus hier en commission de la Santé. Ceux-ci ont insisté sur l'immunité acquise par voie d'infection. Voici ce qu'ils ont dit: "C'est hallucinant d'ignorer un certain type de protection acquise après la vague de contaminations au delta et à l'omicron."

Il est certes acquis que le commissaire corona sera entendu ici même pour pouvoir confronter sa position sur le pass vaccinal aux positions des différents experts qui ont été entendus. Il n'empêche, monsieur le

nodig van kracht zal zijn. Het Overlegcomité versterkt het CST nu echter door de geldigheidsduur ervan te beperken tot vijf maanden, zowel voor de vaccinatie als voor het herstelcertificaat. Die beslissing werd op hevige kritiek onthaald door experts, onder wie Yves Coppieters. Bovendien is het wachten nog steeds op de evaluatie van het CST en de beloofde denkoefening over de toekomst ervan. Nochtans heeft het CST volgens de heer Callens (van de GEMS) minder effect gesorteerd dan in andere Europese landen.

Wat is het standpunt van de regering over het CST? Zal de regering het gebruik van het CST intensiveren of afbouwen? Op grond waarvan werd de geldigheidsduur verkort? Is er sprake van Europese coördinatie op dat gebied? Heeft men gemeten welke impact het CST heeft op de besmettingen en op het draagvlak voor de vaccinatie? Zou het CST opnieuw geactiveerd kunnen worden als het aantal besmettingen weer toeneemt, met name in de winter? Zou dit verenigbaar zijn met het advies van de Raad van State, waarin gesteld wordt dat het CST een proportioneel en tijdelijk instrument moet zijn?

Net zoals de coronacommissaris staat u de vaccinatiepas voor, waarmee alleen gevaccineerden nog een stapje in de wereld zouden mogen zetten. PCR-tests en herstelcertificaten zouden niet meer gelden, een beslissing waarop kritiek komt van de experts, want door de immuniteit die men opbouwt na een besmetting is men beschermd. De coronacommissaris zou in de commissie gehoord worden en met de andere wetenschappelijke standpunten geconfronteerd worden.

Welke problemen zal de vaccinatiepas meebrengen? Zal dit dwangmiddel uitdraaien op een

ministre, que j'aurais voulu vous entendre sur les problèmes que poserait ce pass vaccinal. Reconnaissez-vous qu'ériger un tel moyen de contrainte constitue finalement une obligation vaccinale déguisée et donc hypocrite? Que répondez-vous aux experts qui critiquent ce pass vaccinal et même le CST actuel, en ce qu'il donnerait un faux sentiment de sécurité, puisqu'on sait malheureusement que la vaccination ne protège pas à 100 % d'une contamination et, par conséquent, ne nous dispense pas du respect des autres gestes barrières? Que pensez-vous de la proposition du président du Parti Socialiste qui est d'adjoindre l'obligation vaccinale à un pass vaccinal, voyant ce dernier comme un moyen de contrôle du respect de cette éventuelle future vaccination obligatoire.

Enfin, je m'interroge sur les contrôles du CST et de ce futur pass vaccinal. J'ai appelé tout à l'heure à son évaluation. Mais on se doute bien que les résultats de cette évaluation seront d'office faussés s'il n'est pas respecté par tout un chacun. Or, comme M. De Caluwé y a fait allusion, que ce soit l'utilisation du QR code d'un proche, les "fausses piqûres" que certains médecins acceptent de faire contre rémunération, les inscriptions de coordonnées de personnes qui ne se sont pas présentées à la vaccination, etc., les cas de fraude au CST explosent.

En décembre dernier, je vous interrogeais déjà à ce sujet pour voir si cette situation était évaluée et si on connaissait son incidence concrète sur la sécurité sanitaire. À l'époque, je n'avais obtenu aucune réponse. C'est la raison pour laquelle je me permets de les réitérer. Monsieur le ministre, comment le gouvernement répond-il aux différentes formes de fraude au CST? Ce phénomène est-il évalué? Son incidence est-elle mesurée au regard de la sécurité sanitaire?

Comment les différents secteurs sont-ils aujourd'hui soutenus pour pouvoir procéder au contrôle des CST? Une communication efficace est-elle menée afin de responsabiliser le citoyen en mettant l'accent sur les conséquences concrètes qu'ont de telles fraudes, tant sur le plan répressif que sur le plan sanitaire, en ce compris sur les contaminations et sur les hospitalisations?

Quel est le rôle précis de la police dans les situations de fraude au CST? Connaît-on le nombre de procès-verbaux qui ont été dressés en raison d'une fraude au CST?

Enfin, la mise à jour du Covid Safe Ticket lors de la prise en compte de la troisième dose ne constitue-t-elle pas aujourd'hui une belle occasion de renforcer les mesures anti-fraude?

01.03 Kathleen Depoorter (N-VA): *Niet-gevaccineerde coronapatiënten kunnen na doorstaan van Covid een beroep doen op een herstelcertificaat.*

Soms echter worden patiënten opgenomen in het ziekenhuis en wordt de diagnose niet bevestigd via PCR. Deze patiënten, die, nochtans gehospitaliseerd werden omwille van corona kunnen geen herstelcertificaat aanvragen. In hoeverre kan hieraan tegemoetgekomen worden?

Het CST geeft de vermelding van de derde prik. Een aantal landen

verkapte vaccinatieplicht? Wat is uw antwoord op de kritiek van de experts? Denkt u de pas te combineren met een vaccinatieverplichting, zoals de heer Magnette voorstelt? Hoe wordt het CST gecontroleerd, en hoe zal dat in zijn werk gaan voor de vaccinatiepas? Als niet iedereen de regels naleeft, zal de evaluatie een vertekend beeld geven. Er wordt echter op grote schaal gefraudeerd. Kent men de omvang van de fraude?

Hoe reageert de regering op de gevallen van fraude met het CST? Wordt dat fenomeen geëvalueerd?

Hoe worden de sectoren ondersteund bij de controle van de CST's? Loopt er een informatie-campagne om de burgers te sensibiliseren in verband met de gevolgen van fraude (gezondheidsrisico's en sancties)? Wat is de rol van de politie? Hoeveel processen-verbaal werden er opgesteld? Vormt de actualisering van het CST na de derde dosis niet de gelegenheid bij uitstek om de strijd tegen fraude op te voeren?

01.03 Kathleen Depoorter (N-VA): *Certains patients sont hospitalisés à la suite d'une contamination avec le coronavirus, qui n'a pas été confirmée par un test PCR de sorte qu'ils n'ont ainsi pas droit à un certificat de rétablissement. Comment remédier à ce problème?*

Pour voyager vers certains pays,

geven aan dat ze voor toeristen die naar hun land willen komen, deze derde prik vereisen. Bovendien moet de derde prik meer dan 14 dagen geleden zijn.

Welke maatregelen zal u nemen of bepleiten voor de eventuele reizigers tijdens de komende eindejaarsvakantie?

Het herstelcertificaat geeft aan wanneer een patiënt/burger een COVID-besmetting heeft gehad en hiervan (voldoende) hersteld is; het heeft de hiermee dezelfde soortelijke waarde als een bewijs van vaccinatie. In Nederland en Zwitserland werd dit certificaat verlengd tot 365 dagen. Dit is het gevolg van nieuwe (wetenschappelijke) inzichten.

Overweegt de minister om het herstelcertificaat te verlengen? Zo nee: waarom niet. Zo ja: tot welke termijn wil de minister dit verlengen?

Hoe staat de minister tegenover het uitschrijven van het herstelcertificaat na een positieve snelle antigeentest in de apotheek? Hoe staat de minister tegenover het uitschrijven van een rechtstreeks quarantaine-certificaat wanneer er een positieve test in de apotheek wordt afgenomen?

Vanuit verschillende berichtgeving vernemen we dat het coronacommissariaat een verplichte vaccinatie niet gaat nastreven. Waar commissaris Pedro Facon en diens medewerkers wel op aansturen is de invoering van een zogenaamd coronacertificaat. Een herstelbewijs of negatieve PCR-test zijn dan in de praktijk geen geldige bewijzen meer om deel te nemen aan bepaalde (sociale) activiteiten. Het coronacertificaat zal neerkomen op een vaccinatiecertificaat. Ook verklaarde het commissariaat dat het niet om een perfecte noch 100% doeltreffende maatregel is. Het zou een onderdeel zijn van het "gatenkaasmodel" en dus deel uitmaken van een breder beleidspakket.

Kan de minister toelichten wat precies de redenering is achter het inrichten van het zogenaamd coronacertificaat? Werd de communicatie door de commissaris doorgesproken met de minister? Graag een toelichting van de minister wat het breder beleidspakket omvat? Gaat men over tot het 1G model?

Wat is het standpunt van de regering betreffende verplichte vaccinatie? Hoe moet het op tafel brengen van het coronacertificaat hierin passen?

Betekent een coronacertificaat ook daadwerkelijk een vaccinatiecertificaat?

Zal de booster (of zullen de boosters) op het certificaat geïmplementeerd worden?

Tijdens mijn eerdere tussenkomsten en vragen heb ik meermaals gepleit om de testcapaciteit te verhogen. Doordat apothekers nu worden toegestaan om testen af te nemen is er een stap in de goede richting gezet. In de aanhoudende COVID-pandemie – nu ook tijdens de meest recent golf – werden de maatregelen opnieuw aangepast. Zo werd onder meer beslist dat de regels inzake quarantaine en isolatie veranderden: zo wordt er niet lang gevraagd naar een groot aantal (PCR-)tests maar nu kunnen zelftests en antigeentesten volstaan. Daarnaast zou een herstelcertificaat enkel nog uitgeschreven worden als er ook een negatieve PCR-test werd afgenomen. Vanaf 19 januari zou het ook niet meer nodig zijn om een positieve zelftest nogmaals te

une troisième dose est requise. Quelles mesures le ministre prendra-t-il en faveur des voyageurs qui n'ont pas encore eu l'occasion d'obtenir une troisième dose?

Aux Pays-Bas et en Suisse, le certificat de rétablissement est valable un an. Cette mesure sera-t-elle également introduite chez nous? Un certificat de rétablissement et un certificat de quarantaine peuvent-ils également être délivrés après un test antigénique positif en pharmacie?

Le Commissariat corona ne plaiderait pas pour la vaccination obligatoire, mais pour un certificat corona valable uniquement après la vaccination. Quel est précisément le raisonnement qui sous-tend cette approche? Quel est le point de vue du gouvernement à propos de la vaccination obligatoire?

La politique de dépistage devrait faire l'objet de modifications prochainement. Un test antigénique positif ne devrait plus être confirmé par un test PCR. Cela ne sera-t-il plus non plus nécessaire pour un certificat de rétablissement? Le ministre peut-il préciser la nouvelle politique?

Quelles instructions les personnes chargées du traçage des contacts reçoivent-elles en matière de détection d'éventuelles contaminations?

laten bevestigen door een PCR-test. Dit vraagt om verdere verduidelijking.

Kan de minister aangeven welke instructies/opdrachten op het vlak van testen er aan de contacttracers gegeven werden bij het opsporen van mogelijk besmette burgers?

Kan de minister bevestigen dat het voor personen die besmet zijn geweest met het COVID virus het volstaat om een negatieve antigeentest bij een apotheek afgelegd te hebben?

Volstaat het om een negatieve antigeentest om een herstelcertificaat voor zij die nog niet gevaccineerd zijn uit te schrijven?

Er is beslist dat de derde prik op het Corona Safe Ticket zal worden vermeld. We blijven zitten met het probleem van onze jongeren die op vakantie vertrekken. Ik heb u daar vorige week in de plenaire vergadering een vraag over gesteld. Zijn er ondertussen al stappen ondernomen die ervoor zouden kunnen zorgen dat de jongeren ook zonder die derde prik op het CST op vakantie zouden kunnen vertrekken?

Er is melding gemaakt van artsen die op een frauduleuze manier zouden hebben bijgedragen tot het bekomen van een CST. Er worden blijkbaar ook CST's verkocht. Hoe ver staat het onderzoek? Wat zijn uw bevindingen?

We hebben al een paar keer gesproken over het herstelcertificaat. U haalt telkens aan dat het herstelcertificaat na een antigeentest Europees niet gevalideerd wordt en dat u er daardoor geen voorstander van bent om na een positieve antigeentest een herstelcertificaat op het CST aan te brengen. In Nederland is dat echter wel het geval. Ik volg enerzijds uw redenering dat we de Europese uniformiteit moeten hanteren om op reis te gaan. Iemand die in de apotheek positief getest is, heeft echter het bewijs dat hij corona heeft doorgemaakt. Ik begrijp dan ook niet waarom het CST in ons land dan niet geldig wordt verklaard met een herstelcertificaat. Kunt u dat in overweging nemen?

Er zit ook een enorme inconsequentie in het hele verhaal. Wanneer de apotheker de patiënt test en die test negatief is, dan kan de patiënt via itsme de negatieve antigeentest ophalen voor zijn of haar CST. De positieve antigeentest kan echter niet worden opgehaald. Dat is uiteraard werken met twee maten en twee gewichten, wat voor de patiënt bijzonder moeilijk te aanvaarden is. Dat is echt iets wat opnieuw zou kunnen worden overwogen.

Ten slotte heb ik nog een vraag over uw verklaringen over de vaccinatiepas. U gaf aan voorstander te zijn van de bevindingen van de coronacommissaris. Gisteren en vorige week hebben wij een aantal hoorzittingen gehad, waarin heel duidelijk naar voren kwam dat beter een transparante wetgeving naar voren kan worden geschoven. Wat zijn uw inzichten ter zake?

01.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, depuis le début, mon groupe est méfiant vis-à-vis du Covid Safe Ticket, lequel entraînerait de la polarisation et de la discrimination. Ce qui devait être au départ un pass pour voyager et réservé ensuite aux grands événements est devenu une manière déguisée d'obliger les citoyens à se faire vacciner.

Des démarches ont-elles déjà été entreprises pour faire en sorte que les jeunes qui n'ont pas encore pu recevoir leur troisième dose puissent partir en vacances avec un CST valide?

Où en est-on dans l'enquête concernant les médecins soupçonnés de fraude à l'obtention d'un CST?

Le ministre a déclaré qu'il n'était pas partisan de la délivrance d'un certificat de rétablissement à la suite d'un test antigénique positif, parce que cette procédure n'est pas validée au niveau européen. Pourtant, il s'agit là d'une pratique répandue aux Pays-Bas. Le ministre envisage-t-il qu'un certificat de rétablissement valable uniquement dans notre pays puisse être délivré après un test antigénique positif? Pourquoi un test antigénique négatif est-il valable pour le CST, alors qu'un test positif ne l'est pas?

Le ministre est partisan du pass vaccinal. Les auditions d'hier et de la semaine dernière ont fait apparaître qu'une législation transparente serait préférable. Quelle est l'opinion du ministre à ce propos?

01.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijn fractie staat wantrouwig tegenover het CST omdat het polariserend en discriminerend werkt. Het is geworden tot een soort instrument om de burgers te

Pourtant, au vu des données qui nous ont été communiquées, certains experts disent que le CST n'a pas eu une influence significative sur le nombre de doses administrées. En France, cela avait été le cas, mais le taux de vaccination y était déjà plus élevé au moment de l'introduction du pass. Pensez-vous que le CST a eu une influence sur le taux de vaccination? Pouvez-vous le démontrer?

À partir du 1^{er} mars, il faudra avoir reçu le *booster* pour pouvoir bénéficier d'un CST valable. Pourquoi avez-vous pris cette décision et, *in fine*, pourquoi maintenez-vous aujourd'hui le CST vu le variant omicron? Effectivement, il ressort des auditions que nous avons eues ces deux derniers jours que l'efficacité du vaccin face au variant omicron est quand même fortement mise en cause, dans le sens où le fait d'être vacciné n'empêche absolument pas d'être contaminant. Dès lors, pourquoi avez-vous décidé de maintenir le CST jusqu'à aujourd'hui?

J'ai une autre question un peu plus spécifique. Les règles relatives au nombre de jours de quarantaine après un test positif ont été modifiées récemment. Au départ, c'était dix jours; aujourd'hui ce n'est plus que sept jours. Après sept jours, on peut aller travailler et sortir de l'isolement faisant suite à un test positif. On suggère une certaine prudence jusqu'au dixième jour. Par contre, le CST de la personne concernée va devenir rouge à partir du moment où celle-ci est positive et ne redeviendra vert qu'à partir du douzième jour qui suit le jour du test. Cela signifie que cette personne reste bloquée et ne peut aller, par exemple, au théâtre. Elle peut donc se rendre au travail, mais pas au théâtre, au cinéma ou au restaurant.

Monsieur le ministre, pouvez-vous me dire pourquoi il faut autant de jours avant de pouvoir avoir accès à son CST? Une adaptation est-elle envisagée, vu que le nombre de jours durant lesquels une personne contaminée doit être isolée a été revu à la baisse?

01.05 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, je vous ai déjà longuement interpellé sur nos capacités de tests, leur nécessité, la diversité des tests à prévoir et leur accessibilité, notamment dans le cadre de coopérations avec les pharmaciens d'officine.

Les règles évoluent régulièrement depuis des mois. Il faut s'adapter en tenant compte des connaissances et des analyses des scientifiques et des experts, mais aussi, bien entendu, en fonction de l'évolution de la pandémie, des variants, de leur degré de contagiosité et d'agressivité.

Dans ce cadre, la réglementation sur la quarantaine et l'isolement a évolué et n'impose plus autant de tests, ni la réalisation d'un test PCR, mais elle intègre, en revanche, les tests antigéniques et les autotests. L'attestation de rétablissement après avoir contracté la covid-19 n'est actuellement délivrable qu'en cas de communication d'un résultat négatif par test PCR. Par ailleurs, depuis le 19 janvier dernier, il semble que le RAG recommande de ne plus faire confirmer

verplichten zich te laten vaccineren.

Volgens sommige experts heeft het CST geen impact gehad op de vaccinatiegraad. Heeft het CST volgens u de vaccinatiegraad wel beïnvloed? Kunt u dat aantonen?

Waarom hebt u besloten dat de boosterprik vereist is om vanaf 1 maart nog over een geldig CST te beschikken? Waarom behoudt u het CST nu de omikronvariant woedt en de werkzaamheid van het vaccin tegen die variant in vraag gesteld wordt?

De regels met betrekking tot de quarantainedagen na een positief testresultaat werden gewijzigd. Na zeven dagen mag men gaan werken, op voorwaarde dat men tot de tiende dag voorzichtig is. Het CST van de besmette persoon wordt echter rood zodra zijn positief resultaat bevestigd werd en wordt pas opnieuw groen op de twaalfde dag na de test.

De betrokkene mag dan wel opnieuw naar het werk, maar niet naar het theater of naar de film.

Waarom is die termijn langer? Zal er een aanpassing doorgevoerd worden, aangezien men nu minder lang in isolatie moet blijven?

01.05 Caroline Taquin (MR): De regels in verband met de tests veranderen regelmatig. Volgens de jongste quarantaine- en isolatieregels is een PCR-test niet altijd meer nodig en kan men gebruikmaken van antigeen- en zelftests. Voor het verkrijgen van een herstelcertificaat moet er nog altijd een negatief PCR-testresultaat voorgelegd kunnen worden. Op 19 januari heeft de RAG geadviseerd om geen PCR-test meer te laten uitvoeren ter bevestiging van een positieve zelftest.

Welke richtsnoeren worden er gecommuniceerd aan de instan-

un autotest positif par un test PCR.

Monsieur le ministre, quelles directives précises sont-elles données aux gestionnaires du traçage dans le cadre des tests à réaliser lorsque l'on a contracté le virus? Est-il exact que le traçage peut demander aux personnes ayant eu la covid-19 de se faire tester dans une pharmacie à l'aide d'un test antigénique afin de respecter les règles en vigueur et d'ainsi pouvoir reprendre une vie sociale plus normale notamment lorsque l'on n'est pas vacciné?

Enfin, considérant ces directives, avez-vous reçu des recommandations visant à reconnaître les tests antigéniques comme des tests valables pour recevoir une attestation de rétablissement et permettant l'octroi d'un CST valable?

01.06 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, tijdens de behandeling van het samenwerkingsakkoord hebt u in deze commissie op een van mijn vragen met betrekking tot het CST geantwoord dat de vaccinatiestatus van mensen op de tweede prik is gebaseerd en dat zou blijven. Mensen zouden met andere woorden als volledig gevaccineerd beschouwd blijven, onafhankelijk van het feit of ze al dan niet hun boosterprik hebben gekregen. Een van mijn vragen was of u bij dat standpunt blijft, maar daar kennen we het antwoord inmiddels al op.

Er is intussen wel al sprake van meerdere boosterprikken. Zult u dat standpunt dan ook consequent aanhouden? Hoeveel prikken zal iemand dan nodig hebben om over een geldig CST te beschikken?

Een andere vraag die ik had voorbereid, was welke status mensen zullen krijgen die hun boosterprik niet of niet tijdig hebben ontvangen, maar ook die vraag is intussen achterhaald. Het is misschien interessant te weten of uw beslissing in dat verband ook voor de volgende prikken zal gelden.

In het kader van hoorzittingen die eventueel in onze commissie zullen worden georganiseerd over het nut of de overbodigheid van het CST, zou ik graag willen weten welke de voorwaarden zijn om het CST te kunnen afvoeren?

01.07 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, le premier groupe de questions concerne le fait de savoir si le CST est aujourd'hui encore utile et pertinent compte tenu des données épidémiologiques, du fait qu'un triple vacciné peut être contaminant, de l'évolution d'Omicron, de la décision des gouvernements, dont le vôtre, de ne plus tester ni isoler les contacts à haut risque, et compte tenu de son impact limité en tant que stimulant à la vaccination en Belgique.

La question se pose de manière très claire. La décision du Codeco d'évaluer le CST a-t-elle été organisée? On a vu que la discussion à ce sujet en commission de la Santé était particulièrement nébuleuse ce matin pour les partis de la majorité.

La deuxième question concerne le tour de vis que vous avez décidé dans le cadre du Codeco. Vous avez changé les conditions sur la

ties die instaan voor de contactopsporing met betrekking tot de uit te voeren tests? Klopt het dat de contacttracers aan eerder besmette personen mogen vragen om een antigeentest te laten afnemen in de apotheek, zodat ze hun normale leven kunnen hervatten, met name als ze niet gevaccineerd zijn?

Hebt u aanbevelingen ontvangen volgens welke antigenetests geldig zouden zijn voor de toekenning van een herstelcertificaat en een CST?

01.06 Steven Creyelman (VB): Lors de l'examen de l'accord de coopération, le ministre a répondu au sujet du CST que le statut vaccinal de nos concitoyens était et resterait fondé sur la deuxième dose.

Maintient-il cette position? Il est déjà question, entre-temps, de plusieurs doses de rappel. Combien de doses faudra-t-il avoir reçu pour pouvoir disposer d'un CST valable? Quel sera le statut des personnes qui n'ont pas reçu leur dose de rappel ou qui ne l'ont pas reçue à temps? La décision vaudra-t-elle également pour les doses suivantes? À quelles conditions la suppression du CST est-elle subordonnée?

01.07 Catherine Fonck (cdH): Is het CST vandaag nog relevant, gelet op de epidemiologische cijfers, het feit dat iemand die drie keer geprikt is het virus kan overdragen, de evolutie van de omikronvariant en de beslissing om personen die een hoogrisicocontact gehad hebben niet langer te testen of te verplichten om in quarantaine te gaan? Heeft het Overlegcomité zich over die vraag gebogen? Vanmorgen, in de commissie voor de Volksgezondheid, was dat zeer onduidelijk. Op welke wetenschap-

durée de validité après un certificat de rétablissement et réduit la durée de validité à 150 jours après le *booster*. Sur quelle base scientifique avez-vous pris cette décision et comment la justifiez-vous?

S'agissant du certificat de rétablissement, de plus en plus de personnes ont été contaminées par Omicron. En outre, vous n'acceptez toujours pas la prise en compte du test antigénique alors qu'il n'y a aucun sens à le faire confirmer par un test PCR quand il est positif. *A fortiori*, il n'est pas pertinent de vacciner dans les semaines qui suivent une contamination covid.

Pour les jeunes de 20 à 30 ans, dont la majorité a été ou va être touchée par Omicron, il n'est pas logique d'imposer cette dose *booster* après 150 jours. Comment justifiez-vous cette décision? Dans la plupart des pays européens, le délai est de neuf mois. Hormis en France où il est de sept mois, peu de pays ont décidé de le réduire. Je vous avoue donc que, d'un point de vue scientifique, je ne comprends pas cette décision qui pose véritablement question.

pelijke basis stoelen de wijziging van de voorwaarden voor de geldigheidsduur na een herstelcertificaat en de inkorting van de geldigheidsduur van de booster tot 150 dagen?

Wat het herstelcertificaat betreft, raken steeds meer personen besmet met de omikronvariant. Bovendien wordt er nog altijd geen herstelcertificaat uitgereikt op basis van een positieve antigeentest. Daar komt bij dat het niet zinvol is om een vaccin toe te dienen in de weken volgend op een coronabesmetting. Voor de 20- tot 30-jarigen, die besmet zijn geweest of binnenkort besmet zullen raken met omikron, is het niet logisch om 150 dagen te wachten met de boosterprik.

In de meeste Europese landen (behalve Frankrijk) bedraagt die termijn 9 maanden. Ik begrijp die beslissing dan ook niet.

01.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zou een onderscheid willen maken tussen de verschillende vragen. Ten eerste vraagt men naar mijn mening over de overgang van het huidige CST naar een vaccinatiebewijs. Men vraagt ten tweede naar mijn mening over de rol die het CST nu speelt. Ten derde zijn er specifieke vragen over onder andere fraude en het herstelcertificaat.

Over het eerste aspect heb ik me in publieke debatten en op persoonlijke titel al uitgesproken. In de commissie, waarin ik de regering vertegenwoordig, zal ik daar geen lang betoog over houden. We kijken alvast erg uit naar de mening van het Parlement. Samen met het Overlegcomité heb ik het Parlement uitgenodigd om een grondig debat te voeren over de vaccinatieplicht en het vaccinatiebewijs. Ik kijk dus uit naar een duidelijk en helder standpunt van het Parlement. Ik vind het vreemd dat ik nu als minister moet zeggen wat ik denk. Ik zal dat ooit wel doen, maar eerst heb ik graag dat er, na de hoorzittingen, een duidelijk standpunt van het Parlement komt.

Ik geloof onverkort in het huidige CST met drie dimensies, namelijk herstel, een negatieve test of een vaccinatiebewijs. Wat betekent het dat iemands CST rood uitslaat, als het aan de ingang van een café gescand wordt? Men mag dan dat café niet binnen, als men daarop gecontroleerd wordt.

Dat betekent twee zaken.

Ten eerste, hij of zij is niet gevaccineerd, hij of zij is niet in het bezit van een negatieve test en heeft alleszins ook geen immuniteit op basis van het vroeger doormaken van de ziekte. Het is duidelijk dat

01.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je me suis déjà exprimé sur la question du passage du CST actuel à un pass vaccinal. Toutefois, dans cette commission, je représente le gouvernement. J'espère que le Parlement prendra clairement position quant à l'obligation vaccinale et au pass vaccinal à l'issue des auditions.

Je continue à faire confiance au CST actuel dans ses trois dimensions, à savoir un rétablissement, un test négatif ou une preuve de vaccination. Le détenteur ne pourra pas être admis dans un café si son CST vire au rouge lors du scan.

Cela peut signifier, tout d'abord, que la personne n'est pas vaccinée ou n'est pas en possession d'un test négatif, ou qu'elle ne s'est en tout cas pas non plus constitué d'immunité après avoir contracté la maladie précédemment. Le risque aussi bien d'être contaminé et de contaminer d'autres personnes que de se faire

het risico dat betrokkene heeft, zowel om besmet te zijn en anderen te besmetten als om besmet te worden, eventueel behoorlijk ziek te worden en eventueel in een ziekenhuis te belanden, groter is wanneer het scherm rood is dan wanneer het groen is. Omdat het risico groter is, beslissen wij dat het beter is dat de betrokkene niet op café gaat.

De tweede mogelijkheid is dat de betrokkene wel gevaccineerd is, maar niet zo lang geleden een positieve test heeft afgelegd. In dat geval zal zijn of haar scherm gedurende elf dagen rood weergeven. Die elf dagen zijn meer dan wat we vandaag hebben vastgelegd over isolatie en meer dan wat we vandaag voor een aantal mensen hebben vastgelegd over quarantaine. Ik kom daar nog op terug. Dat verhindert dat mensen die recent zijn besmet en misschien nog besmettelijk zijn, een café binnenstappen en anderen besmetten.

Is dat nuttig in een samenleving waarin zoveel virus rondgaat? Dat is het absoluut. Ik daag iedereen uit om te beweren dat het verschil tussen een rood en een groen scherm niets betekent. Dat betekent immers absoluut iets.

Is dat op zich voldoende om te besluiten dat we helemaal veilig zijn? Dat is ook absoluut niet het geval. Vele debatten die over het CST zijn gevoerd, ook in wetenschappelijke kringen, hangen daarmee samen.

Ik zou echter willen dat over het CST eindelijk ook het politieke debat wordt gevoerd, zoals wij dat voeren over eender welke vorm van risicobeheersing. Denk aan verkeersveiligheid: indien iemand zou stellen dat het volstaat dat hij of zij een gordel draagt om 200 km per uur te mogen rijden, door het rode licht te rijden, geen rijbewijs te hebben en te rijden zonder banden die in orde zijn, dan zouden wij dat crazy vinden. Er is toch ook een gordelplicht, de remmen moeten in orde zijn, de bandenspanning op een bepaald niveau, er moet gestopt worden voor rood, een rijbewijs is verplicht. Dat zijn allemaal maatregelen die samen bijdragen tot een hogere verkeersveiligheid. Die verkeersveiligheid is niet absoluut, dat blijkt uit het grote aantal verkeersdoden dat we helaas nog betreuen. Is er iemand die het Parlement komt vragen om maar meteen het rijbewijs af te schaffen vermits er toch verkeersslachtoffers vallen? Toch hoor ik argumenten, niet meteen in deze vergadering, maar deze ochtend nog in Binnenlandse Zaken, die deze logica volgen en opwerpen dat iemand toch ziek is geworden ondanks vaccinatie. Ik vraag met klem dat soort van argumentatie een halt toe roepen. Mijn repliek is dat vorige week mensen het leven hebben gelaten op de weg, en men desondanks niet oproept de gordelplicht en het rijbewijs dan maar meteen te schrappen, en bandenspanning en de reminstallatie niet langer conform te laten zijn.

Dat is geen juiste redenering. Een correcte insteek van het debat is welk pakket van maatregelen ervoor zorgt dat in een samenleving waar nog steeds zeer veel virus aanwezig is er minder risico is om anderen te besmetten, of zelf ernstig ziek te worden na een besmetting. Het CST hoort duidelijk thuis in dat pakket. Het CST speelt een nuttige rol in het geheel van maatregelen wanneer er nog veel virus circuleert. Ik ben daar rotsvast van overtuigd, en met mij het Overlegcomité en alle regeringen die in het Overlegcomité zetelen. Uiteraard moeten maatregelen voortdurend geëvalueerd worden.

contaminer, et éventuellement de tomber assez gravement malade et de se retrouver à l'hôpital, est plus élevé lorsque l'écran est rouge que lorsqu'il est vert. C'est pourquoi nous décidons qu'il est préférable que la personne concernée n'entre pas dans un café.

La deuxième possibilité est que la personne concernée soit vaccinée, mais ait récemment été testée positive. Dans ce cas, l'écran affichera un indicateur rouge pendant onze jours. Cela empêche que des personnes qui ont été contaminées récemment et qui sont peut-être encore contagieuses entrent dans un café et contaminent d'autres personnes. Un tel système est fort utile dans une société où le taux de circulation du virus est aussi élevé. Il ne permet toutefois absolument pas, en soi, de conclure que nous vivons en toute sécurité. De nombreux débats qui ont été consacrés au CST, y compris dans les milieux scientifiques, sont liés à cette question.

Il faut également que le CST fasse enfin l'objet d'un débat politique, comme pour toute forme de gestion des risques, par exemple en matière de sécurité routière. Nous imposons de porter une ceinture de sécurité, de conduire avec des freins en état de marche et des pneus gonflés à la bonne pression, de s'arrêter aux feus rouges et de posséder un permis de conduire.

C'est l'ensemble de ces mesures qui contribuent à améliorer la sécurité routière. Quelqu'un dans cette Assemblée demanderait-il la suppression immédiate du permis de conduire sous prétexte que, malgré le permis, il y a encore des victimes de la route? J'entends, en effet, parfois dire qu'une personne est tombée malade bien qu'elle ait été vaccinée. Il faut cesser ces raisonnements alambiqués. La bonne approche consiste à se

Duidelijkheid is geboden aangaande de barometer en het stappenplan. Het stappenplan is een plan naar veilige versoepelingen. In dat stappenplan is afgesproken dat het CST zal worden gebruikt in code rood en code oranje, en daarna vervalt. Het is mijn stellige hoop dat we redelijk snel zullen kunnen overgaan naar code oranje en al snel daarna ook naar code geel. Vermits ik geen glazen bol heb, is dat een hoop en geenszins een voorspelling. Ik zou hoe dan ook willen aandringen om toch vast te houden aan de barometer. We hebben de burgers verzekerd houvast te willen bieden. Nu een debat aanzwengelen om de barometer weer te ontmantelen, lijkt me niet zo verstandig, ik zou dat niet doen. Laten wij de barometer gebruiken zoals hij nu is opgesteld. Het CST zit daarin als een van de vele instrumenten in code rood en code oranje, en ik denk dat we dat moeten blijven gebruiken. Als er een andere situatie ontstaat, omschreven als code geel, is het CST niet meer nodig en dan moeten we dat ook zo snel mogelijk weleggen, zoals de eerste minister heeft gezegd.

Een ondersteuning van het nut van het CST situeert zich ook precies in de vaststelling dat helaas op een aantal plaatsen, verschillend per regio, stad, leeftijdsgroep en sociale groep, nog tamelijk veel mensen hun boosterprik niet hebben gekregen. Die mensen zijn niet zo goed beschermd tegen de omikronvariant. Om die reden willen wij in principe vanaf 1 maart – enigszins afhankelijk van het tempo van het wetgevend proces, omdat er democratisch goedkeuring moet worden gegeven – een wettelijk samenwerkingsakkoord klaar hebben waarbij mensen ofwel geboosterd moeten zijn, ofwel redelijk recent hun basisvaccinatie gehad moeten hebben – niet langer dan vijf maanden geleden –, ofwel een bewijs van besmetting moeten voorleggen, eveneens niet ouder dan vijf maanden geleden maar wel minstens elf dagen oud. Voor de basisvaccinatie ligt de limiet op vijf maanden, omdat wij weten dat de kracht van het basisvaccinatieprogramma tegen omikron na vier maanden sterk afneemt, waardoor men de booster echt nodig heeft. De inkorting voor het herstelcertificaat geldt omdat er gereede twijfel bestaat over wat een oud herstelcertificaat nog betekent in een context waarin omikron de vijand is. Het zijn immers herstelcertificaten op basis van de deltavariant, maar die beschermen niet tegen omikron. Om die reden korten wij die periode ook in, niet zeer sterk, maar toch enigszins. Om het eenvoudig te houden, kiezen we ook daarbij voor vijf maanden, waarmee we wetenschappelijk advies volgen. We baseren ons hier op wat de experts zeggen, maar het is natuurlijk een politieke beslissing en we verstoppen ons niet achter de experts.

Ik denk dat met dit soort discussies precies wordt aangetoond dat het nuttig is dat met het CST een onderscheid wordt gemaakt tussen wie geboosterd is en wie niet. Vanaf begin maart willen wij dat onderscheid maken, want wie geboosterd is, heeft toch wel wat minder kans om besmet te worden, heeft minder kans om anderen te besmetten en heeft vooral minder kans om ziek te worden.

Mevrouw Merckx vroeg waarom men wel mag gaan werken wanneer men zeven dagen in isolatie heeft gezeten, maar niet op café of naar een culturele manifestatie mag, wat door het CST wordt verhinderd. Dat is inderdaad perfect verdedigbaar. Werk is voor veel mensen absoluut noodzakelijk en is ook voor de samenleving belangrijk. Men kan wel aan mensen vragen om een contact bij het op café gaan nog niet te hebben wanneer het risico nog bestaat dat ze besmettelijk zijn,

demande quelles mesures permettent de réduire le risque de contaminer d'autres personnes ou de tomber soi-même gravement malade à la suite d'une contamination. Le CST fait clairement partie de cet ensemble de mesures.

Le baromètre corona et les différentes phases doivent être limpides. Ces différentes phases sont un plan d'assouplissements sûrs, dans lequel il a été convenu que le CST continuerait à s'appliquer en code rouge et en code orange et qu'il deviendrait caduc dans les autres cas. J'ai l'espoir – un espoir chevillé au corps – que nous pourrions passer assez rapidement au code orange et peu après au code jaune.

Utilisons le baromètre dans sa conception actuelle, le CST étant l'un des nombreux outils en code rouge et orange. En cas de code jaune, le CST deviendra superflu. Le CST prouve toujours son utilité parce que, dans certaines régions et tranches d'âge, un nombre assez élevé de personnes n'ont pas encore reçu leur dose de rappel. C'est pourquoi nous voulons disposer, en principe à partir du 1^{er} mars, d'un accord de coopération légal prévoyant que soit les personnes ont reçu une dose de rappel, soit elles ont reçu leur vaccination de base au cours de ces cinq derniers mois, soit elles peuvent présenter une preuve de contamination qui n'est pas antérieure à cinq mois mais qui est au moins postérieure de onze jours. Pourquoi cinq mois? L'efficacité du programme de vaccination de base contre le variant omicron diminue fortement après quatre mois, d'où la nécessité absolue de la dose de rappel. En outre, nous ignorons également l'efficacité d'un ancien certificat de rétablissement dans la lutte contre omicron.

Notre décision politique est fondée sur les avis des experts.

zoals men aan mensen kan vragen om nog even weg te blijven van grote publieksevenementen. Men kan gaan werken, want we durven ervan uitgaan dat dit meer noodzakelijk is. Dat is geen negatief oordeel over op café of naar een culturele manifestatie gaan, maar het is wel een afweging van wat het meest urgente is dat mensen opnieuw moeten kunnen doen. Gaan werken is urgenter dan op café kunnen gaan, hoe belangrijk op café gaan ook is. Voor het op café gaan gebruiken we voor de veiligheid inderdaad het CST, dat rood uitslaat gedurende elf dagen nadat men positief is getest. Dat is de periode waarbinnen men nog besmettelijk kan zijn. We maken dat onderscheid. Dat is een afweging uit veiligheidsoverwegingen. Het CST is een veiligheidsinstrument voor de samenleving en voor de betrokken mensen. Dat blijft ook zo, maar als er minder virus circuleert, wordt dat minder relevant.

De kritiek op het CST, ook van veel experts, is dat het CST is geassocieerd met 'nu kan u uw zin doen, want u bent volledig veilig. U draagt een gordel en u mag 200 km per uur rijden', maar eigenlijk willen die experts vooral zeggen dat we in september te snel hebben beslist om de mondkemperplicht af te schaffen. Ze zeggen dat we onvoldoende hebben benadrukt dat de mensen, behalve de vaccinatie, ook nog andere vormen van voorzichtigheid in acht moesten nemen en dat we daardoor via het CST een vals gevoel van veiligheid hebben gecreëerd. Dat is het verhaal. Het verhaal van deze experts is dat ons pakket niet volledig was, dat het gevaar niet weg was met het CST, maar dat er nog iets ontbrak in ons arsenaal, zoals mondkemmers en andere maatregelen.

Ik denk dat dit debat een ander debat is dan het principiële debat over vaccinatiebewijzen. Ik ben heel nieuwsgierig naar het heldere standpunt dat het Parlement daarover zal innemen. Ik kijk daar echt naar uit, ik vind dat vanuit democratisch oogpunt belangrijk. Ik zal daar als lid van de regering niet op vooruitlopen, maar ik vind dat we ondertussen onze barometer moeten blijven volgen.

Dan ga ik even in op de vraag waarom we ook geen snelle antigeentest zouden gebruiken ter staving van een herstel. Volgens de Europese verordening 2021/953 van 14 juni 2021 betreffende een kader voor de afgifte, verificatie en aanvaarding van interoperabele COVID-19-vaccinatie-, test- en herstelcertificaten, mag een herstelcertificaat niet eerder worden afgegeven dan elf dagen na de datum waarop de betrokken persoon voor het eerst een NAAT-test – zoals een PCR-test – heeft ondergaan die een positief resultaat vermeldde. En, zegt de verordening verder, het herstelcertificaat mag niet langer dan 180 dagen geldig zijn.

Het herstelcertificaat kan dus niet worden afgegeven op een andere basis, bijvoorbeeld een serologische test of een positieve snelle antigeentest. Wij passen hier de Europese verordening toe. Indien die verordening zou toelaten om op basis van andere observaties een herstelcertificaat uit te reiken, zullen we dat onmiddellijk ook zo implementeren. Ik wil nog eens herhalen wat ik daarnet al zei: hersteld zijn van een besmetting met delta geeft niet noodzakelijk immuniteit tegen een herinfectie met omikron. We moeten dus goed nadenken over de vraag hoelang wij in de verre toekomst nog met dergelijke herstelcertificaten willen blijven werken. Dat is precies het debat: blijven we bij het huidige multidimensionale CST of gaan we naar een meer eendimensionaal vaccinatiecertificaat?

Ces discussions montrent justement l'utilité de la distinction que nous voulons opérer à partir du mois de mars entre les personnes ayant reçu leur dose booster et les autres. Il est également défendable qu'une personne qui a été en isolement durant sept jours puisse retourner travailler mais pas aller au café ni participer à une activité culturelle. Le travail est une nécessité absolue pour beaucoup de personnes et il est également important pour la société. Il ne s'agit pas d'un jugement de valeur par rapport à la culture mais bien d'une évaluation des activités les plus urgentes à reprendre pour les citoyens.

Le CST passera au rouge jusqu'à onze jours après qu'une personne a été testée positive, pour des raisons de sécurité. Il s'agit en effet de la période durant laquelle cette personne pourrait encore être contagieuse.

Les critiques émises à l'encontre du CST, y compris par de nombreux experts, consistent à dire que le CST crée un faux sentiment de sécurité. En réalité, ils affirment essentiellement que nous avons décidé trop rapidement de supprimer l'obligation du port du masque en septembre et que nous n'avons pas suffisamment insisté, à ce moment, sur l'importance de respecter d'autres formes de prudence. Ils ne réclament pas la suppression du CST mais estiment qu'il manque des instruments. Il s'agit d'un autre débat que celui sur le principe des preuves de vaccination. Je suis très impatient de prendre connaissance de la position qu'adoptera le Parlement à ce sujet.

Selon le règlement européen 2021/953 du 14 juin 2021, un certificat de rétablissement ne peut être délivré que onze jours après la date à laquelle la personne concernée a subi pour la première fois un test TAAN, tel qu'un PCR, dont le résultat était

Ik wil ook nog eens beklemtonen dat een positieve snelle antigeentest bij een apotheker betekent dat iemand besmet is. Die persoon moet dus in isolatie gaan en de contacttracing moet opgestart worden. Dat resultaat wordt geregistreerd, met een tijdelijke opschorting van eventuele vaccinatiecertificaten waarover die persoon beschikt. Indien die persoon arbeidsongeschikt is vanwege symptomen, zal hij een beroep moeten doen op de huisarts voor een medisch attest van arbeidsongeschiktheid om gewaarborgd loon te rechtvaardigen. Als dat niet het geval is, kan hij een beroep doen op een quarantainecertificaat dat via de toepassing onmiddellijk kan worden gegenereerd.

Madame Taquin, vous aviez demandé quelles directives sont données concernant les questionnaires du *tracing*. Lorsque quelqu'un a contracté le virus – une personne avec un résultat positif d'un test AG ou PCR administré par un professionnel de soins – il ne doit pas se faire retester, mais respecter un isolement qu'il peut quitter après sept jours, à condition de ne pas avoir eu de fièvre pendant au moins trois jours, et à condition que les symptômes se soient également améliorés sur le plan clinique.

L'isolement est suivi d'une période d'extrême prudence de trois jours, avec entre autres le port continu d'un masque quand on est dans des espaces intérieurs avec d'autres personnes. Ensuite, pendant une période de cinq mois, ces personnes ne doivent plus se faire tester qu'en cas de symptômes évocateurs.

Qu'est-ce que le *tracing* va demander aux personnes? Le *tracing* va demander aux contacts à haut risque de prendre des mesures de quarantaine et de *testing* en fonction de la situation dans laquelle ils se trouvent – le statut vaccinal, l'infection précédente. Comme indiqué, un contact avec une infection documentée dans un délai de moins de cinq mois sera considéré comme entièrement vacciné et ne doit pas aller en quarantaine ni se faire tester quand il ne présente pas de symptômes.

De heer De Caluwe en mevrouw Rohonyi stelden vragen over fraude. Ik zal daar wat dieper op ingaan. Er zijn algemene principes binnen Vaccinnet die betrekking hebben op de deontologie van een arts. Om correct te registreren kunnen enkel artsen een aanvraag doen voor de toegang tot Vaccinnet. Ook voor vaccinatie-entiteiten is er in Vaccinnet altijd een koppeling met een verantwoordelijke arts. Deze arts kan medewerkers toevoegen, maar dit gebeurt altijd onder zijn of haar verantwoordelijkheid. Daarnaast is er de gebruikers-overeenkomst van Vaccinnet die iedere gebruiker moet ondertekenen vooraleer ze gebruik kunnen maken van Vaccinnet.

Meer specifiek beklemtoon ik dat elke deelstaat verantwoordelijk is

positif. Par ailleurs, la durée de validité d'un certificat de rétablissement ne peut dépasser 180 jours. Ce certificat ne peut donc pas être délivré sur la base d'un autre test tel qu'un test sérologique ou un test antigénique rapide positif. Nous devons également nous demander combien de temps nous voulons continuer à nous fonder sur ces certificats. Allons-nous nous en tenir au CST multidimensionnel actuel ou allons-nous nous diriger vers un certificat de vaccination davantage unidimensionnel?

Wie met het virus besmet werd en dan door het contactonderzoek gebeld wordt, moet zich niet opnieuw laten testen maar moet een isolatie van zeven dagen in acht nemen. Die isolatie mag beëindigd worden op dag zeven als men de laatste drie dagen geen koorts meer heeft en de klachten verbeteren. Na de isolatie moet men nog drie dagen extra voorzichtig zijn. Daarna moet men zich gedurende vijf maanden niet meer laten testen, tenzij men symptomen zou vertonen.

Het contactonderzoek zal de hoogrisicocontacten vragen quarantaine- en testmaatregelen te nemen in functie van hun situatie. Wie contact had met de besmette persoon binnen de vijf maanden na zijn eigen besmetting zal als volledig gevaccineerd beschouwd worden en moet zich niet verplicht laten testen of verplicht in quarantaine gaan als hij geen symptomen vertoont.

En ce qui concerne les questions sur les fraudes, Vaccinnet comporte des principes généraux en matière de déontologie du médecin. Seuls les médecins peuvent demander l'accès à Vaccinnet et, pour les entités de vaccination et les collaborateurs, un lien avec un médecin responsable est toujours nécessaire. En outre, tout utilisateur de Vaccinnet doit signer un accord d'utilisateurs.

voor het toegangsbeheer, meer bepaald het goedkeuren van vaccinators en medewerkers, en voor de controle van de registraties door hun vaccinators. In het algemeen wordt er voor de controle in de mate van het mogelijke een beroep gedaan op data-analyse, waarmee anomalieën gedetecteerd kunnen worden.

In functie van de bevindingen in het kader van de bestaande controles via data-analyse, worden de controles continu verder verfijnd, bijvoorbeeld volgens de geografische spreiding van de gevaccineerden in vergelijking met de locatie van de arts. Dat is dus iets wat men kan controleren. De deelstaten nemen in principe ook met elkaar contact op indien er anomalieën worden vastgesteld met burgers uit andere deelstaten.

Mijnheer De Caluwe, in de QR-code van ieder certificaat is een digitale tekensleutel gecodeerd van het land dat het certificaat uitgeeft. Het is CovidScan^{BE} dat bij het scannen van een CST in eerste instantie zal controleren of een QR-code correct getekend werd. Dat betekent dat valse QR-codes, uitgegeven met een ongekende of ontbrekende handtekening, meteen rood worden bij het scannen. Certificaten aankopen via frauduleuze websites zal dus leiden tot een rood CST omwille van het ontbreken van de juiste digitale sleutel. Dit is zowel van toepassing op certificaten die digitaal via de app CovidScan^{BE} worden aangeboden als op geprinte certificaten. De digitale sleutel waarmee de QR-codes getekend worden, wordt bovendien om de zes maanden vernieuwd.

De CovidScan^{BE}-app toont de certificaten tevens in een officiële opmaak. Rond de QR-code zit een bewegend watermerk. Hierdoor kan bij het scannen visueel gevalideerd worden of er eventueel een screenshot van de QR-code van een andere persoon wordt getoond. Bovendien heeft België een systeem ontwikkeld met een schorsingslijst, waardoor individuele certificaten in geval van fraude geschorst kunnen worden. Hierdoor zal het CST meteen rood kleuren bij het voorleggen van een geschorst certificaat. Zo werden tot op heden een paar duizend certificaten van één frauderende arts uit Wallonië geschorst, alsook tien door andere landen uitgegeven certificaten waarvoor fraude gedetecteerd werd. Andere fraudegevallen werden er tot heden niet gemeld.

Verder kunnen burgers bij verlies van hun certificaat via een oproep naar een van de drie regionale callcenters verzoeken het verloren certificaat te schorsen en een nieuw exemplaar aanvragen. Opnieuw zullen deze geschorste certificaten rood scannen. Bovendien werden burgers met eerdere persberichten ook geïnformeerd over het persoonlijke karakter van een certificaat. Ze werden aangespoord om dat niet te delen en het zorgvuldig te bewaren. Ze werden ook geïnformeerd over de mogelijkheid om de certificaten te laten schorsen.

Certificaten zijn in België daarenboven gelinkt aan INSZ-nummers en kunnen enkel opgehaald worden via de verschillende overheidsportalen en de CovidScan^{BE}-app, door middel van een sterke authenticatie, dus itsme, de eID en andere FAS-authenticatiemiddelen. Dat zorgt ervoor dat de certificaten op een veilige manier bij de juiste persoon ter beschikking komen. Verder wordt een certificaat aangevraagd per post enkel naar het gekende verblijfsadres uit het Rijksregister verzonden. Omdat het certificaat enkel op het officieel

Chaque entité fédérée est responsable de la gestion de l'accès et du contrôle des enregistrements. Dans le cadre du contrôle, l'on recourt, dans la mesure du possible, à des analyses de données permettant de détecter des anomalies. Ces contrôles sont également affinés en permanence, par exemple pour la répartition géographique des personnes vaccinées par rapport à la localisation du médecin. Les entités fédérées prennent contact l'une avec l'autre si elles constatent des anomalies chez des citoyens provenant d'autres entités fédérées.

Le QR-code de chaque certificat contient une clé numérique du pays qui émet le certificat. Un certificat acheté sur un site internet frauduleux générera un CST rouge en raison de l'absence de clé numérique correcte. Il en va de même pour les certificats imprimés. Les clés numériques permettant de signer les QR-codes sont renouvelées tous les six mois.

L'appli CovidSafeBE affiche les certificats dans une mise en page officielle et un filigrane mobile entoure le code QR. Cela permet de vérifier lors du scannage du certificat si une capture d'écran du code QR d'une autre personne n'est pas présentée. La Belgique utilise également une liste de suspension permettant de suspendre les certificats individuels en cas de fraude, auquel cas le CST affiche immédiatement un indicateur rouge. À ce jour, quelques milliers de certificats délivrés par un médecin fraudeur établi en Wallonie ont été suspendus, ainsi que dix certificats émis par d'autres pays.

En cas de perte, les citoyens peuvent demander par le biais d'un call center régional que leur certificat perdu soit suspendu et qu'un nouveau certificat leur soit

gekende adres van de certificaathouder kan worden afgeleverd, wordt het gebruik van valse afleveradressen uitgesloten.

Als toepassing van een Europese beslissing vervallen op 1 februari de primovaccinatiecertificaten ouder dan negen maanden. Dit betekent dat enkel de nieuw uitgegeven boostercertificaten nog een geldig CST zullen genereren, wat automatisch tot de vernieuwing van de certificaten zal leiden. Er is in een overgangperiode voorzien voor 12 tot 17-jarigen, tot het moment waarop ook zij een boostervaccinatie kunnen ontvangen.

délivré. Ces certificats suspendus s'afficheront également en rouge lors du scannage du CST. Dans des communiqués de presse antérieurs, l'attention de nos concitoyens a également été attirée sur le caractère personnel d'un certificat.

Les certificats sont également liés aux numéros NISS, ce qui permet de les télécharger par le biais de différents portails des services publics et de l'appli CovidSafeBE, avec une authentification hautement sécurisée telle que itsme ou l'eID. Si le certificat est demandé par la poste, il ne peut être envoyé qu'à l'adresse de résidence connue au Registre national. Cela permet d'exclure l'utilisation de fausses adresses de livraison.

Conformément à ce qui a été décidé à l'échelon européen, les certificats de primovaccination de plus de neuf mois ne seront plus valables à partir du 1^{er} février. Seuls les certificats de vaccination de rappel nouvellement émis généreront encore un CST valable.

Pour les jeunes de 12 à 17 ans, une période de transition est prévue, jusqu'à ce qu'ils puissent également recevoir leur dose de rappel.

01.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het bijzonder charmant dat het Parlement uiteindelijk gehoord wordt. Het is eigenlijk bijna hartverwarmend, als ik u zo bezig hoor.

Toen er belangrijke debatten moesten worden gevoerd over de avondklok en zelfs over de toegang tot de vaccins, over de vaccinatiecontracten en over de vrijheidsberovende maatregelen die getroffen moesten worden, vond u het maandenlang niet nodig om het Parlement te consulteren. Nu de zevenkoppige draak van uw regering het echter niet eens is over de verdere aanpak, komen wij aan zet. Dat is uiteraard zeer charmant, maar het is jammer dat het pas na twee jaar zover is.

Wat de vaccinatiepas betreft, hebt u zich uiteraard wel al uitgesproken. De regering heeft evenveel meningen gegeven als ze partijen telt. In elk geval is gisteren in de hoorzittingen heel duidelijk het signaal gegeven dat de verplichting van de vaccinatie vandaag niet meer aan de orde is en dat het 1G-beleid geen correcte wetgeving is. We zijn nog maar aan de helft van de hoorzittingen en

01.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Il est positif que le Parlement ait enfin la main au bout de deux ans. Les auditions d'hier ont clairement démontré qu'une vaccination obligatoire n'était plus à l'ordre du jour et que le pass vaccinal ne relevait pas d'une réglementation correcte. La vaccination est efficace contre les formes graves de covid mais les bénéfices d'une vaccination obligatoire en termes de santé seraient minimes, alors même que l'on constate un manque d'adhésion à ce principe.

La Vivaldi ne parvient pas à s'accorder quant au fait de confier

we hebben nog heel veel te doen. Het is heel duidelijk dat de vaccinatie zeer goed werkt tegen ernstige covid, maar ook dat door ze te verplichten de gezondheidswinsten – vandaag is in Vlaanderen bijvoorbeeld 93 % gevaccineerd – heel miniem zouden zijn en dat het draagvlak ervoor dan ook ver te zoeken is.

Wat de evaluatie van het CST betreft, heeft het Overlegcomité dit Parlement ook een opdracht gegeven. Die is duidelijk niet zo goed begrepen door de zeven partijen, want wij hebben vanochtend drie uur gedebatteerd over de vraag of wij nu effectief kunnen overgaan tot de evaluatie ervan in de commissie voor Gezondheid. Die commissie moet zich over het epidemiologische nut van het CST beraden, maar we zijn er deze ochtend niet uit geraakt. Misschien kunt u nog eens overleggen met de vivaldisten, want dat is absoluut zeer belangrijk.

U hebt het over het CST en de risico's ter zake gehad. U stelde dat het een vals gevoel van veiligheid geeft en u haalde ook de verkeersveiligheid opnieuw aan. Er moeten echter heel duidelijk enkele kanttekeningen worden gemaakt.

Ten eerste hebt u zelf ook aangehaald dat bij het CST niet voldoende communicatief werd benadrukt dat ook andere maatregelen, zoals de mondkmaskers, de hygiëne en dergelijke moeten worden gerespecteerd. De burgers gaan er nog altijd van uit dat er veilig zijn wanneer er het CST gebruiken, dat ze naar een of andere activiteit mogen en niet meer hoeven op te letten. Op het vlak van die communicatie is dus zeker nog werk aan de winkel.

Ten tweede, het grootste deel van de transmissies gebeurt nog steeds in de huisomgeving. U hebt het voorbeeld gegeven dat het belangrijker is om te gaan werken dan op café te gaan. Dat klopt absoluut. Heel wat mensen nodigen echter andere mensen uit. Daarbij is er geen CST en is er heel veel kans op transmissie wanneer er nog een probleem blijkt te zijn.

Ten derde, met de hele discussie over het CST is er een probleem qua draagvlak. Dat is absoluut te vermijden.

U hebt aangehaald dat de mondkmaskermaatregelen in september zijn weggelaten. U bent toen echter vergeten te beslissen over de boosterprik, die echt wel noodzakelijk was en die voor omikron een groot verschil zou hebben gemaakt.

Mijnheer de minister, u haalt aan dat het herstelcertificaat voor delta zal gelden en niet voor omikron. De immuniteit is inderdaad niet top ten opzichte van omikron wanneer iemand een delta-infectie heeft gehad.

Wanneer de apotheker echter een positieve omikronantigeentest doet of nu blijkt dat een positieve antigeentest momenteel meestal met omikron te maken heeft, zou het maar logisch zijn dat die test op het CST te zien is. Zelfs wanneer u in maart het herstelcertificaat niet meer wilt gebruiken, is er nu toch nog een aantal weken te gaan. Dat is dus enigszins onlogisch. U stelt dat een positieve test wel wordt geregistreerd, maar die test verschijnt niet op het CST. De patiënt kan dus veel moeilijker gaan werken. Dat krijg ik gewoon niet uitgelegd. De Europese verordening waarover u het hebt, wordt door Nederland

au Parlement la mission d'évaluer l'utilité du CST sur le plan épidémiologique. La clarté doit être faite rapidement sur ce point.

Une communication plus claire doit être mise en place quant à la nécessité de continuer à respecter les autres mesures sanitaires, en plus du CST. La plupart des contaminations ont d'ailleurs toujours lieu à la maison. On constate également un manque d'adhésion par rapport au CST.

Le ministre a fait allusion à la suppression de l'obligation du port du masque en septembre mais à l'époque, il a également omis de prendre une décision quant à l'administration de la dose booster, alors que cela aurait pu faire une grande différence au niveau du variant omicron.

Étant donné qu'un test antigénique positif effectué en pharmacie est certes enregistré mais n'apparaît pas sur le CST, il est plus difficile pour la personne concernée de reprendre le travail par la suite. Le certificat de rétablissement est valable pour le variant delta, mais pas pour le variant omicron. Le ministre fait référence à un règlement européen, mais les Pays-Bas refusent d'en faire application pour leur usage interne. Le certificat de rétablissement ne serait plus utilisé à partir de mars, ce qui signifie toutefois qu'il faudrait encore tenir quelques semaines. Compte tenu de l'inadéquation entre la politique actuelle en matière de dépistage et la surcharge des médecins généralistes, un test antigénique positif devrait également être mentionné sur le CST.

wel naast zich neergelegd voor intern gebruik.

Het zou veel patiëntvriendelijker en consequenter zijn, zeker met het testbeleid dat u nu hebt en dat volgens vele artsen ontoereikend is, om een positieve antigeentest ook op het CST te vermelden. U hebt het immers zijdelings aangehaald, de overlast bij de huisartsen is nog altijd heel groot en het is aan ons om ervoor te zorgen dat die minimaal wordt.

01.10 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het CST zorgt voor veel beroering. Het is een middel waarmee we voorzichtig moeten omspringen. Ik twijfel echter niet aan de meerwaarde van het CST. Dat kan dus zeker nut hebben. Misschien is er echter slecht over gecommuniceerd. Bij de experts zijn er ook heel veel verschillende visies en meningen over het nut. Wij horen dat ook in de hoorzittingen over de vaccinatieverplichting.

Zoals gevraagd door het Overlegcomité, met alle regeringen in dit land, zal daarover een debat komen in het Parlement. In tegenstelling tot wat de collega zonet beweerde, werd vanochtend niet beslist om dat debat niet te voeren, maar wel dat het debat moet worden gevoerd waar het het beste thuishoort. Daarom hebben wij vanochtend gevraagd dat de Conferentie van voorzitters zich daarover buigt.

Het volgende verontrust mij wel. Er zijn mensen die koste wat kost een CST willen zonder zich te laten vaccineren. Daarom laten zij zich bewust besmetten. Zij doen dat door naar besmettingsfeestjes te gaan of zelfs door middel van gekkere dingen, door speeksel van een besmet persoon in de eigen neus te duwen. Wij kennen allemaal dat voorbeeld.

Nu mensen denken dat omikron veel minder ziekmakend is en eigenlijk niet meer dan een verkoudheid is, hoor ik meer en meer mensen luidop hopen dat ze snel besmet geraken. Het gaat dan natuurlijk over mensen die niet gevaccineerd zijn. Verder zien wij ook, zoals die arts in Wallonië deed, dat er handeltjes worden opgezet om mensen aan een CST te helpen zonder vaccinatie.

Ik wil u alvast bedanken voor uw toelichting over hoe u deze misbruiken aanpakt, want ik denk dat we dat inderdaad niet kunnen tolereren en dat we daartoe de nodige maatregelen moeten nemen.

01.11 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de vos longues réponses.

Toutefois, à vous entendre, j'ai l'impression que nous devrions vous remercier de laisser le Parlement débattre d'une question aussi fondamentale que celle du pass vaccinal ou de la vaccination obligatoire, alors que cela devrait aller de soi. Par ailleurs, nous ne sommes pas dupes: si ce débat se tient, ce n'est pas par amour de la démocratie, mais parce que vous avez été mis en difficulté par l'impossibilité pour vos partenaires de majorité de s'accorder sur cette double question. Autrement dit, vous nous refitez la patate chaude. Peu importe, nous prendrons nos responsabilités. Cela dit, je regrette que seule cette question suscite un débat parlementaire, alors que la Chambre aurait dû avoir la liberté de débattre de toutes les mesures sanitaires - ce que la loi Pandémie nous empêche, en définitive, de

01.10 Robby De Caluwé (Open Vld): Le CST suscite un profond émoi, mais il présente sans aucun doute une plus-value. Peut-être est-ce au niveau de la communication que le bât blesse. Les experts ont des avis divergents à son sujet.

À la demande du Comité de concertation, le Parlement lui consacra un débat. La Conférence des présidents a été invitée à examiner dans quelle assemblée il est préférable de le mener. Il est inquiétant de constater que certaines personnes non vaccinées font tout pour être contaminées, à présent que l'omikron semble moins pathogène. Des petits commerces sont même organisés pour aider des individus à obtenir un CST sans se faire vacciner. Il est positif que le ministre prenne des mesures fermes contre ces abus.

01.11 Sophie Rohonyi (DéFI): We zouden u bijna moeten bedanken dat u het Parlement een debat laat voeren over de vaccinatiepas of de vaccinatieplicht, terwijl dat de evidentie zelfve moet zijn... En als een dergelijk debat nodig is, dan komt dat doordat de meerderheidspartijen daarover geen akkoord konden bereiken. Ik betreurt dat dit slechts een beperkt debat is, terwijl het over alle coronamaatregelen zou moeten gaan, wat belet wordt door de pandemiewet.

faire.

Que les choses soient très claires, il est exact que mon parti avait initialement soutenu ce CST, parce qu'il s'agissait alors d'un outil qui devait nous permettre de continuer à vivre, tout en évitant et l'engorgement des hôpitaux et une nouvelle fermeture de secteurs. Néanmoins, ce soutien était conditionnel. Tout d'abord, le CST devait être proportionné et temporaire – critère sur lequel le Conseil d'État a insisté très justement. Ensuite, ce dispositif devait être évalué. Or à quoi assistons-nous aujourd'hui? Le CST sera prolongé aussi longtemps que nous ne serons pas en code jaune, comme vous venez de le confirmer. De plus, ce choix a été formé unilatéralement par votre gouvernement, sans qu'il soit tenu compte de l'avis des experts, mais aussi de l'énorme vague de contamination provoquée par le variant Omicron.

J'entends que vous croyez en l'utilité du CST, mais il ne suffit pas d'y croire. Encore faut-il l'objectiver! C'est essentiel pour l'adhésion respectueuse à cette mesure. Je me permets donc de réitérer mes demandes à ce sujet. Tout d'abord, il importe que soit menée une évaluation objective du CST en matière d'efficacité sanitaire, mais aussi de respect des droits humains. Cela a, du reste, été prévu par la Région bruxelloise, mais cette évaluation doit pouvoir bénéficier à l'ensemble du pays. En outre, elle doit tenir compte des personnes dépourvues de CST, mais qui continuent à avoir une vie sociale à côté, par exemple en se rendant à des fêtes clandestines sans aucun respect des gestes barrières. Il y en a tous les jours – je vous invite à aller voir sur les réseaux sociaux. Encore hier, lors de son audition, M. Marius Gilbert rappelait que cette réalité avait été totalement occultée par le Codeco. De même, la majeure partie des lieux de contamination sont précisément ceux qui échappent à l'obligation du CST. Je pense à la sphère familiale, au lieu de travail ou encore aux transports en commun.

Ma deuxième demande est d'obtenir un avis du Conseil d'État et de l'Autorité de protection des données sur toute mesure qui viserait à renforcer le CST, que ce soit par une réduction de la durée de validité des certificats de guérison ou par leur suppression, comme le ferait justement un pass vaccinal. Comme l'a encore dit M. Gilbert hier, la meilleure immunité consisterait aujourd'hui en une vaccination suivie d'une infection, parce que le vaccin et l'infection stimulent différents types d'immunité. Par conséquent, ces différents types d'immunité peuvent se compléter.

C'est ce travail qui, à notre sens, nous permettrait de trancher la question de l'avenir du CST en pleine connaissance de cause, à l'instar de ce qui a été décidé, il y a quelques jours à peine, par la Catalogne. Celle-ci a décidé d'abandonner le recours au pass sanitaire, justement "parce qu'une partie de la population est à nouveau susceptible d'être infectée par le virus à cause du variant omicron, indépendamment de son statut vaccinal ou du fait d'avoir déjà contracté la maladie, de sorte que l'efficacité de l'utilisation obligatoire du certificat Covid ne cesse de diminuer".

Dès lors, s'agissant des raisons qui sous-tendent le délai de validité de cinq mois pour le certificat de guérison, vous le justifiez, une fois de plus, non pas par des données objectives mais par un doute, à savoir celui de l'immunité qui sera acquise à la suite d'une

We hebben het CST gesteund, op voorwaarde dat het een proportionele en tijdelijke maatregel zou zijn en geëvalueerd zou worden. Zolang code geel niet geldt, zal het echter verlengd worden door de regering, zonder dat er rekening gehouden wordt met het advies van de experts of met de nieuwe omstandigheden als gevolg van de omikrongolf.

We vragen dan ook om de doeltreffendheid van het CST en de eerbiediging van de mensenrechten objectief te evalueren, waarbij er rekening gehouden wordt met diegenen die geen CST hebben en hun sociale leven voortzetten zonder de hygiëne- en afstandsmaatregelen in acht te nemen. Het Overlegcomité lijkt echter uit het oog te verliezen dat de besmettingshaarden net de locaties zijn waar de CST-verplichting niet geldt.

Ten tweede zou ik willen dat er aan de Raad van State en de GBA gevraagd wordt om advies uit te brengen over elke verstrenging van het CST. Volgens de heer Gilbert zou vaccinatie gevolgd door een infectie tot de hoogste immuniteit leiden. Die verschillende manieren om immuniteit op te bouwen vullen elkaar dus aan.

Door op die manier te werk te gaan kunnen we met kennis van zaken uitmaken wat de toekomst van het CST zal zijn, naar het voorbeeld van wat er in Catalonië gebeurd is, waar men de gezondheidspas afgeschaft heeft omdat ook de gevaccineerde bevolking nog met de omikronvariant besmet kan worden.

U stoelt de geldigheidstermijn van vijf maanden voor het bewijs van genezing niet op objectieve gegevens, maar op een twijfel. De geldigheidsduur van het CST zou dus in de toekomst nog kunnen variëren afhankelijk van de

contamination au variant omicron. Autrement dit, on pourrait très bien imaginer que la durée du CST puisse encore fluctuer selon les variants et selon leur virulence. Rien que cela montre à quel point le CST sans évaluation objective n'est pas fiable.

Enfin, je voulais revenir sur les fraudes au CST. Vous nous expliquez, comme vous l'avez déjà fait, qu'il y a une clé numérique sur chaque QR-code, qui permet finalement de détecter directement les faux QR-codes parce qu'ils deviennent automatiquement rouges. C'est très bien, mais cela n'apporte aucune solution au problème le plus répandu et le plus récurrent, qui est l'utilisation du QR-code d'un ami, d'un frère ou d'une sœur, etc. Je pense qu'il s'agit vraiment d'un grave problème auquel il faut remédier et qui nécessite une vraie campagne d'information et de sensibilisation. Non seulement ces fraudes nuisent aux secteurs qui dépendent de ce CST pour pouvoir rester ouverts, mais en plus de cela, elles mettent en danger les personnes qui pensent aller au restaurant, dans un bar ou à la salle de sport en toute sécurité, alors qu'elles ne le sont pas.

01.12 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je suis assez interpellée par la légèreté avec laquelle vous abordez ce débat. Il faut se remettre dans le contexte. Avec ce CST, nous restreignons le droit fondamental des citoyens de se déplacer où ils veulent. Et c'est du jamais vu!

Au début, on a justifié le CST en disant que de cette manière, on sortirait de la crise. Au PTB, nous avons prévenu dès le départ que nous n'y croyions pas. Mais vous avez dit que, de la sorte, nous sortirions de la crise plus facilement. C'était le but. Nous allions faire quelque chose de très grave, restreindre des libertés fondamentales, mais nous allions sortir de la crise. Et cette promesse n'a pas du tout été tenue. À présent, vous venez nous dire que le CST réduit quand même un peu le risque, et donc que c'est bien.

Non! Il faut se poser la question: est-ce que cela reste proportionné?

01.13 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, ik heb u al van zoveel zaken horen zeggen dat u tegen bent. U hebt hier al gepleit voor het heropenen van de cafés toen ze nog aan meer restricties onderworpen waren. We mochten de cafés geen restricties opleggen, het CST mocht niet worden gevraagd, mondkmaskerplicht voor kinderen mocht niet. U bent tegen elk stukje bescherming dat wij voorstellen.

U wilt eigenlijk niets, behalve een paar goedkope praatjes over dat de mensen gezonder zouden moeten leven. Ik ben het daarmee helemaal eens, maar dat helpt ons niet als we worden overvallen door een pandemie. Wilt u nu toch eens de moed hebben om te zeggen wat we wel zouden moeten doen, en niet zomaar iets, maar wel iets geloofwaardigs? Van elke individuele maatregel waarover er wat discussie bestaat, zegt u absoluut tegen te zijn, maar dan blijft er niets over. Gelukkig hebt u niets te zeggen, want dan zou er geen enkel beleid worden gevoerd.

01.14 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, votre manière de mener le débat n'est pas correcte. Vous pouvez lire

varianten en hun virulentie. Zonder objectieve evaluatie is het CST geen betrouwbaar instrument.

Wat de gevallen van fraude met het CST betreft, bevat elke QR-code volgens u een digitale sleutel om vervalsingen op te sporen. Dat is echter geen oplossing voor het geval waarbij iemand de QR-code van een vriend of familielid gebruikt. Dat probleem moet via een informatiecampaignede aangepakt worden.

Fraude is schadelijk voor de sectoren waarvan de heropening afhangt van het CST en brengt de gezondheid van de anderen in gevaar.

01.12 Sofie Merckx (PVDA-PTB): U loopt er wel erg licht overheen, dat verwondert me. Het CST beknót de grondrechten van de burgers, zoals het recht om zich vrij te bewegen. Dat is ongezien! Het doel van het CST was ons te helpen de crisis achter ons te laten, maar dit instrument blijkt niet te werken. Is het nog proportioneel?

01.13 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai maintenant l'habitude d'entendre Mme Merckx s'opposer systématiquement aux mesures de protection que nous proposons. En réalité, elle est en désaccord avec tout et se contente de faire quelques déclarations faciles sur la nécessité d'adopter un style de vie plus sain. Je partage entièrement ce dernier point de vue, mais il ne nous aidera pas à traverser une pandémie. Mme Merckx pourrait-elle enfin avoir le courage de nous proposer des initiatives concrètes?

01.14 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Uw manier van debatteren is niet

l'ensemble de mes interventions et nos communiqués de presse. En ce qui concerne les mesures sanitaires que le PTB propose depuis le 10 mars 2020, nous avons plaidé pour l'engagement de 1 200 agents de prévention sur le terrain alors que le premier confinement n'avait pas encore commencé. Nous avons plaidé pour les autotests, et combien de fois pour un changement de système de traçage et de test, pour soutenir la première ligne entre autres... Nous avons plaidé pour quantité de mesures à prendre et, en ce qui concerne le CST, nous avons exprimé nos craintes. Vous, vous avez dit que c'est avec cela que l'on allait sortir de la crise et que, pour cela, vous restreindriez nos libertés fondamentales. Aujourd'hui cela semble inefficace.

Ce que vous n'osez pas faire est de remettre en question au moins ce que vous avez dit à ce moment-là. Vous avez dit que la vaccination allait nous sortir de la crise et nous rendre le royaume de la liberté. Ce n'est pas le cas! Ayez l'honnêteté de le reconnaître et de revoir votre stratégie qui tend vers une vaccination obligatoire. Encore une fois, vous vous focalisez sur la vaccination, mais il vous faut tenir compte des autres critères.

Aujourd'hui, je ne suis pas d'accord lorsque vous dites que parce qu'il y a une réduction des risques, on va quand même maintenir le CST. Non! Est-il encore proportionné? Vous ne tenez pas compte des effets secondaires et je ne représente pas seulement le PTB ici. Ce sont des choses que les experts nous ont expliquées durant les auditions entre autres.

La polarisation due au CST est un effet secondaire. Ce sont des discriminations importantes, un encombrement du système des soins de santé parce qu'il faut se faire tester et encombrer le système de soins de santé pour être en ordre. Et vous ne pouvez pas nous dire si le taux de vaccination a augmenté ou non. Les risques n'ont pas été évalués et les personnes non vaccinées se rencontrent ailleurs.

Je ne trouve pas évident que, d'un côté, vous pouvez aller travailler après sept jours mais que, de l'autre, vous ne pouvez pas aller au restaurant ni au cinéma. Pour vous, cela semble évident mais je connais plein de gens qui me disent qu'ils peuvent contaminer leurs collègues, crever au boulot ou faire crever les autres - c'est ainsi que s'expriment les gens - mais qu'ils ne peuvent pas aller au café, ni au restaurant ni aller voir une pièce de théâtre peut-être réservée depuis six mois et dont ils ont tellement envie après ces périodes d'isolement.

Pour moi, la même règle doit être appliquée partout.

01.15 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour les réponses que vous venez d'apporter.

Je voudrais partager avec vous un sentiment. J'apprécie de participer à l'effort pour essayer de nous sortir de cette période qui est extrêmement difficile pour tout le monde. Quand je suis en commission de la Santé ou sur le terrain à Courcelles en tant que bourgmestre, je ne me sens plus du tout politique, parce que la problématique est la même pour tout le monde. Nos citoyens souffrent, quel que soit le domaine dans lequel ils souffrent, quel que soit leur âge. Je serai donc toujours prête à participer pour trouver les

correct. Sinds maart 2020 heeft de PVDA tal van maatregelen voorgesteld: voor de aanwerving van preventieambtenaren, over zelftests, over de aanpassing van het test- en traceerbeleid, om de eerstelijnszorg te steunen... We hebben onze vrees geuit over het CST toen u zei dat er vrijheden ingeperkt moesten worden om uit de crisis te raken. Vandaag blijkt dat het CST ondoeltreffend is. U durft zich niet af te vragen of u het wel bij het rechte eind had. U moet zo eerlijk zijn om toe te geven dat we onze vrijheid niet teruggekregen hebben door de vaccinatie! U staart zich blind op vaccinatie, maar er zijn nog andere criteria waarmee er rekening gehouden moet worden.

Is het CST nog proportioneel? Tijdens de hoorzittingen hebben deskundigen de neveneffecten ervan benadrukt, zoals polarisatie en discriminatie in de samenleving, maar ook de overbelasting van het gezondheidszorgsysteem. U weet niet of de vaccinatiegraad is toegenomen. Bovendien ontmoeten niet-gevaccineerden elkaar elders.

Ik vind het niet vanzelfsprekend dat men na zeven dagen weer mag gaan werken, maar niet op restaurant of naar de bioscoop mag gaan. Overal zou dezelfde regel van toepassing moeten zijn.

01.15 Caroline Taquin (MR): Om deze voor iedereen bijzonder moeilijke periode achter ons te kunnen laten doe ik mijn werk als volksvertegenwoordiger in de commissie voor Gezondheid, of als burgemeester in mijn gemeente Courcelles. De hele bevolking lijdt onder de situatie en ik sta altijd klaar om oplossingen te zoeken, zodat de mensen zo

solutions les plus acceptables possibles, pour que nos citoyens subissent le moins possible. En effet, je peux dire au travers de mes rencontres, des questionnements, des comportements dans différents secteurs, que les citoyens sont vraiment à bout. Pour les raccrocher, la communication reste essentielle; je l'ai déjà dit à maintes reprises, aussi bien à vous, monsieur le ministre, qu'à la ministre de l'Intérieur lors de différentes interventions.

Je vous ai posé quelques questions. Je participe à tous les débats et je suis cela de près. Je vous avoue que je n'ai pas compris toutes les réponses. Pourquoi? Parce que c'est de plus en plus complexe. Si déjà nous, nous avons du mal à nous y retrouver – et il faut avoir l'honnêteté de le dire –, comment faire passer les bons messages auprès de la population? Quand on voit certaines règles que nous respectons en tant que bourgmestres, je regrette encore aujourd'hui, et depuis tout ce temps qui est passé, qu'on n'ait pas mené d'enquête. C'est une idée que je lance. On aurait pu lancer une enquête auprès des bourgmestres. Je regrette qu'on ne les ait pas reçus, pas entendus. Parce que nous sommes vraiment au cœur de cette crise et au cœur des problèmes qui sont vécus. Quelle que soit notre couleur politique, nous vivons tous les mêmes choses, avec une population de tous les âges, de toutes les configurations. Nous connaissons tous les problèmes. Il faudrait vraiment améliorer la communication, et schématiser l'utilisation des tests, car les gens n'y comprennent plus rien.

Hier encore, je devais rassurer mes propres enfants de 17 et 18 ans en leur disant que pour moi aussi c'est lourd, mais qu'il faut faire un effort collectif et avancer ensemble. Je n'ai pas pu répondre à leur question tellement je trouve cela injuste, même si je sais que certaines décisions sont prises à d'autres niveaux de pouvoir. Comment expliquer à deux enfants d'une même famille, vaccinée, dont chaque personne qui a droit au *booster* l'a eu, que celui de 17 ans n'y a pas droit et qu'il se verra dès lors privé de certaines activités?

Le **président**: Madame Taquin, puis-je vous demander de conclure?

01.16 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, quand ce sont des membres de votre groupe qui ont la parole, vous les laissez parler! Permettez-moi de terminer!

Le **président**: Madame Taquin, s'il vous plaît! Mme Merckx disposait de quatre minutes et elle ne les a pas utilisées. Par contre, vous disposiez de deux minutes et vous en êtes à quatre!

01.17 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, trouvez-vous que ce que je dis n'est pas intéressant?

Le **président**: Je n'ai pas dit cela! J'essaie d'être honnête.

01.18 Caroline Taquin (MR): Je ne fais pas des communiqués de presse pour faire du vent et pour aller chercher un électorat...

Le **président**: Cela n'a rien à voir! Je vous demande de clôturer.

01.19 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, que peut-on répondre à ce jeune de 17 ans qui a suivi tout son schéma vaccinal et qui n'a pas droit au *booster*? La question n'est pas simple. Je sais que

min mogelijk de nadelige gevolgen ondervinden. Communicatie blijft van essentieel belang.

Ik heb niet alle antwoorden op mijn vragen goed begrepen, want de kwestie wordt almaar complexer. Als wij al moeite hebben om er wijs uit te worden, hoe kunnen we dan op de juiste manier communiceren naar de bevolking? Als ik zie welke regels wij als burgemeester moeten handhaven, betreur ik dat men de lokale autoriteiten, die rechtstreeks met de problemen te maken krijgen, niet eerder naar hun mening gevraagd heeft, ongeacht hun politieke kleur.

Men moet beter communiceren en het gebruik van de tests schematiseren.

Hoe kan men bijvoorbeeld aan twee kinderen van 17 en 18 jaar van eenzelfde gezin dat gevaccineerd is en waarvan elk gezinslid dat in aanmerking komt voor de boosterprik die ook gekregen heeft, uitleggen dat het kind van 17 jaar daar geen recht op heeft en niet aan bepaalde activiteiten zal mogen deelnemen?

les experts recommandent aussi certaines choses mais il y a beaucoup d'injustices au travers de cette crise. Notre travail à tous, quelle que soit notre couleur politique, est de réduire au maximum ces injustices et de travailler sur l'égalité des chances en faisant la balance avec les risques. Le rôle premier de tout un chacun est de protéger son prochain.

Le **président**: Pour rappel, vous disposez de deux minutes pour la question et de deux minutes pour la réplique.

01.20 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, je sais. Cela compense toutes les minutes que je n'ai pas utilisées lors d'autres débats au cours desquels bon nombre de personnes ont souvent parlé pour ne rien dire!

01.21 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, je me permettrai de dire à Mme Taquin que pour les moins de 18 ans, la validité du CST reste maintenue avec deux doses de vaccin, donc sans *booster*. Monsieur le ministre, si ce que je dis n'est pas correct, coupez-moi.

01.22 Caroline Taquin (MR): Je ne suis pas ici pour passer un contrôle ou une interrogation. La situation en Belgique n'est peut-être pas forcément la même ailleurs.

01.23 Catherine Fonck (cdH): Je réponds pour les moins de 18 ans, parce que c'est un élément important.

Monsieur le président, j'entame maintenant ma question.

Monsieur le ministre, lors de la conférence de presse faisant suite au Codeco, j'entendais le premier ministre dire qu'après les auditions sur l'obligation vaccinale, le Codeco reprendrait la main. Nous verrons, en la matière, s'il n'y aura pas un petit jeu "majorité participative" et s'il y a vraiment la possibilité de dégager, ce que j'espère, des recommandations au niveau du Parlement.

Monsieur le ministre, vous avez un discours sur le CST qui est très théorique voire, selon moi, assez simpliste, et qui met de côté les incohérences. Prenons par exemple la comparaison avec la ceinture de sécurité. Que fait le gouvernement? Le gouvernement a décidé, pour les contacts à haut risque, dont on sait qu'ils sont le plus à risque d'être positifs, que ces personnes ne devaient ni s'isoler, ni se tester au moyen du PCR. Or, ce sont les personnes qui courent le plus de risques d'être positives, et vous leur retirez vous-même une ceinture de sécurité. Reconnaissons que, dans les paradoxes et les incohérences, cela pose véritablement problème.

Le CST peut-il être une des armes utiles dans l'arsenal de lutte contre une épidémie ou une pandémie? Je pense que oui. Mais la grande question, c'est de savoir s'il est encore utile aujourd'hui, vu l'évolution des données scientifiques, vu l'évolution épidémiologique, vu notre taux de vaccination, vu les caractéristiques du variant omicron et avec les conditions de validité, sur lesquelles vous avez donné un tour de vis important et que vous venez de changer, l'efficacité étant désormais limitée à cinq mois pour le certificat de maladie et pour le vaccin.

01.21 Catherine Fonck (cdH): Ik zou willen preciseren dat het CST voor de 18-minners geldig blijft na twee vaccindoses.

01.23 Catherine Fonck (cdH): Tijdens de persconferentie heeft de eerste minister verklaard dat het Overlegcomité het heft opnieuw in handen zou nemen na de hoorzittingen over de vaccinatieplicht. Ik hoop dat het Parlement buiten alle partijpolitieke spelletjes om bepaalde aanbevelingen zal kunnen formuleren.

Uw discours over het CST is simplistisch. Door te beslissen dat de hoogrisicocontacten niet meer in isolatie moeten blijven en zich ook niet moeten laten testen, haalt u een veiligheidsgordel voor hen weg. Dat is paradoxaal en incoherent. Het CST kan een nuttig wapen zijn in het arsenaal om een pandemie te bestrijden, maar men moet zich afvragen of het nog nuttig is in het licht van de wetenschappelijke en epidemiologische gegevens, de vaccinatiegraad en de kenmerken van de omikronvariant. In plaats van een rigide schema te blijven volgen, roep ik u op om rekening te houden met die aspecten bij de evaluatie van het nut van het CST in de huidige context en om de geldigheidsduur van vijf maanden

Vous êtes et vous restez dans un schéma rigide. Je voudrais vraiment vous amener à tenir compte à présent de l'évolution épidémiologique et scientifique, et d'adapter votre schéma à cette évolution. Pour moi, d'une part, la question de l'utilité actuelle doit absolument être examinée et, d'autre part, il faut revoir la décision de ces fameux cinq mois de durée de validité post-vaccin ou certificat de rétablissement. Regardez un petit peu: vous ne pouvez pas vous faire booster avant quatre mois. Puis, on vous annonce qu'après cinq mois, vous n'aurez plus droit à votre CST. Entre-temps, la majorité de ces gens auront vraisemblablement été infectés par omicron. Je pense notamment aux jeunes adultes. Une évolution devrait être envisagée extrêmement vite.

te herzien.

Men moet vier maanden wachten voor men een boosterprik kan krijgen, maar na vijf maanden is het CST niet meer geldig. Intussen zijn de meeste jongeren besmet geraakt met de omikronvariant. Er moet snel nagedacht worden over een evolutie van de regels.

01.24 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, er zijn katholieke kerkhanen die nog iets kunnen leren van u, een socialist. Het is namelijk niet de eerste keer dat u mij een antwoord geeft en een paar maanden later precies het omgekeerde beweert, of iets beweert dat niet strookt met wat u eerder heeft verkondigd. Zo herinner ik me dat u in deze commissie hebt aangegeven dat alles gebaseerd zou blijven op de tweede prik. We zijn inmiddels een paar maanden verder en u brengt het omgekeerde in de praktijk.

01.24 Steven Creyelman (VB): Ce n'est pas la première fois que le ministre avance une affirmation qui est incompatible avec une réponse antérieure. Ainsi, il avait précédemment promis que le CST resterait basé sur la deuxième dose.

U komt in uw antwoord ook met een verbazingwekkende uitleg, mijnheer de minister, met name dat u het antwoord van het Parlement wilt afwachten inzake het CST. Het zal dan wel zowat de eerste keer zijn, maar ik juich het hoe dan ook toe dat u de weg naar het Parlement hebt gevonden en onze mening waardeert. Misschien moet u dat standpunt ook eens toelichten aan de leden van de meerderheidspartijen in onze commissie? Deze ochtend bleken zij hiervan alvast niet echt op de hoogte te zijn.

Il faut se féliciter que le ministre veuille attendre la réponse du Parlement sur le CST, mais les membres de la majorité présents en commission ce matin semblaient l'ignorer. Le CST n'a pas de fondement scientifique. Il n'augmente pas la sécurité et favorise la polarisation. Nous sommes favorables à la vaccination, au travail à domicile et aux tests, mais non au CST, qui est discriminatoire.

Wat uw vergelijking met de veiligheidsgordel betreft, denk ik dat het veeleer opgaat het CST te beschouwen als een oude onderhoudsfactuur die moet aantonen dat de remmen van een auto ook vandaag nog in orde zijn. Mogelijk wel, mogelijk niet, onmogelijk om dat te weten. Feit is dat er geen wetenschappelijke basis bestaat voor het CST. Het werkt niet en zorgt niet voor meer veiligheid, integendeel zelfs. In de praktijk is het Covid Safe Ticket niets meer of minder dan een polariserend en discriminerend Covid Unsafe Ticket.

Mijnheer de minister, ik wimpel uw opwerpingen bij voorbaat al meteen af. Wij zijn niet gekant tegen alle maatregelen, maar zijn wel enkel alleen voorstander van goede maatregelen. Zo zijn wij voor vaccinatie, voor thuiswerken, voor testen en dies meer, maar tegen het CST.

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

02 Actualiteitsdebat over de RIZIV-nummers en toegevoegde vragen van

- **Valerie Van Peel** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-nummers" (55023479C)
- **Sophie Rohonyi** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-quota" (55024090C)
- **Barbara Pas** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55024141C)
- **Sofie Merckx** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55024639C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-quota" (55024743C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-nummers" (55024752C)

02 Débat d'actualité sur les numéros INAMI et questions jointes de

- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les numéros INAMI" (55023479C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas INAMI" (55024090C)

- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le quota de médecins" (55024141C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas de médecins" (55024639C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas INAMI" (55024743C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les numéros INAMI" (55024752C)

02.01 Valerie Van Peel (N-VA): Meneer de minister,

"In Vlaanderen hanteert men aan de ingang van de studie voor arts en tandarts al lange tijd een strikte filter, terwijl dat in Franstalig België niet gebeurt. Het liefst wil ik met de gemeenschapsregeringen zo snel mogelijk een akkoord bereiken over de manier waarop we de zaken in de hand kunnen houden. Lukt dat niet, dan zullen we er op federaal niveau over moeten beslissen", liet u in een interview met Knack op 10/11/2021 optekenen. Maar er was een kink in de kabel. Minister Glatigny (MR) kreeg van haar coalitiepartner Ecolo/Groen geen mandaat om met de federale regering te onderhandelen.

In WO 2320 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid, een klepper van 1850 pagina's, staat in artikel 87 een interessante passage:

"Het Instituut kent het identificatienummer "RIZIV-nummer" genoemd aan de zorgverleners als bedoeld in § 1 toe, op voorwaarde dat de informatie aan hem gegeven is op een authentieke manier, waaronder wordt verstaan rechtstreeks afgeleverd door de voor verificatie van de vereisten onder § 1 bevoegde instantie aan het Instituut met het oog op de toepassing van dit artikel, overeenkomstig de modaliteiten door het Instituut bepaald. § 3. De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut stelt de verzekeringsinstellingen daarvan onverwijld in kennis."

Deze bepaling geeft de overheid een wettelijke basis om na het afronden van de studies een individueel 'slot' in te stellen, waarbij het Riziv automatisch kan stoppen met het toekennen van een Riziv-nummer voor gediplomeerde artsen en tandartsen.

Meneer de minister,

'In ruil voor een akkoord met de gemeenschappen zou u de artsenquota opkrikken', zei u in een interview met Knack. Dat klinkt als een zoenoffer. Zal het 'slot' dat het Riziv kan instellen de quota respecteren zoals vastgelegd of zal u simpelweg de contingentering zodanig optrekken dat de Vlaamse studenten alweer de dupe zijn?

Hoe zal u de contingenteringsdiscipline garanderen? Quid

02.01 Valerie Van Peel (N-VA):

Si aucun accord ne peut être trouvé avec la Communauté française concernant le quota pour la formation de médecin ou de dentiste, l'autorité fédérale prendra une décision. C'est ce qu'a déclaré le ministre Vandenbroucke en novembre 2021. L'autorité fédérale dispose en outre de la possibilité de ne pas attribuer de numéro INAMI à des médecins et dentistes diplômés.

En échange d'un accord avec les Communautés, les quotas de médecins pourraient être revus à la hausse. Quelle décision sera prise? Le mécanisme de responsabilisation sera-t-il activé en janvier 2022 si la Communauté française refuse la concertation sur un accord?

rechtszekerheid inzake de toegang tot het artseneroep voor de huidige en toekomstige studenten geneeskunde?

Op het interfederaal planningsorgaan en overlegcommissie, in het bijzonder van belang met het oog op de aanpak van de problematiek inzake de knelpuntspecialismen, is het nog steeds wachten. Wat is de volgende stap en kan u een concreet tijdspad meegeven?

Zal het aangekondigde federale responsabiliseringsmechanisme, indien de Franstalige gemeenschap niet wil aanschuiven aan de onderhandelingsstafel, in januari 2022 in voege treden?

02.02 Barbara Pas (VB): Mijnheer de minister, u hebt zich in de commissievergadering van 21 september vorig jaar vastgepind op een datum, met name eind januari.

We weten dat het aan Franstalige kant niet eenvoudig is om tot een oplossing te komen inzake de artsenuota. Dat is al decennialang zo. U hebt echter gezegd dat tegen eind januari een akkoord over het beheersingsmechanisme gesloten zou moeten zijn.

Het enige wat wij weten, is dat er ondertussen – wel heel laattijdig –, gesprekken zijn opgestart met gemeenschapsminister Glatigny en dat er moties inzake een belangenconflict werden ingediend in het Waalse Parlement en in het Parlement van de Franse Gemeenschap, maar het responsabiliseringsmechanisme dat in het regeerakkoord staat en waarvan u in september zei dat het klaarlag voor het geval er geen akkoord zou zijn tegen 1 februari, hebben wij nog niet gezien.

Vorige week kwam u niet verder dan het antwoord dat er nu intensief wordt overlegd met de Franse Gemeenschap en dat u hoopt daarover een akkoord te bereiken, maar ik heb daar toch nog enkele concrete vragen over. Hoe ver staat u met de federale planningsinstantie die u wilt oprichten? Bent u er nog steeds van overtuigd dat het een goed idee is?

De vooropgestelde deadline is voorbij. Die deadline was namelijk gisteren. Hoelang zult u dit nog uitstellen? Wat betekent een deadline voor u? Hoeveel tijd geeft u het nog om een akkoord te bereiken over een beheersingsmechanisme?

Hoe ziet u de slaagkansen op een akkoord, gelet op het feit dat u vorige week verklaarde dat men nu wel aan het onderhandelen is?

Tot slot, zult u, zoals u zelf vooropgesteld hebt, vandaag, 1 februari, uw plannen over dat federale responsabiliseringsmechanisme uit de lade halen, daar er tot vandaag nog geen akkoord werd bereikt? Ik ben zeer benieuwd naar uw antwoorden.

02.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik kan de opinie van mijn rechtse collega's in het dossier niet altijd volgen. Het is een oud communautair geschil, maar iets wat twintig jaar geleden werd beslist, is daarom vandaag niet altijd nog een slimme beslissing.

Eén gemeente op de twee in Wallonië en drie gemeenten op de vier in Vlaanderen hebben een huisartsentekort. De vraag is dus of het beperken van de RIZIV-nummers nog actueel is. We hebben dit jaar de strijd van de jonge artsen-specialisten voor betere werkomstandig-

02.02 Barbara Pas (VB): En septembre 2021, le ministre s'était engagé sur la date du 31 janvier 2022. Dans l'intervalle, même tardivement, des discussions ont été entamées avec la Communauté française. Des motions relatives à un conflit d'intérêts ont également été déposées au Parlement wallon et au Parlement de la Communauté française. Le mécanisme de responsabilisation qui aurait dû entrer en vigueur ce 1^{er} février n'est pas encore très perceptible.

Où en est-on? Le ministre souhaite-t-il toujours mettre en place une instance de planification fédérale? À quelle date la deadline sera-t-elle encore reportée? Quelle est encore la probabilité d'arriver à un accord? Le mécanisme de responsabilisation sera-t-il activé?

02.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Il s'agit d'un vieux conflit communautaire, mais une décision prise il y a vingt ans, ne constitue plus toujours aujourd'hui une décision intelligente. La limitation des numéros INAMI est-elle encore tolérable alors qu'une commune wallonne sur deux et

heden gezien. Ik vraag me dan ook af hoe we het probleem zullen oplossen zonder een grotere instroom van artsen.

Ik begrijp dat ideologische standpunt van de rechtse collega's echt niet. Zij kunnen maar niet van inzicht veranderen. Mijnheer de minister, ook u wilt blijkbaar dat er strenger wordt omgegaan met de artsenquota.

Les dispositions diverses comportent un article de loi qui a effectivement fait réagir les étudiants francophones car cela pourrait en grande partie menacer l'octroi de numéros INAMI et restreindre encore davantage l'accès aux études. Au vu de la crise covid et de tout ce que nous avons vécu ces deux dernières années et même avant, je ne comprends pas ce pour quoi vous plaidez. Vous suivez finalement les collègues de la droite.

Monsieur le ministre, mes questions sont donc les suivantes.

Welke garanties hebt u dat de huidige studenten geneeskunde na het behalen van hun diploma een RIZIV-nummer zullen ontvangen? Hoe verlopen de gesprekken met de Gemeenschappen? Zult u een einde maken aan de contingentering? Zult u bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering ook komaf maken met de prestatiegeneskunde? Hoe zit het met het kadaster van de planningscommissie? Hoe zult u ervoor zorgen dat dit adequaat rekening houdt met de zorgnoden op het terrein?

02.04 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, vous savez que c'est un dossier sur lequel je m'investis beaucoup. Depuis des semaines, je me bats sur le fameux article 69 de votre projet de loi. Vous réglez votre désaccord politique entre ministres, entre niveaux de pouvoir sur le dos des futurs jeunes médecins et dentistes qui, une fois diplômés, ne pourraient pas exercer parce qu'ils n'ont pas été "limités" par la Communauté française.

Pour moi, le principe doit être qu'un jeune médecin ou un jeune dentiste diplômé doit pouvoir, s'il veut s'investir dans une filière curative, obtenir son numéro INAMI. Pour moi, c'est une question de respect vis-à-vis de nos jeunes. On en a d'ailleurs singulièrement besoin.

Certains ont rappelé qu'il y avait des conflits d'intérêts. J'ai suggéré à plusieurs reprises, ce dès que votre projet est arrivé, qu'on mette cet article en attente et qu'on ne le vote pas le temps que vous discutiez avec les Communautés et que vous arriviez à un accord, un accord politique et non pas un accord sur le dos des jeunes. Vous n'en avez pas voulu. Votre majorité gouvernementale a voté cet article à deux reprises et l'a validé au gouvernement à deux reprises. Avec d'autres collègues, je l'ai fait envoyer au Conseil d'État.

Des discussions semblent maintenant avancer entre le fédéral et les Communautés. Où en sont les discussions à ce sujet? Depuis un an, à combien de reprises ce sujet a-t-il été abordé soit en Conférence

trois communes flamandes sur quatre sont en pénurie de généralistes?

Een artikel uit het wetsontwerp houdende diverse bepalingen lokt reactie uit bij de Franstalige studenten, aangezien het de toekenning van RIZIV-nummers in het gedrang zou kunnen brengen en de toegang tot de studies zou kunnen beperken. In het licht van alles wat we de voorbije twee jaar meegemaakt hebben, begrijp ik niet waarom u uiteindelijk uw rechtse collega's volgt.

Comment le ministre va-t-il garantir que les étudiants ayant terminé leurs études recevront un numéro INAMI? Va-t-il mettre fin à notre système de médecine lié aux prestations dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux? Qu'en est-il du cadastre de la Commission de planification?

02.04 Catherine Fonck (cdH): De politieke meningsverschillen tussen de ministers van de verschillende beleidsniveaus schaden de belangen van de toekomstige jonge artsen en tandartsen. Zodra zij hun diploma behalen, zullen ze hun beroep niet kunnen uitoefenen omdat de Franse Gemeenschap nagelaten heeft het aantal artsen te beperken. Ik ben van mening dat zij een RIZIV-nummer moeten kunnen krijgen. Dat is een kwestie van respect voor hun inzet en inspanningen.

Wij waren het erover eens om dit artikel on hold te zetten totdat er een akkoord bereikt zou worden. De meerderheid heeft het artikel tot twee keer toe bekrachtigd. Wij hebben het naar de Raad van State verzonden en nu lijken de gesprekken tussen de federale overheid en de Gemeenschappen op gang te komen.

interministérielle, soit dans un autre cadre de discussion et de négociation, éventuellement directement entre les ministres, voire lors d'un échange bilatéral ou avec l'ensemble des entités concernées. Je souhaiterais avoir un calendrier précis de ces discussions et connaître les points qui ont fait l'objet d'un accord entre le fédéral et les entités fédérées?

02.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, il s'agit en fait d'une seule question, que j'ai dû actualiser suite aux derniers rebondissements propres à ce dossier.

Monsieur le ministre, avec la crise sanitaire, nous l'avons vu, la Belgique est confrontée à une pénurie de médecins qui touche tout le pays et qui est aggravée par le vieillissement de la population, ce qui accroît nos besoins en matière d'hospitalisations et de soins médicaux.

Malgré cette réalité, votre gouvernement, et singulièrement votre note de politique générale, a fait le choix de renforcer le système des quotas INAMI en prévoyant "un mécanisme de responsabilisation".

Vous avez également précisé qu'à défaut de voir ce mécanisme de responsabilisation émerger avant le 31 janvier 2022 (à savoir hier), un système d'attestations de contingentement serait approuvé au niveau fédéral. C'est ce qui est prévu dans le cadre de votre projet de loi, qui contient donc un article relatif aux quotas INAMI. Ce faisant, vous avez posé les bases d'une fausse négociation. Vous avez créé les bases d'un instrument de pression sur les Communautés, mais aussi bien évidemment sur les futurs médecins.

Ce qui pose d'autant plus question, c'est que les bases de cette négociation n'étaient pas saines. Il me revient que la ministre Glatigny n'aurait obtenu un mandat pour négocier que la semaine du 3 janvier, de sorte que les Communautés n'auraient eu que moins d'un mois pour trouver cette importante solution conjointement avec le niveau fédéral.

À cet égard, c'est vrai que ma collègue Mme Van Peel vous a interpellé le 27 janvier dernier en séance plénière. Vous avez eu l'occasion de confirmer votre préférence pour un accord interfédéral, malgré tout, énonçant que vous meniez une "concertation intensive" avec la Communauté française pour parvenir à un accord. Sauf qu'aujourd'hui, nous sommes le 1^{er} février, et force est de constater que cet accord n'est toujours pas intervenu.

Monsieur le ministre, la ministre Glatigny a-t-elle effectivement reçu un mandat pour négocier au niveau fédéral il y a un peu moins de quatre semaines? À quelle date précisément?

Pour quelle raison ce mandat a-t-il été accordé si tardivement? Confirmez-vous les dires de la ministre au Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, à savoir que le parti Ecolo le lui a refusé dans un premier temps. Cela ne justifierait-il pas de différer l'échéance du 31 janvier 2022?

Pourriez-vous nous fournir des informations relatives à ces concertations que vous considérez comme "intensives"? Quand ont-elles exactement débuté? Quelles en sont les lignes directrices?

Hoe ver staan die besprekingen? Wanneer en hoe werd het onderwerp ter sprake gebracht? Over welke punten bestaat er een akkoord?

02.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Er is een artsentekort in het hele land en dat probleem wordt versterkt door de vergrijzing, omdat de zorgbehoefte daardoor stijgt.

Niettemin worden de RIZIV-quota in uw beleidsnota versterkt door middel van een responsabiliseringsmechanisme. Als er tegen 31 januari 2022 geen akkoord was over een reponsabiliseringsmechanisme, zou er op federaal niveau een systeem van contingeringsattesten goedgekeurd worden. Uw wetsontwerp voorziet daarin.

U hebt een middel gecreëerd om druk uit te oefenen op de Gemeenschappen en de toekomstige artsen. Sterker nog, minister Glatigny zou pas op 3 januari een mandaat gekregen hebben om te onderhandelen.

Toen mevrouw Van Peel u op 27 januari een vraag stelde, hebt u bevestigd dat uw voorkeur uitging naar een interfederaal akkoord en dat u intensief overleg pleegde met de Franse Gemeenschap om tot een akkoord te komen, maar dat is er vandaag niet!

Heeft minister Glatigny minder dan een maand geleden een mandaat gekregen om op federaal niveau te onderhandelen? Wanneer precies?

Waarom werd dit mandaat zo laat verleend? Bevestigt u dat Ecolo eerst geweigerd heeft? Moet de deadline van 31 januari niet verschoven worden?

Wanneer is het 'intensieve' overleg van start gegaan? Wat zijn daarvan de krachtlijnen?

Nous savons aussi que trois de vos partenaires de majorité ont rejeté ce matin au Parlement wallon la procédure de conflit d'intérêts proposée par le cdH, estimant que "c'était prématuré" et qu'il fallait "laisser sa chance à la négociation", car elle devait se poursuivre. Par conséquent, je me permets de vous demander si vous êtes prêt à suspendre l'examen de ce projet de loi, pour lequel nous venons de recevoir l'avis du Conseil d'État, ne fût-ce que le temps que ces négociations aboutissent, puisqu'il semble que ce soit l'objectif?

Enfin, de quelle façon la démographie nationale est-elle prise en compte dans la décision de maintenir ces quotas et d'établir un mécanisme de contingentement fédéral?

Drie van uw partners uit de meerderheid hebben de door het cdH voorgestelde belangenconflictprocedure in het Waalse Parlement vanmorgen verworpen, omdat ze die voorbarig achten en verder willen blijven onderhandelen.

Zult u de bespreking van het wetsontwerp opschorten zolang de onderhandelingen lopen?

Wordt er bij de beslissing om de quota te handhaven en een federale contingentering in te stellen rekening gehouden met de demografie op nationaal niveau?

02.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, geachte leden, ik bevestig dat er nog overleg loopt over de wijze waarop wij het medisch aanbod zo goed mogelijk kunnen afstemmen op de behoeften. Om te beginnen wil ik beklemtonen waarom die doelstelling zo belangrijk is. Het gaat er eigenlijk om dat wij ervoor zorgen dat het aanbod van artsen toelaat om zorg te geven aan de mensen die zorg nodig hebben, met een hoog kwaliteitsniveau en een geschikt aantal artsen. Hetzelfde geldt natuurlijk voor tandartsen en de tandheelkunde. Opnieuw wil ik beklemtonen dat het te maken heeft met doelstellingen inzake de kwaliteit van de opleiding, de kwaliteit van het medisch beroep zelf en ook de kwaliteit van de zorg.

Ik ben het eens met de uitspraak dat het aanbod niet alleen voor het geheel van een regio voldoende groot moet zijn, maar dat het gezondheidsbeleid in de regio's er ook voor moet zorgen dat de artsen goed gespreid zijn over de regio's. Er mogen geen gebieden met acute tekorten ontstaan terwijl er elders misschien te veel concentratie is. Dat is eveneens een belangrijke kwestie. Belangrijke hefbomen zitten bij de regio's, maar in de mate waarin wij er op federaal vlak toe kunnen bijdragen om artsen te ondersteunen in hun vestiging in rurale gebieden, willen wij dat natuurlijk graag doen. Ik ben het ermee eens dat ook dit een aspect is in de hele discussie over het aanbod van artsen en hoe dat het best wordt georganiseerd.

Ik denk dat we echt een akkoord moeten vinden tussen de federale overheid en de Gemeenschappen dat de organisatie toelaat van een adequate planning van het medisch aanbod. Het moet er tevens voor zorgen dat er vertrouwen is tussen de Gemeenschappen onderling en tussen de Gemeenschappen en de federale overheid over de manier waarop dat gebeurt. De onderliggende cijfers en het analysewerk dienen met veel wederzijds overleg tot stand te komen, ook op basis van verfijnde analyses van de behoeften en knelpunten. Om die reden willen wij een interfederaal orgaan oprichten. Verder is rechtszekerheid van belang voor de jongeren die deze studies willen aanvatten of al hebben aangevat. Ik denk dat we het over die elementen eens zijn.

Ik zal niet nader ingaan op de stand van het overleg. Het is intussen inderdaad februari 2022 en ik hoop dus dat wij het overleg binnenkort

02.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Des concertations concernant l'adéquation entre l'offre médicale et les besoins sont en cours. Les objectifs portent sur la qualité de la formation, de la profession médicale elle-même et des soins. C'est un constat exact: non seulement l'offre doit être suffisante pour couvrir toute une région, mais la politique de santé doit assurer une bonne répartition des médecins au sein de la région. Un accord entre les autorités fédérales et les Communautés doit garantir une planification adéquate de l'offre médicale. Il faut également qu'il y ait une confiance mutuelle entre toutes les parties et que les analyses soient le fruit de nombreuses concertations de part et d'autre. C'est pourquoi nous souhaitons créer un organe interfédéral. En outre, la sécurité juridique est importante pour les jeunes qui veulent entamer ou ont déjà entamé ces études. J'espère que les concertations seront bientôt terminées.

Je ne peux évidemment pas répondre aux questions sur les mandats d'un collègue ministre dans un autre gouvernement. J'espère toutefois que nous tomberons d'accord sur une question qui traîne entre-temps depuis vingt ans.

zullen kunnen afronden. Wij hadden immers voorzien eind januari 2022 rond te zullen zijn. Dat blijft ook zo.

Ik kan vanzelfsprekend geen antwoord geven op vragen over mandaten van een collega-minister in een andere regering op een ander bevoegdheidsniveau. Ik heb daarop geen antwoord te geven. Ik hoop echter dat wij het met elkaar eens zullen worden over een kwestie die ondertussen al twintig jaar aansleept.

Ik zal ook nog eens herhalen dat ik van mening ben dat het best is om daarover een akkoord te vinden dat voor wederzijds vertrouwen zorgt in de onderliggende analyses, in de cijfers, in de objectiviteit van de cijfers en in de wijze waarop het aanbod wordt beheerst. Ik ben tevens de mening toegedaan dat de beste manier om het aanbod te beheersen zich bij het begin van de studies situeert.

Ik wil daarom nogmaals herhalen dat het debat dat wij hebben gevoerd naar aanleiding van het ontwerp houdende diverse bepalingen voor de gezondheidszorg, een debat is over de wettelijke basis voor iets wat ik zelf beschouw als suboptimaal en te vermijden. Ik wil nogmaals benadrukken dat de juridische analyse van de voorliggende tekst stelt dat de tekst niet zelfuitvoerend is. Die uitvoering van de tekst vergt een koninklijk besluit, waarover in de ministerraad is overlegd. Indien wij die stap zetten, zou ik over een en ander zeker ook in de ministerraad willen overleggen. Dat spreekt vanzelf.

Dat debat hebben wij vaak gehad toen het ging over het ontwerp. Ik heb dat al enkele keren aangegeven maar ik wil het evenwel nogmaals bevestigen. Ik heb echter goede hoop dat wij het overleg in de komende dagen zullen kunnen afronden.

02.07 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt blijkbaar goede hoop in gesprekken die al 25 jaar worden gevoerd, maar die nu plots wel resultaat zouden opleveren. Wat u vier maanden geleden zei, was dus maar om te lachen of om even stoer te doen. U zult geen nieuwe deadline instellen en zei ook duidelijk dat als uw uitspraken van vier maanden geleden ooit werkelijkheid zouden worden, ze eerst door de ministerraad zouden moeten worden goedgekeurd. Uw Franstalige collega's zullen dat als puntje bij paaltje komt niet goedkeuren, zo lieten ze verstaan.

U bent de zoveelste minister van Volksgezondheid die zich laat uitlechten door de Franstalige partners en die consequent zal blijven meewerken aan deze scheve situatie die al decennia bestaat en waarvoor Vlaanderen het gelag betaalt. Proficiat daarvoor, en nog veel goede hoop op de geloofwaardigheid voor de burger in dit dossier.

02.08 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de reconnaître que la pénurie de médecins touche tout le pays. J'entends Mme Van Peel communautariser à nouveau ce débat. Cela aurait été bien qu'elle assiste aux auditions que nous avons eues en commission spéciale covid-19, lors desquelles les médecins ont insisté sur le fait qu'un gros problème touche tout le pays, ayant un impact direct sur les soignants, qui travaillent dans des conditions désastreuses, mais aussi sur les patients, qui doivent faire

Le débat sur le projet de loi portant des dispositions diverses pour les soins de santé concernait une base légale que je considère comme sous-optimale. L'exécution du texte en question requiert un arrêté royal qui fait l'objet d'une concertation au sein du Conseil des ministres.

02.07 Valerie Van Peel (N-VA): Cela fait déjà 25 ans que des concertations sont menées, mais à présent, les discussions donneraient des résultats? Je note que le ministre ne fixe pas de nouvelle échéance. D'éventuelles décisions fortes au niveau fédéral ne bénéficieraient d'ailleurs jamais du soutien des membres francophones du gouvernement au sein du Conseil des ministres.

Par conséquent, le ministre va maintenir en l'état ce déséquilibre, pour lequel la Flandre trinque déjà depuis des décennies.

02.08 Sophie Rohonyi (DéFI): U erkent dat het hele land getroffen wordt door een artsentekort. Mevrouw Van Peel had de hoorzittingen in de bijzondere commissie COVID-19 moeten bijwonen waarin artsen daar de nadruk op legden. Dat leidt tot rampzalige

face à des délais d'attente extrêmement longs pour obtenir un rendez-vous médical, ce qui les expose à un risque accru de complications médicales, d'hospitalisation et d'incapacité de travail. Je trouve cela hallucinant que la N-VA, pour des raisons purement communautaires, occulte cette réalité.

Deuxièmement, monsieur le ministre, j'entends qu'une concertation est en cours. Un grand flou règne autour de l'état de cette concertation et je vous remercie, toutefois, de reconnaître qu'elle est en cours, quant à déterminer la meilleure manière d'aligner l'offre médicale sur les besoins. C'est vraiment l'objectif que tout parti démocratique se devrait de poursuivre. Pour autant, je ne comprends pas ce qu'il advient de la date limite que vous aviez annoncée, à savoir le 31 janvier. Si vous souhaitez vraiment, comme vous l'avez dit, parvenir à établir une confiance mutuelle, un climat de travail correct entre les Communautés et le fédéral, il faut repousser cette date pour permettre à la négociation d'aboutir.

De manière générale, vous avez beaucoup insisté sur la qualité de la formation pour justifier les quotas INAMI et leur renforcement. Je me permets donc, dans le cadre des négociations en cours, de vous faire part de préoccupations qui me viennent du terrain, en particulier des étudiants en médecine que j'ai eu l'occasion de rencontrer ces dernières semaines. Ils sont très préoccupés par votre projet de loi et m'ont dit qu'il conviendrait d'améliorer les conditions du stage plutôt que de casser des vocations comme le ferait un tel mécanisme de responsabilisation. Encore faut-il voir quelle forme sera finalement retenue.

Je vous invite donc vraiment à rencontrer les assistants actuels qui disent que c'est bien la charge de travail qui les impacte aujourd'hui et leur pose problème et non le nombre de stagiaires. Pour le reste, on peut vraiment réfléchir à un meilleur étalement de l'offre de médecins par le biais d'une planification géographique, à savoir un système où on déciderait, par exemple, d'avoir autant de médecins pour autant d'habitants mais certainement pas comme nous le faisons depuis de trop nombreuses années, en limitant à tout-va le nombre de médecins pour toutes les Régions indépendamment des besoins. On le fait bien pour les pharmaciens. Pourquoi ne le ferions-nous pas pour les médecins?

werkomstandigheden voor de zorgverleners. Door de extreem lange wachttijden lopen de patiënten een groter risico op complicaties, ziekenhuisopname en arbeidsongeschiktheid. De N-VA verdoezelt die realiteit om louter communautaire redenen.

Er heerst grote verwarring over het overleg dat aan de gang is om het geneeskundige aanbod af te stemmen op de behoeften. Ik begrijp niet wat er met de aangekondigde deadline van 31 januari gebeurd is. Als u een klimaat van wederzijds vertrouwen wilt creëren, moet die datum uitgesteld worden om de onderhandelingen een kans op slagen te geven.

U legt de nadruk op de kwaliteit van de opleiding om de aangescherpte RIZIV-quota te rechtvaardigen. De studenten geneeskunde maken zich zorgen. De studenten die ik gesproken heb, zeggen dat de stagevoorwaarden verbeterd moeten worden in plaats van roepingen de grond in te boren met een responsabiliseringsmechanisme.

Ik roep u op om in gesprek te treden met de assistenten. De werkdruk heeft een grotere impact op hen dan het aantal stagiairs.

Men kan nadenken over de spreiding van het artsenaanbod op grond van een geografische planning, met een bepaald aantal artsen per inwoner, maar niet door dat aantal voor alle Gewesten te beperken zonder rekening te houden met de behoeften, zoals we dat al te lang doen. Waarom zouden we niet op dezelfde manier te werk gaan als voor de apotheken?

02.09 Barbara Pas (VB): Mijnheer de minister, u gaf veel uitleg over de doelstelling en u zult het misschien niet graag horen, maar over die doelstelling zijn wij het volledig eens. Over hetgeen u zegt over het aanbod, de kwaliteit, het gebrek aan rechtszekerheid bij de studenten dat moet worden aangepakt, zijn wij het eens, maar dat was mijn vraag niet.

02.09 Barbara Pas (VB): Nous sommes tout à fait d'accord avec l'objectif du ministre, mais tel n'était pas l'objet de la question. Depuis plus de vingt ans, les francophones refusent d'exécuter ce que les Flamands ont fait, voilà

Mevrouw Rohonyi, het is doordat de Franstaligen reeds meer dan 20 jaar weigeren te doen wat de Vlamingen wel braaf hebben gedaan, dat die problemen er zijn. Het zijn wij dus niet die het communautariseren.

Mijnheer de minister, ik vind het wel bijzonder makkelijk dat u geen enkele verdere uitleg geeft over het lopende overleg. Het enige dat u doet, is bevestigen dat het overleg loopt en tot driemaal toe uw hoop uitspreken. Hoop doet leven, maar het is niet aan een minister om te hopen. Het is aan een minister om te handelen. Wij weten reeds langer dat uw woorden niet veel waard zijn, of het nu gaat over discriminatie van jongeren wat vaccinaties betreft of over deadlines die u zelf vastlegt. Die deadline telt plots niet meer, u geeft ook helemaal geen nieuwe deadline.

Wij verwachten echter wel dat u handelt en op zijn minst uw eigen regeerakkoord uitvoert en werk maakt van dat responsabiliseringsmechanisme. Haal het uit uw schuif. Blijven hopen op een akkoord dat er reeds 20 jaar niet komt, is immers een beetje zoals wachten op Godot. Zo lang zal het regeerakkoord niet gelden en zo lang wil ik ook niet wachten op een responsabiliseringsmechanisme.

02.10 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le président, on assiste ici à une discussion absurde. Il faudra peut-être que des personnes d'autres pays viennent nous écouter et constater la situation dans laquelle nous nous trouvons. Après deux ans de crise, nous avons pu constater que nous manquons cruellement de médecins, de bras sur le terrain.

On a besoin, aujourd'hui, de vocations, de gens qui ont envie de s'investir, et pas l'inverse. Je ne m'explique pas cette situation, à part le fait que notre pays est embourbé dans une querelle communautaire, sachant que certains ne vivent que de cela.

Monsieur le ministre, je n'arrive pas à vous comprendre! Vous espérez un accord tout en vous rendant, le couteau à la main, avec votre article 87, à la table des négociations.

Selon moi, ce n'est pas de cette manière qu'une solution pourra être trouvée. En tout cas, j'estime que la seule solution logique – je sais que je plaide ici en faveur d'une mesure inaudible pour certains – serait d'assouplir les conditions d'accès aux études de médecine, également en Flandre, de revaloriser la profession de médecin généraliste pour susciter des vocations et, finalement, de changer ce système de médecine à la prestation qui est cause de surconsommation. On a besoin de médecins sur le terrain qui pensent à la prévention. Si la crise du covid ne nous a pas appris cet état de fait, je ne comprends plus rien! Tel est mon avis sur la question.

02.11 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, je vous ai demandé quelles avaient été les dates des discussions depuis un an,

le problème.

Le ministre confirme que les discussions sont en cours et qu'il espère un dénouement favorable. Cependant, il n'appartient pas au ministre d'espérer, il doit agir. Dans ce dossier également, la parole du ministre ne semble pas valoir grand-chose puisque la date butoir qu'il a lui-même fixée semble soudain ne plus compter.

Nous demandons au ministre qu'il cesse d'attendre Godot, qu'il exécute son propre accord de gouvernement et qu'il s'attelle enfin au mécanisme de responsabilité.

02.10 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Dit is een absurde discussie. Het zou misschien goed zijn dat anderen een blik werpen op de toestand in dit land om samen met onze fractie tot de vaststelling te komen dat het artsentekort schrijnende proporties aanneemt. We hebben vandaag nood aan mensen die ervoor willen gaan, maar het land is verstrikt geraakt in communautair gehakketak.

Mijnheer de minister, uw manier van doen gaat mijn begrip te boven: u hoopt op een akkoord, maar gaat om de onderhandelingstafel zitten met het mes op tafel, terwijl u voortdurend met uw artikel 87 schermt. Voor mij zou de enige verstandige oplossing erin bestaan de voorwaarden voor de toegang tot de studie geneeskunde ook in Vlaanderen te versoepelen, het beroep van huisarts op te waarderen om meer jongeren te doen warmlopen voor die job en, tot slot, dit systeem van geneeskunde per prestatie te veranderen, want het werkt overconsumptie in de hand. Indien de coronacrisis ons dat niet geleerd heeft, begrijp ik er niets meer van!

02.11 Catherine Fonck (cdH): Aangezien ik geen antwoord

et vous ne m'avez pas communiqué une seule date. Je dois donc en conclure qu'il ne s'est rien passé depuis un an.

Il me semble avant tout crucial de respecter ceux qui font des études, de longues études, et donc de garantir un numéro INAMI à tout diplômé, médecin ou dentiste, qui va ou qui veut exercer dans le curatif. Donc oui, il faut trouver un accord mais, je répète une fois de plus combien il est indispensable de retirer ce fameux article 69 de votre projet de loi portant des dispositions diverses, parce que non seulement la pirouette de l'arrêté royal n'est pas prévue dans la loi mais, en plus, si demain il y a un nouveau gouvernement, l'accord ne tiendra plus une seconde. Par ailleurs, vous déléguez entièrement à l'INAMI l'application des publications de la loi au *Moniteur belge*.

Disposer de soins de qualité et d'un nombre adéquat de médecins et de dentistes sont des enjeux importants. Néanmoins, puis-je me permettre de rappeler qu'une commune sur deux est confrontée à une pénurie de médecins généralistes en Wallonie? À Bruxelles, c'est la moitié des quartiers qui est concernée. Par ailleurs, de nombreux patients doivent attendre plusieurs mois avant de pouvoir obtenir une consultation chez un spécialiste. Enfin, certaines agences ayant pignon sur rue recrutent à tour de bras des médecins à l'étranger pour les faire engager par des hôpitaux en Belgique, tout simplement parce qu'il n'y a pas suffisamment de médecins belges ou qui ont fait leurs études en Belgique et qui soient disposés à aller y travailler.

Monsieur le ministre, la situation est quand même extrêmement paradoxale. Tant qu'on n'osera pas aborder les choses dans leur ensemble, je pense qu'on se trompera non seulement de débat, mais aussi de solution.

Le **président**: Nous sommes en débat d'actualité, et M. Bacquelaine demande la parole.

02.12 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, je voulais vous dire que la ministre Glatigny a fait le choix de la concertation. D'autres font le choix de la confrontation et adoptent en quelque sorte un positionnement anti-fédéral. Il n'y a pas de fédéralisme sans concertation entre le fédéral et les entités fédérées et ce sujet s'y prête évidemment au premier chef.

Je pense que le débat doit tenir compte des objectifs que l'on poursuit, notamment d'offrir des soins de qualité et d'assurer une bonne répartition dans le pays. Il est vrai qu'il y a des poches de pénurie dans le pays mais il faut aussi tenir compte de la capacité de formation des médecins dans nos institutions et dans nos universités, c'est fondamental.

Monsieur le ministre, je me réjouis du fait que vous réaffirmiez aujourd'hui ce que vous aviez dit, suite à notre demande d'ailleurs, lors de l'examen du texte de loi portant des dispositions diverses, à savoir que les analyses juridiques confirment que le texte n'est pas "auto-exécutoire" et qu'il nécessite pour son application un arrêté royal négocié en Conseil des ministres.

Nous plaidons véritablement pour une concertation efficace entre les

gekregeen heb op mijn vraag over de data waarop de gesprekken gevoerd worden, leid ik daaruit af dat er niets gebeurd is.

Elke gediplomeerde moet een RIZIV-nummer krijgen, er moet een akkoord uit de bus komen, maar artikel 69 moet ook geschrapt worden uit uw wetontwerp houdende diverse bepalingen, want dat akkoord zal niet standhouden onder een nieuwe regering. Ten slotte delegeert u de publicatie van de wet aan het RIZIV.

In de helft van de Waalse gemeenten is er een huisartsentekort. De helft van de Brusselse wijken kampt met hetzelfde probleem. Veel patiënten moeten maandenlang wachten op een consultatie bij een specialist. Ten slotte stellen onze ziekenhuizen buitenlandse artsen tewerk doordat ze te weinig Belgische artsen vinden die daartoe bereid zijn.

Zolang een allesomvattende aanpak uitblijft, zal men het verkeerde debat voeren en de verkeerde oplossing nastreven.

02.12 Daniel Bacquelaine (MR): Minister Glatigny heeft gekozen voor het overleg, anderen kiezen voor de confrontatie en nemen stelling in tegen de federale overheid. Er is echter geen federalisme zonder overleg tussen de federale overheid en de deelgebieden, en deze kwestie leent zich daar volledig toe. In het debat moet er rekening gehouden worden met de nagestreefde doelstellingen, namelijk het aanbieden van kwaliteitsvolle zorg en zorgen voor een goede spreiding over het hele grondgebied. Er zijn plaatsen waar er tekorten zijn, maar er moet ook rekening gehouden worden met de capaciteit inzake de opleiding van de artsen.

De juridische analyses tonen aan

niveaux de pouvoir, avec une priorité. Nous considérons que les étudiants qui sont dans le cursus, c'est-à-dire des personnes qui ont obtenu leur diplôme ou qui vont l'obtenir, doivent pouvoir effectivement exercer leur profession de médecin ou de dentiste. Sans cela, ce serait un gâchis énorme de former des prestataires de soins qui ne pourraient pas exercer. Nous ne pourrions nous résoudre à accepter une telle situation, sachez-le. C'est une priorité pour nous et nous serons particulièrement attentifs à ce point.

dat de tekst niet 'zelfuitvoerend' is en dat er een koninklijk besluit vereist is om hem te kunnen toepassen. Dat verheugt me. Wij pleiten voor efficiënt overleg tussen de bestuursniveaus. De studenten die hun diploma hebben behaald of zullen behalen moeten hun beroep kunnen uitoefenen. Als dat niet het geval is, zullen wij ons niet zomaar neerleggen bij al deze verspilde moeite.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Débat d'actualité sur le financement des hôpitaux et questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme du financement des hôpitaux" (55024024C)**
- **Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme du financement des hôpitaux" (55024064C)**
- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un plan pour le financement des hôpitaux" (55024598C)**
- **Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux" (55024699C)**
- **Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les réformes hospitalières" (55024739C)**
- **Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan "Opération hôpitaux"" (55024754C)**

03 Actualiteitsdebat over de ziekenhuizenfinanciering en toegevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de ziekenhuisfinanciering" (55024024C)**
- **Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de ziekenhuisfinanciering" (55024064C)**
- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een plan over de ziekenhuisfinanciering" (55024598C)**
- **Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering" (55024699C)**
- **Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekenhuishervormingen" (55024739C)**
- **Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het plan 'Operatie ziekenhuizen'" (55024754C)**

03.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, eindelijk is uw plan klaar om de ziekenhuisfinanciering te hervormen. Wij zijn blij dat het debat geopend is, want dat is nodig en dat is positief. Tot nu toe kwamen wij over uw plan immers nog niet veel te weten.

Enkele algemene doelstellingen aan de verre horizon lijken positief. Zo wilt u de hoogte van de salarissen tussen de verschillende specialismen verminderen. De geldstromen die via de honoraria passeren, wilt u verminderen. U wilt het aantal onnuttige onderzoeken verminderen en u wilt meer transparantie.

Vandaag bedraagt de federale overheidsfinanciering van de ziekenhuizen slechts 40 %. Dat percentage moet naar omhoog.

Monsieur le ministre, j'étais un peu étonnée lorsque j'ai lu dans la

03.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Nous sommes heureux que le débat sur le financement des hôpitaux ait été lancé. Certains objectifs définis dans le plan du ministre semblent positifs, tels que la rationalisation des honoraires des diverses disciplines et la réduction du nombre d'examens inutiles.

Ik was verbaasd over het plan dat

presse les éléments de votre plan, parce que le débat ne se limite pas uniquement, bien sûr, aux spécialistes. Le financement des hôpitaux doit concerner tous les professionnels de la santé. Je pense particulièrement à l'autre personnel soignant.

Déjà aujourd'hui, un soignant sur quatre envisage de quitter le secteur. Il me semble que ce plan comporte des éléments de Mme De Block, dans cette logique de rentabilité. Vous parlez par exemple de réduire le nombre de maternités. Monsieur le ministre, est-ce qu'accoucher doit vraiment être efficient?

Vous parlez aussi de recourir davantage aux hospitalisations de jour ou de réduire le nombre de jours à l'hôpital ou de la forfaitarisation. Je reçois des messages venant d'infirmières en milieu hospitalier; elles sont inquiètes de ce que ces mesures vont davantage augmenter la pression sur le travail pour le personnel infirmier hospitalier.

En ce qui concerne les maternités, nous avons discuté de cela il y a déjà deux ans. Vooruit, par le biais de votre chef de cabinet, ancien député fédéral, était absolument contre la fermeture des maternités à ce moment-là. Il disait que l'efficacité en coût ne peut pas être l'unique mesure envisagée. C'est ma première question.

Deuxièmement, depuis des années, des lits d'hôpitaux ont été supprimés. Si je comprends bien votre note, vous allez agir de même.

Monsieur le ministre, n'oubliez-vous pas le personnel infirmier dans votre réforme des hôpitaux? Comment allez-vous faire, avec ce qui est sur la table, pour ne pas augmenter le travail et la pression au travail pour le personnel soignant en dehors des médecins? Comment allez-vous changer les normes d'encadrement dans les hôpitaux?

Le **président**: Il faut clôturer, madame Merckx.

03.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Allez-vous fermer les maternités? J'ai terminé, monsieur le président.

03.03 **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le ministre, j'ai pu lire cette note sur la réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux.

Il y a un certain nombre de constats qui sont connus sur les difficultés du financement actuel et la réalité financière des hôpitaux. Un certain nombre d'enjeux sont abordés: qualité, accessibilité financière et accessibilité aux soins, y compris le volet des suppléments financiers pour les patients, une efficacité des soins plus intégrée pour les malades chroniques, le volet de la nomenclature – on oublie surtout la rétrocession des honoraires puisque l'essentiel des honoraires reste dans les mains des hôpitaux et ne va pas chez les médecins.

u in de pers aangekondigd hebt. Het debat gaat niet alleen over de specialisten. Bij de financiering van de ziekenhuizen moet er rekening gehouden worden met alle gezondheidswerkers. Eén zorgverstreker op vier overweegt om de sector te verlaten.

Uw plan is gebaseerd op een rentabiliteitslogica, wat doet terugdenken aan het beleid van mevrouw De Block. U wilt het aantal kraamklinieken verminderen. Moet een bevalling dan efficiënt verlopen? U hebt het ook over meer dagopnames, een vermindering van het aantal ligdagen in het ziekenhuis en de invoering van forfaits. De verpleegkundigen zijn bezorgd over de toegenomen werkdruk. Twee jaar geleden verzette Vooruit zich tegen de sluiting van kraamklinieken, omdat kostenefficiëntie niet de enige maatregel mocht zijn die er genomen werd. Al jaren wordt het aantal ziekenhuisbedden afgebouwd en blijkbaar wilt u dat ook doen.

Vergeet u het verpleegkundig personeel niet in uw hervorming? Wat zult u doen om het werkvolume en de werkdruk op het zorgpersoneel niet te doen toenemen? In welke zin zult u de normen inzake personeelsbezetting in de ziekenhuizen wijzigen?

03.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Zult u kraamklinieken sluiten?

03.03 **Catherine Fonck** (cdH): De bevindingen over het huidige probleem van de ziekenhuisfinanciering en de financiële realiteit van de ziekenhuizen in de nota over de hervorming van de ziekenhuisorganisatie en –financiering zijn bekend. Komen er onder meer in aan bod: de kwaliteit, de financiële toegankelijkheid, de toegang tot de zorg, de financiële supplementen, de

Mais le diable est toujours dans les détails et, à ce stade, j'ai un certain nombre de questions.

On a d'abord créé les réseaux et maintenant, on avance un certain nombre de principes sur le volet du financement, de restrictions de certains services. On travaille clairement à l'envers en ce domaine. Est-ce sain? N'y aura-t-il pas le besoin absolu de prendre en compte les réalités des réseaux plutôt qu'imposer une série de normes sans en mesurer l'impact?

Vous prévoyez plusieurs vitesses en fonction des différents aspects de la réforme.

Tout de suite, il y a des restrictions: biologie clinique, radios, ainsi qu'un troisième volet. Tout cela va impacter fortement les hôpitaux. Vous prévoyez de fermer de suite certains services, notamment les maternités, sans en mesurer l'impact sur le terrain. Dans un second temps, vous prévoyez d'autres dispositions. Comment comptez-vous entre-temps garantir des moyens financiers suffisants pour les hôpitaux alors que les dispositions que vous prenez directement vont fortement réduire leur financement? Il y a donc un enjeu majeur pour pouvoir mettre en œuvre cette réforme, celui de maintenir le financement des hôpitaux!

Il n'y a rien sur le personnel des soins infirmiers, notamment en ce qui concerne les normes d'encadrement, l'attractivité des infirmiers et des médecins. Il n'y a rien non plus sur la prise en compte de la spécificité sociale des patients. On parle même de séjour hospitalier abusif en lieu et place d'hôpital de jour. Or on sait que pour des patients à difficulté sociale majeure, on les hospitalise au lieu de recourir à l'hôpital de jour. Je pense que cette dimension est complètement oubliée.

Enfin, je voudrais vous entendre aussi sur la spécificité des hôpitaux universitaires, qui est à peine abordée.

Vous prévoyez une étude approfondie. Qui va réaliser cette étude? À quel coût et dans quel délai?

doelmatigheid van de zorg voor chronisch zieken, de nomenclatuur...

Nadat men ziekenhuisnetwerken gecreëerd heeft, maakt men nu werk van het financiële aspect en legt men voor bepaalde diensten beperkingen op. Zou het niet beter zijn om rekening te houden met de realiteit van de netwerken in plaats van een reeks normen op te leggen zonder het effect ervan na te gaan?

Deze hervorming lijkt in verschillende fasen te zullen worden doorgevoerd: u bent van plan bepaalde diensten, zoals kraamafdelingen, te sluiten, zonder na te gaan wat de gevolgen in de praktijk zullen zijn. Hoe denkt u de ziekenhuisfinanciering te garanderen nu ze fors zal teruglopen door de onmiddellijke beperkingen?

Er staat niets in over het ziekenhuispersoneel, de bestaafingsnormen, de aantrekkelijkheid van het beroep. Er wordt evenmin gewag gemaakt van de wijze waarop er rekening wordt gehouden met de sociale situatie van de patiënten. Er is zelfs sprake van onnodige ziekenhuisopnames in plaats van dagopnames, maar er wordt helemaal geen rekening gehouden met het onderliggende probleem. Last but not least wordt er nauwelijks ingegaan op het specifieke karakter van de universitaire ziekenhuizen.

Wie zal de diepgaande studie uitvoeren, voor welk prijskaartje en binnen welke termijn?

03.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn oorspronkelijke vraag peilde eigenlijk naar een stand van zaken omtrent het plan. Inmiddels ligt het plan er en kan ik dus meteen een aantal concrete zaken onder de aandacht brengen. Het plan is wel vager en minder becijferd dan ik had verwacht. Dat komt dan wellicht nog.

Ik denk dat velen het met me eens zullen zijn dat er meer moet worden ingezet op daghospitalisatie. Ik vraag me daarbij wel af hoe kan worden bewerkstelligd dat de omschakeling in alle landsdelen gelijke tred houdt. In het Zorgstrategisch Plan Vlaanderen is

03.04 Frieda Gijbels (N-VA): Le plan du ministre est plus vague et moins quantifié que je ne le pensais. Comment va-t-il veiller à ce que la réforme se poursuive au même rythme dans toutes les parties du pays? Le plan stratégique en matière de soins pour la Flandre prévoit déjà une réduction progressive du nombre de lits. Comment le ministre

bijvoorbeeld al voorzien om het aantal bedden af te bouwen. De financiering hangt daar ook mee samen. Hoe zult u ervoor zorgen dat de regio's die de meeste inspanningen leveren ook het meest worden beloond, en niet omgekeerd?

Ik vraag me verder af hoe u de concepten *pay for quality* en *pay for performance* precies wilt verwezenlijken. Wilt u daarvoor inderdaad 2 % van het budget inhouden zoals aangegeven? Hoe zult u dat precies meten? Zullen ziekenfondsen een rol moeten opnemen door hun klanten te responsabiliseren en eventuele anomalieën vast te stellen? Is er in dit dossier een rol weggelegd voor de ziekenfondsen?

Betreffende de data is er een algemene consensus dat data, eHealth en telemonitoring uitermate belangrijke zijn. Toch komt dit allemaal slechts terloops ter sprake, met name in het kader van het herstelplan als men het heeft over de voorziene financiële middelen. Ik betreur dat het niet meer aan bod komt in de verschillende deelaspecten in de nota en vind dat zorgwekkend. Houdt u er rekening mee dat steeds meer afhankelijk zal zijn van het vergaren en uitwisselen van data?

Met de ereloonsupplementen valt meteen een groot bedrag weg. In 2019 ging het om een totaalbedrag van meer dan 600 miljoen. Een bedrag dat elders moet worden gezocht. Ziekenhuizen zijn hier voor een groot deel afhankelijk van. De supplementen zijn, zoals we weten, in het algemeen hoger in Wallonië en Brussel. Hoe zult u ervoor zorgen dat de ziekenhuizen die tot nu toe hun ereloonsupplementen hebben kunnen beperken hier ook voor beloond zullen worden en dat er geen tabula rasa wordt gemaakt waardoor alle regio's op dezelfde manier van nul kunnen herbeginnen?

U spreekt ook over peilziekenhuizen. Hoe zal worden bepaald welke ziekenhuizen dat zullen zijn?

Ik heb nog een laatste opmerking, mijnheer de minister. Er wordt gezegd dat er overconsumptie van de medische beeldvorming is, maar er wordt nog het meest gekeken naar de impact op de volksgezondheid. Daar wordt tegelijk ook NMR vermeld. Dat is in die context niet gepast, omdat er bij NMR geen ioniserende straling te pas komt.

03.05 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de minister, het voordeel van het plan is dat het er nu is en dat het debat kan starten. Voor mij zitten er alvast veel goede dingen in.

Een eerste vraag gaat over de zorgopdrachten. Er zal niet langer een opdeling gebeuren tussen A en S, tussen de algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten – zonder nog te spreken over de universitaire zorgopdrachten – aangezien de netwerken vandaag heel heterogeen zijn. Hoe ziet u dat verder? U wilt dat doen via programmatie en RIZIV-conventies, maar dan komt u al op het bevoegdheidsterrein van de regio's en de Gemeenschappen. Hoe zult u dat doelmatig organiseren?

Vandaag was er al veel emotie over de materniteiten. Ik hoop en weet dat het over meer zal gaan dan alleen de materniteiten. Het is jammer dat daar nu wel de focus op ligt. U spreekt dan ook terecht van nabije zorg waar mogelijk en geconcentreerde zorg waar nodig. Kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, maar ook efficiëntie en

veillera-t-il à ce que les régions qui font le plus d'efforts soient les plus récompensées, et non l'inverse?

Comment le ministre entend-il concrétiser les concepts de *pay for quality* et *pay for performance*? Les hôpitaux auront-ils un rôle à jouer dans ce domaine? Je trouve inquiétant que la note du ministre ne s'étende pas davantage sur l'importance des données. Le ministre tient-il compte du fait que l'échange de données deviendra de plus en plus important?

Les hôpitaux sont largement tributaires des compléments d'honoraires. Ces suppléments sont supérieurs à Bruxelles et en Wallonie. Comment le ministre veillera-t-il à ce que les hôpitaux qui réduisent les suppléments soient récompensés pour cela? Comment les hôpitaux pilotes sont-ils désignés?

03.05 Nathalie Muylle (CD&V): Le plan du ministre contient de bons éléments. Je souhaiterais avoir des explications sur la manière dont le ministre entend organiser les missions de soins universitaires. Ces missions touchent en effet aux compétences régionales. Si les réseaux sont davantage liés aux missions de soins, il convient de prévoir le financement y afférent.

Quelle approche le ministre a-t-il l'intention de suivre dans le cadre de ce dossier? Avec qui s'est-on concerté? Une concertation avec le Comité interfédéral est-elle

doelmatigheid, zijn ook hier belangrijk.

In verband met de financiering op netwerkniveau blijft u wat hangen bij de btw en de diensten. Daar is meer nodig. Als we de netwerken meer en meer koppelen aan de zorgopdrachten, moet er in financiering worden voorzien. Waar wilt u op dat vlak naartoe? En vooral: met wie hebt u overlegd? Vrijdag hebt u de federale collega's gezien, u hebt ook de sectoren gezien en het plan zit in de mailbox van de regio's. Maar hoe ziet u het verdere overleg? Het onderwerp werd nog niet op IMC-niveau besproken, heb ik begrepen. Wat netwerkvorming betreft, zijn er toch heel wat raakpunten met de regio's. Zal dat overleg plaatsvinden?

U hebt een goed voorstel over de ereloonsupplementen, maar ik volg mevrouw Gijbels ook. Vandaag zijn er enorme excessen. Studies toonden dat vorige week nog eens aan. Moeten we daar niet sneller een soort van bovengrens plaatsen om er toch voor te zorgen dat zij die vandaag wel goede leerlingen zijn dat ook blijven?

Hopelijk zal het Parlement ook betrokken zijn in het debat en kunnen we hier uitgebreider in debat gaan met u over de verschillende fases. Hier is ook een rol voor de commissie weggelegd. Wat is uw mening daarover?

03.06 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, gisteren hebben we kunnen kennismaken met uw plan Operatie Ziekenhuizen, inclusief enkele deadlines. Het is een ambitieus en noodzakelijk plan om grip te krijgen op de ziekenhuisfinanciering en de organisatie die erachter schuilgaat, zowel in het belang van onze gezondheidsuitgaven als in het belang van kwalitatieve en betaalbare gezondheidszorg voor de patiënten.

Mijnheer de minister, kunt u ons meer details geven over de timing van alle aspecten? Welke methodologie zult u hanteren om uw plan uit te rollen? Het is een uitdaging om tot concrete resultaten te komen.

Hoe ver staat het met de hervorming van de ziekenhuisnetwerken? Welke rol kunnen of zullen zij in deze hervorming spelen? Die vraag sluit aan bij vragen die collega's daarover al stelden.

03.07 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, j'ai une question complémentaire à celles de mes collègues car ce débat est excessivement large et complexe. Je ne me suis pas encore plongée complètement dans cette note.

Monsieur le ministre, à ce niveau-ci, j'ai une question lorsque vous parlez d'introduire des modèles de financement qui vont viser la continuité, la coordination, l'intégration des soins notamment en raison de la prévalence des maladies chroniques.

À terme, vous désirez aller vers des trajets de soins par pathologie. Comment intégrerez-vous ces trajets de soins avec la première ligne? C'est la question de l'intégration de la réforme des hôpitaux avec la première ligne.

03.08 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, le plan est ambitieux. Personnellement je pense qu'il est très utile de faire la synthèse de tous les problèmes que pose le financement des

encore prévue?

L'on constate des excès énormes sur le plan des suppléments d'honoraires. La proposition du ministre est bonne, mais ne devrions-nous pas plafonner plus vite ces suppléments? Le ministre associera-t-il le Parlement au débat sur les différentes phases?

03.06 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Le plan de réforme du financement des hôpitaux établi par le ministre est à la fois ambitieux et nécessaire.

Le ministre peut-il donner plus de détails quant au calendrier et à la méthodologie qui seront suivis pour réaliser les différents volets de ce plan? Où en est la création des réseaux hospitaliers? Quel rôle ces réseaux joueront-ils dans la réforme?

03.07 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): U gewaagt van financieeringsmodellen met het oog gericht op de continuïteit en de integratie van de zorgverstrekking, meer bepaald gezien de prevalentie van de chronische aandoeningen.

U zou graag zorgtrajecten per pathologie willen inrichten. Hoe zult u deze in de eerstelijnszorg integreren?

03.08 Daniel Bacquelaine (MR): Men kan niet over de ziekenhuisfinanciering debatteren zonder de

hospitaux. On ne peut pas le disséquer. Au contraire, on doit en avoir une vue globale. L'on ne peut pas parler financement des hôpitaux sans réforme de la nomenclature. On ne peut parler de réforme du financement des hôpitaux sans la place que l'on confère aux suppléments d'honoraires ni sans la répartition de l'offre de soins. Il est clair que l'on ne peut pas tout faire partout et je me réjouis que cette option-là soit retenue et que l'on complète la réforme des réseaux hospitaliers initiée sous le gouvernement précédent. Nous avons un devoir éthique qui est de bien utiliser l'argent public et les budgets disponibles pour la santé des personnes, au bénéfice des patients.

Monsieur le ministre, il y a un point sur lequel je souhaiterais poser une question. Dans le cadre de la révision de la nomenclature et dans le cadre du paiement au forfait ou à l'acte, quelle place allez-vous accorder à l'acte intellectuel en médecine? Je pense que, plus que jamais, nous avons besoin que les praticiens soient en mesure de consacrer du temps au colloque singulier avec le patient et dans l'appréhension de toutes les facettes du patient, lorsqu'il est en souffrance. Dès lors, la revalorisation de l'acte intellectuel est pour nous quelque chose de très important. Quelle place comptez-vous lui accorder?

03.09 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, ik zal hier niet in detail treden. De nota, die intussen verspreid is, is redelijk gedetailleerd en het zou veel tijd vergen om dat allemaal te herhalen. Ik wil ook niet verder vooruitlopen, omdat die nota inderdaad een eerste aanzet is tot het overleg dat we willen hebben met de actoren op het terrein – vooral dan de federale –, met mijn collega's in de federale regering, met het Parlement, alsook met mijn collega's in de deelstaten.

Precies omdat de nota de start moet zijn van een breed en grondig overleg, had ik niet de bedoeling daar nu al over te communiceren. Zoals vaak gebeurt als je zo'n nota ter beschikking stelt, lekt die dan uit. Er is geen man overboord, maar zoals u gemerkt hebt, heb ik daarover nog geen enkele publieke verklaring afgelegd, precies omdat ik het overleg alle kansen wil geven en niet zelf prematuur op allerlei punten wil ingaan.

Ik ga enkele dingen zeggen die u hopelijk kunnen helpen om te begrijpen waar we naartoe willen.

Wat ik wil beklemtonen, is dat we met deze regering investeren in gezondheidszorg en dus ook in de ziekenhuizen. Als men enkel kijkt naar het globale budget van de ziekenhuizen, dan ziet men dat dat evolueerde van 8,27 miljard euro in 2019 naar 9,473 miljard in 2021 en ruim 10 miljard in 2022. Met andere woorden, er is een toename van bijna 2 miljard euro op drie jaar tijd. Ik zeg dat niet om daar euforisch over te doen – er zijn nog heel veel noden –, maar wel om meteen duidelijk te maken dat wat voorligt, absoluut geen besparingsoefening is. Ik kom daar dadelijk nog even op terug naar aanleiding van de voorbeelden die zijn gegeven, zoals de rationele organisatie van materniteiten. De doelstelling is absoluut niet om te besparen. Dat is een indianenverhaal dat wij snel uit de wereld moeten helpen. De doelstelling is om meer te investeren gedurende deze legislatuur en het geld dat wij investeren goed te gebruiken.

nomenclatuur te wijzigen, na te denken over de ereloon-supplementen en het zorgaanbod te spreiden. Ik ben blij dat er daarvoor geopteerd werd en dat de hervorming van de ziekenhuis-netwerken voortgezet wordt.

We moeten de overheidsmiddelen correct aanwenden ten bate van de patiënten. Welke plaats zal er in de herziening van de nomenclatuur en de forfaitaire betaling of de betaling per verstrekking weggelegd zijn voor de intellectuele handelingen in de geneeskunde? De beroepsbeoefenaars moeten tijd kunnen uittrekken om met hun patiënten in gesprek te gaan en zich een oordeel te vormen over alle aspecten van hun toestand.

03.09 **Frank Vandenbroucke,** ministre: La note dont il est question a entre-temps fait l'objet de fuites. Elle est très détaillée et constitue une première étape dans la concertation que nous voulons mener avec les acteurs de terrain, le gouvernement fédéral, le Parlement et les entités fédérées. Je n'ai pas l'intention de communiquer dès à présent à ce sujet car je voudrais donner toutes ses chances à la concertation.

Le gouvernement investit dans les soins de santé et dès lors également dans les hôpitaux. Nous avons rehaussé le budget des établissements hospitaliers de près de 2 milliards d'euros en trois ans. L'objectif ne consiste certainement pas à lancer des mesures d'économies.

Nous poursuivons quatre objectifs majeurs. J'ai toute confiance dans les médecins, qui essaient toujours de faire ce qui est bon pour le patient, mais il existe aujourd'hui parfois des incitants financiers qui poussent certains à préférer la quantité afin que les hôpitaux puissent obtenir un financement suffisant. Nous voulons régler ce problème en

Ik wil daarbij de vier grote doelstellingen herhalen, zoals ik ze ook heb uiteengezet voor de sector.

Vooreerst, wij investeren misschien nog iets te veel met impulsen om kwantiteit te maken eerder dan impulsen om kwantiteit te bereiken. Ik zeg dat voorzichtig en genuanceerd, omdat de deontologie van de artsen, het verzorgend personeel en de ziekenhuisbeheerders gelukkig van die aard is dat, zelfs al staan de prikkels soms in een verkeerde richting, men in de medische praktijk altijd of toch meestal probeert het goede te doen voor de patiënt. Dat neemt echter niet weg dat de financiële prikkels soms in de verkeerde richting staan en zeer sterk wijzen in de richting van meer kwantiteit, en dat er ook druk is om de kwantiteit te verhogen, precies om ziekenhuizen voldoende te kunnen financieren. Dat moeten wij als eerste probleem aanpakken.

Wij willen dat doen met een zeer ambitieuze globale hervorming van de ziekenhuisfinanciering, waarbij we de duale rol van de artsenhonoraria stopzetten en overgaan naar een professionele verloning die, zoals de heer Bacquelaine zei, een correcte waardering moet inhouden van de intellectuele akte en het contact met de patiënt. Dat is absoluut juist. Wanneer wij zeggen dat we een opsplitsing willen tussen enerzijds werkingskosten, die rechtstreeks moeten gefinancierd worden aan het ziekenhuis, en anderzijds de professionele verloning van de arts, dan gaat het inderdaad over zijn intellectuele werk, zijn contact met de patiënt, de inspanning die daarvoor nodig is, zoals omschreven in de nota. Dat is een eerste belangrijke doelstelling.

Mevrouw Gijbels, ik stip even aan dat wij in drie sectoren snel vooruit willen, namelijk de klinische biologie, de medische beeldvorming en de geneesmiddelen in het ziekenhuis. Wij willen daar relatief snel vooruit en niet wachten op een globale hervorming, waarbij wij globaal het hele budget voor de ziekenhuizen op basis van pathologieforfaits organiseren.

U hebt absoluut gelijk, een NMR is natuurlijk geen medisch risico. Ik denk eerlijk gezegd dat wij in onze tekst ook geen fout maken daartegen, want wij zeggen duidelijk dat als het gaat over een gezondheidsprobleem, het probleem zit bij te veel CT-scans, bij te veel PET-scans, en niet bij te veel NMR-scans. Dat onderscheid is trouwens goed te zien in de tekst. Een eerste belangrijke doelstelling is dan ook om financiële prikkels die te sterk wijzen in de richting van meer kwantiteit, om te bouwen tot financiële prikkels die wijzen in de richting van kwaliteit.

Ten tweede, ons financieringssysteem voedt conflicten tussen ziekenhuisbeheerders en -artsen. In plaats van conflict moet men samenwerking hebben. Daarom wil ik ook meteen zeggen dat als wij een opsplitsing tot stand brengen tussen enerzijds de financiering van de werking van ziekenhuizen, waarin artsen actief zijn, en anderzijds de financiering van de professionele verloning van de arts, onder meer zijn intellectuele inzet, dit niet tot gevolg mag hebben dat de artsen niets meer te zeggen hebben in het ziekenhuis, dat ze niets meer te zeggen hebben over hoe men de werkingskost ontwikkelt, over waarin prioritair moet worden geïnvesteerd. Wij moeten dus opteren voor een ander model van bestuur van onze ziekenhuizen, waarin artsen terdege hun rol kunnen spelen en waar de geest van

mettant fin à la dualité des honoraires des médecins et en passant à une rémunération professionnelle.

Nous souhaitons avancer rapidement en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale et de médicaments en milieu hospitalier et n'allons pas attendre la réforme globale pour ces trois secteurs. Dans le texte, nous insistons sur le fait que le problème n'est pas tant le trop grand nombre de NMR-scans que le trop grand nombre de CT-scans et de PET-scans.

Notre système de financement alimente les conflits entre les gestionnaires d'hôpitaux et les médecins hospitaliers. Le fait de scinder le financement du fonctionnement des hôpitaux de celui de la rémunération professionnelle du médecin ne peut pas avoir pour effet que les médecins n'aient plus rien à dire au niveau de l'hôpital. Nous devons opter pour un autre modèle de gestion des hôpitaux, dans lequel les médecins pourraient jouer leur rôle et où l'esprit de collaboration dans l'intérêt du patient serait ancré.

Les hôpitaux doivent également mieux collaborer entre eux et mieux se répartir les tâches. Il nous sera plus aisé de redessiner cette répartition si à l'avenir, le financement des hôpitaux est fondé sur des forfaits globaux par pathologie. Nous pourrions ainsi facilement faire correspondre le financement aux actes concrets pratiqués par un hôpital.

Nous optons pour un financement plus ouvert qui sera plus transparent et plus prévisible pour le gestionnaire d'un hôpital et pour les médecins. Le secteur hospitalier devra réfléchir à la manière de surveiller le développement global du budget et d'inclure des mécanismes de responsabilisation.

Nous souhaitons également prémunir les patients de factures

samenwerking in het belang van de patiënt ingebakken moet zitten.

De tweede grote doelstelling is dus samenwerking, ook de samenwerking en taakverdeling tussen ziekenhuizen. Ik weet niet of dat voldoende duidelijk uit de nota blijkt, maar onze overtuiging is de volgende. Als wij op een zekere dag, in 2025 of later, de ziekenhuiswerking financieren op basis van all-in pathologieforfaits, dan wordt het ook veel gemakkelijker om taakverdeling tussen ziekenhuizen te herbekijken. Op een heel eenvoudige manier zullen wij dan immers de financiering kunnen afstemmen op wat een ziekenhuis feitelijk doet en feitelijk mag verwachten. De verschuiving van activiteiten in het kader van synergieën en taakverdelingen tussen ziekenhuizen wordt financieel niet ontmoedigd, maar kan financieel wel op een heel transparante manier worden bekeken.

Daar hangt natuurlijk mee samen dat de voorgestelde hervorming van de financiering afstapt van een strikt gesloten budget voor de ziekenhuizen naar een open budget. De individuele beheerder zal prospectief een zicht krijgen op de ontwikkeling van de financiering van de werking, in functie van de opnames die in het ziekenhuis gebeuren. Wij zullen de beheerder naderhand niet lastigvallen met allerhande correcties waardoor de financiële planning heel moeilijk wordt of de financiële situatie voortdurend moet worden herzien. Vandaag hangen die correcties samen met het strikt gesloten karakter van het budget. Wij opteren voor een meer open financiering, waardoor het voor de beheerder en de artsen overzichtelijker wordt, meer voorspelbaar. Samenwerking, synergie, taakorganisatie en reorganisatie tussen ziekenhuizen wordt daardoor ook gemakkelijker. Ik moet mijn politieke collega's daarvan wel nog overtuigen, want deze optie betekent wel dat het budget niet strikt gesloten is. Dan moet er ook in de wereld van de ziekenhuizen toch wel nagedacht worden over de manier waarop men de globale ontwikkeling van dat budget zal bewaken of de manier waarop men daar toch een stuk responsabilisering in zet. Dat zijn twee belangrijke uitdagingen.

Een derde punt – het is reeds gezegd – is het beschermen van patiënten tegen al te hoge facturen, die bovendien zeer dispaaraat en ongerechtvaardigd zijn. Het gaat met name over de supplementen. Het probleem is dat de supplementen vandaag eigenlijk moeilijk uitlegbaar zijn. Het is niet goed uitlegbaar waarom sommige ziekenhuizen zo'n hoge supplementen vragen en andere niet. Het heeft ongetwijfeld voor een stuk te maken met gebreken in de financiering, maar het heeft ook met andere zaken te maken. Op een bepaald ogenblik zullen we daar toch duidelijke lijnen moeten trekken, denk ik. Dat is ook gestipuleerd in de nota.

Ten slotte, zoals ik eigenlijk al zei, is het de bedoeling van deze hervorming om een zeer complex en ondoorzichtig systeem doorzichtiger te maken.

Ik ga even in op een paar punten. Mevrouw Gijbels, u hebt heel terecht gezegd dat een grote uitdaging – om niet te zeggen een mogelijk knelpunt – in deze aanpak de beschikbaarheid van data is. Het is inderdaad mijn bedoeling om in één beweging naar een all-in pathologieforfait te gaan, waarbij ik meteen toch ook het misverstand uit de wereld wil ruimen dat men voor patiënten met hoge risico's, patiënten die *outlier* zijn, zomaar kan zeggen dat er een forfait per opname is. Een forfait per opname veronderstelt dus toch een zekere

trop onéreuses et plus particulièrement des suppléments, dont la raison d'être n'est pas toujours claire. Enfin, la réforme doit rendre le système plus transparent.

Mme Gijbels a mentionné à juste titre les données probablement insuffisantes. L'objectif est de s'orienter en une fois vers un forfait pathologies global. Il conviendra toutefois toujours d'établir une distinction entre les situations à haut risque et les autres. Nous devons d'abord procéder à une analyse et veiller à ce que le forfait pathologies soit proportionné aux coûts réels, à savoir tant les coûts de fonctionnement de l'hôpital que les coûts salariaux. Ces coûts seront examinés sur la base d'une comptabilité analytique uniforme auprès d'un certain nombre d'hôpitaux, les hôpitaux pilotes.

Pour la biologie clinique, l'on se basera dans un premier temps sur les dépenses réelles et dans un second temps, un financement sera prévu sur la base des coûts analysés. À cet effet, le travail scientifique démarré par trois équipes différentes doit être accéléré.

La mise en réseau a été une initiative du gouvernement précédent et il existe à présent 23 réseaux reconnus par les régions. Cependant, le paysage n'est pas optimal car les réseaux sont de taille hétérogène et il arrive que deux réseaux soient en concurrence pour une même population, comme c'est le cas à Anvers. Le but était de mettre en place des réseaux s'adressant à une population de même taille, de les financer en fonction des besoins de la population et de mener ainsi une véritable politique de santé publique.

Nous n'allons pas redessiner ces réseaux, mais nous voulons montrer clairement que l'objectif

beperking in de variabiliteit van het probleem waarmee de patiënt in het ziekenhuis komt. Er dient dus een onderscheid te worden gemaakt tussen hoogrisico- en meer doorsneesituaties, maar wij willen deze hervorming inderdaad in één keer doen, wat misschien een verschil is met hoe de plannen in het verleden werden opgemaakt. De hervorming in één keer doen, kan alleen na een aantal analyses te hebben uitgevoerd waarbij ook de te ontwerpen pathologieforfaits in een correcte verhouding kunnen worden gebracht met de reële kostprijs die gepaard gaat met een adequate behandeling van de pathologieën. Met reële kostprijs bedoel ik zowel de werkingskosten die daarmee gepaard gaan in een ziekenhuis als ook de correcte professionele verloning van de prestaties die daarmee gepaard gaan.

De waarheid is dat wij vandaag niet beschikken over cijfers van die reële kosten. Wij zullen dus inderdaad met een groep van ziekenhuizen die representatief moet zijn – wij spreken over peilziekenhuizen –, op basis van een uniforme analytische boekhouding snel een grondige analyse moeten maken van de reële kosten die samenhangen met de behandeling van pathologieën. Op die basis moeten wij nagaan wat de verantwoorde kosten zijn.

Mevrouw Gijbels, u zult misschien in de kleine lettertjes van het voorstel hebben gezien dat wij inzake de klinische biologie in een allereerste beweging niet op die analyse zullen wachten en gewoon de feitelijke uitgaven zullen bekijken. In een tweede beweging willen wij voor de klinische biologie echter ook de financiering kunnen doen op basis van verantwoorde, reëel vastgestelde en geanalyseerde kosten.

U hebt gelijk dat zulks een immense uitdaging is qua data, zoals overigens ook de herijking van de nomenclatuur analytisch een immense uitdaging is. Eigenlijk stellen wij met die aanpak immers dat we het wetenschappelijk werk willen versnellen dat is opgestart door drie verschillende equipes. Anders is het werk nooit op tijd klaar.

Ik kom nu bij de samenwerking en de vraag van mevrouw Vanpeborgh over de netwerken.

Mevrouw Vanpeborgh, in de politiek en bij het voeren van beleid moet algemeen worden vermeden om altijd iets te herbeginnen. De vorige regering heeft het netwerkidee geconcipeerd. Het idee is ook uitgerold. Wij hebben nu 23 netwerken die erkend zijn door de regio's. Is dat landschap optimaal? Neen. Beantwoordt het aan wat mijn voorgangster echt voor ogen had? Niet overal. De netwerken zijn heterogeen qua omvang, maar ze zijn niet altijd netjes afgestemd op een welbepaalde populatie. Ik denk aan Antwerpen, dat u goed kent. Daar zijn twee heel grote netwerken, maar ze zitten in een concurrentieverhouding voor eenzelfde populatie. Dat is niet het ideale plaatje.

Het gemakkelijke en na te streven plaatje was om netwerken uit te bouwen die overal min of meer dezelfde omvang hebben qua populatie, met een een-op-eenrelatie tussen het netwerk en de populatie. Dan kan men de ziekenhuizen in dat netwerk financieren op basis van wat de populatie nodig heeft en voert men echt een beleid op het vlak van volksgezondheid.

consiste à promouvoir la collaboration et les synergies et à permettre des gains d'efficacité. L'organisation des soins, le transport des patients et la facturation de ces derniers constituent également des défis importants à cet égard. Par ailleurs, il conviendra de revoir les tâches au sein des niveaux locorégional et suprarégional. Pour le locorégional, il faudra se demander quels actes seront pratiqués dans chaque hôpital et dans quelle mesure des concentrations doivent être envisagées.

Ik zal de tekening van die netwerken niet opnieuw maken. We zullen ermee werken zoals ze nu zijn. Ik zal wel de finaliteit duidelijker moeten maken: wat willen we bereiken? Op dat vlak zijn we inderdaad ambitieus, ondanks alle moeilijkheden vanwege hun heterogene vorm. Het doel is samenwerking en synergie bevorderen, maar ook efficiëntieoefeningen toelaten. Dat kan bijvoorbeeld gaan over een betere synergie bij de labo's voor anatomopathologie.

Er is ook een belangrijke uitdaging inzake de organisatie van de zorg, maar ook inzake het bijbehorende patiëntenvervoer en de factuur voor de patiënten dat echt een probleem is waaraan we willen werken.

Ziekenhuisnetwerken verwijst ook naar de vraag wat 'locoregionaal' is en wat 'supraregionaal' is. In het geval van locoregionaal moet de vraag worden gesteld wat elk ziekenhuis moet doen of niet doen en waar men naar concentratie moet streven. Dat staat ook uitgelegd in de nota en moet nu op tafel komen. Dan komt men bij gevoelige onderwerpen als materniteiten, S2 stroke units en andere. Ik meen echt dat wij meer concentratie moeten nastreven vanuit het idee dat de zorg nabij moet zijn waar die nabijheid nodig en mogelijk is, maar dat wij de zorg ook moeten concentreren waar concentratie nodig is, en niet om financiële redenen.

Ik vind dat men in de publieke weergave van de nota misschien een beetje disproportioneel aandacht geeft aan het issue van de materniteiten, maar ik begrijp dat wel, omdat die in de vorige regeerperiode al veel discussie heeft meegebracht.

Het gaat niet om een besparingsopdracht. Mevrouw Merckx, u hebt dat zo begrepen, maar dat kan niet de bedoeling zijn. Het idee is niet te besparen. Overigens, in onze nomenclatuur staat tegenover een bevalling een vergoeding. Dat zal zo blijven. Wij zullen het aantal bevallingen niet verminderen. Dat is niet de bedoeling. Als wij naar pathologieforfaits gaan en bevallingen worden gefinancierd aan de hand van forfait, zullen wij niet besparen als het aantal bevallingen niet vermindert. Dat is niet de bedoeling.

Sterker nog, op een andere manier, het budget voor de financiële middelen van de ziekenhuizen is een groeibudget. Ik heb daarnet de cijfers genoemd. Wij zullen daar niet op besparen.

Wat wel in de discussie over de materniteiten meespeelt, is het efficiënt gebruik van het menselijk potentieel. Zo kan het ene ziekenhuis een beetje te weinig vroedvrouwen hebben, gelet op het aantal vrouwen dat moet bevallen, en het andere ziekenhuis een klein beetje overschot aan vroedvrouwen. Nog belangrijker is het volgende voorbeeld. Als men ten gevolge van het niet goed gespreid zijn van de materniteiten situaties heeft waarbij de buffercapaciteit van sommige materniteiten niet groot genoeg is omdat de materniteit zelf niet groot genoeg is, waardoor er toch een risico is dat men geen bed vindt voor een dringende bevalling, is men niet goed bezig. Dat heeft niets te maken met besparingen, maar wel met het feit dat een materniteit voldoende groot moet zijn om voor buffercapaciteit te zorgen, in het belang van de goede verzorging van vrouwen die zullen bevallen en hun baby. Dat heeft dus niets te maken met besparen, het heeft wel te maken met veiligheid, kwaliteit en de doelmatigheid van de inzet van de financiële, materiële en menselijke middelen.

Les soins doivent être de proximité là où cela est nécessaire et possible mais nous devons, par ailleurs, les concentrer là où ils sont nécessaires. Une attention disproportionnée a été accordée aux services de maternité, ce qui est quelque peu compréhensible dès lors qu'ils ont fait l'objet de nombreuses discussions dans le passé. Il ne s'agit toutefois pas de réaliser un exercice de réduction des coûts: dans notre nomenclature, un accouchement donne droit à une rétribution et ce principe demeure. De plus, le budget des hôpitaux est un budget de croissance. La concentration permet toutefois d'assurer une meilleure répartition des sages-femmes et une capacité tampon suffisante dans toutes les maternités pour les accouchements urgents. C'est dans l'intérêt des soins.

La note mentionne ce qui suit: "la proximité si possible, la concentration si nécessaire". À cet égard, nous examinons très concrètement les normes en matière de délais d'intervention. Lorsque le temps constitue une donnée critique, comme lors d'accouche-

Ik wil daarbij heel sterk beklemtonen wat er in de nota staat. Nabijheid waar het kan betekent dat wanneer wij nadenken over concentratie, wij steeds zullen kijken naar nabijheid in heel concrete termen, bijvoorbeeld normen op het vlak van aanrijtijden voor alle functies waar tijd een kritisch gegeven is, bijvoorbeeld bevallingen.

Nabijheid waar mogelijk, concentratie waar nodig. Die nabijheid geldt voor alle functies die tijdkritisch zijn, gemeten in maximale aanrijtijd. Het is bijvoorbeeld van belang hoe snel iemand in een materniteit moet zijn. Als men in de materniteit aankomt, mag men ook niet te veel risico lopen geen bed te vinden. Men moet voldoende groot zijn om buffercapaciteit te hebben.

Men heeft daaraan nogal veel aandacht gegeven in vergelijking met andere kwesties die ook zeer prangend zijn, in dezelfde sfeer. Voor majeur trauma moeten wij echt naar supraregionale functies gaan. Er zijn nog enkele andere voorbeelden, zoals hoofd- en halstumoren en ovariumtumoren, waarbij concentratie van expertise echt nodig is voor de kwaliteit.

Mevrouw Muylle, wat het overleg betreft, ik heb niet voor niets de nota onmiddellijk naar mijn collega's van de deelstaten gestuurd. Ik ga er immers van uit dat, hoewel het een nota is die scrupuleus hervormingen binnen de federale bevoegdheden omschrijft, men dat moet doorvoeren in een goede verstandhouding en met een enig gemeenschappelijk perspectief met de collega's die verantwoordelijk zijn in de Gemeenschappen. Ik heb nog geen precies uitgestippeld overlegtraject. U hebt echter gelijk, ik moet dat regelen. Ik moet een goed overlegtraject uitstippelen met de federale actoren, met mijn politieke collega's en met mijn deelstaatcollega's. Het Parlement moet inderdaad ook een plaats vinden in dat geheel.

Mevrouw Vanpeborgh, de timing is waarschijnlijk de grootste uitdaging. Vermits ik niet zeg dat we in enkele grote stappen naar pathologieforfaits gaan maar eigenlijk in één stap, moet men die stap ook voldoende snel kunnen zetten, ook al is dat niet voor morgen. U vindt in een presentatie die ik heb verspreid een tijdlijn die ik de actoren heb getoond. U zult die presentatie waarschijnlijk wel hebben gezien, maar anders laat ik ze nog eens doorsturen naar het commissiesecretariaat.

Grosso modo komt het erop neer dat we de bouwstenen voor de hervorming van de financiering in de jaren 2022, 2023 en 2024 leggen, zodat we in 2025 al tot de implementatie van een op pathologieforfaits gebaseerde financiering zouden kunnen overgaan. We willen dus sneller vooruit, idealiter in 2022 en 2023, inzake klinische biologie, medische beeldvorming, daghospitalisatie en kwaliteitsfinanciering, waarbij ik zowel het volume van wat we doen in het kader van *pay for performance* als ook de focus daarbij wil aanscherpen.

De focus moet geen heel dashboard van verschillende kwaliteits-indicatoren zijn, ik wil focussen op het voorkomen van ziekenhuisinfecties en het bestrijden van antimicrobiële resistentie. Ik zou daar een fors bedrag tegenover willen stellen, meer dan het huidige bedrag voor *Pay for Performance*. Dat is ook iets wat ik in 2022 en 2023 zijn beslag wil laten krijgen.

ments, nous devons fixer un délai maximum d'intervention. De plus, il faudra prévoir suffisamment de places tampon, afin que tout le monde puisse être assisté à l'arrivée.

Il existe toutefois d'autres questions pressantes. Ainsi, en cas de traumatisme majeur, de tumeurs de la tête, du cou ou de l'ovaire, la concentration de l'expertise est absolument nécessaire pour garantir une bonne qualité des soins.

Bien que la note se limite scrupuleusement à des réformes relevant des compétences fédérales, je l'ai immédiatement remise aux ministres compétents des entités fédérées. En effet, il est important d'assurer une bonne entente avec les Communautés. À cette fin, j'élaborerai certainement un nouveau parcours de concertation.

Le Parlement doit également être associé à l'exercice.

Le calendrier constitue probablement le défi majeur. Si nous voulons passer en une seule fois à des forfaits par pathologie, nous devons pouvoir le faire suffisamment rapidement. J'ai inséré dans ma présentation une ligne du temps sur laquelle nous posons les fondements de la réforme du financement au cours des années 2022-2024, ce qui nous permettra de mettre en œuvre dès 2025 le financement sur la base de forfaits par pathologie. Nous voulons réaliser des progrès encore plus rapidement, de préférence dès 2022 et 2023, en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale, d'hospitalisation de jour et de financement de la qualité.

Dans le cadre du financement de la qualité, je compte me concentrer sur l'évitement des infections nosocomiales et la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. J'entends dégager à cet effet un montant important,

In 2022 moeten we al vooruitgang kunnen boeken inzake de definitie van loco- en subregionale zorgopdrachten. Dat is deels juridisch en vergt een koninklijk besluit, maar ook heel veel overleg. Met betrekking tot de supplementen zou ik willen dat we tot een standstill kunnen komen die start in 2022, maar dan ook een standstill met betrekking tot de honoraria-afdrachten. De meer ambitieuze idee, het afspreken van een plafond voor ereloon-supplementen, wat we dus ook in de ambulante sector willen, zouden we in 2024 moeten kunnen implementeren.

Waarom kan dit niet allemaal tegelijk? Ondertussen moet er gewerkt worden aan de herijking van de nomenclatuur. Er moeten nieuwe evenwichten worden gevonden tussen artsen onderling. Er moet tot een correcte verloning worden gekomen van het intellectuele werk en van de beroepskwalificatie, de expertise, de inzet en de risico's die artsen dragen. Dat vergt toch ook enige tijd.

supérieur au montant actuel alloué au programme *pay for performance*.

Dès 2022, nous devrions être en mesure de progresser dans la définition des missions de soins locorégionales et infrarégionales. L'exercice exige de promulguer un arrêté royal, mais aussi de mener de nombreuses concertations. Pour les suppléments et les rétrocessions sur les honoraires, je souhaite instaurer un gel qui soit d'application en 2022. Quant aux plafonds des suppléments d'honoraires, nous souhaiterions les mettre en œuvre en 2024.

Entre-temps, nous devons travailler à la révision de la nomenclature, qui permettra de trouver un nouvel équilibre entre les médecins. Le travail intellectuel, la qualification professionnelle, l'expertise, l'engagement et les risques pris doivent être correctement rémunérés. Ce travail prend du temps.

03.10 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw uitleg. Ik heb geluisterd naar wat u zei over de materniteiten. Maar als een materniteit er niet meer is en mensen vele kilometers verder moeten gaan, wat is dat dan anders dan een besparing? Dat is een zorg dicht bij huis die weggevallen is. Voor die mensen is dat een besparing, zoals uw partij in dit halfroond nog gezegd heeft toen mevrouw De Block dat wou doorvoeren.

Mijn vraag is dus heel concreet. Welke materniteiten wilt u sluiten? In het rapport van het Kenniscentrum ging het destijds over efficiëntiewinst. Ik stel mij er vragen bij of bevallingen efficiënt moeten zijn. Er werd heel duidelijk in het rapport gesteld dat de kwaliteit van de zorg in die kleinere materniteiten zeker goed was. Daarnaast horen we uit veel getuigenissen dat in die kleinere materniteiten vaak sociaal zwakkere personen komen bevallen, wat betekent dat de familie dan niet meer op bezoek zal kunnen komen. Ik denk dat dat een belangrijk punt is om over na te denken, maar ik zie dat u blijkbaar vastbesloten bent om die materniteiten te sluiten.

Wat het inzetten op daghospitalisatie betreft, daar hebt u ook niet op mijn vragen geantwoord. Er gaat namelijk inderdaad meer geld naar de ziekenhuizen, onder andere door het wittewoedefonds en door de loonsverhogingen, onder meer via het IFIC-systeem. Maar u weet ook dat dat niet genoeg is. Als we dan inderdaad gaan naar forfaitaire financiering, dan vrees ik dat de mensen altijd maar sneller naar huis gestuurd zullen worden – dat zie ik ook als huisarts steeds meer gebeuren – en dat de werkdruk op het personeel ter plaatse steeds groter zal worden. Ik heb u ook niet gehoord over mijn vraag of u werk zult maken van de omkaderingsnormen.

03.10 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Lorsqu'il faut parcourir de nombreux kilomètres supplémentaires pour se rendre dans une maternité en raison de la fermeture d'une maternité plus proche, comment décrire cette situation autrement qu'en affirmant qu'il s'agit d'une mesure d'économie? Quelles maternités le ministre désire-t-il fermer? Dans son rapport, le Centre d'Expertise évoquait un gain d'efficacité, mais pourquoi les accouchements doivent-ils être efficaces?

Les hôpitaux bénéficieront en effet de budgets supplémentaires, mais ceux-ci seront insuffisants. Avec un financement forfaitaire, les patients seront renvoyés plus rapidement chez eux et la charge de travail du personnel va s'accroître. Le ministre n'a cependant pas évoqué cet aspect.

Le ministre veut rationaliser des éléments tels que les honoraires, au lieu de s'attaquer au nœud du

Ten slotte, u wilt blijkbaar wel een aantal zaken aanpakken, zoals de honoraria, waar ik mee akkoord ga. De kern van de zaak is echter dat de arts nog altijd gefinancierd blijft per prestatie. Die financiering zult u niet aanpakken. Ik denk dat daardoor wel een vorm van conflict kan blijven bestaan. Een arts zal niet langer via afdrachten, maar wel nog per prestatie worden betaald, en zal daardoor nog steeds worden gestimuleerd om veel prestaties te verrichten. Ik denk dat we ons hier verder moeten over buigen en werk moeten maken van een budget dat gelinkt is aan de populatie. Daar is op internationaal vlak al ervaring mee. We moeten dan ook de vraag stellen hoe we de mensen gezond kunnen houden in een bepaalde regio, met een geïntegreerde financiering, en afstand doen van de prestatiegebonden financiering. Marc Noppen gaf daar ook al voorbeelden van. Ook anderen hebben in dit opzicht al voorstellen gedaan. Ik vind dat we in die zin moeten verdergaan, maar ik zie u geen komaf maken met de besparingslogica van voormalig minister van Volksgezondheid De Block, en dat baart me zorgen.

03.11 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, je n'ai eu droit à aucune réponse. Dont acte. Je ne vais pas reposer mes questions ni tenter de vous pousser un peu plus en avant.

Comme ma collègue Nathalie Muylle, je pense que nous aurons besoin de débats plus approfondis, sinon vous n'abordez que ce qui vous intéresse.

Il va y avoir des vitesses différentes et des calendriers différents. Pour le forfait 2025, vous touchez tout de suite à des mannes comme la biologie clinique, la radiologie, les médicaments et les suppléments, qui vont amputer de façon importante le financement des hôpitaux. Pour la transition dans le chemin que vous décrivez jusqu'en 2025, il faut garantir des moyens suffisants aux hôpitaux. Autrement, il y aura un impact majeur sur le personnel, sur les projets, sur les patients et sur la qualité des soins.

En outre, je vous ai demandé qui allait réaliser cette étude approfondie qui va demander du temps. Vous ne m'avez pas répondu. Je voudrais que cela soit clarifié car je ne voudrais pas que les décisions se prennent entre quelques-uns, car tous les acteurs concernés doivent être inclus dans la réforme du financement des hôpitaux.

Enfin, il faudra avoir un discours vérité pour les patients sur la fermeture de maternités ou d'autres services et de certaines consultations. Il faudra aussi avoir un discours vérité parce que, pour certains, il faudra plusieurs semaines pour attendre une résonance magnétique nucléaire. Je vous incite à un discours vérité sinon ce sont les hôpitaux, les médecins, les soignants qui devront expliquer l'impact direct sur les patients alors que les politiques ne l'auront pas fait. C'est un minimum de respect par rapport à la réforme et aux décisions politiques à venir.

03.12 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik hoop dat u ook een becijferd plan voorlegt, want er wordt heel veel geld verschoven. De ziekenhuisfinanciering is een heel complex breiwerk. Als u aan één draadje trekt, dan rafelt heel dat breiwerk uit. Ik denk daarom dat het laatste woord nog niet is gezegd over de retroactieve standstill, de

problème, à savoir le financement par prestation. Cette situation pourrait générer des conflits de façon permanente. Un médecin sera toujours stimulé à accomplir un grand nombre de prestations. Nous devons élaborer un budget qui serait lié à la population, avec un financement intégré. Je suis inquiète de constater que le ministre ne s'écarte pas de la logique d'économies initiée par la précédente ministre de la Santé publique, Mme De Block.

03.11 Catherine Fonck (cdH): U gaat enkel in op de vragen die u interesseren en hebt mijn vragen niet beantwoord. U raakt meteen aan de klinische biologie, de radiologie, de geneesmiddelen en de supplementen, wat het budget van de ziekenhuizen onmiddellijk zal doen krimpen. Tijdens die overgangperiode zal er moeten worden gegarandeerd dat ze voldoende middelen hebben om kwalijke gevolgen voor het personeel, de projecten, de patiënten en de zorgkwaliteit te voorkomen.

Men zal de waarheid moeten vertellen over de sluiting van kraamafdelingen en andere diensten, over de toegang tot bepaalde consulten, de wachttijden voor NMR-scans en men zal er ook moeten voor zorgen dat het niet de artsen en het zorgpersoneel zijn die de gevolgen van uw beslissingen zullen moeten uitleggen in plaats van degenen die ze genomen hebben.

03.12 Frieda Gijbels (N-VA): J'espère que le ministre présentera un plan chiffré. Il est procédé à d'importants glissements financiers. Le financement des hôpitaux

afdrachten, het terugschroeven van de ereloonsupplementen en de pathologieforfaits. Er zal zeker nog heel wat studiewerk en heel wat overleg aan te pas komen.

U geeft aan dat de focus op kwaliteit moet liggen, waarmee ik het helemaal eens ben, maar het is me niet duidelijk hoe dat precies zal worden geëvalueerd.

Ik hoop tegelijkertijd dat de artsen en de ziekenhuizen nog voldoende het roer in eigen handen zullen kunnen nemen en zelf met bottom-upvoorstellen kunnen komen. Wanneer zij zelf efficiëntiewinsten kunnen realiseren, dan hoop ik dat dit ten goede kan komen aan het netwerk of het ziekenhuis, zodat zij zelf de voordelen ervan zullen inzien.

Zoals collega Muylle al zei, ik hoop dat wij hierover nog vaker op een gedegen manier van gedachten kunnen wisselen in het Parlement.

03.13 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik dank u ook omdat u in overleg wilt gaan, hoewel mij dat logisch lijkt. Het is goed dat u de verschillende stakeholders en het Parlement wilt betrekken. Ik denk dat er heel veel vragen zijn, maar die kunnen vandaag, gezien het tijdsbestek, niet aan de orde komen.

Ik wil nog twee elementen aanhalen.

Ten eerste, de discussie over de forfaits en de terechte zorg over data, die ook mevrouw Gijbels deelt, doet me denken aan dezelfde discussie die we voerden in 2018, toen we met laagvariabele zorg zijn gestart. Er was toen ook heel veel voorbehoud. We starten vandaag niet met een wit blad. Ik heb al een paar keer naar de evaluatie van de laagvariabele zorg gevraagd. Ik stel vast dat dit in de ziekenhuizen waar ik actief ben vandaag vrij goed verloopt. In die zin is hieruit veel te leren. We evolueren naar een meer complexe zorg, wat het ook complexer maakt, maar we starten niet met een wit blad. De laagvariabele zorg loopt goed vandaag. Daaruit kunnen we zeker zaken leren.

Ten tweede, u hebt duidelijk uitgelegd waar u naartoe wilt met de netwerken. Ik ben het daarin volledig met u eens. Als ik voel wat er leeft op het terrein, kan ik zeggen dat er ook nood is aan een aantal quick wins. De Federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) zegt dat er op het vlak van de psychiatrie, de kinderpsychiatrie, de revalidatie, de psychiatrie bij ouderen snel iets moet gebeuren. De programmatiecriteria zijn te oud en de noden zijn zeer groot. De FRZV heeft al mooi werk geleverd, bijvoorbeeld voor de reconversie van bedden voor de psychiatrie. Ik hoop dat u ook daar het laaghangend fruit plukt.

03.14 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil dat bevestigen.

03.15 Nathalie Muylle (CD&V): Dat is heel goed. Dat is heel belangrijk.

03.16 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, ik dank u

est un maillage complexe. De nombreuses études devront encore être menées. Bien sûr, l'accent doit être mis sur la qualité des soins, mais je ne vois pas trop comment cela sera évalué. J'espère que les hôpitaux eux-mêmes seront encore en mesure de se gérer suffisamment.

03.13 Nathalie Muylle (CD&V): Nous avons également mené la discussion sur les forfaits en 2018 et nous avons commencé avec les soins à basse variabilité. Dans les hôpitaux où je suis active, ces soins à basse variabilité se déroulent bien. Nous pouvons en tirer des enseignements.

Il faut réaliser des *quick wins*. Le Conseil fédéral des Établissements hospitaliers estime que des mesures doivent être prises d'urgence dans le secteur de la psychiatrie. Ce conseil a déjà fourni du bon travail avec la reconversion de lits pour la psychiatrie. J'espère que le ministre optera pour des solutions faciles.

03.14 Frank Vandenbroucke, ministre: Je peux vous le confirmer.

03.16 Gitta Vanpeborgh

voor uw antwoorden.

Ik heb goed geluisterd en ik kijk dan vooral naar mevrouw Merckx. Mijnheer de minister, het is goed dat u aangeeft dat het geen besparingsoperatie is, maar dat het de bedoeling is de nieuwe middelen beter in te zetten en beter te besteden. De vier doelstellingen staven dat ook. Op dat vlak ben ik dus zeker gerustgesteld.

Over de netwerken hebt u een punt. Ze zijn daar. Ze zijn niet altijd ideaal, maar ook in mijn regio beginnen ze beter samen te werken. U moet die samenwerking tussen de netwerken inderdaad blijven stimuleren.

Ook op de timing hebben we nu een beter zicht gekregen, waarvoor dank. Het is wel een heel ambitieuze timing. Ik hoop echt dat u ze haalt. Ik ben er immers van overtuigd dat het een ongelooflijk belangrijke en moeilijke uitdaging is.

Ik kom ter zake ook even terug bij mevrouw Merckx. Een en ander gaat niet alleen over spanningen die te maken hebben met geldstromen of spanningen tussen netwerken, maar ook binnen netwerken.

Ik geef ter afronding graag het voorbeeld uit mijn regio. Dat ging over een materniteit die binnen hetzelfde netwerk werd overgeplaatst naar een ander ziekenhuis binnen dezelfde ziekenhuisgroep, op amper zeven kilometer daarvandaan. Dat heeft ongelooflijk veel tweegebracht. Het gaat dus over meer dan kilometers of geld. Het gaat ook over heel veel emoties die daarmee gepaard gaan. Ik kan u het voorbeeld zeker eens geven. U zult er versteld van staan.

Ik hoop tot besluit in ieder geval dat het zal lukken binnen de timing. Er is immers absoluut nood aan.

03.17 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je profite de ce débat d'actualité car j'ai été interpellée par votre note, à l'instar de mes collègues. Je me réjouis de votre précision quant à dire que votre note sera le point de départ d'une concertation qui se veut large avec les acteurs concernés. Je pense que c'est la moindre des choses.

Par contre, ce qui me pose plus de questions, c'est quand vous dites que cette note ne poursuit pas l'objectif de faire des économies, mais d'investir. C'était précisément ce qui avait été promis, il y a un peu plus de deux ans, par Mme De Block. Elle déclarait alors concernant la mesure touchant les maternités que le but, à terme, serait justement de réduire le coût sociétal moyen par accouchement pour libérer des moyens à investir dans d'autres domaines de soins. Nous n'avions obtenu aucune garantie à cet égard à l'époque. J'ose espérer que nous obtiendrons ces garanties à l'avenir avec vous.

Vous nous dites que le but n'est pas de privilégier la quantité mais bien la qualité. Or, aujourd'hui, vous ne vous êtes pas prononcé sur cette mesure touchant les maternités. Si des maternités sont de nouveau menacées de fermeture, c'est parce qu'elles ne pratiquent pas assez d'accouchements, indépendamment de tous les autres services qu'elles offrent. Il y existe un service personnalisé offert aux patientes elles-mêmes avant, pendant et après l'accouchement, mais aussi un service pour pouvoir détecter rapidement les problèmes

(Vooruit): C'est une bonne chose que le ministre insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une opération destinée à faire des économies. Ce qui est important, c'est de stimuler la collaboration entre les réseaux. Le calendrier proposé par le ministre est très ambitieux. J'espère qu'il pourra être respecté.

La réforme provoquera évidemment des réactions émotionnelles. Lorsque la maternité du réseau d'hôpitaux de ma région a été déplacée vers un autre hôpital situé à seulement sept kilomètres, cela a pourtant suscité de nombreuses réactions.

03.17 Sophie Rohonyi (DéFI): De bedoeling van uw nota is dat er meer geïnvesteerd wordt. Twee jaar geleden deed mevrouw De Block dezelfde belofte en was het de bedoeling dat de maatregel met betrekking tot de kraamklinieken de gemiddelde maatschappelijke kostprijs per bevalling zou doen dalen, waarna de vrijgekomen middelen in andere domeinen konden worden geïnvesteerd. Ik hoop dat wij van u wél garanties zullen krijgen op dat gebied.

U zegt dat u de kwaliteit op de voorgrond stelt, maar doet geen uitspraken over de kraamklinieken op zich. Indien een kraaminrichting met sluiting bedreigd wordt, dan is dat enkel omdat er daar onvoldoende bevallingen uitgevoerd worden, onafhankelijk van de andere diensten die er voor,

touchant les nourrissons et les maladies infantiles. J'ai pu le constater de mes propres yeux lorsque j'ai eu l'occasion de visiter, suite au rapport du KCE en février 2020, la maternité de Heusy.

Vous nous dites aujourd'hui que vous allez tenir compte de cette proximité pour les patientes, mais vous ne nous dites toujours pas comment. À l'époque, le rapport du KCE garantissait un trajet maximal de 30 minutes, mais il ne tenait pas compte de la densité du territoire wallon, des endroits mal desservis en transports en commun, des chiffres de l'Observatoire de la Santé du Hainaut qui témoignent d'inégalités en matière de santé – et donc de la nécessité de maintenir certaines maternités pour ne pas accentuer ces inégalités –, du nombre de consultations pré- et post-natales ou encore des suivis de grossesses à risque. Tout ceci est aujourd'hui permis par ces maternités indépendamment du nombre d'accouchements auxquels elles procèdent.

J'ose donc espérer sincèrement que la concertation que vous promettez aujourd'hui permettra de tenir compte de l'ensemble de ces facteurs.

tijdens of na de bevalling aangeboden worden en van de opsporing van problemen bij zuigelingen en van kinderziekten.

U zegt niet hoe u voor de aanstaande moeders met het nabijheidscriterium rekening zult houden. In het rapport van het KCE wordt er gegarandeerd dat de reistijd maximaal 30 minuten mag bedragen, waarbij er echter geen rekening gehouden wordt met de bevolkingsdichtheid in Wallonië, de plaatsen zonder openbaar vervoer of de cijfers van het Observatoire de la Santé du Hainaut, waaruit blijkt dat op het vlak van gezondheid niet iedereen gelijk is.

Ik hoop dat al die factoren deze keer aan bod zullen komen tijdens het door u beloofde overleg.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.56 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 56.