

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 1 FEVRIER 2022

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 1 FEBRUARI 2022

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 antigenests 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 antigenests" (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 heeft zich 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 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 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?

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 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 vaccinatiocertificaat. 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 vaccinatiocertificaat?

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 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.

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 dangerosité.

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 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 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.

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 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 betreuren. 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.

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 wegleggen, 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 gerede 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, 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

mondmaskers 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?

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 gebruikersovereenkomst van Vaccinnet die iedere gebruiker moet ondertekenen vooraleer ze gebruik kunnen maken van Vaccinnet.

Meer specifiek beklemtoon ik dat elke deelstaat verantwoordelijk is 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 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 overgangsperiode voorzien voor 12 tot 17-jarigen, tot het moment waarop ook zij een boostervaccinatie kunnen ontvangen.

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 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 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 refilez 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 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 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, mondmaskerplicht 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 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 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 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.

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.

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.

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.

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 artsquota" (55024141C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsquota" (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 rechtszekerheid inzake de toegang tot het artsenberoep 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 onderhandelingstafel, 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 artsenquota. 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 responsabiliseringmechanisme 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 responsabiliseringmechanisme 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 werkomstandigheden 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 prestatiegeneeskunde? 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 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?

Le président: Madame Rohonyi, vous avez la parole pour vos deux questions.

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?

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?

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 hefboomen 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 analyzewerk 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 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 uitlachen 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 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?

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.

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, 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 plaçons véritablement pour une concertation efficace entre les 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.

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 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 efficience 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.

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?

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 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 bevoegdheidssterrein 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 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 hôpitaux. 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.

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 Bacquellaine 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 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 allerlei 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 dispaat 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 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 geconcipieerd. 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.

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.

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 tijdskritisch 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 kwaliteitsindicatoren 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.

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 ereloonsupplementen, 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.

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.

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 opdrachten, 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 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 forfaiten 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 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 teweegebracht. 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 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 Heuzy.

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.

*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.*