

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 8 FEVRIER 2022

DINSDAG 8 FEBRUARI 2022

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 16 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.16 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] Débat d'actualité sur les médicaments contre le corona et questions jointes de

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'efficacité des anticorps monoclonaux" (55022995C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments contre le coronavirus" (55023037C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les antiviraux" (55023099C)
- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'achat de doses de molnupiravir dans la lutte contre le Covid-19 et la Taskforce COVID Therapeutics" (55023169C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les réserves émises par la task force concernant l'acquisition de molnupiravir" (55023266C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'achat de médicaments destinés au traitement des patients atteints du covid" (55023323C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les antiviraux contre le covid" (55023725C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité et l'administration du nouveau médicament Molnupiravir" (55024326C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pilules contre le Covid-19" (55024334C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'homologation et la disponibilité du Paxlovid" (55024463C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments contre le Covid-19" (55024975C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les moyens antiviraux contre le Covid-19" (55024995C)

[01] Actualiteitsdebat over de medicijnen tegen corona en toegevoegde vragen van

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werkzaamheid van monoklonale antilichamen" (55022995C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medicijnen tegen corona" (55023037C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De virusremmers" (55023099C)
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aankoop van dosissen molnupiravir in de strijd tegen COVID-19 en de Taskforce COVID Therapeutics" (55023169C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorbehoud van de taskforce over de aankoop van molnupiravir" (55023266C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aankoop van geneesmiddelen om covidpatiënten te behandelen" (55023323C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De antivirale middelen tegen covid" (55023725C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beschikbaarheid en de toediening van het nieuwe geneesmiddel Molnupiravir" (55024326C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De pillen tegen COVID-19" (55024334C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De goedkeuring en de beschikbaarheid van Paxlovid" (55024463C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geneesmiddelen tegen COVID-19" (55024975C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Antivirale middelen tegen COVID-19" (55024995C)

01.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, nous avons abordé à plusieurs reprises la question des anticorps monoclonaux. Bien sûr, la vaccination reste l'arme la plus efficace pour vaincre cette pandémie. Toutefois, nous savons aussi que la quatrième dose chez les patients immunodéprimés ne garantit pas toujours une véritable protection. À ce titre, les anticorps monoclonaux peuvent leur offrir une autre possibilité.

Il ressort des dernières déclarations de l'OMS que certains anticorps monoclonaux ne soient pas très efficaces contre le variant omicron. Nous devons évidemment en tenir compte. Cependant, ils présentent une certaine efficacité en vue d'éviter certaines formes graves, s'ils sont administrés chez les patients immunodéprimés peu de temps après l'infection.

Par ailleurs, d'autres médicaments font leur apparition. Il semblerait ainsi que le Xevudy (Sotrovimad-GSK) produise des résultats. C'est, du reste, le médicament qui est prescrit dans notre pays.

Monsieur le ministre, qu'en est-il aujourd'hui en Belgique de l'utilisation des anticorps monoclonaux et des autres traitements, notamment la pilule anticovid de Pfizer, qui vient d'être reconnue par l'Agence européenne des médicaments?

J'entends que 10 000 doses ont été commandées. C'est beaucoup moins que dans certains pays. Dès lors, quel plan d'action relatif aux médicaments antiviraux et monoclonaux comptez-vous développer?

De **voorzitter**: De heer Creyelman is verontschuldigd. Mogelijk sluit hij later nog aan.

01.02 Kathleen Depoorter (N-VA): *Mijnheer de minister, in een persmededeling lees ik dat er bilaterale gesprekken zijn tussen ons land en de producenten van de medicijnen.*

Er zou sprake zijn van de aankoop van 10.000 doses voor onze patiënten van het middel Molnupiravir van Merck.

Zijn er ook gesprekken lopende met de firma Pfizer voor de aankoop van Paxlovid?

Hoeveel doses zou u hiervan aankopen?

Een aantal landen nam de beslissing om de virusremmers aan te kopen sneller en werden op vandaag al voorzien van de medicatie. Het valt daarbij op dat verschillende landen zich richten naar de aankoop van 1% doses ten opzichte van de bevolking. Zo bestelde de UK 500.000 doses van een bevolking van 50 à 60 miljoen. In deze filosofie zou ons land 100.000 doses moeten bestellen. Op basis van welke gegevens werd uw beslissing genomen, welk advies heeft u gevolgd?

Om de COVID-pandemie het hoofd te bieden werd door de federale overheid – op basis van advies verstrekt door de Task Force – beslist om verschillende vaccins aan te kopen en in te zetten. Molnupiravir MK-4482, EIDD-2801) is een oraal toegediende vorm van een analoog ribonucleoside ontwikkeld door Merck dat de replicatie van COVID verhindert. Onderzoek geeft aan dat er geen wisselwerking met andere medicijnen werd vastgesteld. De Belgische regering besliste echter om een beperkt aantal vaccins (10.000) van dit type te bestellen.

Mijn vragen voor de minister

1. Kan de minister bevestigen dat er 10.000 dosissen besteld werden?

2. Wat is de reden voor het relatief beperkt aantal aankopen/bestellingen? Hoe werd dit beargumenteerd?
3. Hoe reageert de minister op het feit dat andere landen e.g. Duitsland, Oostenrijk, Denemarken relatief meer dosissen hebben aangeschaft?
4. In welke mate verschillen de adviezen van voorgenoemde landen van deze van de Task Force?
5. Is het verschil in advies de reden waarom er door België relatief minder dosissen werden besteld? Zo neen, wat is dan de reden?
6. Kan de minister een update geven over hoeveel contracten er voor Molnupiravir door andere actoren/overheden werden afgesloten?

Om gevolgen van de COVID-epidemie te milderen is het vaccineren van de bevolking en de behandeling van patiënten bijzonder belangrijk. Het aankopen van geneesmiddelen hiervoor is het logische verlengstuk.

Mijn vragen voor de minister

1. Tot de aankoop van welke geneesmiddelen en in welke aantallen werd tijdens de ministerraad van 10 december 2021 overgegaan?
2. Hoe verliep de aankoopprocedure?
3. Kan de minister aangegeven welke aantallen van geneesmiddelen tegen welke prijs werden/worden aangekocht?
4. Welke producten werden niet weerhouden? Graag argumentatie achter de beslissing om niet te weerhouden.
5. Wanneer en in welke aantallen zullen deze beschikbaar zijn? Graag een indicatieve tijdslijn.
6. Voorziet de minister een bijstelling van aantallen en of prijs?
7. Werd voorzien in reservebestelcapaciteit? Zo ja, tegen welke aantallen en prijs? Zo nee: waarom niet?

We ontvingen het bericht dat Molnupiravir ondertussen door de bevoegde diensten werd aangekocht. Het zou gaan om 11.000 eenheden. De inzet hiervan kadert in het beleid dat de minister t.a.v. de beheersing van de COVID-pandemie wil uitvoeren. Ook de aankoop van Paxlovid zou op dit moment behandeld worden.

Mijn vragen voor de minister:

1. Hoe motiveert de minister de aankoop van 11.000 stuks van Molnupiravir? Wordt dit aantal doelmatig en in verhouding geacht?
2. Voorziet de minister een bijkomende aankoop? Zo ja, binnen welk kader, prijs en voorwaarden kan dit gebeuren?
3. Hoeveel van deze hoeveelheid werd ondertussen voorgeschreven? Graag een weekoverzicht van de aantallen vanaf de concrete uitrol tot laatst beschikbare meetdatum.
4. Op basis van welke argumentatie werd beslist om de verdeling enkel in de ziekenhuizen te laten gebeuren?
5. Wat is de huidige stand van zaken betreffende de aankoop van Paxlovid?

Deze maand zouden artsen beschikking moeten hebben over een nieuw medicijn tegen COVID volgens berichtgeving in verschillende media. Momenteel zou het gaan om een klinische proef van het medicijn Lagevrio (bevat de molecule molnupiravir) en wordt geproduceerd en op de markt gebracht door MSD. Op dit moment is het medicijn echter nog niet goedgekeurd in Europa. Ook zouden er op dit moment 10.000 dosissen aangekocht worden en wil men die deze maand nog toedienen. Huisartsen zouden met die middel

ook risicopatiënten kunnen behandelen.

Mijn vragen voor de minister:

1. Kan de minister bevestigen dat bewoners van rusthuizen nog deze maand de kans krijgen om het geneesmiddel molupiravir toegediend te krijgen?
2. Gebeurt deze uitrol binnen een context van een klinische proef?
3. Wanneer start het programma?
4. Hoe zal de evaluatie hiervan gebeuren? Graag een hieraan verbonden (indicatieve) tijdslijn

Op 21 januari keurde de Hoge Gezondheidsraad in Frankrijk het geneesmiddel Paxlovid van de fabrikant Pfizer goed (voor het gebruik bij volwassenen). Het middel kan ingezet worden om de aanhoudende COVID-pandemie in te dijken. Paxlovid kan het risico op ziekenhuisopname met 85% verminderen en is effectief tegen de momenteel heersende Omikron-variant. In Frankrijk zouden ten minste een half miljoen tot enkele miljoenen dosissen besteld kunnen worden. Ook in België is een dossier lopende om het middel goed te keuren.

Mijn vragen voor de minister:

1. Wat is de actuele stand van het goedkeuringsdossier van het middel Paxlovid?
2. Werd er reeds een goedkeuring gegeven door de Hoge Gezondheidsraad of het CTG?
3. Wanneer wordt de beschikbaarheid van het middel verwacht en in welke aantallen?
4. Hoe zullen ze verdeeld worden?

01.03 **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, les traitements oraux présentés depuis maintenant plusieurs semaines sont des atouts supplémentaires pour diminuer la pression sur les hôpitaux et sur notre système de soins de santé, l'objectif étant évidemment d'empêcher des hospitalisations. J'ai déjà pu vous interroger à ce sujet.

Comme vous l'avez annoncé, notre pays a négocié avec la firme Merck pour l'achat de 10 000 doses d'un traitement de cinq jours contre le covid-19. Une *task force* baptisée "Covid Therapeutics" a d'ailleurs récemment été mise en place. Elle est chargée de coordonner l'achat de ces médicaments et a recommandé l'achat de 10 000 doses d'un autre traitement contre le coronavirus, le Paxlovid, qui réduirait de près de 90 % le risque d'hospitalisation et de décès chez les personnes non vaccinées atteintes du coronavirus.

Monsieur le ministre, comment fonctionne la *task force* Covid Therapeutics aux côtés de la *task force* Vaccination et de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)? Des experts participent-ils à ces deux groupes liés entre vaccination et autres médicaments?

Quelles sont précisément les demandes du gouvernement concernant ces traitements oraux contre le covid-19 et leur accessibilité?

Considérant l'acquisition annoncée de 10 000 doses de chacun de ces traitements, jugez-vous ce nombre suffisant, et sur quelle base scientifique et besoins médicaux ce nombre a-t-il été déterminé? Planifiez-vous des achats supplémentaires à court terme?

01.04 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Farmabedrijven Merck en Pfizer hebben elk een beloftevol kandidaat-medicijn tegen COVID-19 in de pijplijn. Ze publiceerden daartoe de jongste maanden hoopvolle resultaten. Molnupiravir van Merck zou de kans op ziekenhuisopname reduceren met 30% bij volwassenen met een verhoogd risico op covid. Bij Paxlovid van Pfizer, zou het risico zelfs met 89% afnemen. Het middel van Merck kreeg zelfs al een voorlopige goedkeuring van het EMA.

Waarom heeft ons land in dit kader nog geen bestelling geplaatst, terwijl andere landen dat wel al deden?

Viroloog Johan Neyts van de KU Leuven stelt in de media het volgende: "De internationale vraag neemt snel toe en het is maar de vraag in hoeverre de productie de vraag zal kunnen volgen. We zouden toch zeker moeten zien dat we snel aan voldoende dosissen geraken om de meest kwetsbaren te kunnen behandelen."

Hij maakt zich met andere woorden ongerust dat ons land door het uitblijven van een beslissing potentieel achteraan het rijtje zal moeten wachten op de levering. Hoe zal de minister dit probleem ondervangen? Ziet de minister dit soort medicijnen als een potentieel alternatief voor vaccinatie?

01.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, uit de pers vernam ik dat er ongeveer 10.000 dosissen Paxlovid van Pfizer en molnupiravir van MSD zijn aangekocht. De prijs in België is niet bekend, wel die in de Verenigde Staten, namelijk zo'n 126 euro voor een behandeling met molnupiravir en 470 euro voor een behandeling met Paxlovid.

Welk budget heeft België daarvoor uitgetrokken? Hoeveel hebt u in totaal betaald voor die pillen? Hoeveel behandelingen hebt u precies besteld? Gaat het inderdaad over 10.000 dosissen? Werden er nadien nog extra bestellingen gedaan? Hoeveel wordt er betaald voor een behandeling met Paxlovid en hoeveel voor een behandeling met molnupiravir?

Hoe verliepen de onderhandelingen met de producenten? Gaat het om geheime contracten met toepassing van artikel 111 of 81, zoals de berichtgeving lijkt aan te geven? Wanneer en waar wordt die medicatie vandaag ingezet?

01.06 Robby De Caluwé (Open Vld): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Op donderdag 27 januari heeft het Europees Geneesmiddelenbureau EMA groen licht gegeven voor de inzet van Paxlovid, de coronapil van Pfizer. Midden december had het EMA al goedkeuring gegeven voor het gebruik van het medicijn in noodgevallen. Nu krijgt Paxlovid een voorwaardelijke toelating voor de brede markt. De Europese Commissie moet het advies nog officialiseren.

Hoeveel (verschillende soorten) geneesmiddelen die groen licht gekregen hebben van het EMA, type pil, heeft ons land reeds besteld? Wanneer worden deze leveringen verwacht?

01.07 Nawal Farih (CD&V): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

In december kondigde u nog aan 10.000 dosissen van Molnupiravir van het bedrijf Merck besteld te hebben in het kader van een Europese joint procurement, met de optie om nog aanvullende schijven aan te kopen. Wat betreft het antiviraal middel dat uitgewerkt werd door Pfizer, met name Paxlovid, kondigde u aan dat er binnen BENELUXA een initiatief zou volgen.

Beide middelen zijn bedoeld om hoogrisicopatiënten te behandelen. De behandeling moet worden gestart in de eerste vijf dagen van een symptomatische (bevestigde) infectie met Sars-CoV-2. Beide middelen kregen reeds goedkeuring van de FDA in de Verenigde Staten en een voorwaardelijke toelating van het Europees Geneesmiddelenagentschap.

Intussen kondigde de Task Force Therapeutics midden januari aan dat België 11.520 dosissen Molnupiravir besteld heeft en dat de onderhandelingen met Pfizer over de aankoop van Paxlovid intussen afgerond worden over de aankoop van 10.000 behandelingen van Paxlovid.

Volgens de Task Force Therapeutics zal de introductie van beide middelen in de eerste lijn starten met een experimenteel onderzoek. Voor Paxlovid moeten de details daarvan nog worden uitgewerkt.

Mijn vragen voor u:

Hoeveel dosissen van Molnupiravir werden intussen al geleverd? Wat is de timing voor de leveringen? Wordt er al nagedacht over bijkomende bestellingen?

Zijn de onderhandelingen met Pfizer over de aankoop van Paxlovid intussen afgerond? Werden er al dosissen besteld? Zo ja, hoeveel en wanneer zullen deze geleverd worden?

Zijn er al studies over de werkzaamheid van deze antivirale middelen tegen de Omikronvariant? Hoe goed beschermen deze middelen tegen ernstige symptomen van deze variant?

Wat houdt de introductie van beide middelen in de eerste lijn precies in? Hoe ziet men dit experimenteel onderzoek waarnaar verwezen wordt?

Wanneer denkt u deze middelen op grote schaal voor de hoogrisicopatiënten te kunnen inzetten?

01.08 Minister Frank Vandenbroucke: De nieuwe covidgeneesmiddelen hebben de bedoeling om de progressie van de ziekte af te remmen, bij tijdige opstart. In de eerste klinische studies bij specifieke risicopatiënten resulteerde dat in minder ziekenhuisopnames en mogelijk ook minder overlijdens. In de klinische setting en voornamelijk bij gevaccineerde patiënten, moet dat nog aangetoond worden.

De monoklonale antilichamen worden intraveneus of subcutaan toegediend. De antivirale middelen die oraal gegeven worden, hebben het theoretische voordeel dat ze ook in de ambulante praktijk opgestart kunnen

worden. De grote uitdaging in de praktijk bestaat erin die geneesmiddelen binnen de drie tot vijf dagen na de eerste covidsymptomen op te starten bij de juiste risicopatiënten.

De geneesmiddelen hebben ook een aantal bijwerkingen en er is nog een aantal onbeantwoorde vragen op het vlak van de patiëntveiligheid en contra-indicaties. Het tijdige gebruik bij de juiste patiënt dient dus nader onderzocht te worden om een doelmatig gebruik van die mogelijke innovaties te bevorderen.

Ik wijs ook graag op de mogelijke herbestemming van geneesmiddelen die al op de markt zijn, bijvoorbeeld fluvoxamine. Van die producten verschijnen nu de eerste studieresultaten. Hun veiligheidsprofiel is natuurlijk al beter bekend, waardoor ze mogelijk ook kunnen worden ingezet.

Ce type de traitement médicamenteux ne peut en aucun cas remplacer la vaccination dont les bénéfices sont désormais bien connus. La vaccination est et reste l'arme la plus importante dans la lutte contre le covid-19.

Afin de pouvoir nous procurer rapidement les nouveaux antiviraux oraux et d'autres médicaments contre le covid-19, après une première évaluation des données probantes par des experts, j'ai mis en place la *task force* Covid Therapeutics. Cette *task force* est dirigée par le professeur Dirk Ramaekers qui dirige également, comme vous le savez, la *task force* Vaccination. La *task force* Covid Therapeutics est intégrée au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et travaille en étroite collaboration avec l'unité d'évaluation des médicaments de la Commission de remboursement des médicaments de l'INAMI, le SPF Santé publique, Sciensano et l'AFMPS. La *task force* comprend également des cliniciens experts tant des hôpitaux que de la première ligne de soins des deux parties du pays. Elle coordonne les questions suivantes: les décisions d'achat des médicaments contre le covid-19, y compris la détermination des volumes à acheter, le positionnement de ces médicaments dans l'arsenal thérapeutique et la population cible, l'élaboration de *guidelines* pour les soins de première ligne et pour l'hôpital pour lesquels des groupes de travail spécifiques ont été mis en place, les études de *health technology assessment*, c'est-à-dire une analyse de leur sécurité, de leur efficacité clinique et de la relation entre leur coût et leur valeur thérapeutique ainsi que leur impact budgétaire, les questions relatives à la distribution contrôlée et à la collecte de données sur les résultats afin de pouvoir ajuster le positionnement et l'indication correcte.

Sinds zijn oprichting op 1 december, heeft deze taskforce aanbevelingen geformuleerd over de aankoop van vier geneesmiddelen die kunnen worden ingezet als behandeling tegen COVID-19. Ik heb beslist om die adviezen te volgen. Dat betekent dat we voor molnupiravir, waarvan de merknaam Lagevrio is, 10.000 behandelingen hebben gekocht; voor sotrovimab, met als merknaam Xevudy, 20.000 dosissen; voor nirmatrelvir/ritonavir, met als merknaam Paxlovid, 10.000 behandelingen en voor remdesivir, met merknaam Veklury, 5.300 dosissen.

Veklury en Xevudy worden aangekocht via de Europese procedure voor gezamenlijke aankoop. Paxlovid en Lagevrio worden aangekocht via een bilateraal contract, aangezien er nog geen procedure is voor een gezamenlijke aankoop van deze producten op Europees niveau. De prijs van de producten is confidentieel.

Xevudy en Veklury zijn reeds beschikbaar en worden in de ziekenhuizen gebruikt, conform de behandelrichtlijnen die door de richtlijnenwerkgroep voor ziekenhuizen zijn opgesteld.

Een eerste levering van 2.880 behandelingen Lagevrio is aangekomen. De overige behandelingen worden weldra verwacht. Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan het contract met Paxlovid. De eerste leveringen worden verwacht in het eerste kwartaal van dit jaar.

De taskforce baseert zich op wetenschappelijke informatie die beschikbaar en gekend is op het moment dat het advies wordt verleend. Adviezen kunnen dus onderhevig zijn aan wijzigingen, mocht nieuwe informatie beschikbaar worden. Voor het advies over het aan te kopen volume voor Lagevrio heeft de taskforce rekening gehouden met de veiligheid, de werkzaamheid, de populatiekarakteristieken uit de klinische proeven, het aantal mensen dat behandeld dient te worden om een hospitalisatie te kunnen vermijden, de zogenaamde *Number Needed to Treat* (NNT) en de logistieke processen en distributiekanaalen om het geneesmiddel tot bij de patiënt te krijgen.

Het door België aangekochte volume van Lagevrio ligt in lijn met wat andere Europese landen, zoals Duitsland (80.000 behandelingen), Italië (50.000 behandelingen) en Zwitserland (8.640 behandelingen) hebben aangekocht. Dat wil zeggen tussen 0,8 en 1 behandeling per 1.000 inwoners. Oostenrijk heeft een

vrij grote bestelling geplaatst van 80.000 behandelingen, wat neerkomt op 9 behandelingen per 1.000 inwoners. Frankrijk had oorspronkelijk een bestelling van 50.000 behandelingen geplaatst, maar heeft die geannuleerd nadat is gebleken dat de onderzoeksresultaten van de volledige studie wezen op een minder gunstige werking van Lagevrio in vergelijking met de resultaten van de tussentijdse analyse.

Het aangekochte volume voor Denemarken is ons onbekend, net als de verantwoording van de andere landen met betrekking tot het aangekochte volume Lagevrio. Te benadrukken valt dat de finale review van het EMA nog lopende is.

De taskforce werkt in nauw overleg met het FAGG, de FOD Volksgezondheid, Sciensano en coördinerend-raadgevende artsen en andere betrokken partijen aan het beschikbaar stellen van molnupiravir in het kader van coviduitbraken in woonzorgcentra. De geplande startdatum is medio februari 2022. Het betreft hier geen klinische proef, maar een gecontroleerde terbeschikkingstelling van het geneesmiddel waarbij bijkomende data over gebruik, hospitalisatie en mortaliteit zal worden verzameld om zo de bestaande kennis omtrent het product verder uit te breiden. De data zullen maandelijks worden bekeken binnen de taskforce, tenzij een andere frequentie meer opportuun blijkt bij het verwerken van de data.

Daarnaast onderzoekt de taskforce de financiële en operationele haalbaarheid van een studie met een beperkt aantal huisartsen en in een beperkt aantal huisartsenpraktijken om een geïnformeerde beslissing te kunnen nemen over een adequaat gebruik van Lagevrio en Paxlovid voor de behandeling van COVID-19.

Inclusie van Lagevrio in een COVID-19 klinische studie in de eerste lijn wordt voorbereid. Meer dan 100 patiënten zullen zo in studieverband worden behandeld met Lagevrio. De snelheid van rekrutering zal sterk afhangen van de epidemische toestand. Ook voor een adequaat gebruik van Paxlovid voor de behandeling van COVID-19 wordt een project uitgewerkt.

De Taskforce COVID Therapeutics gaat ook andere pistes na om Paxlovid op een gecontroleerde manier ter beschikking te stellen van de Belgische bevolking, zoals via projecten die covidpatiënten opvolgen in thuissituatie door middel van telemonitoring. Het al dan niet op grote schaal ter beschikking stellen aan hoogrisicopatiënten is onder andere afhankelijk van de opgedane ervaring met de initieel aangekochte geneesmiddelen.

De klinische proeven voor Lagevrio en Paxlovid werden uitgevoerd vóór de opkomst van omikron. Een recente studie toont aan dat er in-vitroactiviteit tegen de omikronvariant blijft bestaan voor beide producten.

Zowel Lagevrio als Paxlovid werden aangekocht via een bilateraal contract tussen de Belgische staat en de firma, waarvan de inhoud confidentieel is.

Il n'y a actuellement pas encore d'autorisation de mise sur le marché pour Lagevrio par l'Agence européenne des médicaments. Un remboursement par l'INAMI n'est donc pas à l'ordre du jour.

Voor Paxlovid heeft het EMA op 27 januari 2022 een conditionele marktautorisatie verleend. Er werd door de firma nog geen aanvraag tot goedkeuring van terugbetaling gedaan bij het RIZIV. Er is ook geen advies van de Hoge Gezondheidsraad.

De motivering van de bestellingen waarover ik gesproken heb, kunt u lezen in het advies van de taskforce. Daarin vindt u ook de lijst van de leden en hun belangenconflicten. Dit alles is gepubliceerd op de KCE-website.

Als u in de zoekmachine de woorden "KCE Taskforce COVID Therapeutics" intikt, dan vindt u het gemakkelijk terug.

En ce qui concerne les anticorps monoclonaux, selon les études in vitro, le sotrovimab (Xevudy) semble conserver une efficacité bien que réduite contre le variant omicron. Ce médicament est actuellement disponible. Les hôpitaux et les médecins généralistes ont été informés. Ceux-ci ont reçu les informations incluant les conditions et les recommandations d'utilisation, le mode de commande, ainsi qu'un formulaire de demande. Ce médicament doit être utilisé conformément aux recommandations de Sciensano. Un panel d'experts médicaux préalablement désignés doit avoir émis un avis positif quant à l'administration du traitement à un patient covid-19.

Toujours selon les études in vitro, la combinaison tixagévimab/cilgavimab (Evusheld) semble également conserver une efficacité réduite contre le variant omicron.

Par ailleurs, tous les autres anticorps monoclonaux sont devenus quasiment inefficaces contre le variant omicron. L'Evusheld n'est pas encore disponible en Belgique car l'Agence européenne des médicaments n'a pas encore rendu d'avis d'autorisation de mise sur le marché.

Voor Regkirona, ook een monoklonaal antilichaam, besliste de taskforce het advies uit te stellen tot er meer informatie beschikbaar is over de werkzaamheid tegen omikron.

België is er voorstander van om maximaal in te zetten op Europees *joint procurement* voor dergelijke producten. Gesprekken daarover lopen binnen de Europese Commissie.

Gegeven de grote onzekerheden over de werkzaamheid van de nieuwe moleculen die hier worden gebruikt, heeft de taskforce voorlopig nog geen aanbeveling gedaan om in optionele behandelingen te voorzien in de bilaterale contracten. De Europese procedure voor gezamenlijke aankopen laat toe dat er bijkomende bestellingen worden geplaatst, zoals België al deed voor Xevudy en Veklury. Voor elk van de geneesmiddelen die worden ingezet tegen COVID-19, wordt het gebruik gemonitord binnen de taskforce om tijdig tekorten te kunnen opvangen.

J'espère pouvoir vous rassurer sur le fait que mes services surveillent de près la disponibilité et l'évolution de l'utilisation de ces médicaments.

Voici, monsieur le président, mes réponses à ce premier débat d'actualité.

Le **président**: Merci, monsieur le ministre. Je vais redonner la parole aux députés pour leurs répliques. Par ailleurs, j'ai oublié de demander si des membres de groupes n'étant pas encore intervenus dans le débat souhaitaient intervenir. C'est une possibilité.

01.09 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses détaillées.

Vous l'avez précisé, et je partage entièrement ce point de vue: la vaccination est le meilleur outil et la meilleure arme pour combattre la pandémie. Cependant, on remarque que pour les personnes immunodéprimées, même la quatrième dose ne semble pas avoir l'efficacité voulue. Pour ces patients en particulier, le sotrovimab garde une grande efficacité, même pour le variant omicron, et doit être utilisé très rapidement dans le décours de l'infection.

Je plaide donc vraiment pour que ces anticorps monoclonaux à longue durée d'action, comme le sotrovimab, et des antiviraux comme le paxlovid, puissent être utilisés le plus rapidement possible. Il en va de la diminution du nombre de personnes en soins intensifs et, pour les personnes elles-mêmes, d'entrevoir un pronostic bien meilleur en termes de guérison de l'infection.

01.10 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, vaccins zijn inderdaad een belangrijk wapen in de strijd tegen het coronavirus, maar natuurlijk niet het enige wapen. Ik ben ervan overtuigd dat we niet al onze eieren in het mandje van de vaccins mogen leggen. Virusremmers kunnen en zullen een belangrijke rol spelen in de strijd tegen het virus, zeker zolang we niet over immuniserende vaccins beschikken.

Het stemt mij dus tevreden dat u op dat vlak niet bij de pakken blijft zitten en dat u de zaken opvolgt, zeker voor bepaalde patiëntengroepen, zodat we die virusremmers zo snel mogelijk in gebruik kunnen nemen.

01.11 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik deel niet volledig uw mening over het aantal virusremmers dat werd besteld. U vergeleek met een aantal omliggende landen, maar er zijn ook landen die er veel meer besteld hebben, zoals het Verenigd Koninkrijk. Het gebeurde in deze crisis reeds herhaaldelijk dat het Verenigd Koninkrijk net iets vooruitziender was dan wij. Het is goed dat er een opening is om nog meer van die virusremmers te bestellen.

Ik vind het volgende frappant. Ik heb aan het FAGG de contracten opgevraagd en ik heb het antwoord gekregen dat het FAGG niet in het bezit is van die contracten, dat die contracten bij de FOD Volksgezondheid zijn. Dus stel ik nu opnieuw de vraag: is het mogelijk, als parlementslid, om die contracten toch in te kijken? U zegt dat ze geheim zijn, maar eigenlijk is het ongezien dat de Commissie voor de

toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten reeds sinds de zomer stilligt en dat wij op geen enkele manier aan zeer belangrijke informatie kunnen raken.

Ik vind het bijzonder jammer dat Lagevrio nog niet kan ingezet worden, terwijl het reeds heel lang aanwezig is in ons land. Er is in mijn gemeente een uitbraak geweest in een woon-zorgcentrum en het kon niet worden toegediend. Dat is toch wel schrijnend. Waarom duurt het zo lang, terwijl er evidentie is en die mensen zeker hadden kunnen worden geholpen, terwijl we nu met lege handen stonden?

Met betrekking tot de verdeling bij de huisartsen en huisartsenpraktijken, ik neem aan dat u de verdeling via de ambulante apotheek zult laten gebeuren, want momenteel gebeurt het nog steeds via de ziekenhuisapotheek. Wij hebben de gewoonte dat dergelijke preparaten in de eerste lijn kunnen worden ingezet. De virusremmers in het kader van hiv worden ook via de apotheek verdeeld. Dat is toch wel stof om over na te denken.

De **voorzitter**: De verbinding met mevrouw Depoorter is weggevallen.

01.12 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het blijft me verbazen hoe licht u erover gaat. Er wordt veel betaald, maar u hebt een geheim contract afgesloten. In uw antwoord krijgen wij geen enkele verwijzing naar de inhoud van die onderhandelingen, noch de wijze waarop ze gevoerd werden. De prijs die we voor die medicijnen moeten betalen, moet ons bezighouden. Het is niet normaal dat wij daarover niet worden ingelicht.

Iedereen kent de kostprijs van een PCR-test, we weten hoeveel een PCR-test de belastingbetaler kost. Voor de medicijnen gebeurt dat allemaal echter in de grootste geheimhouding. Molnupiravir is bijvoorbeeld een medicijn dat ontwikkeld werd in de strijd tegen griep en ebola, maar dat in het kader van de covidbestrijding gerecycleerd werd. Dat medicijn is zijn vergoeding waard, maar ik begrijp niet dat het u kennelijk niet bezighoudt of wij wel een correcte prijs betalen. Internationale studies tonen aan dat de productiekosten voor die behandeling 15 euro bedragen, maar in de Verenigde Staten bedraagt de vraagprijs momenteel omgerekend 624 euro per behandeling. Ik vind het zeer eigenaardig dat er daarover niets gezegd wordt. Ook in de adviezen van de taskforce zelf zien wij geen enkele afweging over de prijs ten opzichte van de voordelen. Dat blijft me verbazen, ik vind dat niet normaal.

01.13 **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le ministre, en ce qui me concerne, vous avez répondu à chacune de mes questions. Les choix sont posés avec objectivité. Je vous remercie et sais que vous suivez cela de très près.

01.14 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw volledige antwoorden. Meer dan terecht benadrukt u dat virusremmers geen alternatief zijn voor het vaccin. Vaccinatie blijft belangrijk, dat moeten we blijven benadrukken.

01.15 **Nawal Farih** (CD&V): Ik heb momenteel geen extra vragen.

De **voorzitter**: Zo kunnen we het actualiteitsdebat afsluiten.

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

02 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het inzetten van op een eiwit gebaseerde covidvaccins" (55023042C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Novavax-vaccin" (55023759C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aankoop van een traditioneel eiwit-gebaseerd covidvaccin" (55023888C)

02 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recours à des vaccins covid basés sur une protéine" (55023042C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin Novavax" (55023759C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'achat

d'un vaccin classique à protéine recombinante contre le covid" (55023888C)

02.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Momenteel wordt er bij de uitrol van de nodige COVID vaccins vooral gewerkt met op mRNA-gebaseerde vaccins gewerkt. Voor personen die dit type van vaccin niet willen/wensen zou een eiwit-gebaseerde vaccins een oplossing kunnen zijn. We vernemen echter dat het eiwit-gebaseerde vaccin van Novavax in België enkel werd goedgekeurd voor mensen die niet goed reageren op een mRNA- based vaccin.

Mijn vragen voor de minister:

1. Bestaat er de mogelijkheid om de goedkeuring uit te breiden naar mensen die uit vrije wil geen mRNA-vaccin willen - maar wél meer vertrouwen hebben in een eiwit-gebaseerd vaccin - zoals Novavax? Zo nee, waarom niet? Zo ja, binnen welke (indicatieve) tijdperiode kan dit gebeuren?

2. Bestaat de mogelijkheid om voor zorgverstrekkers het eiwit-gebaseerde vaccin te voorzien voor zij die het mRNA-vaccin weigeren? Zo nee, waarom niet? Zo ja, binnen welke (indicatieve) tijdperiode kan dit gebeuren?

Eind vorig jaar werd het coronavaccin van Novavax goedgekeurd door de Europese medicijnwaakhond EMA. Het is mogelijk dat personen die tot nu toe afkerig stonden tegenover de tot nu toe uitgerolde COVID-vaccins nu wel Novavax overwegen. De werking van Novavax is anders dan de vaccins van Pfizer, Moderna (beide mRNA-vaccins), AstraZeneca of Janssen (Vectorvaccins) en steunt op een meer "traditionele" technologie op basis van een eiwit. Deze eiwit-technologie wordt al tientallen jaren gebruikt en heeft zich reeds bewezen.

Mijn vragen voor de minister:

1. Overweegt de minister de aankoop van Novavax en/of Valneva) - om personen die de tot nu toe uitgerolde vaccins weigerden of omwille van medische redenen niet konden nemen – om de vaccinatiegraad te verhogen?

2. Indien ja: aan welke aantallen wordt gedacht, tegen welke voorwaarden en prijs en wanneer kan dit effectief beschikbaar zijn?

3. Zo neen: waarom niet?

Wordt Novavax en/of Valneva voorzien als mogelijke boosterprik?

02.02 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, de goedkeuring van het Novavaxvaccin door het EMA betekent dat er nu vijf vaccins zijn goedgekeurd voor de Europese markt. Ons land heeft, als ik het goed begrepen heb, 500.000 dosissen besteld van dit vaccin. Het is nog niet duidelijk wanneer de eerste vaccins kunnen worden toegediend. Europa heeft 200 miljoen dosissen van het vaccin besteld. Ik heb begrepen dat er vandaag uit Nederland een bericht gekomen is dat Novavax niet zou kunnen voldoen aan de gevraagde vaccinatieleveringen. Dat is een belangrijk element, meen ik.

Mijnheer de minister, ik wil graag van u weten wanneer wij die leveringen mogen verwachten, en vooral op welke manier ze zullen worden ingezet? Wordt overwogen ze in te zetten als boostervaccin? Waarom wel, of waarom niet? Zijn er al resultaten inzake de effectiviteit, vooral tegen de omikronvariant?

02.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, op 20 december vorig jaar heeft het Europees Geneesmiddelenagentschap het vaccin Nuvaxovid van het Amerikaanse bedrijf Novavax goedgekeurd als vijfde vaccin voor COVID-19-vaccinatie in Europa. Nuvaxovid is een zogenaamd subunitproteïnevaccin. Het bevat kleine deeltjes die het coronavirusspike-eiwit nabootsen, waartegen het lichaam antilichamen aanmaakt. Het basisvaccinatieschema bestaat uit twee dosissen met een tussenpoos van ten minste drie weken.

Vanaf de tweede helft van februari zullen in ons land 510.000 dosissen Nuvaxovid worden geleverd, gespreid over de maanden februari en maart. Met deze levering kunnen maximaal 170.000 mensen met dit vaccin worden gevaccineerd. We houden er rekening mee dat deze mensen ook een booster zullen nodig hebben in de toekomst en wachten hiervoor op verdere wetenschappelijke gegevens. Het EMA heeft voor het vaccin nog geen markttoegang gegeven om als booster te worden ingezet.

Op basis van het advies van de taskforce Vaccinatie heeft de IMC besloten Nuvaxovid te gebruiken voor

basisvaccinatie bij ten eerste, mensen met een hoog risico van ernstige allergische reacties op de bestanddelen van de vaccins die nu in de Belgische vaccinatiecampagne worden gebruikt, en ten tweede, mensen die al een ernstige bijwerking hebben gehad na vaccinatie met een van deze vaccins. Personen die in de referentiecentra reeds gekend zijn voor allergologie of die voorheen een attest ontvingen, zullen langs die weg gevaccineerd kunnen worden.

Aangezien deze twee voorwaarden betrekking hebben op een beperkt aantal mensen van naar schatting 3.000, staat het de deelstaten vrij het Nuvaxovidvaccin aan andere groepen aan te bieden volgens het beginsel *first come, first served*. Dit kan onder meer gaan over nog niet gevaccineerd zorgpersoneel en personen die een fobie ontwikkeld hebben tegen de andere vaccins, waarvan de werkzaamheid en veiligheid nochtans uitgebreid wetenschappelijk bewezen is. De registratieplatformen BRUVAX en QVAX kunnen worden gebruikt om burgers door te verwijzen die zich binnenkort met het Nuvaxovidvaccin willen laten vaccineren in een aantal vaccinatiecentra.

Uit de resultaten van twee belangrijke klinische onderzoeken bleek dat Nuvaxovid effectief was in het voorkomen van COVID-19 bij mensen vanaf 19 jaar. Bij de onderzoeken waren in totaal meer dan 45.000 mensen betrokken. In de eerste studie kreeg ongeveer twee derde van de deelnemers het vaccin. De anderen kregen een placebo-injectie. In de andere studie waren de deelnemers gelijk verdeeld tussen Nuvaxovid of placebo. Mensen wisten dus niet of ze Nuvaxovid of een placebo hadden gekregen.

De eerste studie die uitgevoerd werd in Mexico en de VS stelde bij mensen die Nuvaxovid kregen een afname vast met 90,4 % van het aantal symptomatische COVID-19-gevallen vanaf zeven dagen na de tweede dosis. Er waren meer concreet veertien gevallen op 17.312 mensen. Bij mensen die de placebo kregen, waren dat 63 mensen van de 8.140. Dit betekent dat het vaccin in deze studies een werkzaamheid had van 90,4 %.

De tweede studie, uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk, toonde ook een vergelijkbare vermindering van het aantal symptomatische COVID-19-gevallen bij mensen die Nuvaxovid kregen, met name 10 gevallen van de 7.020 mensen, in vergelijking met mensen die een placebo kregen, met name 96 van de 7.019 mensen. De werkzaamheid in deze studie was 89,7 %.

Alles bij elkaar genomen tonen de twee klinische studies een vaccineffectiviteit voor Nuvaxovid van ongeveer 90 %. De oorspronkelijke stam van Sars-CoV-2 en enkele zorgwekkende varianten zoals alfa en beta, waren de meest voorkomende virale stammen die circuleerden toen de onderzoeken gaande waren. Er zijn momenteel beperkte gegevens over de werkzaamheid van Nuvaxovid tegen andere zorgwekkende varianten, waaronder omikron.

Bijwerkingen van Nuvaxovid die in de studies werden waargenomen, waren gewoonlijk licht of matig en verdwenen binnen een paar dagen na de vaccinatie. De meest voorkomende waren gevoeligheid of pijn op de injectieplaats, vermoeidheid, spierpijn, hoofdpijn, een algemeen gevoel van onwel zijn, gewrichtspijn en misselijkheid of braken.

Veiligheid en werkzaamheid van het vaccin zullen worden gecontroleerd, hoewel het in de EU wordt gebruikt, via het EU-geneesmiddelenbewakingssysteem en aanvullende onderzoeken door het bedrijf en de Europese autoriteiten

02.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het absoluut geruststellend dat u de deelstaten toch de mogelijkheid geeft om vaccintwijfelaars, mensen die een antecedent hebben of bang zijn, de kans te bieden om samen met hun arts te kiezen voor een eiwitvaccin in plaats van voor de mRNA's. We moeten alles op alles zetten om zoveel mogelijk mensen gevaccineerd te krijgen. Zeker naar de zorgverstrekkers is dat een zeer mooi signaal om de vaccinatiegraad op te krikken. Uiteraard is het logisch dat u voorrang geeft aan mensen van wie geweten is dat ze een allergie of medische antecedenten hebben, maar het is een goed signaal.

02.05 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik wilde ongeveer hetzelfde zeggen als mevrouw Depoorter. Het is inderdaad positief dat u de mogelijkheid laat deze vaccins in te zetten om twijfelaars te overtuigen. Er zijn immers wel wat mensen die bang zijn voor de mRNA-technologie. In die zin is dit zeker een goede beslissing van u.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De debriefing met de ziekenhuizen over de crisisaanpak" (55023045C)

03 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le débriefing avec les hôpitaux concernant la gestion de la crise" (55023045C)

03.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag is gedateerd, want ik heb het daarin nog over de vierde golf. Ondertussen lijkt de vijfde coronagolf toch op zijn retour te zijn, alleszins wat het aantal besmettingen betreft. Gelukkig hebben we in deze golf ook gezien dat er een relatief kleine impact is geweest op de ziekenhuizen en de intensieve zorg in vergelijking met het aantal besmettingen en dat de mortaliteit eerder beperkt is. Ik denk dat we nu terug op een normale mortaliteit zitten. Dat neemt echter niet weg dat ziekenhuizen wel het een en ander hebben meegemaakt.

Mijn vragen gaan over wat we uit de voorbije golven hebben geleerd, mijnheer de minister.

Is er na elke golf een debriefing met de ziekenhuissector geweest? Zo ja, wanneer en op welke manier werd dit opgevat? Bestaan er documenten van die debriefings en waar zijn die te vinden? Zo neen, waarom werd dit niet georganiseerd?

Welke voorstellen werden door de sector geopperd en welke gevolgen zijn eraan gegeven? Welke punten kwamen als meest urgent naar voren? Zijn deze aangepakt?

Werd er een plan voor de ziekenhuissector opgemaakt om hem crisisbestendiger te maken? Zo ja, hoe ziet dit plan eruit?

Welke maatregelen werden genomen om, in tijden van crisis, de handen aan het bed te kunnen garanderen?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het Comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC), dat onder het voorzitterschap van onze FOD staat en samengesteld is uit vertegenwoordigers van alle overheden, Defensie, de ziekenhuiskoepels, de verenigingen van hoofdartsen en het verpleegkundig management, aangevuld met experts, zoals de voorzitter van de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde, heeft doorheen de verschillende golven van deze pandemie de vinger aan de pols gehouden bij de ziekenhuizen. Het heeft ook onmiddellijk bijgestuurd waar nodig.

Voor alle duidelijkheid, de covidpieken binnen de ziekenhuizen worden afgewisseld met periodes van versneld inhalen van zorg. De crisis binnen de ziekenhuizen mag dus niet alleen als de covidpieken worden gezien. De crisis binnen de ziekenhuizen is op volle kracht blijven doorrazen, ook tussen de pieken door, en dit nu al twee jaar lang. Er is dus niet veel tijd en ruimte voor reflectie binnen de sector geweest.

Dat heeft echter niet belet dat de sector continu verbetertrajecten heeft opgezet uit eigen initiatief, maar ook onder het aansturen van het HTSC.

Naast de continue zelfevaluatie en bijsturing binnen het HTSC zelf, werd na de eerste coronagolf aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg een onderzoeksrapport over de werking en de maatregelen van het HTSC gevraagd. Dit rapport is bezorgd in december 2020, tegen het einde van de tweede coronagolf. De vijf eerste aanbevelingen van dit rapport zijn de volgende.

Ten eerste, de ziekenhuisnoodplannen moeten worden versterkt en er dient een pandemisch onderdeel aan te worden toegevoegd. Binnen de IMC Volksgezondheid werd een protocolakkoord gesloten opdat de FOD Volksgezondheid een coördinerende rol zou mogen opnemen binnen het bijsturingsproces van het ziekenhuisnoodplan. Teneinde een beroep te kunnen doen op de nodige expertise werd door de FOD Volksgezondheid een openbare aanbesteding uitgeschreven. Deze procedure werd begin december afgesloten en de werkzaamheden zullen in het voorjaar van dit jaar van start gaan.

Ten tweede dient het HTSC te worden omgevormd tot een permanent orgaan met wettelijke beslissingsbevoegdheden. Met artikel 13 van de wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie hebben we daaraan voldaan. De wettelijke verankering verloopt op 31 december, maar de nodige stappen zijn gezet voor een structurele verankering na die datum.

De derde aanbeveling is het versterken en ondersteunen van het zorgpersoneel. Er zijn belangrijke investeringen gebeurd, zoals in het zorgpersoneelfonds. Sociale akkoorden zijn gesloten en ook de deelstaten hebben initiatieven genomen. Dat vormen belangrijke eerste stappen.

Ten vierde moet de ziekenhuissector hervormd worden. We moeten vastleggen welk type en volume ziekenhuiscapaciteit, intermediaire en ambulante capaciteit, in termen van personeel (kwantitatief en kwalitatief) en in termen van bedden en middelen nodig zijn om voorbereid te zijn op toekomstige crisissituaties. Het gaat eveneens om de rol en de capaciteit die andere actoren kunnen invullen, bijvoorbeeld Defensie, ook met het oog op alternatieven voor klassieke ziekenhuiszorg, zoals thuiszorg, residentiële zorg voor ouderen of revalidatiezorg. De toekomstige behoefte aan ziekenhuisbedden hangt mee af van de beschikbaarheid van deze alternatieven. In het kader van de hervorming van de ziekenhuissector wil ik hierover met de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen nadenken. Hoe kijken we aan tegen de huidige capaciteit, dus de beddenstructuur? Dat is een belangrijke werf.

De vijfde aanbeveling is het uitrollen van een datasysteem voor IC-afdelingen op landelijk niveau. Dat zou toelaten om de beschikbaarheid en het gebruik van intensieve zorg realtime of op heel korte termijn te monitoren, ook met patiëntenkenmerken en uitkomsten.

Metten is weten. De datavergaring is doorheen de crisis mee geëvolueerd, het verzamelen van de surgegegevens is ook gereguleerd. De variabelen zijn inhoudelijk mee geëvalueerd. Zo werd onlangs nog de boostervaccinatie toegevoegd. Maar ook de vrijwillige *clinical data*-vragenlijst, die zeer omvangrijk was, werd onderworpen aan een herevaluatie en aanpassing. De realtime monitoring blijft nog een belangrijke werf. We zijn dus nog niet waar we zouden moeten zijn.

Tot daar het overzicht van de werven die al opgestart zijn en die gelanceerd zijn maar nog geconcretiseerd moeten worden.

03.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik kan me zeker iets voorstellen bij het tijdsgebrek tussen de verschillende golven. De laatste twee jaar is het in de ziekenhuizen nooit kalm geweest. Ik snap dat de ziekenhuizen daar geen prioriteit aan hebben gegeven.

Tegelijk vind ik dat de overheid wel die eerste stappen moet zetten en wel initiatieven moet nemen. En dat mis ik. De analyse door het KCE van de HTSC-werking was een heel goed initiatief. Daar zijn belangrijke bevindingen naar voren geschoven. Het is ook goed dat u daar werk van wilt maken. Maar bij de ziekenhuizen hoor ik toch dat er geen consequente en structurele uitwisseling van informatie is geweest na elke piekbelasting door covid. De ziekenhuizen wisten niet van elkaar hoe de situatie in elk ziekenhuis was, of waar er verbeterpunten waren.

De ziekenhuizen hebben wel initiatieven genomen om het intern beter aan te pakken. Daar is toch ook een rol weggelegd voor de overheid. De ziekenhuissector heeft, terecht, veel middelen gekregen. We moesten immers die crisis beheersen. Tegelijk hoort er volgens mij dan bij om ziekenhuis per ziekenhuis te bekijken wat ermee is gebeurd en op welke manier we beter bestand zijn tegen een volgende crisis. Het is ook een blijk van betrokkenheid van een overheid wanneer er consequent en structureel navraag naar gebeurt en, vooral, wanneer de gegevens onderling ook worden uitgewisseld. We zitten in een crisis zonder voorgaande en moeten de gelegenheid te baat nemen om hier alle lessen uit te trekken die we kunnen en die mee te pakken naar een volgende crisis, die hopelijk nog ver van ons ligt, maar waarvan we bijna kunnen voorspellen dat die er ooit zal komen.

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

04 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zorgbarometer en de veerkracht van de zorg" (55023096C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uittocht van ziekenhuisverpleegkundigen naar de vaccinatiecentra" (55023143C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De noodkreet van de gezondheidszorgsector in het licht van de vijfde coronagolf" (55023756C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De noodkreet

van de gezondheidswerkers in de vijfde golf" (55024343C)

04 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le baromètre des soins et la résilience dans le secteur des soins de santé" (55023096C)

- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fuite du personnel infirmier vers les centres de vaccination" (55023143C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cri d'alerte du secteur des soins de santé face à la 5e vague de l'épidémie" (55023756C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cri de détresse des professionnels de la santé durant la cinquième vague" (55024343C)

04.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, on fait face actuellement à un phénomène difficile à gérer pour nos hôpitaux, qui ont déjà besoin de personnel infirmier. Depuis l'ouverture des centres de vaccination covid, nombre d'infirmières et d'infirmiers vont travailler dans ces centres – dont on a besoin – notamment en raison de la rémunération offerte qui serait bien plus élevée que les barèmes horaires perçus par leurs homologues au sein des structures hospitalières. Ces prestations bénéficient par ailleurs d'un régime fiscal favorable puisque qualifiées d'aides d'État.

Ces rémunérations semblent avoir été convenues avec l'INAMI pour l'ensemble des Régions et ce, notamment pour éviter une concurrence entre elles. C'est évidemment une bonne chose. Toutefois, le problème qui se pose aujourd'hui sur le terrain est que beaucoup d'infirmiers et infirmières intérimaires font le choix de se rendre dans ces centres plutôt que d'aller vers le secteur hospitalier et sont dès lors moins disponibles en première ligne; de plus, le personnel infirmier salarié complète son horaire avec des prestations au sein de ces mêmes centres de vaccination, alors qu'il pourrait aussi le faire au sein du réseau hospitalier.

Monsieur le ministre, des mesures sont-elles envisagées pour éviter cette "fuite" du personnel – leur rôle étant important aussi dans les centres de vaccination – qui rend la situation dans les hôpitaux intenable?

Des solutions alternatives sont-elles envisagées pour permettre le fonctionnement des centres de vaccination sans devoir recourir au personnel infirmier indispensable aux prises en charge dans les hôpitaux?

Quelles nouvelles initiatives concrètes envisagez-vous pour répondre à la pénurie et éviter la fermeture de lits alors que les hospitalisations sont importantes dans cette quatrième vague – même si la situation évolue positivement – et qu'il faut absolument éviter les reports de soins?

04.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, cela fait des semaines que le secteur des soins tire la sonnette d'alarme. Même si le variant omicron s'avère moins virulent que les précédents variants, les médecins généralistes et le personnel des maisons de repos n'en demeurent pas moins débordés et ce, alors que les soins de première ligne constituent une étape primordiale pour apprécier la gravité des cas et recommander au besoin l'hospitalisation. À ceci s'ajoute la disponibilité du personnel soignant, beaucoup plus faible qu'à l'accoutumée et ce, en raison des maladies saisonnières, mais aussi des contaminations au covid et donc des quarantaines. De même, les services de soins les plus pénibles seraient aujourd'hui désertés au profit d'alternatives dites plus attractives – notamment le fait de travailler au Luxembourg ou dans les centres de vaccination.

Il n'en demeure pas moins que des mesures ont déjà été évoquées pour soulager le secteur des soins par rapport à cette situation, comme l'engagement de chômeurs ayant des compétences dans le secteur des soins, le retour volontaire des pensionnés, le recours aux étudiants en médecine ou encore en soins infirmiers en leur permettant de dépasser le quota habituel de 475 heures par an, l'appel à la Défense pour des tâches dites non médicales. Par ailleurs, il est également possible, depuis peu, d'obtenir via Masanté.be un code pour prendre rendez-vous pour un test PCR gratuit qui serait réalisé après un autotest positif.

La question subsiste toutefois de savoir si tout ceci est aujourd'hui suffisant pour répondre à l'appel à l'aide du secteur des soins de santé. D'autres options sont-elles à l'étude pour soulager le personnel soignant?

Enfin, monsieur le ministre, des concertations sont-elles en cours avec les représentants des professions susceptibles d'être concernées, y compris en dehors de nos hôpitaux?

04.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, via de zorgbarometer zou u wekelijks peilen naar de drukte in de zorgsector. Is die zorgbarometer al in werking? Zo ja, waar wordt rekening mee gehouden? Hoe uit dat zich?

U hebt ook een aantal maatregelen aangekondigd. De buddywerking zou opnieuw vorm krijgen. In hoeverre is dat al voorbereid of omkaderd?

Hoe zult u voorts thuisverpleegkundigen extra ondersteunen in deze nog altijd moeilijke periode? Er was aangekondigd dat administratieve taken zouden worden geoutsourcet. Is dat al een feit?

04.04 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik zie heel veel frustratie bij mijn collega-huisartsen, omdat zij zich meer een medisch secretariaat of telefooncentrale voelen dan een echte huisarts: ze moeten codes aanmaken, attesten schrijven, telefoons opnemen. Daardoor zien ze hun chronische patiënten veel te weinig en kunnen ze hun andere essentiële taken niet opnemen.

Als de grote sluizen worden opengezet, als men niet echt meer investeert in preventie of in steun aan de eerstelijnszorg, dan is de toestand niet meer te houden voor de huisartsen. De weerslag van de pandemie op de eerstelijnszorg zal enorm zijn, ook op lange termijn. Daarom is het belangrijk om nu reeds na te denken over investeringen ter ondersteuning van de eerstelijnszorg, die structureel op lange termijn moeten worden ingebed, zodat de huisarts meer aandacht kan hebben voor preventie.

Een van de projecten waarmee u in januari 2021 bent begonnen en dat in december 2021 afliep, de *community health workers*, is alvast een goede eerste stap. Hoe evalueert u het project? Wat zijn de resultaten? Hebt u de financiering en dus het project stopgezet of bent u van plan het te verlengen?

Bent u van plan nog andere concrete maatregelen te nemen om de eerstelijnszorg te ontlasten van administratie en te ondersteunen bij de kerntaken? Aan welke maatregelen denkt u en binnen welke termijn?

Wat vindt u van het voorstel van dokter Jan Van Emelen, de coördinator van het vaccinatiecentrum van Malle, die suggereerde dat de opgedane kennis en data van de coronacrisis niet verloren mogen gaan en de ervaringen moeten worden ingezet voor een blijvend preventiecentrum? Er is nu een momentum om de samenwerking te bestendigen. Er heerst vertrouwen tussen alle actoren. Het preventiecentrum zou kunnen werken rond infectieziekten, zoals COVID-19 en griep, alsook rond onder andere chronische aandoeningen, traumatologie en mentaal welzijn. Het preventiecentrum zou een fysieke locatie krijgen waarvan de capaciteit wordt aangepast naar gelang van de noden.

04.05 Frank Vandenbroucke, ministre: Chers collègues, je suis particulièrement attentif à la charge de travail dans le secteur des soins de santé, à sa pénibilité et au suivi des conditions de travail de nos professionnels de la santé. Des concertations sont effectivement en cours et plusieurs pistes de travail font l'objet d'analyses poussées. Vous en citez certaines. Aucune piste n'apportera de solution miracle, et une combinaison de solutions sera nécessaire. Le problème de rétention des infirmiers dans le secteur des soins de santé est en effet un enjeu crucial.

J'ai, en collaboration avec les entités fédérées, mis sur pied une *task force* chargée de définir les conditions de mise en œuvre d'un nouveau modèle de fonctions dans l'art infirmier. Ce modèle, proposé par le secteur infirmier, aurait notamment pour objectifs d'accroître l'attractivité de la filière de formation en soins infirmiers, mais aussi de permettre aux praticiens de l'art infirmier de développer des perspectives de carrière au sein du secteur des soins. Des mesures claires, en ce compris l'aspect important de la décharge administrative, seront proposées et devraient améliorer la rétention des infirmiers dans le secteur des soins de santé. Je serai à l'écoute des conclusions de cette *task force*, attendues pour la fin janvier.

En outre, des investissements importants sont réalisés dans le secteur des soins de santé. D'une part, des moyens du Fonds Blouses blanches permettent d'améliorer l'emploi et l'encadrement des praticiens de l'art infirmier ainsi que l'attractivité de ces professions, et ce, par le financement de formations et de soutien aux projets de tutorat, de création d'emplois de personnel de soins et de soutien qui décharge le personnel soignant, afin de lui permettre d'augmenter son temps effectif pour les soins prodigués aux patients, ainsi que des mesures pour améliorer les conditions de travail du personnel.

D'autre part, l'accord social prévoit des mesures d'amélioration qualitative des conditions de travail devant être concrétisées par la conclusion de conventions collectives dans le secteur privé et de protocoles

d'accord dans le secteur public. Il s'agit également d'une enveloppe supplémentaire pour les infirmiers spécialisés, qui permet de soutenir les travailleurs qui continuent à se former et à se spécialiser au sein de notre système de soins de santé.

Outre les infirmiers spécialisés, il doit y avoir des perspectives pour tous les membres du personnel soignant. Le travail qui fait suite à l'accord social n'est pas terminé. Nous devons voir comment notre secteur des soins peut être davantage soutenu. C'est pourquoi ce complément de spécialisation doit aussi s'inscrire dans un ensemble plus large de mesures à court, moyen et long termes, bien entendu dans les limites du cadre budgétaire existant. Il nous appartient de le définir et de l'élaborer conjointement avec les partenaires sociaux et les acteurs de terrain.

Tot slot werd, zoals u ongetwijfeld weet, eind vorig jaar de noodwet, de wet tot wijziging van de wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de covidpandemie, goedgekeurd in dit Parlement. Deze noodwet is intussen van kracht en maakt het mogelijk dat ook ander gekwalificeerd personeel, dus niet-artsen en niet-verpleegkundigen, kunnen worden ingezet in de testcentra en de vaccinatiecentra indien ze worden omkaderd in een gestructureerde zorgelijke.

Studenten geneeskunde, verpleegkunde en studenten laboranten, vroedvrouwen, tandartsen, apothekers, farmaceutische assistenten, logopedisten, ambulanciers met twee jaar ervaring, mondhygiënist, medisch laboratoriumtechnologen en zorgkundigen kunnen op die manier worden ingeschakeld en zorgen ervoor dat de essentiële aanwezigheid van verpleegkundigen binnen de ziekenhuizen en de andere zorginstellingen gevrijwaard blijft.

Ik kom bij de vragen van mevrouw Merckx over de *community health workers*, inderdaad een initiatief dat ik heel belangrijk vind. Half oktober is er een tussentijdse evaluatie gebeurd en deze werd op 16 november voorgesteld aan het begeleidingscomité. Conform de overeenkomst met het RIZIV zal een activiteitenverslag worden overgezonden aan het RIZIV, uiterlijk twee maanden na het verstrijken van de overeenkomst, zijnde eind februari 2022.

Dit eindrapport zal onder meer de resultaten bevatten van het kwalitatieve onderzoeksluik dat door de Universiteit Antwerpen werd uitgevoerd. De data werd verzameld tot midden september en de onderzoekers zijn volop bezig met de verwerking ervan en met het uitschrijven van het rapport.

Het project is opnieuw verlengd met twaalf maanden. Enerzijds is het duidelijk dat het in deze crisis nog steeds nodig is om outreachende initiatieven te nemen naar kwetsbare wijken, en anderzijds willen we het ook nog verder evalueren. Het project was namelijk pas volledig geïmplementeerd in juni 2021, waardoor de tijd te kort was om een grondige evaluatie uit te voeren. Tegen de zomer zullen er opnieuw resultaten worden verzameld.

U vroeg naar andere initiatieven en verwees naar dokter Van Emelen. Er zijn inderdaad verschillende initiatieven genomen om ervoor te zorgen dat de patiënt die informatie zoekt of die een attest nodig heeft, maar geen medische verzorging, een antwoord vindt zonder dat die naar zijn of haar arts moet gaan. Het gaat onder meer om de instrumenten waarmee burgers zelf milde symptomen kunnen beoordelen, hun contacten met een hoog risico of zichzelf als hoogrisicocontact kunnen aangeven en een CTPC kunnen krijgen waarmee ze zich kunnen laten testen, zonder dat zij hun arts om een voorschrift of een quarantainecertificaat hoeven te vragen.

Het is vooral de bedoeling dat de eerstelijns geneeskunde zich kan concentreren op de mensen die werkelijk ziek zijn en verzorging nodig hebben, al dan niet wegens COVID-19, zonder dat ze een hele reeks van vooral administratieve verzoeken moet behandelen.

Het overleg met de eerste lijn was de voorbije periode ook gericht op mogelijke manieren om de triagecentra, die bij het begin van de gezondheidscrisis waren opgezet, weer op te starten. Die centra werden destijds opgericht wegens de massale toestroom van patiënten, die zich rechtstreeks bij de spoeddiensten van ziekenhuizen meldden terwijl hun gezondheidstoestand geen ziekenhuisopname vereiste, maar ook wegens het gebrek aan persoonlijke beschermingsmiddelen in die tijd. Vandaag de dag kan dit systeem van triage een versterking van de wachtposten van de huisartsgeneeskunde bieden om meer patiënten 's avonds of in het weekend te kunnen opvangen.

Zoals u weet waren de initiatieven die in het kader van het crisisbeheer zijn genomen het resultaat van

permanent overleg met de deelstaten. Zij hebben de verantwoordelijkheid op zich genomen voor de organisatie van de vaccinatiecentra en zijn natuurlijk ook verantwoordelijk voor preventie. Over de toekomst van de vaccinatiecentra kan ik dus zeker niet eenzijdig beslissen. Iedereen is bereid om lessen te trekken uit de crisis, ook wat betreft de mechanismen die zijn ingevoerd en die ook buiten de crisisperiode opportuniteiten zouden kunnen bieden.

Een voorbeeld is de structurele invoering van *outbreak support teams* in zowel ziekenhuizen als de eerste lijn. Soortgelijke vragen worden echter ook gesteld over de duurzaamheid van bepaalde elektronische toepassingen, zoals de registratie en uitwisseling van gezondheidsinformatie.

Het inzicht dat het lokaal-regionaal niveau een sleutelrol moet spelen bij de organisatie van een geïntegreerde zorg, waarvan preventie een onderdeel vormt, maar net zo goed buurtgerichte eerstelijnsgezondheidszorg en welzijnszorg, is recent sterk toegenomen en met de aanpak van de COVID-19-pandemie nog flink bevestigd. Zoals ik in mijn beleidsnota heb aangekondigd, werk ik aan een plan voor geïntegreerde zorg.

04.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u geeft een ietwat mager antwoord. De taskforce Verpleegkunde zal eind januari een rapport afleveren, maar wij weten dat nu al zo lang. Covid heeft twee kaarsjes uitgeblazen. In die twee jaar tijd was er echt de noodzaak om structureel na te denken over wat we zien. U zegt dat u de aantrekkelijkheid van de opleiding zult bekijken en dat u aan administratieve verlichting zult werken. Dat laatste had al kunnen worden doorgevoerd. Wat de aantrekkelijkheid van het beroep betreft, weten we heel goed dat het grootste probleem rijst in de eerste drie tot zes maanden waarin iemand aan boord van de zorg komt. We zouden dus eigenlijk moeten inzetten op *onboarding*, met omkadering en begeleiding van mensen die in de zorg komen werken. Dat weten we eigenlijk al langer, maar dat is nu zeer duidelijk geworden en kan worden aangepakt.

Een ander probleem betreft de specialisatie. We zijn er allemaal van overtuigd dat de verpleegkundigen-specialisatie heel belangrijk is en dat er zou moeten worden gekeken naar de introductie van een betaalde stage, zoals men in Vlaanderen de zijinstroom heeft voorzien.

In het Fonds voor de toekomst van de geneeskundige verzorging zit heel veel geld. Dat brengt per jaar 45 miljoen euro op. Het zou een idee kunnen zijn om de middelen die daaruit voortvloeien in te zetten voor de omkadering van verpleegkundigen.

U haalt in uw antwoord ook weer de noodwet aan, die u eigenlijk had vergeten te verlengen. Die kan – ik heb er u genoeg naar gevraagd – op korte termijn in de vaccinatiecentra nuttig zijn, maar over de zorgbuddy's en de IZ-buddy's heb ik niets gehoord in uw antwoord. Nochtans zijn zij essentieel om op korte termijn voor veerkracht in de zorg te zorgen en de zaak ook op lange termijn structureel aan te pakken.

04.07 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Certains verront sans doute le verre à moitié vide. Moi je le vois qui se remplit positivement même si on aimerait que cela aille plus vite. Je vois néanmoins une série de mesures conséquentes pour rendre la profession d'infirmier attractive au niveau de l'organisation, de la considération, des barèmes, de la formation. Je vois donc des avancées après des années de disette en matière de santé – dont vous n'êtes pas responsable. Il s'agit maintenant de structurer le changement.

En attendant, il faudra envoyer des signaux positifs au secteur infirmier pour lui donner la motivation de rester dans la fonction. Je compte sur vous pour cela. Mon groupe sera toujours avec vous lorsqu'il s'agira de prendre des mesures contribuant à avoir davantage de personnel au chevet de nos patients.

04.08 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je n'ai pas appris grand chose par rapport aux mesures que je vous ai énumérées tout à l'heure et que vous ne cessez de nous énumérer depuis des mois. Ceci vaut surtout pour les mesures visant à décharger le personnel soignant des démarches administratives, qui leur prennent beaucoup trop de temps au détriment des patients.

Cela m'inquiète parce que ces mesures existent mais tardent à se faire ressentir sur le terrain. Lorsque M. Rigot dit que l'opposition a tendance à voir le verre à moitié vide, c'est surtout parce que la situation est ressentie comme telle par le personnel soignant, qui ne cesse de nous alerter sur ses conditions de travail qui restent extrêmement difficiles.

J'entends que vous êtes attentif à la charge de travail et à la pénibilité mais, curieusement, vous refusez dans le même temps de reconnaître la pénibilité de ces métiers pour l'accès à la pension. Il en va de même pour le système de double réserve que j'ai déjà évoqué à plusieurs reprises. On sait qu'il y a un grand nombre d'infirmières diplômées qui ne pratiquent plus justement à cause des conditions de travail difficiles. Il serait intéressant d'aller vers elles, de leur assurer une formation continue plutôt que de solliciter des personnes qui sont non légalement qualifiées.

S'agissant de la convention collective de travail attendue, c'est positif et j'ose espérer que celle-ci reconnaîtra la diversité du personnel soignant. On parle beaucoup du personnel hospitalier mais je tiens aussi à préciser qu'il y a les aides-soignants, les médecins généralistes ou encore les infirmiers à domicile. Je trouve que vous les citez bien trop peu dans l'ensemble de vos réponses.

04.09 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ten eerste, over de *community health workers* hebt u eens verklaard dat het project zou worden voortgezet. Ik heb er ook nog schriftelijke vragen over gesteld. U bent weinig in detail gegaan over de inhoud van het rapport. Wij zullen het echter zeker lezen en opvolgen.

Inzake de ondersteuning van de eerste lijn zal ik het eerst hebben over de toekomst van de vaccinatiecentra. Ik merk dat het echt om een debat gaat dat iedereen voert. Tegelijk wordt er echter geen echte beslissing genomen.

Ik zou echt willen oproepen om het kind niet met het badwater weg te gooien. Eind september 2021 zijn alle vaccinatiecentra al eens gesloten. Sommige moesten opnieuw worden geopend. Ga door met de centra, met de positieve samenwerking die er is geweest en de preventie die er is geweest, en met een manier van samenwerken zonder in een prestatiemodel te zitten. We moeten daarmee echt verder aan slag om effectief de preventieve rol te vervullen die de eerstelijnszones zouden moeten kunnen opnemen. Een en ander moet verder worden uitgebouwd, eventueel in kleinere centra.

Gooi ook de callcentra, die nu de contracttracing doen, niet weg. Ga ermee aan de slag, om ze in te schakelen en om ook de budgetten in te schakelen in de preventieve functies, die kunnen worden opgenomen in het kader van infectiebestrijding, maar natuurlijk ook in het kader van heel veel andere preventieve zaken waarin ons land echt zwak staat.

Het laatste wat ik nog wou meegeven is dat er nogal wordt geaarzeld. Er wordt steeds gesteld dat een en ander moet worden bekeken met de regio's. We zitten inderdaad met het grote probleem dat in België het behandelen van een patiënt federaal wordt gefinancierd en het voorkomen van ziekte een regionale materie is. Dat is gewoon tegennatuurlijk. De eerste lijn heeft immers zowel een preventieve als een curatieve taak. De covidcrisis heeft dat heel hard aangetoond. Het is dus belangrijk om werk te maken van, ten eerste, een samenwerking maar natuurlijk ook, ten tweede, van een herfederalisering van het geheel van de functie van de huisarts.

Ik heb het bijvoorbeeld ook over het programma. De huisartsen vragen een versterking in de huisartsenpraktijken met bijvoorbeeld verpleegkundigen, medische secretaresses of mensen die medisch worden opgeleid, om hen bij te staan bij de opvolging van patiënten. Dat gaat soms over preventie en soms over meer curatieve aspecten. Dat kan niet uit elkaar worden getrokken. Roel Van Giel is bijvoorbeeld in de commissie komen spreken over een project rond het opbellen van patiënten die een risico lopen op osteoporose, om met hen te bekijken op welke manier zij daarmee preventief beter kunnen omgaan. Dat zit helemaal op de lijn van het preventieve en het curatieve. Dat is natuurlijk alweer een taak van de huisartsen, waarin we hen moeten bijstaan. Er moeten ook echt beslissingen worden genomen om de eerste lijn te versterken. De huisartsen zijn tegenwoordig echt wel het slachtoffer van het gegeven dat er in dit land negen ministers bevoegd zijn voor Volksgezondheid, waardoor er geen eenduidig coherent beleid bestaat.

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

*Voorzitster: Sofie Merckx.
Présidente: Sofie Merckx.*

05 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De arbeidsrechtelijke gevolgen voor niet-gevacceerde gezondheidszorgbeoefenaars" (55023124C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het wetsontwerp betreffende de verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel" (55024409C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel tegen COVID-19" (55024937C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verplichte vaccinatie in de zorg" (55025007C)

05 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conséquences sur le plan du droit du travail de la non-vaccination de professionnels de la santé" (55023124C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le projet de loi concernant la vaccination obligatoire du personnel soignant" (55024409C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination obligatoire du personnel soignant contre le Covid-19" (55024937C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination obligatoire des soignants" (55025007C)

05.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): *Gedurende de aanhoudende COVID-pandemie wordt aan de vooravond van de vierde golf meermalen gewezen op het voorzien van voldoende capaciteit in de zorginstellingen. De regering gaf aan dat gezondheidszorgbeoefenaars die weigeren zich te vaccineren met sancties geconfronteerd kunnen worden.*

Mijn vragen voor de minister:

Welke gevolgen worden er gegeven aan gezondheidszorgbeoefenaars die zich weigeren te vaccineren? (beslissing van ministerraad van 3 december 2021)

Hoe wordt dit gemotiveerd?

Hoe wordt dit concreet opgevolgd?

Beschikt de regering over een schatting van het aantal gezondheidszorgbeoefenaars die een sanctie zouden krijgen? Zo ja: graag een uitsplitsing per gewest en per provincie. Zo neen: waarom niet?

Zoals ik herhaaldelijk aankaarte is de beschikbaarheid van zorgverleners tijdens de belangrijk gebleven. Ook al zouden de eerste indicaties van de COVID-pandemie evolueren naar een endemische situatie of beter: dit doet geen afbreuk aan het feit dat de zorg voldoende veerkrachtig moet zijn. Als we één ding leren uit de afgelopen periodes is dat het virus – zoals enkele virologen al aangaven – verrassend uit de hoek kan komen. Het onderwerp van de verplichte vaccinatie van zorgpersoneel staat al enige tijd op de agenda van de regering en op korte termijn afgeklopt moeten worden. Ook de mogelijke sancties die worden uitgevaardigd t.a.v. zij in de zorg werken en weigeren oogstten eerder al tegenkanting.

Mijn vragen voor de minister:

Wat het standpunt van de regering betreffende de verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel?

Welke sancties voorziet de minister voor zorgverstrekkers die vaccinatie weigeren?

Van welk aandeel van het zorgpersoneel verwacht de regering dat zij zullen weigeren?

Hoe wil de regering het uitvallen van zorgpersoneel omwille van weigering opvangen? Op welke termijn wil zij dit ondervangen? Welke concrete stappen ziet de minister?

Deze vragen zijn wellicht al wat gedateerd. U hebt hierover samengezeten in de ministerraad van vorige week vrijdag. Wat is de uitkomst?

In de oorspronkelijk verspreide tekst stond 1 april als startdatum. Nu richt u zich op 1 juli. In uw publicaties in de pers geeft u mee dat het toch nog allemaal niet zeker is. Ondertussen leven heel wat zorgverstrekkers die bemerkingen hebben of zich niet willen of kunnen laten vaccineren, in onzekerheid. Hoe gaat u daarmee om?

Daarnet vertelde u dat ongeruste mensen of mensen die omwille van medische redenen geen mRNA-vaccin kunnen krijgen, een beroep zullen kunnen doen op dat eiwitvaccin, vanaf half februari. Zullen zij op 1 juli dan effectief het volledige vaccin hebben? Zij zullen zich vaker moeten laten testen. Is dat dan op kosten van de zorgverstrekker zelf?

We hebben een aantal hoorzittingen rond verplichte vaccinatie gehad. De vertegenwoordigers van het Federaal Instituut voor de Rechten van de Mens hebben heel duidelijk geantwoord op mijn vraag rond de proportionaliteit van een ontslag. Dat werd door hen toch niet als proportioneel geïnterpreteerd. Hoe lopen de gesprekken daarover? Wat is de consensus binnen de regering? Hoe zult u overgaan tot die sancties? Staat ontslag nog altijd in de plannen van de regering?

Vindt u vandaag de verplichte vaccinatie van de zorg nog aan de orde, gezien omikron en gezien het feit dat de vaccins niet echt steriliserend kunnen optreden? Er kan niet worden bewezen dat er geen transmissie naar de patiënt meer is.

05.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, la vaccination obligatoire du personnel avait été initialement décidée en Conférence interministérielle le 14 juillet et bétonnée par le Codeco du 20 août dernier. C'est donc après des mois de rédaction que votre avant-projet de loi a été transmis au Conseil d'État, qui a remis son avis début janvier. Nous sommes aujourd'hui le 8 février – soit plus d'un mois après cet avis – et aucun texte adapté n'a encore été remis au Parlement. Or nous sommes censés clôturer nos travaux sur la vaccination obligatoire généralisée pour le 23 février. La vaccination obligatoire généralisée avait d'ailleurs été sollicitée par une partie du personnel soignant qui refusait d'être la seule cible de cette vaccination obligatoire et des sanctions y afférentes.

Il y a quelques jours, nous avons appris que votre gouvernement avait décidé de reporter l'entrée en vigueur de cette vaccination obligatoire cantonnée au personnel soignant, de sorte que les délais initiaux du 1^{er} janvier et du 1^{er} avril seraient postposés au 1^{er} avril et au 1^{er} juillet.

En guise d'explication, nous avons entendu tout et son contraire! Certains membres de votre gouvernement entendaient remettre en cause la nécessité de mettre en oeuvre la mesure au 1^{er} avril pour des raisons de timing, estimant que l'évolution de la situation sanitaire ne justifierait plus cette mesure aujourd'hui. D'autres brandissaient plutôt des raisons politiques, à savoir que si le Parlement devait conclure que la vaccination obligatoire n'était finalement pas retenue faute de consensus au sein des experts que nous avons entendus, il serait difficile pour votre gouvernement de "vendre" l'obligation vaccinale du seul personnel soignant.

Monsieur le ministre, quand pouvons-nous nous attendre à recevoir votre projet de loi relatif à la vaccination obligatoire du personnel soignant pour examen au Parlement? Avez-vous renoncé à ce projet ou s'agit-il plutôt de postposer sa mise en oeuvre? S'agit-il uniquement d'un report?

En quoi une entrée en vigueur serait-elle davantage justifiée par la situation sanitaire en juillet plutôt qu'en avril comme initialement prévu? Jusque quand le projet serait-il mis au frigo?

Considérez-vous que les *deadlines* initiales seraient reportées au 1^{er} avril pour l'entrée en vigueur et au 1^{er} juillet pour la mise en oeuvre effective des sanctions? Dans l'affirmative, pourquoi et comment ont été choisies ces nouvelles dates?

Le timing des auditions sur la vaccination obligatoire pour tous, mais surtout leur contenu, ont-ils influencé ces décisions de report? Si oui, dans quelle mesure?

Enfin, quel est l'avenir de ce projet de loi dans l'hypothèse où notre Parlement venait à ne pas légiférer pour la vaccination obligatoire pour tous? Certains membres de votre gouvernement ont annoncé que dans ce cas, il serait finalement difficile de légiférer sur l'obligation spécifique au personnel soignant.

05.03 Steven Creyelman (VB): *Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, de voorziene verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel werd uitgesteld van 1 april 2022 naar 1 juli 2022 omwille van een aanpassing in het wetsontwerp. In de media kon echter worden vernomen dat ook een verder uitstel wordt overwogen. Vooruit-voorzitter Connor Rousseau verklaarde in dat kader dat de uitvoering van de verplichte vaccinatie afhankelijk is van de evolutie van het virus.*

Treedt de minister de woorden van de voorzitter van Vooruit bij? Desgevallend, hoe moeten deze woorden precies worden geïnterpreteerd? Welke zijn de parameters voor eventueel verder uitstel? Indien niet, wanneer voorziet de minister de effectieve invoering van de verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel?

In de media verklaarde Margot Cloet van Zorgnet-Icuro dat de situatie door de omikron-variant helemaal is veranderd en dat "daarnaast het draagvlak voor verplichte vaccinatie in de zorg afneemt". Ze stelt zich luidop

de vraag of het momentum voor verplichte vaccinatie in de zorg niet voorbij is en stelt bovendien dat "dit niet het moment is om mensen te gaan ontslaan of schorsen".

Wat is de reactie van de minister op de verklaringen van mevrouw Cloet in de media? Blijven de - in het ontwerp voorziene - sancties gehandhaafd? Desgevallend, hoe zal de minister het personeel dat door deze sancties uit de zorg zal vloeien op de korte en middellange termijn opvangen? Hoe groot schat hij deze uitstroom in? Overweegt de minister de opheffing van deze sancties of eventuele alternatieve sancties?

05.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, collega's, ik ben van oordeel dat het principe van verplichte vaccinatie moet verankerd worden in onze wetgeving. Tegelijkertijd moeten wij onszelf de mogelijkheid geven om goed na te denken over het moment waarop men dat principe praktisch uitvoert. Het gaat dan over de context waarin men het echt nodig acht dat dat principe van algemeen verplichte vaccinatie voor wie werkt in de zorg, met een zorgberoep, hard moet worden gemaakt, met concrete consequenties voor wie zich niet laat vaccineren.

De reden waarom ik dat voorstel heb gedaan, is niet zozeer omdat wij enkele weken achteroplopen in de concrete timing. Dat is wel zo, wij lopen enkele weken achterop, vanwege het advies van de Raad van State en daarna de uitvoerige discussie daarover. Het is echter fundamentele. Op dit moment, nu we klaarblijkelijk voorbij de piek van omikron zijn, nu we te maken hebben gehad met een variant die zeer besmettelijk was maar niet zo ziekmakend, waardoor mensen zich misschien meer dan vroeger vragen zijn beginnen stellen over de nood om vaccinatie algemeen te verplichten, zou het opleggen van die verplichting op zeer korte termijn niet goed zijn. Het is nu niet het goede moment om dat te doen.

Het is echter wel belangrijk om die verplichting in de wetgeving te verankeren. De eenvoudigste manier om dat te doen is door dit principe in de wet in te schrijven en het klaar te maken voor uitvoering. Daarop moet dan een datum geplakt worden. Ik heb aan de regering voorgesteld om te gaan voor 1 april als begin van de overgangperiode waarin mensen zich nog kunnen laten testen als ze niet gevaccineerd zijn en voor 1 juli als begin van effectieve verplichting. Wij prikken een datum zodat het heel concreet is en het instrument echt klaarstaat. Tegelijkertijd geven wij onszelf de mogelijkheid om dat tijdsvenster te verschuiven en op een geschikt moment echt te activeren.

Mijn benadering in dezen is niet zo verschillend van wat ik persoonlijk denk over een vaccinatiebewijs, in het kader van de discussie over het Covid Ticket. Ik zou liever hebben dat het CT herleid wordt tot een louter vaccinatiebewijs. Het is een instrument dat op sommige momenten zeer nuttig kan zijn, maar op andere momenten niet. Het CT kan zeer nuttig zijn bij een nieuwe golf, wanneer er heel veel besmettingen zijn en het risico bestaat dat de ziekenhuissector het weer moeilijk krijgt, zodat er zorg moet worden uitgesteld. Het is absoluut zinvol om dan te zeggen dat men het leven voor een aantal activiteiten wil organiseren aan de hand van een vaccinatiebewijs. Als er weinig viruscirculatie is en geen bedreiging voor de zorg, is dat evenwel niet zinvol.

Voor mij is een Covid Ticket, dat ik graag zou zien evolueren naar een louter vaccinatiebewijs, een instrument dat in de gereedschapskist moet liggen, dat moet klaarstaan en dat snel moet kunnen worden ingezet. Eigenlijk geldt dat ook voor het Passenger Locator Form, het hele systeem waarmee je het reizigersverkeer kunt opvolgen. Je moet dat ook niet voortdurend doen, alleen als het nodig is. Het is zoals een paraplu, die men alleen opentrekt als het hard regent. Als de zon schijnt, blijft die in de paraplubak.

Eisen dat het zorgpersoneel gevaccineerd is, moet men laten afhangen van de ontwikkeling van de epidemie en van mogelijke virusvarianten, de ontwikkeling van nieuwe vaccins en de bijbehorende inzichten. Ik zou niet willen dat het instrument onbruikbaar wordt of moeizaam opnieuw te lanceren. Daarom heb ik aan mijn collega's voorgesteld om dat te verankeren in de wetgeving, zodat het op het geschikte moment kan worden ingezet.

Volgens mevrouw Depoorter creëert dat onzekerheid. Het creëert inderdaad onzekerheid over de vraag of we het zullen implementeren. We nemen nu nog even de tijd om daarover na te denken, maar ik zou willen dat die wetgeving nu tot stand komt. Ook dan is er nog tijd nodig om erover na te denken. Het vergt immers een grondig inzicht in evoluties die we nu onvoldoende kennen, ook als het gaat om de ontwikkeling van vaccins.

Dat is dus zeker een element van onzekerheid, maar zo zijn er ontzettend veel. Die onzekerheden zijn niet verdwenen. Er kunnen nog nieuwe uitbraken en varianten komen. Daarom moet men dus de

gereedchapskist klaarzetten. We kunnen van mening verschillen over wat daarin moet zitten. U kunt van mening zijn dat daar geen Covid Ticket in moet zitten. Ik kan van mening zijn dat daarin een vaccinatiebewijs moet zitten, ook al gebruikt men dat niet zo vaak. Ik kan van mening zijn dat er een verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel moet zijn. U kunt daartegen zijn.

Mijn punt is dat als een meerderheid in het Parlement daarvoor te vinden is, men dat best reeds in de wetgeving verankert en dat in de gereedchapskist klaarlegt. Daarover gaat het eigenlijk.

05.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het goede aan parlementaire hoorzittingen is dat de parlementsleden deelnemen en luisteren. Het jammere is dat de regering zich daar niet veel van aantrekt.

Wij hebben vorige week drie dagen en de week daarvoor een dag hoorzittingen gehad die toch wel van een zeer rijk niveau waren. Daar werd heel duidelijk door heel wat verschillende instanties aangegeven dat het creëren van een kader voor een verplichte vaccinatie absoluut niet aan te raden is. Waarom niet? Omdat de epidemiologische situatie kan veranderen, omdat de effecten van de vaccins kunnen veranderen en omdat het ondemocratisch is om een kader te creëren om de vaccinatieplicht via een KB in voege te laten treden.

We gaan voor het eerst in deze covidpandemie een democratisch proces aan, met name hoorzittingen met het Parlement, en dan zou er een kader worden gecreëerd dat ervoor zorgt dat het Parlement opnieuw buitenspel wordt gezet. Dat is al een eerste essentiële bemerking op uw uiteenzetting.

Dan kom ik tot de verplichte vaccinatie voor het zorgpersoneel. U bent op 14 juli gestart. In de regering komt men niet overeen, want er zijn verschillende strekkingen. Uw collega, de minister van Werk, was niet bereid om het in de wetgeving inzake de veiligheid op het werk in te lassen, zoals wel gebeurd is met hepatitis. Dan gaat u naar een halve vaccinatieplicht, waarbij de ene persoon die in de zorg werkt wel onder de vaccinatieplicht zou vallen en de andere persoon die in de zorg werkt niet. U kunt daarin heel weinig eenduidigheid brengen.

We zijn nu zoveel maanden later. Bepaalde zorgverstrekkers weten echt niet waar ze aan toe zijn. Mijnheer de minister, ik denk dat het geen goed traject is. Het is geen goed traject, omdat er heel veel diversiteit binnen de regering is, omdat er veel onduidelijkheid is naar de zorgverstrekkers en omdat de experts duidelijk hebben aangegeven dat een kader niet democratisch is. Laten we gaan voor duidelijke wetgeving en wetgeving die effectief door de burgers en door de zorgverstrekkers op een eenvoudige manier geïnterpreteerd kan worden.

05.06 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Que les choses soient claires, mon parti DéFi a toujours plaidé pour la vaccination obligatoire du personnel soignant. Nous vous soutenons dans cette entreprise. Le problème qui se pose aujourd'hui est celui du timing – il m'inquiète énormément – autour de la mise en œuvre d'une mesure qui a été annoncée avant les quatrième et cinquième vagues.

Aujourd'hui, vous nous dites que le moment n'est plus opportun pour la mettre en œuvre. Il me semble que vous reprenez les arguments exprimés par les différents orateurs au cours des auditions sur la vaccination obligatoire, sauf que ces mêmes experts ont également souligné à quel point l'avenir était incertain, raison pour laquelle ils avaient avancé l'idée de réaliser un cadre législatif général pour énumérer les critères qui nous permettraient d'activer l'obligation vaccinale à un certain moment.

Mais cette opinion a été donnée concernant l'obligation générale et non pas l'obligation cantonnée au personnel soignant! Je me demande donc pourquoi vous entendez retenir cette idée uniquement pour le personnel soignant, alors que pour le reste de la population, vous persistez avec cette idée de pass vaccinal qui vise à écarter totalement les personnes qui ont souffert du covid, qui en ont guéri et qui présentent donc une certaine immunité. On sait à quel point ces personnes sont nombreuses avec la vague omicron.

La présidente: Je vous demande de clôturer.

05.07 Sophie Rohonyi (DéFI): Vous parlez du moment opportun. Je me demande pourquoi vous estimez que le 1^{er} avril est un moment plus opportun qu'aujourd'hui. Il faut des critères clairs pour cela. Faut-il attendre la sixième vague pour considérer qu'il s'agit d'un moment opportun?

Monsieur le ministre, je trouve assez curieux que vous considériez que la situation sanitaire aujourd'hui est

suffisamment bonne que pour reporter l'entrée en vigueur de cette vaccination obligatoire, mais suffisamment grave que pour justifier aujourd'hui des mesures attentatoires aux libertés fondamentales, comme le renforcement du CST, sa mutation prochaine en pass vaccinal ou encore le maintien de la fermeture de certains secteurs.

05.08 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, het uitstel toont aan dat u schrik hebt voor de ontslagen in de zorgsector en de gevolgen ervan. Het is niet duidelijk hoe u dat op korte termijn zult opvangen. Op die vragen hebt u immers niet geantwoord. U hebt niet verteld wat u zult doen als u de maatregelen van de verplichte vaccinatie uit uw gereedheidskist haalt. Een potentiële uitval van 9,4 % van het personeelsbestand in een sector die nu al in de meest letterlijke zin van het woord handen tekortkomt, roept vragen op.

Wat u ook begint te dagen, is het nut van het CST. Opmerkelijk is dat het CST nu opeens CT heet, het Covid Ticket, waarin het safe-element is weggefallen.

Mocht ik van kwade wil zijn, dan zou ik ook nog kunnen denken dat de potentiële uitstroom van niet-gevaccineerd zorgpersoneel in Wallonië en Brussel veel groter is en dat dat een van de onderliggende redenen is voor het uitstel van de verplichte vaccinatie in de zorgsector. Laten we gewoon realistisch zijn. Het momentum voor de verplichte vaccinatie is ook in de zorgsector voorbij. De reden voor het uitstel is wellicht dat u de gevolgen van de verplichte vaccinatie in de zorgsector niet kunt opvangen. Veel meer moeten we daar volgens mij niet achter zoeken.

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

06 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De SalivaHIS-studie" (55023137C)

06 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude SalivaHIS" (55023137C)

06.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijn vraag betreft de SalivaHIS-studie van Sciensano, die in november 2021 werd gepubliceerd. Het gaat hier over een onderzoek van speekselstalen, verzameld tussen maart en augustus 2021. Via een steekproef is onderzocht hoeveel antistoffen in het speeksel aanwezig waren. Dat leverde enkele opvallende vaststellingen op.

Gevaccineerden met chronische aandoeningen ontwikkelen minder antistoffen. Mensen die een griepvaccin kregen, hebben een grotere hoeveelheid antistoffen tegen SARS-CoV-2 na een covidvaccin. Niet-gevaccineerden met bloedgroep O hebben minder antistoffen. Niet-gevaccineerde vrouwen hebben minder antistoffen dan niet-gevaccineerde mannen. Zorgverstrekkers laten zich over het algemeen meer vaccineren, maar dat verband is in Vlaanderen veel sterker dan in Wallonië. Jonge vrouwen zijn minder geneigd zich te laten vaccineren. Daarover stelde ik u al eerder vragen, omdat er nogal wat ongerustheid leeft onder vrouwen in de vruchtbare leeftijd. De voornaamste redenen om zich niet te laten vaccineren, zouden angst voor bijwerkingen, wantrouwen ten opzichte van de snelle ontwikkeling van de vaccins en wantrouwen ten opzichte van de werkzaamheid ervan zijn.

Kunt u voor alle bevindingen die uit de studie naar voren kwamen aangeven welke beleidsmatige acties er eventueel aan worden gekoppeld?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik zal een kort antwoord geven, niet zozeer omdat de vraag voorbarig zou zijn, maar wel omdat ik er nog geen erg zinvol concreet antwoord op kan geven. Alle onderzoek dat wij doen – dit is een onderzoek van Sciensano – heeft als doel beleidsadvies te formuleren. Dat loopt dan via onze adviesorganen, zoals de RAG, de GEMS en de Hoge Gezondheidsraad.

Met deze studie is dat niet anders. Het is met andere woorden niet zo dat we op basis van deze studie rechtstreeks en onmiddellijk ons beleid zullen bepalen. Wel vinden de resultaten verder hun weg in de adviezen van andere adviesorganen.

Er zijn ook puur wetenschappelijke kwesties. Ik bedoel daarmee dat men niet meteen een campagnematige of organisatorische conclusie kan trekken. De combinatie tussen het griepvaccin en het covidvaccin is bijvoorbeeld een belangrijke kwestie, maar dat moet puur wetenschappelijk verder worden onderzocht. De

resultaten worden ook gedeeld tussen de mensen die daarmee bezig zijn, maar ik durf er vandaag nog niet op vooruitlopen.

06.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik begrijp dat het een radertje is in een groot complex van studies die op internationaal vlak worden gevoerd en dat het in die context moet worden bekeken, maar ik vond er toch bepaalde zaken in terug die volgens mij concrete actie vragen.

Het betreft voornamelijk de laatste twee punten die ik aangaf, over de ongerustheid bij jonge vrouwen. Is daar wel genoeg op ingegaan? Ik heb u daar een hele tijd geleden al vragen over gesteld. Toen leefde die ongerustheid ook. Wij hoorden toen vanuit ziekenhuizen dat er vaak dramatische opnames waren van zwangere vrouwen die op hun buik moesten worden gedraaid, wat echt niet evident is, of die niet op hun buik konden worden gedraaid omdat zij al te ver waren in hun zwangerschap, waardoor het heel moeilijk was om die mensen te verzorgen in een ziekenhuisomgeving. Er werden toen pijnlijke zaken vastgesteld. Kan er niet meer gebeuren met zulke vaststellingen, zeker nu het weer uit een studie blijkt, ook omtrent de angst voor bijwerkingen en het wantrouwen dat bestaat ten opzichte van de nieuwere types vaccins? Ik weet dat daar wel uitleg over wordt gegeven, maar misschien is het goed om daar nog iets specifieker op door te gaan en die informatie nog iets breder te verspreiden.

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

07 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het ziekteverloop van COVID-19" (55023144C)

07 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évolution de la maladie Covid-19" (55023144C)

07.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, opnieuw een gedateerde vraag, want ze gaat nog over de derde golf. We zijn nu al even verder, maar de vraag over het ziekteverloop blijft wel relevant. Bij verschillende golven kregen we met verschillende varianten te maken. Er lijkt toch een zekere evolutie qua ziekmakend vermogen van de varianten. Ik vroeg me af of er een analyse was gebeurd inzake de ernst van het ziekteverloop. Ondertussen is duidelijk dat het verloop milder is, al weten we niet wat de toekomst zal brengen.

Ik zou graag weten of er een verschil in ziekteverloop is bij gevaccineerden en niet-gevaccineerden. Ik kreeg nooit een antwoord op de vraag en vind ze ook niet in de verslagen van Sciensano, of er niet een gemiddeld aantal ligdagen kan worden gegeven voor de gewone opnames en de opnames op intensieve zorg voor elke golf en covidvariant. Dat is nuttige informatie om de ernst van een golf te kunnen inschatten. Ik weet dat u zult zeggen dat vooral de bezetting van een ziekenhuis belangrijk is voor de ernst van de epidemie, maar het aantal ligdagen per individuele patiënt is toch ook van belang. Wordt er ook gebruik gemaakt van mediumcarebedden? Worden die gecatalogeerd als gewone opnames of als opnames in intensive care? Hoe zit het met de financiering van die bedden?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, ik lees u niet alle Sciensanorapporten voor. Eigenlijk stelt u vragen over dingen die worden gepubliceerd. Ik geef u een paar elementen.

Er zijn analyses gebeurd over de evolutie van de ernst van het ziekteverloop. Zo is bijvoorbeeld het aantal ziekenhuisopnames per 100 gedetecteerde covidgevallen sinds het begin van de vaccinatiecampagne sterk veranderd. Terwijl tijdens de tweede golf ongeveer 7 op de 100 covidgevallen een ziekenhuisopname vereisten, is dat begin juli 2021 gedaald tot 2,5 ziekenhuisopnames op 100 covidgevallen. Dat blijft sindsdien stabiel tussen 2 % en 4 %. Omwille van de recente sterke stijging in viruscirculatie worden er echter nog steeds grote aantallen patiënten opgenomen in het ziekenhuis per week. U vindt het volledige resultaat in het thematische rapport 'Vaccinatiegraad en epidemiologische impact van de COVID-19-vaccinatiecampagne in België', dat gepubliceerd werd op de website van Sciensano.

Niet-gevaccineerde personen vertonen een ernstiger ziekteverloop dan volledig gevaccineerde personen. U vindt dat allemaal ook terug in bovenvermeld thematisch rapport.

De ligduur bij opname en opname op ICU van gehospitaliseerde patiënten is gecapteerd in de Clinical Hospital Survey. Er is daar wel drie tot vier weken vertraging in de registratie. In het algemeen bedraagt de mediaanligduur bij opname negen dagen in de eerste golf, negen dagen in de tweede golf, acht dagen in de

derde golf en zes dagen in de vierde golf. De mediaanligduur bij opname op ICU bedraagt negen dagen in de eerste golf, acht dagen in de tweede golf, negen dagen in de derde golf en vijf dagen in de vierde golf.

Mediumcarebedden worden in onze ziekenhuizen niet gezien als een specifieke kenletter. Het mediumcarenet wordt, net als de bedden op intensieve zorg, door de ziekenhuizen georganiseerd binnen algemene kenletters: heelkunde, interne geneeskunde enzovoort. Aangezien er geen specifieke kenletter toegewezen werd aan deze bedden, zijn er ook geen specifieke financiële berekeningen andere dan deze voor de algemene kenletter.

U weet dat het organiseren van mediumcarebedden voor covid als doelstelling heeft het beperken van het aantal patiënten op intensieve zorg. Ze kunnen dus gebruikt worden als een step-upbed wanneer een patiënt nog niet kritisch genoeg is voor intensieve zorg maar toch reeds nood heeft aan meer doorgedreven observatie en monitoring, of als step-downbed als de patiënt intensieve zorg kan verlaten maar nog net niet stabiel genoeg is om op een klassieke verpleegkundige afdeling te worden verzorgd.

Het typevoorbeeld van medium care is het *covid high oxygen care bed*, een bed buiten intensieve zorg maar met opgedreven monitoringcapaciteiten en vooral ook opgedreven zuurstoftoedieningscapaciteiten, zonder mechanische beademing.

07.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, u verwees naar de cijfers van Sciensano. U mag het me niet kwalijk nemen, de vraag is reeds een paar maanden oud, toen was de registratie nog wat minder gedetailleerd. Ondertussen is dat inderdaad verbeterd.

Met betrekking tot de mediaan van het aantal ligdagen zal ik verder nog wat nazicht doen, want ik heb dat zelf niet meteen gevonden. U verwees naar de Clinical Hospital Survey, ik zal dat zeker nakijken.

Ik denk ook dat het belangrijk is dat er zoveel mogelijk en voor zover verantwoord van de mediumcarebedden wordt gebruikgemaakt. Ik vraag me dan wel nog af hoe dit past binnen de forfaitaire vergoeding voor covidpathologie. Valt dit binnen de vergoeding voor de gewone bedden of binnen de vergoeding voor intensieve zorg? Kunt u dat verder verduidelijken?

De **voorzitter**: Wilt u dat nog verder verduidelijken, mijnheer de minister? *(Nee.)*

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Questions jointes de

- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le covid et les masques FFP2" (55023161C)

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les masques buccaux pour enfants" (55023417C)

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'usage de masques FFP2 par la population" (55023696C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les masques FFP2" (55023777C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le port du masque à l'école" (55023778C)

08 Samengevoegde vragen van

- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "COVID-19 en de FFP2-maskers" (55023161C)

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Mondmaskers voor kinderen" (55023417C)

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van FFP2-mondmaskers door de bevolking" (55023696C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De FFP2-mondmaskers" (55023777C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het dragen van een mondmasker op school" (55023778C)

La **présidente**: Nous commençons donc avec la question de Mme Taquin. Vous avez deux minutes.

08.01 **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le ministre, cette question a été déposée depuis un moment déjà. Alors que le port du masque – et son obligation aussi chez les plus petits – est à nouveau rappelé comme une mesure essentielle du dispositif de lutte contre la propagation du virus, je souhaite des informations complémentaires concernant l'usage spécifique du masque FFP2 et les recommandations des experts à son sujet, notamment pour le personnel de soins et les personnes les plus fragiles voire les plus exposées en fonction des lieux fréquentés.

Le GEMS avait en effet recommandé l'usage de ces masques FFP2 pour les personnes vulnérables et les personnes en contact avec celles-ci. Le masque FFP2 a aussi été vivement recommandé pour ceux qui sont en contact avec des personnes atteintes par le virus. On le sait, ce type de masque protège mieux la personne en filtrant l'air inhalé. Avec le variant omicron, de nombreuses maisons de repos imposent maintenant le port de ce masque FFP2 pour les visiteurs. La Flandre a été la première à imposer ce masque au personnel des maisons de repos et de soins, car si omicron est moins dangereux, sa propagation crée des problèmes importants de capacités de personnel dans tous les secteurs professionnels.

Monsieur le ministre, quelles recommandations vous ont été faites récemment par les experts concernant l'utilisation du port du masque FFP2 au vu de l'évolution de la propagation d'omicron?

Les experts du GEMS ont-ils demandé au gouvernement de faire des stocks plus importants de FFP2? Quel est actuellement l'état des stocks stratégiques pour ces masques FFP2?

Pourriez-vous préciser de quelle manière les recommandations pour le personnel des maisons de repos ont été suivies dans le pays, mais aussi pour le personnel travaillant dans les lieux à haut risque (transports publics, locaux clos sans possibilité de réelle ventilation, etc.)?

Enfin, lors de la prochaine Conférence interministérielle avec les ministres de l'Enseignement, discutera-t-on du port du masque à l'école primaire?

La **présidente**: Merci, madame Taquin. Monsieur Prévot, vous avez deux questions, donc vous avez quatre minutes.

08.02 **Patrick Prévot** (PS): *"Monsieur le Ministre, lors du Comité de concertation du 3 décembre dernier, il a été décidé de rendre obligatoire le masque buccal dès l'âge de six ans, afin de permettre un ralentissement de la propagation du virus, notamment dans les écoles."*

Cependant, cette annonce qui prenait effet le lendemain, a provoqué une ruée vers les pharmacies, supermarchés et autres magasins, créant une véritable rupture de stock. Les parents se sont alors tournés vers les seuls masques restants qui n'étaient peut-être pas toujours suffisants et bien adaptés pour leurs enfants. Certains semblent par exemple ne pas permettre une bonne couverture du nez et de la bouche jusqu'au menton, ne pas permettre aux enfants de respirer confortablement ou montrent une moindre efficacité du filtrage des gouttelettes.

L'association Test-Achats demande instamment au gouvernement de veiller à ce que l'offre de masques buccaux pour les enfants soit suffisante et à un prix acceptable. Ce n'est pas qu'à cette condition que la nouvelle mesure pourra produire les résultats escomptés.

Monsieur le Ministre, lors d'une précédente question orale, je vous demandais la quantité de stock fédéral de masques FFP2. Pourriez-vous me communiquer, dès lors que les enfants sont à présent concernés, si des masques buccaux pour mineurs pourraient faire partie de ce stock du gouvernement? Si oui, en quelle quantité? Si non, comptez-vous en acheter et en quelle quantité?

Aussi, comment comptez-vous réguler l'offre et le prix de masques buccaux pour enfants à partir du moment où cette mesure est obligatoire et touche également les familles les plus fragilisées? Enfin, comment s'assurer de la qualité des masques pour enfants mis sur le marché?
Je vous remercie pour votre réponse."

Monsieur le ministre, ma deuxième question concerne l'usage des masques FFP2 pour la population.

Contrairement aux masques chirurgicaux ou en tissu, les masques FFP2 sont plus serrés autour du nez et

de la bouche et filtrent mieux les aérosols. Ils sont d'ailleurs, et ce n'est pas anodin, principalement utilisés par les professionnels de la santé en raison de leur plus grande exposition. Ces masques, rendus obligatoires pour les citoyens dans certaines circonstances en Allemagne, en Italie ou encore en Autriche pourraient permettre une protection plus importante, notamment face au variant omicron qui est, comme on le répète depuis plusieurs semaines, manifestement beaucoup plus contagieux.

Sciensano recommande le masque FFP2 en premier lieu au personnel soignant exposé longtemps à des patients atteints de covid, mais le GEMS va plus loin et recommande au gouvernement de prévoir davantage de masques FFP2 pour les personnes vulnérables et dans des circonstances à risques.

Monsieur le ministre, pouvez-vous me communiquer l'état du stock fédéral de masques FFP2? Estimez-vous nécessaire, à l'instar d'autres pays européens, de rendre obligatoire ou à tout le moins de recommander le port du masque FFP2 pour certaines catégories de personnes ou pour l'ensemble des citoyens dans des lieux où les contacts sont importants comme les transports en commun?

Enfin, donnée très importante, si le port de ce type de masque venait à être rendu obligatoire et vu le coût bien plus important de celui-ci, quelles mesures pourraient être prises pour le rendre davantage accessible financièrement, spécifiquement pour les personnes les plus vulnérables?

08.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, face à l'émergence du variant omicron, certains pays européens ont imposé le port du masque FFP2 dans les lieux très fréquentés, en particulier dans les transports en commun. L'Italie l'a imposé dans les cinémas et théâtres et l'Autriche impose même le port de ce masque à l'extérieur.

Le Codeco du 6 janvier a décidé de recommander l'usage des masques FFP2 aux personnes vulnérables et aux personnes en contact avec celles-ci ou avec des personnes infectées par le virus.

Alexia Verroken, médecin en prévention et contrôle des infections aux Cliniques universitaires Saint-Luc, affirme même qu'en raison de la haute circulation du variant omicron, ces personnes précitées pourraient même porter un masque quand elles sont à l'extérieur, comme en Autriche.

Monsieur le ministre, pourquoi la décision concernant les masques FFP2 s'est-elle articulée sous forme d'une recommandation et non d'une obligation? Qu'entend-t-on exactement par "personnes en contact avec une personne vulnérable"? Cette notion comprend-elle uniquement les contacts prolongés, comme au sein d'une entreprise, ou également les autres types de contacts plus brefs? Une communication efficiente est-elle menée au sein des groupes de population concernés par cette recommandation? Je pense à la nécessité de faire un *feedcheck*, à savoir souffler pour vérifier que l'air ne s'échappe pas trop autour du masque.

Que pensez-vous d'une éventuelle imposition du masque FFP2 à toute la population dans certains lieux très fréquentés? La chaîne d'approvisionnement est-elle suffisamment remplie face à la hausse d'achats de ce type de masque qui découlera de la décision du Codeco? Au vu des prix plus élevés des masques FFP2 par rapport aux masques chirurgicaux, un remboursement de ces masques est-il envisageable, à tout le moins pour les personnes les plus précarisées?

Ma deuxième question concerne le port du masque à l'école et fait référence à la décision du Codeco de décembre d'imposer le port du masque aux enfants dans les écoles dès la première primaire, donc aux enfants de six ans.

C'est une mesure empreinte d'un certain scepticisme de la part de la communauté scientifique. En effet, de nombreux experts affirmaient qu'il n'y avait pas de preuve concrète quant à la réduction de la transmission du virus via le port du masque par les jeunes enfants.

Aujourd'hui, pas moins de 210 spécialistes, dont des enseignants et des médecins, demandent la levée de cette mesure à l'adresse des enfants. À travers une carte blanche publiée le 9 janvier dernier, ils mettent en lumière tous les désavantages causés par l'obligation du port du masque pour les jeunes enfants: climat anxiogène en classe qui pousse certains enfants dans un état de stress chronique, peur d'aller à l'école voire refus de s'y rendre, sur-responsabilisation des enfants, peur d'être sanctionnés à l'école. Ces conséquences se traduisent chaque jour sur le terrain.

J'en veux pour preuve la fille d'une amie. Cette petite fille, Sophia, âgée de neuf ans, dispose d'un certificat médical qui la dispense de porter le masque en classe et c'est ce qui lui a valu les brimades de son enseignante. Elle a été punie et complètement mise à l'écart de ses camarades en classe.

Suite à la publication de l'article qui relatait son témoignage, sa maman a reçu de nombreux autres témoignages de parents qui faisaient état d'enfants privés de préau, laissés sous la pluie, de directeurs qui obligeraient les enfants à porter le masque malgré la présentation d'un certificat médical ou encore de professeurs qui donneraient des punitions.

Monsieur le ministre, quelle est votre position face à la récente carte blanche publiée par ces 210 spécialistes? La suppression complète de cette mesure est-elle envisagée, à tout le moins lors du Codeco de ce vendredi? Dans l'affirmative, quand peut-on attendre une décision en ce sens? Dans la négative, pourquoi? Comment a été réalisée la mise en balance des avantages et des inconvénients au sujet de cette mesure lors du Codeco de décembre? De quelle façon l'intérêt supérieur de l'enfant a-t-il été pris en considération?

08.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Lors de sa réunion du 22 décembre dernier, le Codeco a décidé de recommander le port du masque FFP2 prioritairement aux personnes vulnérables et au personnel de soins. En date du 4 janvier 2022, la Conférence interministérielle Santé publique a revu les règles de *testing* et de quarantaine à la lumière de la flambée d'infections dues à omicron et a étendu la recommandation du port du masque FFP2 aux personnes en situation de levée de quarantaine ou d'isolement. Cette recommandation s'inscrit donc dans le lot de mesures préventives à prendre pour éviter que les personnes potentiellement infectées ou infectées ne contribuent à en infecter d'autres.

À ce stade le port du masque FFP2 n'est obligatoire que pour le personnel soignant des collectivités accueillant des personnes vulnérables, comme les maisons de repos et de soins.

Le fait d'avoir préféré une recommandation du port du masque FFP2 à une obligation généralisée est le fruit d'une recommandation du GEMS, que le Codeco a donc suivie. Les raisons qui expliquent ce choix sont multiples mais les plus importantes sont en partie le prix. Ce masque coûte plus cher – environ 1 euro pièce, souvent plus. En outre, pour garantir son efficacité, il faut le changer régulièrement, toutes les huit heures en moyenne, du fait de l'accumulation d'humidité. D'autre part, le FFP2 peut être une source d'inconfort: plus un masque est filtrant plus il est inconfortable. Ce masque peut causer une sensation d'étouffement chez certaines personnes.

Il est donc à craindre que la généralisation de l'obligation du port du masque FFP2 contrevienne immédiatement à la protection qu'il est censé apporter en favorisant par exemple le port d'un même masque plusieurs jours d'affilée ou un port non conforme et donc moins protecteur.

Pour ces raisons, nous plaçons à ce stade pour un usage du masque FFP2 à la fois raisonnable et raisonné, en le privilégiant dans les lieux où les personnes vulnérables sont nombreuses. Bien entendu, il va de soi que cette approche vaut pour la situation actuelle, mais qu'elle pourrait être revue et adaptée au gré de l'évolution de l'épidémie dans notre pays.

En ce qui concerne l'état du stock, le stock fédéral contient, selon mes derniers chiffres, 9 177 920 masques FFP2. Le stock fédéral ne contient pas de masques buccaux pour enfants et aucun achat de ces masques n'est prévu. Les éléments nécessaires et leurs quantités respectives font l'objet de la plate-forme de consultation pour le stock stratégique à mettre en place. S'il est déterminé qu'il est nécessaire de l'inclure dans le stock stratégique fédéral, les mesures nécessaires seront prises pour s'y conformer.

Le nombre de demandes des hôpitaux pour des masques FFP2 provenant du stock stratégique fédéral est limité. Ce nombre s'élevait à 22 000 en décembre 2021 et à 36 000 au 20 janvier 2022. Ce chiffre est donc incomplet. La hausse des taux d'infection n'a pas entraîné une forte augmentation de ces demandes. On peut en conclure qu'il n'y a actuellement pas de distorsion du marché et qu'il y a suffisamment de matériel qualitatif disponible sur le marché. Cependant, le SPF Santé publique ne dispose que d'un aperçu de la consommation et des stocks des hôpitaux, et non de l'ensemble du marché. Nous renvoyons au SPF Économie, qui supervise le marché des équipements de protection individuelle.

J'en viens à la question de Mme Rohonyi sur un éventuel remboursement ou sur le prix. La question a été débattue à de nombreuses reprises entre mes administrations et diverses associations de patients, mais

aussi entre ces mêmes organisations et d'autres administrations. Je songe au groupe de travail de la médecine du travail et aux employeurs du SPF Emploi, par exemple. Les discussions se sont heurtées à des problèmes pratiques. Il s'est d'abord posé la question de la détermination des groupes de patients qui pourraient bénéficier de ces masques FFP2 et pour qui un remboursement sélectif serait donc indiqué.

Au départ, des associations de patients demandaient des masques buccaux FFP2 abordables pour différents groupes de patients souffrant de maladies chroniques spécifiques, qui sont des patients à haut risque. Aucune base scientifique ni aucun consensus n'ont pu être dégagés sur ce point. La délivrance de ces masques à certains groupes de patients aurait exigé une prescription médicale et donc une charge administrative supplémentaire pour les médecins, ce qui aurait été malvenu dans le contexte que nous connaissons. Les remboursements via l'INAMI seraient relativement complexes sauf à en réserver la vente aux pharmacies ou créer un circuit de remboursement spécifique pour les produits vendus dans le commerce. En outre, le fait réserver des masques en pharmacie poserait des soucis de distorsion de marché.

En ce qui concerne l'obligation de port du masque pour les enfants, je ne veux pas devancer les discussions qui auront certainement lieu lors du prochain Codeco. Je crois que, dans notre pays, on a exagéré les problèmes liés au port du masque au regard des avantages. On a vraiment perdu du temps avec une résistance sans aucun fondement scientifique. Cette perte de temps a été selon moi une des raisons pour laquelle la quatrième vague a été particulièrement difficile dans les écoles. Pourquoi y a-t-il eu tant de contaminations chez les jeunes et les enfants, contaminations qui ont eu un effet sur l'ampleur de cette vague chez les adultes et les personnes âgées? On a vraiment perdu du temps avec une résistance sans fondement. Il est clair que le port du masque a un effet bénéfique en termes de contagiosité. Je ne connais aucune étude qui dit le contraire et je n'en connais aucune qui montre des désavantages importants ou significatifs auprès des enfants.

Que cela ne soit pas confortable, que cela ne soit pas facile, qu'il faille l'expliquer, que ce soit quelque chose que l'on ne peut prendre à la légère, tout cela est vrai. Il ne faut donc pas prolonger l'obligation du port du masque pour les enfants plus longtemps que nécessaire. Mais j'ai été peu impressionné par une série de critiques. Je sais que ce n'est ni confortable ni facile, mais dans d'autres pays européens, il n'y a eu aucun souci! En Italie, en France, en Espagne, ce ne sont pas des tyrannies! Ce ne sont pas des pays qui ont l'habitude de torturer des enfants. J'ai donc trouvé le débat chez nous un peu bizarre, à vrai dire.

08.05 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie. J'ai eu réponse à la presque totalité de mes questions. J'aurais évidemment voulu savoir si l'obligation du port du masque au sein des maisons de repos avait été bien suivie. Si vous n'avez pas la réponse aujourd'hui, n'hésitez pas à revenir vers nous à ce sujet.

Je ne vais pas dire que je suis heureuse de vous entendre parler du port du masque auprès des enfants parce que si nous pouvions nous passer de cette mesure, nous le ferions bien évidemment. Mais il est important de se rendre compte qu'on est compris lorsqu'on prend une mesure qui est très difficile, même si on reçoit des attaques. Je me souviens qu'il y a un peu plus d'un an, Courcelles était la seule commune à l'appliquer. Nous jugions qu'il y avait suffisamment de littérature scientifique en ce sens, parce que cela pouvait apporter une efficacité.

Je vais quand même vous dire que je suis soulagée que vous ayez partagé cette expérience et que vous puissiez mettre sur la table que ce n'est pas confortable et que c'est un choix qu'on aurait voulu ne jamais faire, mais que c'est une protection supplémentaire. Je vous souhaite encore bien du courage pour la suite.

08.06 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, merci. Ma question a été déposée il y a quelques semaines déjà et le Codeco du 4 janvier avait déjà partiellement répondu à mes interrogations. Merci d'avoir refait l'instantané de la situation, notamment sur ces fameuses recommandations du GEMS qui ont été suivies par le Codeco du 4 janvier. Le port du masque FFP2 a été recommandé, et non pas rendu obligatoire, pour les personnes fragiles et pour les personnes en sortie de quarantaine, l'obligation *stricto sensu* étant réservée au personnel soignant.

J'entends également, et je comprends aisément, les difficultés que vous pouvez craindre, notamment au niveau du Codeco, par rapport à la généralisation de l'obligation qui pourrait entraîner des effets non voulus. Vous avez entre autres pris l'exemple du port du même masque FFP2 plusieurs jours d'affilée.

Je pense effectivement que cette non-généralisation est une décision de bon sens. Nous espérons tous que ce covid nous fichera la paix dans les mois à venir. Si le FFP2 devait s'imposer dans d'autres secteurs, et vous savez que nous restons très attentifs à son accessibilité financière, ce débat devrait se tenir à nouveau. Pour l'heure, soyons optimistes en espérant que le recul du covid nous aide à récupérer davantage de libertés dans les semaines et les mois à venir.

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

En ce qui concerne les masques FFP2, vous entendez en privilégier un usage raisonnable et raisonné. Cependant, je ne comprends pas la raison pour laquelle ce masque a été uniquement recommandé. Vous nous annoncez des raisons de coût et de praticabilité. Toutefois, je pense qu'à partir du moment où vous reconnaissez qu'il offre une protection bien plus élevée, il revient au gouvernement de se donner les moyens de l'assurer, en particulier dans des lieux où il est difficile – voire impossible – d'observer les distances physiques. Je pense bien évidemment aux transports en commun.

Vous parlez de la nécessité de le changer plus régulièrement. À cet égard, nous devrions examiner ce qui se fait chez nos voisins. Ainsi, le département du Nord, en France, a décidé de distribuer plus d'un million sept cent mille masques FFP2 à ses administrés, notamment les écoles, les collèges, les cabinets médicaux, les associations et les administrations municipales. Cela démontre qu'en présence d'une volonté politique, on peut se donner les moyens de protéger les populations que l'on considère comme plus vulnérables.

S'agissant du masque pour les enfants, je suis heurtée par votre argument selon lequel la résistance de certains envers le port du masque – et donc le temps perdu qui en a résulté – serait responsable de l'ampleur de la quatrième et de la cinquième vagues dans les écoles.

08.08 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai dit que c'était sans doute un facteur qui avait inévitablement joué.

08.09 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, le simple fait de l'insinuer est particulièrement choquant. En effet, nous savons que cette mesure avait été vivement critiquée par les pédopsychiatres – donc pas seulement par des détracteurs des mesures sanitaires –, des professionnels qui sont soucieux de la santé physique et mentale des enfants et qui veillent à maintenir l'équilibre entre les avantages et les inconvénients de telle ou telle disposition. Il n'y a pas eu d'unanimité scientifique par rapport à son utilité d'un point de vue global. Le variant omicron a frappé partout et pas uniquement dans les écoles. Je trouve cela heurtant que l'on fasse peser à ce point l'effort de la crise sanitaire sur des enfants. Cela doit avant tout être fait par les parents, par les adultes et par les politiques.

Je me permets donc de vous lancer un appel en vue du Codeco de vendredi pour étudier la possibilité de lever le port du masque pour les enfants, surtout depuis la généralisation des dispositifs de ventilation qui a été décidée entre-temps. Si cela n'est vraiment pas possible, je vous demande de veiller à ce qu'on reconnaisse les contre-indications médicales qui font l'objet de certificats médicaux puisque, apparemment, ces certificats ne sont pas reconnus au sein des différentes écoles.

08.10 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai oublié d'en parler dans ma réponse.

Les anecdotes dont vous parlez sont pertinentes mais dans la décision du Codeco, il y avait une règle générale qui devait évidemment être appliquée de façon judicieuse. C'est évident quand on travaille avec des enfants! Je me souviens bien avoir dit lors du Codeco qu'il y avait un principe, mais que son application devait être pragmatique.

Les anecdotes que vous racontez sont tristes. La règle générale a été implémentée trop tardivement. C'est mon opinion et je crois qu'elle est fondée.

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

09 Samengevoegde vragen van

- Dominiek Snelles aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Myocarditis en pericarditis" (55023213C)

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boosterprik met Moderna en de bijwerkingen" (55023889C)**

09 Questions jointes de

- **Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les myocardites et péricardites" (55023213C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La troisième dose de vaccin Moderna et ses effets secondaires" (55023889C)**

09.01 **Dominiek Snelpe** (VB): Mijnheer de minister, het Japanse ministerie van Volksgezondheid heeft ontsteking van de hartspier en van de buitenste laag van het hart bij jongere mannen benoemd als een van de mogelijk ernstige bijwerkingen van het Modernavaccin en het Pfizervaccin. Dat is niet verbazend want zowel myocarditis als pericarditis zijn bijwerkingen die in de literatuur en de studies regelmatig als bijwerkingen na vaccinatie worden geciteerd. In een persartikel van *NHK World* van 14 november staat dat, van elk miljoen mannen dat het Modernavaccin had gekregen, dergelijke bijwerkingen werden gemeld bij 81 mannen van 10 tot 19 jaar en 48 mannen van in de twintig. De cijfers voor het Pfizervaccin waren respectievelijk 15 en 13.

Het Japanse ministerie van Volksgezondheid stelde daarom een panel van deskundigen aan en stelt voor een waarschuwing voor het risico op ernstige bijwerkingen af te drukken op de bijsluiters van de vaccins. Het zal ziekenhuizen ook verplichten om incidenten met mensen die de symptomen ontwikkelden binnen 28 dagen na vaccinatie in detail te melden, zoals de wet voorschrijft.

Mijnheer de minister, heeft het Belgische ministerie van Volksgezondheid, en meer bepaald de FOD Gezondheid, Sciensano en/of de Hoge Gezondheidsraad, ook dergelijke vaststellingen gedaan naar aanleiding van de vaccinatiecampagnes waarbij zowel Modernavaccins als Pfizervaccins zijn toegediend? Kunt u ons net als in Japan de details geven van de incidentie van deze bijwerkingen? Dat mag ook schriftelijk.

Zult u, zoals in Japan mijn inziens terecht gebeurd is, ook de nodige maatregelen nemen om een waarschuwing te bezorgen aan wie het aanbelangt, namelijk aan de personen die voor vaccinatie worden uitgenodigd, de vaccinatiecentra en de huisartsen, en zult u waarschuwen voor de bijwerkingen in de communicatie van de FOD Volksgezondheid in het algemeen en op de website coronavirus.be?

Zult u iets doen om te vermijden dat personen die statistisch gezien, op basis van leeftijd of geslacht, een hoger risico lopen op bovenvermelde bijwerkingen de vrije keuze krijgen tussen Pfizer en Moderna?

Gezien het bovenstaande, voorziet u in de mogelijkheid om desgevallend, op aanvraag van de persoon die wordt uitgenodigd en eventueel na medisch advies, alsnog een booster met een alternatief vaccin zoals AstraZeneca, Novavax of andere vaccins op de markt aan te bieden?

09.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik heb deze vraag al gesteld aan de minister in het kader van een actuadebat en daarop een antwoord gekregen, dus ik zal het zo laten.

09.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wij hebben daar inderdaad al over gesproken, mevrouw Depoorter, dus ik zal een klein beetje in herhaling vallen.

Myocarditis en pericarditis zijn al langer bekende, zeldzame bijwerkingen van de vaccins waarvan sprake. Zij worden ook vermeld in de bijsluiters van zowel het Pfizer- als het Modernavaccin. In de bijsluiters van Comirnaty staat bijvoorbeeld: "Er is een verhoogd risico op myocarditis, ontsteking van de hartspier, en pericarditis, ontsteking van het hartzakje, na vaccinatie met Comirnaty (zie rubriek 4). Deze aandoeningen kunnen binnen enkele dagen na vaccinatie optreden en deden zich voornamelijk voor binnen veertien dagen. Zij werden vaker waargenomen na de tweede vaccinatie en vaker bij jongens en jonge mannen. Na vaccinatie moet u alert zijn op tekenen van myocarditis en pericarditis, zoals kortademigheid, hartkloppingen en pijn op de borst, en onmiddellijk medische hulp inroepen indien deze optreden."

Reeds in juli 2021 stuurden de twee firma's een gezamenlijke brief – een zogenaamde DHPC of Direct Healthcare Professional Communication –, gevalideerd door het FAGG, naar de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars om hen te waarschuwen voor een risico van myocarditis en pericarditis. Dat is een standaardmethode voor de communicatie van dergelijke risico's. Het FAGG bespreekt het risico ook in de maandelijkse samenvatting van de bijwerkingen van de vaccins op zijn website. Ik kan u twee

gedetailleerde tabellen bezorgen over het aantal vastgestelde bijwerkingen, maar ik wil wel duidelijk maken dat het over vermoedelijke bijwerkingen gaat, dus medische gebeurtenissen die na het gebruik van het vaccin zijn waargenomen, maar die niet noodzakelijk gerelateerd zijn aan of veroorzaakt door het vaccin.

In november 2021 werd in dat verband uit voorzorg beslist om een basisvaccin van Moderna – met 100 microgram – enkel toe te dienen aan mensen van 30 jaar en ouder. Als booster wordt voor Moderna een lagere dosis toegediend – 50 microgram – dan bij de basisvaccinatie. Die lagere dosis volstaat ook absoluut. Moderna is daarin ook anders gedoseerd dan het Pfizervaccin: voor Pfizer wordt gewerkt met 30 microgram. Dat is ook de reden waarom wij bij de booster geen leeftijdsbeperking gebruiken. De bescherming als booster met de lagere dosis is net zo goed als een volledige dosis en er zijn minder nevenwerkingen.

Alle beslissingen die we nemen zijn uiteraard gebaseerd op de aanbevelingen van het Europees Geneesmiddelenbureau en niet op individuele aanbevelingen die door buurlanden werden uitgevaardigd.

09.04 Dominiek Sneppe (VB): De bijwerkingen zijn hier al een aantal keer aan bod gekomen. We moeten natuurlijk het onderscheid maken tussen wat enerzijds op de bijsluiting staat als 'bijwerking' en anderzijds als 'ernstige bijwerking'. Ik vind het in dat opzicht opmerkelijk dat alle bijwerkingen hier stevast worden afgedaan als zeer zeldzaam voorkomend, niet ernstig, en noem maar op. Het wordt allemaal nogal geminimaliseerd, maar het zal uw kind maar overkomen.

Ik zou graag inzage krijgen in uw tabellen, het lijkt me interessant om die eens overzichtelijk te kunnen overschouwen.

U benadrukt dat het hier om vermoedelijke bijwerkingen gaat. Uiteraard moet nog onderzocht worden of er een verband is met de toegediende vaccins. Ik heb daar toch een aantal kritische bedenkingen bij en vraag me af hoe men uiteindelijk tot het besluit kan komen of bepaalde bijwerkingen al dan niet in verband kunnen worden gebracht met het vaccin. Ik vrees ervoor dat de 'vermoedelijke' bijwerkingen het predicaat 'vermoedelijk' zullen behouden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvoeding van zorgpersoneel met inzet van politiediensten en de situatie in ziekenhuizen" (55023214C)

10 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réquisition de personnel soignant avec recours à la police et la situation dans les hôpitaux" (55023214C)

10.01 Dominiek Sneppe (VB): Ook deze vraag dateert van begin december. Uit een artikel in *Het Laatste Nieuws* van 7 december blijkt dat de politie zeer ver gaat met de opvoeding van ziekenhuispersoneel. Ik citeer, zodat de uitspraak niet in mijn schoenen wordt geschoven: "Collega's 's nachts 15 keer opgebeld, net de Gestapo."

In Franstalig België was er op maandag 7 december eenstaking in de zorgsector en enkele directies vorderden daarom uit voorzorg hun personeel op. Blijkbaar werd daarvoor de politie ingeschakeld.

Mijnheer de minister, u kunt eenvoudigweg met ja of neen antwoorden op mijn vragen. Is het sturen van politieagenten in burger naar het thuisadres van zorgpersoneel een goede manier om hun motivatie te verhogen? Erkent u dat die werkwijze intimiderend overkomt op de betrokkenen? Zult u de directies van zorginstellingen in de toekomst aanraden om geen politieagenten te sturen maar alternatieven te gebruiken? Bent u zich ervan bewust dat ziekenhuizen zullen moeten sluiten als u vasthoudt aan de schorsing en het ontslag, op 1 januari, 1 april of nu al 1 juni, van personeel dat geen vaccinatie wenst? Bent u bereid de beslissing tot gedwongen ontslag te heroverwegen? Ik ben tevreden met een ja of neen.

Er zijn nog enkele andere vragen. Hoeveel personeelsleden werden er op maandag 7 december opgevorderd op het Belgische grondgebied? Hoeveel in Brussel en in Wallonië? In hoeveel ziekenhuizen op het Belgische grondgebied diende sinds maart 2020 zorgpersoneel te worden opgevorderd? In hoeveel ziekenhuizen in Vlaanderen, Brussel en Wallonië? Hoeveel personeelsleden in de zorgsector komen in aanmerking voor schorsing per 1 januari of per 1 juni? Een manifestant beweert dat 10 % van de totale

capaciteit dreigt ontslagen te zullen worden. Wat is uw inschatting? Hoe zult u het zorgpersoneel de nodige rust en verlofuren garanderen als de capaciteit per 1 juni zal dalen? Sommige personeelsleden hebben nu al 2 jaar geen verlof gehad.

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Stakingsrecht is uiteraard zeer belangrijk, maar niet absoluut. Als het algemeen belang het vereist, bijvoorbeeld continuïteit van gezondheidszorg, kan zorgpersoneel opgevorderd worden als een uitzonderlijke maatregel. Daar gebeurt een grondige inschatting en afweging bij.

Indien na overleg blijkt dat de continuïteit van zorg bedreigd is, moet de opvordering de nodige garanties geven om dat te vermijden. Formele procedures van opvorderingsbevel en verzekering van goede ontvangst kunnen dan noodzakelijk zijn en moeten tijdig en sluitend ingezet worden. Gezondheidswerkers kennen die procedures en ze beseffen ook dat het belangrijk is om de continuïteit te verzekeren. Dat kan moeilijk als totaal verrassend overkomen. Indien situaties voorkomen waarin een en ander wel intimiderend overkomt, wordt dat het beste gemeld en besproken.

Op de andere vragen heb ik geen antwoord.

10.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Het kan niet zo moeilijk zijn om op vijf vragen ja of nee te antwoorden. Ik weet ook dat het stakingsrecht belangrijk is, maar niet absoluut. Ik heb er wel vragen bij als mensen met zoveel poeha bijna uit hun bed moeten worden gelicht. Daar gaan mijn vragen over. Het is waarschijnlijk niet totaal verrassend, maar de manier waarop zal verrassend en heel intimiderend zijn. Hopelijk was dat een alleenstaand feit en zal dat nooit meer gebeuren.

Aan het begin van de pandemie stonden we allemaal klaar om te applaudisseren. We zijn ondertussen twee jaar later en ons zorgpersoneel wordt bijna aangezien als criminelen. Ze worden uit hun bed gelicht, ze worden ontslagen als ze zich straks niet laten vaccineren en noem maar op. Ik kan zo'n beleid zeker niet steunen en ik zal dat beleid blijven aanklagen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneppe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van het FIRM inzake verplichte vaccinatie" (55023248C)

- **Dominiek Sneppe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van het FIRM inzake het CST" (55023250C)

11 **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneppe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis de l'IFDH relatif à la vaccination obligatoire" (55023248C)

- **Dominiek Sneppe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis de l'IFDH relatif au CST" (55023250C)

11.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, het nadeel van het stellen van vragen is dat sommige al verouderd zijn, ondertussen zelfs zo verouderd dat het FIRM al een nieuw advies heeft uitgebracht, naar aanleiding van de hoorzittingen.

Ik kan mijn vragen dus samenvatten. Hebt u het nieuwe advies al gelezen? Ik hoop van wel. Kan u dat advies volgen? Het tweede advies is immers enigszins anders dan het eerste advies.

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, er zijn hoorzittingen in de Kamer over deze kwestie. Ik zal nu dus niet antwoorden. U bent over het advies aan het debatteren in de Kamer.

11.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, over het advies hebben wij inderdaad gedebatteerd. Dat is al voorbij. Waarom zouden wij parlementsleden uw visie daarover dus niet mogen horen?

Ik hoop dat u het debat ook echt ten volle volgt, dat u er de nodige gevolgen aan zult geven en eveneens dat u eventueel, als het uwe hoogheid bevalt, uw eigen mening zult herzien in functie van wat uit de hoorzittingen naar voren zal komen.

11.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, ik weet dat het veel gevraagd is, maar probeer consistent te zijn. Ik heb samen met de regering en het Overlegcomité het Parlement gevraagd om het debat te organiseren in het Parlement. Het zou nogal vreemd zijn als ik hier nu plotseling over een van de adviezen mijn mening zou geven. U geeft zelf aan dat uw vraag op een ongelukkig moment komt. Dat zou dus vreemd zijn.

Natuurlijk volg ik het debat. Ik kijk ook echt uit naar het standpunt van het Parlement na de hoorzittingen.

11.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik zal de vraag dan nog maar even in de lade laten liggen en ze eventueel op een later tijdstip nog eens stellen. Mijn vraag dateert al van begin december 2021. U kunt opmerken dat ze nu op een ongelegen moment komt. Dat is zo.

U hebt ons inderdaad het debat gegund. Ik hoop dat u ook het advies en de raad die daaruit naar voren zullen komen zult appreciëren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onmiddellijk openbaar maken van het GEMS-advies" (55023253C)**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van de GEMS van 3/12/2021" (55023255C)**

12 **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publication immédiate de l'avis du GEMS" (55023253C)**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis du GEMS du 3/12/2021" (55023255C)**

12.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, alle verslagen, adviezen enzovoort van alle adviesraden die dit land rijk is, zouden zo snel mogelijk moeten worden vrijgegeven. Meestal worden ze eerst gelekt in de pers en vervolgens verschijnen ze ergens op internet, maar meestal moet men heel vaak doorklikken voor men de informatie echt vindt. Dat heb ik al aangeklaagd met betrekking tot de verslagen van onder meer de RAG en de RMG: die zitten doorgaans goed weggestopt.

Zult u ervoor pleiten die adviezen zo snel en zo transparant mogelijk vrij te geven?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja, ik ben er voorstander van om die snel en transparant vrij te geven.

12.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, als u vermoeid bent, dan moet u dat zeggen en dan stoppen we er nu mee.

Goed, u bent ervoor, maar zult u ook iets ondernemen? Zult u ervoor zorgen dat de informatie daadwerkelijk sneller beschikbaar is, dat ze transparanter is, dat we er gemakkelijker aan kunnen, niet via via en met tig klikjes en omwegen? Het zou er nog maar aan mankeren dat u er niet voor bent dat het transparant verloopt, maar graag een beetje ernst.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conclusies van het onderzoek van de KU Leuven en IDEWE over de covidvirustransmissie" (55023270C)**

13 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conclusions de l'étude de la KU Leuven et d'IDEWE concernant la transmission du coronavirus" (55023270C)**

13.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag is geruime tijd geleden ingediend,

maar een aantal zaken zijn nog steeds relevant.

Wat zijn uw bevindingen aangaande de studie van IDEWE en wat is er precies toegepast? Ik heb de studie er grondig op nagelezen. Bij de transmissie binnen winkels stel ik vast dat er wel naar de werknemers is gekeken, maar hebt u ook onderzoek opgevraagd naar het verschil tussen de grote retailers en kleinere winkels, waar per definitie minder klanten over de vloer komen? Hebt u onderzoek gevraagd naar de transmissie onder de bezoekers van die winkels, en hebt u die ook afgewogen in het licht van bepaalde maatregelen die werden genomen?

Als we een aantal sectoren uit de schoonheidszorg nader onder de loep nemen, dan stellen we vast dat er bij de kappers veel minder sprake is van transmissie dan bij de schoonheidsspecialisten. En toch zijn de kapperszaken ook lang gesloten gebleven. Neemt u deze overwegingen mee in rekening mochten er zich in de toekomst alsnog varianten aandienen? Welke conclusies trekt u in verband met de argumenten die zijn gebruikt om bepaalde zaken te sluiten en andere dan weer niet. We zitten momenteel nog steeds met een aanbeveling voor telewerk. Maar ook telewerk komt minder overtuigend uit het onderzoek dan aanvankelijk aangenomen. In hoeverre houdt de argumentatie voor aanbevolen telewerk vandaag dan nog stand?

Meent u, tot slot, dat de maatregelen die werden genomen, en nu nog steeds gelden, kunnen worden beschouwd als evidencebased? Wat zijn de lessen die u hebt geleerd en hoe zult u dit in de toekomst aanpakken?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik dank u alvast voor de goede vragen.

Dankzij het koppelen van gegevens uit verschillende databanken konden de experts toch heel wat inzicht verwerven in de vele aspecten van de pandemie, waaronder ook de impact op specifieke economische sectoren.

Zoals u hebt aangegeven, is het belangrijk te onderstrepen dat het in de studie gegevens betreft van besmettingen bij mensen die er tewerkgesteld zijn. Dat betekent niet noodzakelijk dat ze op de werkvloer zijn besmet. Men ziet gewoon een correlatie tussen waar iemand werkt en wat de kans is dat die besmet is. Dat is toch zeer relevant, denk ik. Ik steun dat soort onderzoek. Ik krijg de resultaten daarvan ook meteen toegestuurd, net zoals u. We proberen daar ook samen over na te denken.

U hebt enkele punctuele beleidsvragen gesteld, waar de facto al een antwoord op is gegeven, door hoe het beleid verlopen is.

De boostervaccinatiecampagne loopt ondertussen voor de hele bevolking vanaf 18 jaar en ouder.

Wat een van uw volgende vragen betreft, moeten we opletten voor een te smalle kijk op transmissie. Bijvoorbeeld, als mensen gaan winkelen, verplaatsen ze zich ook voor en na het bezoek aan de winkel. Ze ondernemen misschien nog aansluitende activiteiten. Ze nemen eventueel de bus of de tram. De essentie is dat, naarmate er meer contacten plaatsvinden, er ook meer kans is op besmetting, mede op basis van de plaats, binnen of buiten, de kwaliteit van de lucht, de duur van het contact enzovoort. We moeten dus opletten met wat men uit dit soort onderzoek leert en wat het geheel van argumenten is waarom er beslist wordt om in een bepaalde sector een restrictie door te voeren. Het kan ook gaan over de mobiliteit naar de activiteit in die bepaalde sector en terug, bijvoorbeeld.

De gegevens waar u naar verwijst dateren van december 2021. In die periode waren de kappers niet gesloten. Dat had ook te maken met dit soort gegevens. Indien uit deze gegevens zou zijn gebleken dat er een specifiek groot probleem was, dan zouden we misschien een debat hebben gehad over het sluiten van de kappers. Maar dat hebben we niet gehad. Dat heeft niet op tafel gelegen.

Gelijkaardige analyses van de RSZ uit januari 2021 toonden toen dat de incidentie wel hoger was bij kappers. Dat heeft dus wel meegespeeld in de discussie over de sluiting van de kappers. Dat was toen ook zo voor de schoonheidssalons. Het sluiten van de niet-noodzakelijke winkels in vorige golven was eigenlijk niet zozeer om de transmissie met het personeel in de winkel te voorkomen, maar om het aantal verplaatsingen te beperken en de transmissie tussen wisselende klanten in en rond winkels te voorkomen, bijvoorbeeld in dichtbevolkte winkelstraten. Er spelen dus altijd wel verschillende argumenten, zoals ik daarnet al zei.

Ik denk dat telewerk ook doelmatig is om die verschillende redenen. Het gaat over besmetting op het werk, maar ook bij verplaatsing naar het werk. We stellen empirisch een zeer grote correlatie vast tussen de mobiliteit en het aantal besmettingen.

Ik denk niet dat er argumenten zijn dat telewerk niet nodig is. Er zijn wel argumenten dat in bepaalde sectoren telewerken niet mogelijk is, maar de besmettingen in vergelijkend perspectief redelijk goed in de hand worden gehouden. Ik hoop dat we daaruit mogen besluiten dat in niet-telewerkbare sectoren andere voorzorgsmaatregelen goed worden opgevolgd. Professor Godderis heeft op het belang daarvan gewezen naar aanleiding van dit onderzoek.

We krijgen advies van de GEMS, die dit soort gegevens onder de loep neemt. Dat advies houdt al rekening met tal van afwegingen. Bij het nemen van een politieke beslissing kijken we zeker breed naar afwegingen van niet alleen epidemiologische, maar ook economische en sociale aard. Onze besluiten proberen we ook goed te motiveren. In sectoren bijvoorbeeld waar er contacten zijn met jongeren en waar men in bepaalde periodes meer besmettingen vaststelt, kan men besluiten dat daarvoor een reden is. Dat betekent nog niet dat men zo'n sector zal sluiten. Dat hangt samen met andere afwegingen. Globaal genomen is dit een zeer relevant onderzoek.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, over dat laatste zijn we het absoluut eens. Deze onderzoeken hadden wellicht vroeger in de crisis kunnen gebeuren en ons een aantal economische kerkhoven kunnen besparen. Ik denk aan de niet-essentiële winkels die op afspraak moesten werken. Dat heeft heel wat economische problemen opgeleverd, want het was niet rendabel, terwijl er geen evidentie was dat er op dat moment meer transmissie plaatsvond.

U hebt gelijk dat alles in de balans moet worden gelegd. Deze studies moeten we verder analyseren om ons voor te bereiden op volgende uitdagingen. Het is een collectief gegeven dat we niet voorbereid waren op een dergelijke pandemie. Dat mag niet opnieuw gebeuren. We moeten deze studies dus voortzetten en bekijken hoe we economie, gezondheid en mentaal welzijn op elkaar kunnen afstemmen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tegemoetkoming in de kosten voor beschermingsmateriaal voor verpleegkundigen" (55023271C)

14 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'intervention dans le coût du matériel de protection des infirmiers" (55023271C)

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb op een eerdere vraag van u het antwoord gekregen dat eind februari de toelage voor het beschermingsmateriaal voor verpleegkundigen en de andere zorgverstrekkers zou worden uitbetaald. Zit men daarmee nog op schema?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, de betaling voor de tussenkomst voor de periode van december 2020 tot en met juni 2021 is gepland voor uiterlijk 28 februari volgens de voorwaarden vastgesteld in het besluit dat eind 2021 is gepubliceerd. Ik wil even beklemtonen dat dit niet alleen voor verpleegkundigen in de ambulante setting is, maar ook voor artsen, tandartsen, apothekers, logopedisten, kinesitherapeuten, bandagisten, kortom alle zorgverleners in de ambulante zorg.

De vergoeding compenseert zowel de kosten voor de aankoop van beschermingsmateriaal als de extra werktijd die dat inneemt bij een zorgverlener, zoals de praktijkruimte grondig ontsmetten, ventileren tussen twee consultaties in enzovoort. Zorgverleners mogen daarvoor immers geen supplementen aan hun patiënten aanrekenen.

Tussen 4 mei 2021 en eind juni 2021 zal er 740 miljoen euro vrijgemaakt zijn voor de vergoeding van het beschermingsmateriaal, uitbetaald in drie schijven.

Ik heb er omwille van de vierde golf bij de regering op aangedrongen om de maatregel nog eens met zes maanden te verlengen, tot en met het eerste kwartaal van 2022. Dat zal gebeuren, overeenkomstig de modaliteiten die door het Verzekeringscomité worden goedgekeurd. Daar is ook in een bijkomend budget voorzien.

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

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

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, u hebt meegedeeld dat u uw vragen nrs. 55023320C, 55023454C, 55023582C en 55024596C als beantwoord beschouwt, gezien het debat van vanochtend in de commissie. Vraag nr. 55023882C van de heer Creyelman werd ingetrokken.

15 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verkoop van COVID-19-zelftesten met een ééntalige verpakking en bijsluiter" (55023327C)**

15 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vente d'autotests contre le covid dont l'emballage et la notice sont unilingues" (55023327C)**

15.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ook deze vraag stelde ik al in een actuadebat. Ze betreft zelftests met een eentalige verpakking. Medische hulpmiddelen die in dit land op de markt komen moeten een drietalige verpakking én een drietalige bijsluiter hebben. U zei me toen dat u het zou doorgeven aan het FAGG.

Ik had graag van u vernomen welke acties er zijn ondernomen met betrekking tot die specifieke zelftest. Zijn er naderhand nog meer problemen gemeld met zelftests die verkocht worden in de apotheek of in de supermarkt? Welke sancties zijn daarrond getroffen?

Wordt de kwaliteit van de zelftest voldoende gecontroleerd? Ook professor Van Gucht gaf namelijk in een commissie aan twijfels te hebben bij bepaalde zelftests.

Beschikt u over een weerslag van de bevindingen van het FAGG?

15.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, er zijn meldingen ontvangen in verband met het ontbreken van de bijsluiter in de drie landstalen van SARS-CoV-2-zelftests. Er werd contact opgenomen met de betrokken winkels en apotheken. Ze werden geïnformeerd over het gebruik van de landstalen. Er werd informatie verzameld over de betrokken distributeurs. Zij kregen bezoek van de inspectiedienst van het FAGG. De distributeurs ontvingen een zogenaamde 'kritische tekortkoming' voor het verdelen van niet-conforme medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek.

Als correctieve actie dienden de distributeurs contact op te nemen met elke klant en hem of haar te informeren over het feit dat de hulpmiddelen niet conform waren omdat de bijsluiter in de drie landstalen ontbrak. Ze moesten de bijsluiter in de ontbrekende landstalen telkens nasturen en de klant informeren dat deze bijsluiters elk hulpmiddel dienen te vergezellen. Voor toekomstige leveringen moeten ze verzekeren dat ze de hulpmiddelen steeds verdelen met een bijsluiter in alle landstalen erbij.

Wat uw tweede vraag betreft, de winkels en apotheken die bevoorraad werden door de betrokken distributeurs, kunnen beschikken over hulpmiddelen met bijsluiters in de drie landstalen, ofwel door het ontvangen van conforme hulpmiddelen sinds de inspectie, ofwel door de correctieve actie, beschreven in het antwoord op de eerste vraag.

In antwoord op uw derde vraag kan ik u meegeven dat de producten niet uit de handel werden gehaald. De correctieve actie werd echter uitgevoerd, namelijk het informeren van klanten en het meesturen van de ontbrekende bijsluiters. Het betrof immers een administratieve non-conformiteit, die werd verholpen door de hiervoor beschreven correctieve actie. Er werden geen sancties genomen tegen de verkooppunten, die werden geïnformeerd over het niet-conform zijn van de hulpmiddelen en over de te nemen correctieve acties.

De distributeurs ontvingen tijdens de inspectie een kritische non-conformiteit. Bij herhaaldelijke inbreuken zullen sancties worden opgesteld.

Op uw vijfde vraag kan ik antwoorden dat verschillende meldingen steeds werden en worden beoordeeld door het FAGG. Bezoeken en inspecties ter plaatse worden uitgevoerd om de meldingen te onderzoeken. Het FAGG heeft beslist de bijsluiters in de drie landstalen aan te bieden op de website van het FAGG als

bijlage bij de lijst van SARS-CoV-2-antigeenzelftesten die een CE-certificaat bezitten.

In antwoord op uw zesde vraag wijs ik erop dat geen producten uit de handel werden gehaald. Het FAGG beschikt niet over de informatievorm. Het betreft het totale aantal te koop aangeboden of verkochte testen met eenmalige bijsluiter. Specifiek op basis van de klachten betreffende de bijsluiters van SARS-CoV-2-zelftesten werden in december 2021 vijf distributeurs geïnspecteerd.

Ten slotte, de aangetroffen zelftests zijn wel degelijk correct CE-gemarkeerd als zelftest. Zij bevinden zich op de lijst van aanbevolen SARS-CoV-2-antigeenzelftesten die een CE-certificaat bezitten. De lijst is beschikbaar op de website van het FAGG. Zelftests zonder bijsluiter in de landstalen voldoen echter niet aan de nationale vereisten betreffende de talen, wat een administratieve non-conformiteit is. Bij het onderzoek van de meldingen werden geen zelftests aangetroffen die niet CE-gemarkeerd zijn als zelftest.

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

Ik begrijp dat het FAGG een en ander enigszins door de vingers ziet, zelf bijsluiters op zijn website plaatst en een nota schrijft over de niet-conformiteit. Dat kan echter de bedoeling niet zijn. Een patiënt die een medisch hulpmiddel aankoopt, dient in een van de drie landstalen te kunnen worden geholpen. De wet is de wet. Het is makkelijk zoals het verloopt, met name dat hier door de mazen van het net wordt geglipt.

Over de gevoeligheid van de testen hebben wij het dan nog niet gehad. Dat is het allerbelangrijkste. Ik stel vast dat daarop niet wordt gecontroleerd. Nochtans is dat het wel wat ertoe doet. Mensen die een test kopen moeten de garantie kunnen hebben dat de test van goede kwaliteit is.

Ik kom dus zeker nog op de kwestie terug.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het vrij reizen in de EU voor iedereen die binnen 9 maanden de boosterprik heeft gehad" (55023331C)

16 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La liberté de circulation dans l'UE pour toute personne ayant reçu sa dose de rappel dans les 9 mois" (55023331C)

16.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Ook die vraag is al wat gedateerd. De beslissing dat de boosterprik vanaf 1 maart op het CST vermeld moet worden, is intussen genomen.

Ik had wel graag vernomen welke diplomatieke stappen er intussen ondernomen zijn voor de jongeren die op vakantie willen naar Italië en Oostenrijk. Beide landen vragen een boosterprik. In de plenaire hebt u gezegd dat er gesprekken opgestart zouden worden. Hebben die al plaatsgevonden? En wat is de uitkomst?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke: Dat was eigenlijk niet de vraag, maar ik wil er toch wel op antwoorden, want het is belangrijk genoeg.

We hebben vanuit de federale regering onze diplomatieke posten in Wenen en Rome aangesproken. We hebben er alle respect voor dat het beleid van die landen om een booster vraagt om te kunnen deelnemen aan een aantal activiteiten. Jongeren mogen het land dus wel in, maar ze hebben er geen toegang tot cafés, restaurants en skipistes.

We hebben dus aangekaart dat men dat moeilijk kan eisen van minderjarigen, zolang er nog geen Europese vergunning is. Daarom hebben we ook gewacht met de opstart van de boostercampagne. Ik wil niet vooruitlopen op het resultaat van die demarches, maar er wordt in die landen nu nagedacht over mogelijke praktische oplossingen, die hun voorzichtigheid niet in het gedrang brengen, maar de bewegingsruimte voor jongeren met de nodige voorzorgen toch groter maken. Ik heb nog geen definitief resultaat daarvan, maar we hebben wel een zeer duidelijke diplomatieke demarche ondernomen.

16.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Diplomatiek overleg is inderdaad nodig en ik kijk uit naar de antwoorden van de lidstaten.

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

17 Samengevoegde vragen van

- Marianne Verhaert aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gratis PCR-testen" (55023376C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gratis zelftesten en PCR-testen" (55024348C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Overlegcomité" (55024394C)

17 Questions jointes de

- Marianne Verhaert à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les tests PCR gratuits" (55023376C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les autotests et tests PCR gratuits" (55024348C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Comité de concertation" (55024394C)

De **voorzitster**: Mevrouw Verhaert is afwezig.

17.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u hebt reeds deels geantwoord op mijn vragen tijdens het actualiteitsdebat. Ik beperk me tot mijn vragen over de PCR-testen. Sinds 10 januari moeten asymptomatische hoogrisicocontacten niet meer in quarantaine. De PCR-test wordt dan ook niet langer vergoed door het RIZIV indien men asymptomatisch is. Dat is natuurlijk een probleem. Wat met personeel in de woon-zorgcentra en rusthuizen die een hoogrisicocontact hadden en die toch een PCR-test willen om na te gaan of ze positief zijn, ondanks dat ze geen symptomen hebben? Moeten zij zelf opdraaien voor de kosten van een dure PCR-test?

Hebt u zicht op het aantal PCR-testen dat sinds 10 januari werd afgenomen en niet voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden en dus aangerekend werd aan de geteste persoon?

Voorlopig worden de PCR-testen niet meer terugbetaald voor asymptomatische personen. Is die beslissing definitief? U zei immers dat testen in geval van asymptomatische hoogrisicocontacten neerkomt op preventie en dat dat dus eigenlijk betaald zou moeten worden door de regio's. Dat was ook een van de redenen waarom de zelftesten niet worden terugbetaald door de federale regering. Wat zijn de perspectieven op dat vlak? Blijft u bij dat standpunt of komt daar evolutie in? Is daar discussie over?

Ik heb in de media vernomen dat er eventueel een barometer zou komen voor het testbeleid. Kunt u daarover reeds enige informatie geven?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: De testcapaciteit is niet gewijzigd. Het gaat over de testrichtlijnen. Hierover wordt beslist door de RMG, na advies van de RAG. De recentste testrichtlijnen behelzen geen uitzonderingen voor de PCR-testen, dus ook niet voor personeel werkzaam in woon-zorgcentra. Er wordt hun geadviseerd om bij een hoogrisicocontact een zelftest te gebruiken.

Overigens wordt een PCR-test na een positieve zelftest wel vergoed.

Eerlijk gezegd heb ik geen zicht op het aantal tests uitgevoerd vanwege een hoogrisicocontact die werden aangerekend aan de geteste personen.

Bij de wijziging van de teststrategie op 10 januari werd onmiddellijk de software aangepast waarmee de huisartsen, bedrijfsartsen en testcentra de tests voorschrijven, zodat ze dus geen tests meer kunnen aanvragen na een hoogrisicocontact. Ook de protocollen in het contactcenter werden aangepast. Laboratoria krijgen om die reden in feite nog maar zeer weinig tests binnen die afgenomen zijn vanwege een hoogrisicocontact.

Om technische redenen blijft die code evenwel op bepaalde plaatsen voorlopig nog actief, zoals in bepaalde, nog niet aangepaste ziekenhuissoftware. In zeer zeldzame situaties is het dus mogelijk dat er nog aanvragen binnenkomen voor een test na een hoogrisicocontact, bijvoorbeeld voor symptomatische

hoogrisicocontacten waar het voor de voorschrijver nog technisch mogelijk is om de code TP0111 te gebruiken. Er is aan de laboratoria meegedeeld dat die analyses voorlopig nog door de ziekenfondsen worden terugbetaald. Sciensano volgt het gebruik van die indicatiecode van nabij op.

Voor de uitzonderlijke situaties waarbij personen een test krijgen aangerekend na een hoogrisicocontact, door verkeerde instructies bij de voorschrijver of via het contactcenter, zal een procedure worden opgezet waarbij het ziekenfonds de situatie zal onderzoeken en zo nodig toch een terugbetaling kan uitvoeren.

Over het beleid inzake zelftests hebben we al zo vaak gediscussieerd. Ik zal dus niet herhalen wat ik daar al vroeger over heb gezegd.

17.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het is jammer dat u op een aantal vragen niet ingaat. Volgens mij is het wel degelijk een probleem dat mensen die een hoogrisicocontact hebben gehad en bijvoorbeeld in het kader van hun werk gevraagd wordt toch te testen, de zelftests zelf moeten betalen. Sommige werkgevers passen bij, andere niet.

Daarnaast zijn er nog altijd heel wat mensen die een PCR-test lieten doen na een hoogrisicocontact. De artsen wisten ook niet dat die ineens niet meer werd terugbetaald. De procedure die opgezet zal worden is volgens mij dan ook echt noodzakelijk om de kwestie proactief op te volgen. Ik vind het spijtig dat u niet meer informatie hebt over het aantal betrokken personen.

Voorts heb ik u niet horen zeggen of u bij uw standpunt blijft inzake asymptomatische hoogrisicocontacten. Komt daar geen verandering in omdat het over preventie gaat? Of komt daar in de toekomst toch enige verandering in?

17.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik had dat misschien voor alle duidelijkheid moeten zeggen. Wij hebben altijd uitdrukkelijk gezegd dat de wijziging in de teststrategie een tijdelijke beslissing is. Wij gaan er dus van uit dat die ooit herzien wordt.

Ik durf alleen niet te zeggen wanneer en hoe. Wij hebben van het ECDC een evaluatie gekregen van onze algemene teststrategie. Wij hadden die evaluatie gevraagd om eens een externe blik te krijgen en zullen die volgende woensdag bespreken. Het zou dus kunnen dat wij de hele teststrategie dan opnieuw met een frisse blik zullen bekijken, waarbij wij niet noodzakelijk terugkeren naar wat er was vóór de afschakeling.

Ik had misschien moeten toevoegen aan mijn antwoord dat de teststrategie in de huidige vorm niet voor eeuwig en altijd is vastgelegd.

17.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Bedankt voor die bijkomende informatie.

Ik blijf ervoor pleiten dat u ook de terugbetaling van de zelftesten zou herbekijken. Zelftesten zijn natuurlijk veel goedkoper dan PCR-testen.

Is de ECDC-evaluatie van onze teststrategie publiek?

17.06 Minister Frank Vandenbroucke: Neen, nog niet, maar wij zullen die wel publiek maken zodra wij die besproken hebben.

17.07 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Bedankt. Wij volgen dat zeker nog op.

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

18 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onderzoek naar de corona-infectie bij kinderen" (55023456C)

18 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude sur la contamination des enfants avec le coronavirus" (55023456C)

18.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, kinderen krijgen bij een corona-infectie doorgaans geen ernstigere klachten dan bij een willekeurige verkoudheid. Dat wisten we al, maar nu blijkt het ook uit

onderzoek van het UMC Utrecht. Ruim 300 gezinnen waarvan gezinsleden verkouden waren of corona hadden, zijn tijdens dit onderzoek nauwgezet gevolgd om het precieze ziekteverloop na een virusinfectie te bestuderen. In totaal hielden 1.209 mensen, onder wie 582 kinderen, tussen september 2020 en juni 2021 dagboeken bij om hun symptomen bij een luchtweginfectie vast te leggen. Ook werd via PCR-testen gecontroleerd welk virus ze precies onder de leden hadden. Het onderzoek bevestigde wat men reeds vermoedde, met name dat het werkelijke aantal kinderen met antistoffen hoger moest liggen dan de 25 % à 30 % die gemeten werd in juni 2021. Uit de dagboeken bleek ook dat de symptomen bij kinderen doorgaans niet of nauwelijks verschillen van die van een doorsnee verkoudheid.

Verricht Sciensano ook dergelijk onderzoek? Indien niet, zijn daar plannen voor? Wat is de tijdlijn daarvoor? Zo ja, zijn er al resultaten van bekend? Wat zijn die resultaten en waar vinden we die? Waarom worden ze niet gecommuniceerd? Zo niet, wanneer mogen we de resultaten daarvan verwachten? Worden ze gepubliceerd op de website van Sciensano?

Zou u in het licht van de resultaten van dit onderzoek uw visie op de vaccinatie van kinderen bijsturen? Indien niet, waarom niet?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, Sciensano doet geen dergelijk onderzoek. Het wordt ook niet gepland, omdat er internationaal onderzoek bestaat en onze gegevens uit de seroprevalentiestudies duidelijk aangeven dat veel meer kinderen besmet zijn met het virus dan er kinderen symptomen hebben gehad. Dat geldt ook voor andere bevolkingsgroepen. We vinden het niet zeer relevant om daar nog verder onderzoek naar te voeren, omdat we dat eigenlijk al weten.

Voor de achterliggende adviezen met betrekking tot de vaccinatie van kinderen, verwijs ik u naar de Hoge Gezondheidsraad en de literatuur waarnaar die raad verwijst. We kunnen ten dele iets zeggen over de impact van vaccinatie op kinderen die we observeren. Voor de leeftijdsgroep van 5 tot 11 jaar is de vaccinatiecampagne zopas gestart. Er zijn dus nog geen data beschikbaar om een uitspraak te kunnen doen op basis van wat we reëel observeren.

Voor de groep van 12- tot 17-jarigen zien we een duidelijke impact op ernstige infectie. De relatieve reductie van het risico van ziekenhuisopname onder volledig gevaccineerden ten opzichte van ongevaccineerden is 99 % en voor opname op intensieve zorg 100 %, waarmee ik cijfers noem voor de veertiendaagse periode van 20 december tot en met 2 januari. Dat is ook mooi grafisch geïllustreerd in het wekelijkse rapport van Sciensano. Op basis van die gegevens voor deze leeftijdsgroep bestaat er geen enkele twijfel over het nut van vaccinatie.

Overigens, volgens informatie die wij anekdotisch verkrijgen over kinderen die opgenomen worden in het ziekenhuis, zijn die kinderen wel redelijk ziek. Er komen ook kinderen op de afdeling intensieve zorg terecht. Het beeld als blijft het bij gewone verkoudheidsverschijnselen, moet de wereld uit.

18.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Zo'n onderzoek toont wel aan dat professor Lieven Annemans gelijk heeft als hij de baten en kosten van kindervaccinatie tegen elkaar afweegt. Het onderzoek bevestigt wat wij al wisten, met name dat kinderen zelden ziek worden. Natuurlijk blijkt uit anekdotische mededeling dat sommige kinderen wel ziek worden en in het ziekenhuis belanden, op intensieve zorg zelfs. De vraag blijft echter open of om die reden alle kinderen gevaccineerd dienen te worden, waarmee we alle kinderen ook blootstellen aan de mogelijke bijwerkingen van de vaccins. U kent mijn principe ondertussen wel. Zeker voor kinderen en jongeren vind ik dat het voorzorgsprincipe gehanteerd moet worden. U hebt daar blijkbaar een andere mening over. Ik denk dat we het daarover niet eens zullen worden. Ik kan hier slechts op blijven hameren.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55023484C van de heer Creyelman is omgezet in een schriftelijke vraag.

19 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wijziging van de dotatie 2021 aan het RIZIV in het kader van de strijd tegen het coronavirus" (55023581C)**

19 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La modification de la dotation 2021 octroyée à l'INAMI dans le cadre de la lutte anticoronavirus"**

(55023581C)

19.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Begin vorig jaar werd de dotatie voor het RIZIV begroot op €1,24 miljard. Deze financiering was bedoeld voor zowel het ziekenhuispersoneel als zelfstandige artsen tijdens de pandemiecrisis. Concreet was het bedoeld voor de financiering van de uitgaven van het RIZIV in de strijd tegen het Covid-19-virus en werd dit geput uit de interdepartementale provisie.

Het gaat hierbij om een krediet/voorschot d.w.z. een 'basisallocatie' die mee wordt opgenomen in de begroting voor het begrotingsjaar 2020. Bij het afsluiten van de rekeningen 2020 en 2021 wordt een definitieve balans opgemaakt. Op de ministerraad wordt een wijziging van het bedrag voorzien.

Mijn vragen voor de minister:

- 1. Welke beslissing werd genomen aangaande de wijziging van het bedrag van de dotatie aan het RIZIV?*
- 2. Over welke bedragen gaat het precies – komt dit ook uit de interdepartementale provisie of zijn er anderen/bijkomende bronnen aangewend?*

Indien van toepassing: heeft het RIZIV het niet-aangewende bedrag van de dotatie terugstorten? Zo ja, over welk bedrag gaat het?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, ik heb hier ellenlange tabellen in antwoord op uw schriftelijke vraag. Wat moet ik daar nu mee doen? Ik kan u een stukje voorlezen. Ik stel voor dat ik u het geheel gewoon verzend.

19.03 Kathleen Depoorter (N-VA): U mag het mij ook meteen bezorgen, mijnheer de minister.

19.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ten eerste, welke beslissing werd er genomen aangaande de wijziging van het bedrag van de dotatie aan het RIZIV?

Het bedrag van de dotatie is aangepast om rekening te houden met een herraming op jaarbasis van het voorziene budget dat voor de eerste helft van 2021 voor de COVID-19-maatregelen is uitgetrokken, na de verlenging van een reeks maatregelen tot en met 31 december 2021.

Er zijn ook twee nieuwe maatregelen gepland betreffende extra financiering voor het nationaal referentiecentrum en de financiering voor de extra functionaliteiten van de software voor huisartsen in het kader van de vaccinatiestrategie.

Ten tweede, over welke bedragen gaat het precies? Het bedrag van de dotatie voor 2021 wordt verhoogd met 154.445.000 euro. Deze dotatie wordt op 994.217.000 euro vastgesteld. Dat is het resultaat van de verhoging. Dat is afkomstig van de interdepartementale provisie. Bij de vaststelling van dat bedrag is rekening gehouden met het geraamde overschot van de dotatie voor 2020 aan het begin van het jaar, dat 290.230.000 euro bedroeg. Het door deze dotatie gefinancierde budget voor COVID-19 bedraagt dus 1.284.447.000 euro.

In december werden de bedragen van de maatregelen opnieuw aangepast, waardoor het bedrag van de dotatie opnieuw zal moeten worden aangepast. Ik heb de gedetailleerde bedragen. Ik stel voor dat ik ze aan u bezorg, omdat ik hier anders heel lang bezig ben. U krijgt dit dus van mij, samen met het hele antwoord.

Heeft het RIZIV het niet-aangewende bedrag teruggestort? Overeenkomstig de bepalingen van het KB tot toekenning van een dotatie aan het RIZIV in het kader van de strijd tegen COVID-19, moeten de uitgaven worden verrekend en moet het niet-aangewende bedrag aan de schatkist worden terugbetaald.

De vereffeningen zullen plaatsvinden bij de afsluiting van de rekeningen. Voor het jaar 2020 is het definitieve niet-aangewende bedrag nog niet bekend, maar het wordt momenteel geraamd op 345.535.000 euro. Het aan de schatkist terug te betalen bedrag voor het jaar 2020 wordt dus geraamd op 55.305.000 euro, waarbij men er rekening mee moet houden dat 290.230.000 euro reeds in mindering is gebracht om de toewijzing voor 2021 vast te stellen.

Voor het jaar 2021 is het niet-aangewende bedrag nog niet bekend, aangezien in 2022 nog uitgaven kunnen

worden toegewezen aan het jaar 2021.

19.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw korte toelichting bij een uitgebreid antwoord.

Ik zal het doornemen en er desgevallend op terugkomen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het vaccinatieabonnement" (55023656C)

20 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'abonnement de vaccination" (55023656C)

20.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, Moderna wil de relaties met Zwitserland verder uitdiepen, vergelijkbaar met Canada en Australië. Modernabaas Stéphane Bancel wil graag een langdurige samenwerking aangaan met Zwitserland, met de verplichting om een bepaalde hoeveelheid vaccins af te nemen.

Naast het vaccinatieabonnement wil Bancel investeren in wetenschappers in Zwitserland, vaccins ontwikkelen in laboratoria van ziekenhuizen of universiteiten en meer klinische proeven in dat land uitvoeren. "In geval van een nieuwe pandemie kunnen we heel snel een nieuw vaccin ontwikkelen", aldus de Modernabaas. Degenen die met het bedrijf werken hebben dan de voorkeur als het gaat om leveringen.

Mijnheer de minister, wat is uw visie op een dergelijk vaccinatieabonnement? Zijn daarover gesprekken aan de gang met België? Bent u dat van plan?

Is een dergelijk abonnement mogelijk met andere vaccinproducenten? Zijn daarover reeds gesprekken aan de gang?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: Inzake contracten met de covidvaccinproducenten wil ik vasthouden aan Europese samenwerking, zoals tot nu toe het geval is geweest. Dat levert gelijke toegang tot de best mogelijke vaccins op in de hele Europese Unie. Dat is een vorm van solidariteit die, mij dunkt, veel efficiënter is dan de door commerciële overwegingen gedreven deal met één specifiek land.

20.03 Dominiek Sneppe (VB): Kijk eens aan, mijnheer de minister, toch iets waarin we overeenkomen. Ik ben blij dat uw visie daarop dezelfde is als de mijne. Een dergelijke overeenkomst lijkt me immers nogal veel macht bij een farmabedrijf te leggen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

21 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het afnemen van PCR-tests door apothekers in Vlaanderen" (55023718C)

21 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les tests PCR effectués par les pharmaciens en Flandre" (55023718C)

21.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, Vlaanderen heeft een decreet gestemd dat de beschikbaarheid regelt om PCR-testen binnen het preventiedecreet ook bij de apotheker af te nemen.

Wij hebben het al vaker gehad over het feit dat de apothekers een heel mooie rol hebben gespeeld bij het uitvoeren van de snelle antigeentesten, maar dat er wel beperkingen waren. De positieve snelle antigeentesten leidden immers niet tot een herstelcertificaat.

Toen we in de grote omikrongolf zaten, waarin we nu godzijdank een kentering zien, leek het opportuun de apothekers ook bij het afnemen van PCR-testen in te schakelen. Het labo kan desgevallend perfect de testen komen ophalen bij de apotheker, net zoals dat bij de huisarts gebeurt.

Ziet u daarin heil? Hebt u daar voorzieningen voor getroffen of zult u daar voorzieningen voor treffen met het oog op de komende winterperiode?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het decreet van de Vlaamse Gemeenschap waarnaar u verwijst, bepaalt inderdaad dat men in een apotheek een covidtest kan ondergaan, maar de beslissing wie de handeling van de afname van de test mag stellen, is een federale bevoegdheid. Die kwestie is dus niet door dit decreet geregeld, want dat zou strijdig zijn met de bevoegdheidsverdeling.

U weet dat de apothekers bij koninklijk besluit gemachtigd zijn om snelle antigeentesten af te nemen. Meer in het algemeen wil ik zeggen dat de teststrategie samen met de gemeenschapsoverheden in de interministeriële conferentie wordt vastgesteld. Er is tot op heden in de interministeriële conferentie vanuit geen enkele partij een vraag op tafel gelegd om apothekers te machtigen om PCR-testen af te nemen. Ik wil daar dus niet op vooruitlopen.

21.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, over die teststrategie valt toch wat te zeggen. Ook de experts geven aan dat het niet optimaal is verlopen, zeker in de laatste golf. Laat ons hopen dat we nu een rustperiode hebben tot de volgende winter, maar als men in Europa vasthoudt aan de reisbeperkingen, met PCR- of herstelcertificaten, dan lijkt het me evident om de handeling, die identiek is aan de antigeentestafname, ook via de apotheek te laten gebeuren, met het oog op de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van het testbeleid. De private labo's geven aan dat ze nog capaciteit hebben, dus het is het overwegen waard.

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

22 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opschaling van de zorgcapaciteit voor covidpatiënten" (55023726C)**

22 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation de la capacité de prise en charge thérapeutique des patients covid" (55023726C)**

22.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag sluit aan bij mijn vraag over de zorgbarometer. In het Verenigd Koninkrijk is de NHS bezig met het opschalen van capaciteit en veerkracht in de zorg. U hebt daarnet een aantal pijlers gegeven, zoals de taskforce die u opgericht hebt. Ik kreeg echter graag een tijdslijn, ook voor de komende winter.

In hoeverre zult u rekening houden met uitvalpercentages?

In hoeverre zult u een grote oefening maken over de noden in de geografische entiteiten in ons land, om ervoor te zorgen dat die veerkracht effectief wordt opgeschaald met het oog op de toekomst?

Als we kijken naar de oefening die men maakt in het Verenigd Koninkrijk, lijkt het dat dezelfde oefening ook in ons land kan gebeuren, zeker gezien de verschillen tussen de deelstaten.

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, deze vraag past eigenlijk bij het debatje over de zorgbarometer. Ik kan dus een relatief technische herhaling geven van wat ik zei over de manier waarop het HTSC functioneert, de schalen die het gebruikt enzovoort. Ik denk echter dat u hier nog iets anders wilt beklemtonen.

U hebt gelijk, wij moeten een goede evaluatie maken van de manier waarop we nu opschalen en afschalen met het HTSC. Er moet inderdaad ook een evaluatie zijn van meer in het algemeen de manier waarop het HTSC gefunctioneerd heeft en van welke bijkomende instrumenten of investeringen nodig zijn. We moeten het immers niet louter leggen bij hoe het HTSC functioneert, dat is een vergadering. Het gaat natuurlijk over meer dan dat.

We moeten inderdaad een aantal globale conclusies trekken. Die zullen we niet heel snel getrokken hebben, want het vergt een grondige reflectie. U zegt terecht dat we dat misschien moeten bekijken in functie van het komende herfst- en winterseizoen. Ik zal uw vraag, en ook uw verwijzing naar het Verenigd Koninkrijk, dus meenemen als inspiratie om daar grondig werk van te maken.

22.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Wordt vervolgd, neem ik aan.

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

23 Questions jointes de

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les données relatives à l'efficacité des vaccins" (55023769C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La collecte de données par les hôpitaux dans le cadre de la pandémie" (55023770C)

23 Samengevoegde vragen van

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gegevens inzake de werkzaamheid van de vaccins" (55023769C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Dataverzameling door ziekenhuizen in het kader van de pandemie" (55023770C)

23.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le Ministre, lors de son audition en commission spéciale Covid le 28 juin dernier sur "Les hospitalisations et la mortalité liées au COVID-19", M. Marcel Van der Auwera, Chef du service DG Soins de Santé, avait déploré des failles dans la transmission des données relatives aux personnes hospitalisées suite à une contamination à la Covid, surtout lorsque les services sont débordés par des urgences bien plus vitales. surtout en soins intensifs.*

Je vous avais interrogé à ce sujet en octobre dernier. Vous aviez confirmé qu'une combinaison d'absentéisme, de burn out et de reporting fatigue avaient entraîné une baisse du taux de participation à la transmission de données. Vous aviez même ajouté que "ce faible taux de participation est particulièrement flagrant, aujourd'hui, alors que nous sommes confrontés à la quatrième vague des hospitalisations".

Je me permets de revenir sur cette question alors que nous sommes confrontés à une 5ème vague, car si nous voulons emporter l'adhésion de la population à la vaccination, il faut disposer de données les plus complètes et les plus fiables possibles.

Dans le dernier rapport de l'Institut scientifique de santé publique Sciensano du 31 décembre 2021, des chiffres concernant le nombre de personnes hospitalisées en raison de la Covid lors de la semaine écoulée indiquent une diminution de risques d'admission aux soins intensifs chez les personnes totalement vaccinées. Ce risque est réduit de 91% pour les 12-17 ans, de 89% chez les 18-64 ans et 84% pour les plus de 65 ans.

Ces chiffres n'indiquent toutefois pas la proportion de personnes vaccinées soignées aux soins intensifs. Plusieurs experts habitués à communiquer les chiffres officiels auraient déclaré ne disposer d'aucune donnée à ce sujet. Le Premier ministre a déclaré qu'il y aurait "cinq fois plus de personnes non vaccinées" en soins intensifs" mais nous ignorons d'où provient cette affirmation, ce qui alimente les doutes des anti-vax.

Dès lors Monsieur le ministre, pourriez-vous nous faire savoir:

Si le taux de participation des hôpitaux à la collecte des données a pu être amélioré?

Si oui, de quelle manière? Pourquoi Sciensano ne publie-t-il pas la proportion de personnes vaccinées ou non dans ses rapports relatifs aux hospitalisations et aux soins intensifs? Peut-on espérer pouvoir apprécier l'efficacité de chaque vaccin au regard de chaque variant?

Si non, estimez-vous important de pouvoir améliorer la collecte des données? En l'occurrence, comment?

23.02 Frieda Gijbels (N-VA): *Mijnheer de voorzitter, mijn vraag sloot eigenlijk eerder aan bij die van mevrouw Depoorter over het op- en afschalen van de ziekenhuiscapaciteit dan bij die van mevrouw Rohonyi.*

Mijnheer de minister, ik grijp even terug naar de eerste analyse van het Kenniscentrum, uitgevoerd na de eerste golf, over het functioneren van het HTSC-comité. U gaf daarstraks ook aan dat de dataverzameling binnen de ziekenhuizen nog een werkpunt is.

Kunt u aangeven of er al vorderingen zijn in die dataverzameling? Op welke manier geven de ziekenhuizen hun data op dit moment door?

Welke controle is er op de volledigheid van de registratie, die in het begin echt problematisch was? Wordt er voortgebouwd op bestaande registratiesystemen, die ook gebruikt worden voor benchmarking door onder meer het Vlaams Ziekenhuisnetwerk of het MICA-platform, waar al een groot aantal ziekenhuizen bij is aangesloten?

Is er geen mogelijkheid om de gegevens die al op die platformen worden opgeslagen daaruit te extraheren,

zodat er geen dubbel werk wordt verricht? Welke stappen zijn er verder gezet en wat is de tijdlijn om te komen tot een makkelijkere registratie, die liefst realtime en met minimale inspanning voor de ziekenhuizen gebeurt?

23.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Rohonyi, Sciensano collecte les données hospitalières relatives au covid-19 à l'aide de deux enquêtes différentes. La première, la Search Capacity Survey, a été rendue obligatoire par arrêté royal et doit être complétée quotidiennement par tous les hôpitaux. Cette enquête collecte des données récoltées au niveau de l'hôpital, dont le nombre de patients admis, le nombre de nouvelles hospitalisations et le nombre de sorties.

La deuxième enquête, la Clinical Hospital Survey, n'est pas obligatoire et collecte des données détaillées au niveau des patients. Le degré de rapportage de cette enquête n'est pas de 100 %. En novembre 2021, elle a été simplifiée afin de réduire la charge de travail liée au rapportage. Cela a eu pour conséquence une augmentation à 50 % du degré de rapportage lors de la quatrième vague.

En ce qui concerne votre deuxième question, depuis le 6 octobre, la Search Capacity Survey - obligatoire - collecte également des informations sur le statut vaccinal des patients admis à l'hôpital et aux soins intensifs. Sur la base de ces informations, le nombre moyen d'admissions et l'incidence des admissions par statut vaccinal sont repris dans notre rapport hebdomadaire, tant au niveau de l'hôpital qu'au niveau des soins intensifs.

Pour la comparaison de l'efficacité de chaque type de vaccin pour chacun des variants, nous sommes dépendants des données des patients qui sont importées par le Clinical Hospital Survey. Pour comprendre les spécificités des vaccins différents, nous avons cette enquête dont le degré de rapportage n'est pas de 100 %.

Actuellement, nous ne disposons pas de suffisamment de données pour pouvoir effectuer une comparaison entre les vaccins pour chaque variant.

En ce qui concerne votre troisième question, une obligation légale de la Clinical Hospital Survey est en préparation, en collaboration avec le SPF Santé Publique, afin de suivre de près la situation la plus récente et l'évolution de l'épidémie de covid-19 et de fournir ainsi des preuves scientifiques pour supporter la politique.

Mevrouw Gijbels, het verschil tussen de Surge Capacity Survey en de niet-verplichte Clinical Hospital Survey heb ik al uiteengezet en is u al bekend. Met de Clinical Hospital Survey krijgen wij een zeker beeld, maar dat is niet echt optimaal, want niet voldoende exhaustief.

U stelt vragen over de benchmarking. Zowel MICA als VZN verzamelen gegevens, maar telkens van een beperkt aantal Vlaamse ziekenhuizen. Voor MICA gaat het om 15 Vlaamse ziekenhuizen, voor VZN betreft het 32 Vlaamse ziekenhuizen. Er zijn beperkingen, want MICA focust enkel op de afdelingen intensive care en ook enkel op Vlaamse ziekenhuizen. We hebben daarmee dus niet echt het benodigde zicht om de crisis goed te beheren. Die systemen zijn trouwens opgezet voor andere doeleinden. Mits enkele aanpassingen kunnen ze in theorie wel gebruikt worden om gegevens te extraheren. Die aanpassingen zijn echter geen *quick win*. Het probleem is dat het toch weer een extra zware last betekent als wij dat nu aan de ziekenhuizen vragen.

Concluderend wil ik daarom zeggen dat het technisch mogelijk is, maar dat we daarmee nog niet de juiste gegevens hebben om deze crisis te beheren. Ziekenhuizen hebben verschillende systemen en zijn verschillend georganiseerd. De informatie zit verspreid. Geconfronteerd met dat probleem probeert mijn administratie daarin vooruitgang te boeken. Wat een *quick win* lijkt, zoals u dat ziet, is toch niet altijd de beste oplossing voor de problematiek die zich voordoet.

U vraagt welke stappen ik ter zake zet. Welnu, in november 2021 werd de Clinical Hospital Survey gesimplificeerd, zoals ik daarnet al zei, om de rapportagelast te verlagen. Dat heeft geleid tot een significante toename in de rapportage, wat ik aan mevrouw Rohonyi al zei, met name een toename met 50 % tijdens de vierde golf. Wij werken aan een legale verplichting.

De ziekenhuizen hebben momenteel de keuze om de data hetzij via een online formulier, hetzij via een *batch upload* door te sturen. Er wordt nu bekeken of men de CHS kan aligneren met gelijkaardige services

betreffende de dataverzameling, zodat de last voor de ziekenhuizen verlicht kan worden. Ik kan de tijdlijn moeilijk inschatten, omdat we ook een adequaat legaal kader moeten voorzien. Zoals u weet is dat vaak een moeizaam proces.

23.04 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'entends qu'il y a deux types de données qui sont collectées pour avoir une vision exacte de l'efficacité des différents vaccins. D'une part, il y a les données collectées auprès des hôpitaux; c'est une collecte obligatoire qui permet de comprendre le statut vaccinal des personnes hospitalisées. D'autre part, nous avons les données collectées auprès des patients, une collecte qui n'est actuellement pas obligatoire et qui permet de comprendre les données sur les différents vaccins et leurs effets au regard des différents variants.

J'entends votre volonté au sein du gouvernement de préparer une obligation légale quant à ce deuxième type de collecte, ce qui nous permettrait d'avoir une vue la plus complète et la plus précise possible quant à l'efficacité des différents vaccins. Je trouve que c'est tout à fait positif. Quand ça l'est, il faut le dire parce que je suis convaincue qu'il faut beaucoup plus de transparence sur l'efficacité des vaccins pour emporter une adhésion plus grande de la population à la vaccination. En effet, la majorité des personnes qui ne sont pas encore vaccinées dans notre pays ne sont pas des antivax mais des personnes qui hésitent et qui déplorent l'absence de transparence sur l'efficacité des vaccins. Maintenant, je me pose la question de savoir comment vous allez pouvoir rendre cette obligation effective. Cela se fera-t-il par des sanctions? On y sera en tout cas extrêmement attentif.

23.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil ten eerste toch even rechtzetten dat MICA wel degelijk over heel België loopt. Ook een aantal Waalse ziekenhuizen is hierbij aangesloten. Het dekt niet het hele ziekenhuislandschap, dat is waar. Charleroi en Luik bijvoorbeeld zijn echter wel degelijk aangesloten, evenals Brusselse ziekenhuizen.

Ten tweede, zoals u al aangaf, meten is weten en dataverzameling lijkt inderdaad bijzonder belangrijk. Dat geldt echter breder dan alleen voor de covidcrisis. Dit zal ook heel belangrijk zijn in het kader van uw plannen voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Er moeten immers genoeg data aan de basis liggen.

Er is ook een aanzienlijke som beschikbaar via de relancebudgetten. Ik meende dat die in dat kader zouden worden ingezet, om de digitalisering van de ziekenhuizen en de data-uitwisseling beter te doen verlopen. De ziekenhuizen werden tot nu toe immers weinig ondersteund in het digitaliseringverhaal.

Wat mij daar altijd bijzonder in stoort, is dat er in het verleden zo weinig aandacht is geweest voor de uitwisselbaarheid van gegevens. Hierdoor waren de elektronische patiëntendossiers vaak moeilijk of niet uitwisselbaar, waardoor onderzoeken vaak opnieuw moesten gebeuren, wat natuurlijk aanleiding kan geven tot overconsumptie.

Ik hoop dus dat er op al die punten wordt ingezet. Het is immers al 2022 en wij moeten echt met die data aan de slag gaan. Ze zijn er, maar ze zijn jammer genoeg niet altijd analyseerbaar en uitwisselbaar. Daar ligt echt een belangrijke sleutel voor een efficiëntere gezondheidszorg.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

24 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le flurona" (55023773C)

24 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Flurona" (55023773C)

24.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, il est vrai que ma question a été déposée début janvier au moment où la presse évoquait les premiers cas de flurona, une infection mêlant le virus du covid-19 et celui de la grippe, dans plusieurs pays, y compris en Europe. Depuis lors, la presse n'a plus révélé de cas. Mais de son côté, M. Van Ranst a estimé que l'effet des deux virus se semblait pas s'additionner. Il n'empêche que cette combinaison covid-grippe, impose la plus grande prudence au regard notamment du fait que le mois de février est le mois durant lequel les épidémies de grippe se développent généralement.

Ainsi, monsieur le ministre, des études sont-elles menées chez nous concernant le flurona? Dans

l'affirmative, en connaît-on déjà les résultats? À ce stade, que sait-on plus précisément de la contagiosité ou de la virulence du flurona par rapport au covid ou à la grippe pris séparément? Les vaccins contre le covid-19 permettent-ils de contrer efficacement la combinaison covid-grippe? Dispose-t-on d'informations relatives au nombre de personnes qui seraient vaccinées contre la grippe et pas contre le covid-19 et inversement? A l'aune de l'émergence du flurona et de sa très probable évolution en février, est-il nécessaire de renforcer la campagne de vaccination contre la grippe également pour ce mois de février. Dans l'affirmative, de quelle manière?

24.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Rohonyi, l'apparition de la grippe est surveillée depuis des années par des Réseaux Sentinelles auprès des médecins généralistes et des hôpitaux belges. Les médecins généralistes et les hôpitaux participants communiquent à Sciensano les données cliniques des patients présentant des symptômes spécifiques de la grippe et prélèvent un échantillon de ces patients par le biais d'un écouvillon nasal qui est testé par Sciensano pour détecter une quinzaine de virus respiratoires, dont la grippe.

À partir de janvier 2020, chacun de ces échantillons a également été testé pour le SARS-CoV-2. Une fois que des infections par les deux virus sont observées, les caractéristiques cliniques de ces patients peuvent être utilisées pour évaluer si l'évolution de la maladie est plus grave. Mais, jusqu'à présent, plus de 4 500 échantillons de patients ont été testés de cette manière et aucun patient ne s'est avéré être infecté par les deux virus en même temps. La surveillance se poursuit en permanence et les résultats sont publiés chaque semaine sur le site web de Sciensano.

Une récente revue de la littérature montre que la co-infection par le SARS-CoV-2 et la grippe n'augmenterait pas le risque de décès ou certains indicateurs de sévérité. De même, aucune différence entre les symptômes n'a été constatée entre les patients présentant uniquement une infection par le covid-19 ou la grippe et les patients co-infectés par les deux virus. Cependant, il existe de grandes différences entre les études. Les auteurs de la revue de la littérature recommandent donc un dépistage systématique de la co-infection par la grippe chez les patients covid-19 et la vaccination contre la grippe.

Les vaccins anti-grippe offrent une protection avérée contre les infections graves de la grippe et les vaccins contre le covid-19 offrent une protection avérée contre les infections graves du SARS-CoV-2.

À notre connaissance, il n'y a pas de preuve scientifique que la protection contre une co-infection du SARS-CoV-2 et de la grippe serait moindre avec une vaccination par covid-19. Inversement, il semble qu'une vaccination antérieure contre la grippe peut être associée à une évolution plus favorable du covid-19.

Sciensano n'a accès qu'au registre national des vaccins pour le vaccin covid-19. Donc pour le moment, aucun lien ne peut être établi entre les personnes vaccinées contre la grippe et les personnes vaccinées contre le covid-19 sur une base individuelle.

Au niveau de la population, étant donné la couverture élevée de la vaccination contre le covid-19 actuellement de 88 % pour les adultes, on pourrait s'attendre à ce que davantage de personnes soient vaccinées contre le covid-19 que contre la grippe et non l'inverse.

Vous savez que le gouvernement a renforcé la possibilité d'une vaccination contre la grippe cet automne à trois titres. Premièrement, un quart de doses de vaccin en plus ont été mises à disposition. Deuxièmement, les médecins, les pharmaciens sont, comme l'an passé, habilités à établir une prescription médicale et, troisièmement, contrairement à l'année dernière, il n'y a pas eu d'échelonnement par groupes cibles pour se faire vacciner. Tout le monde a donc eu la possibilité de se faire vacciner dès le 15 octobre 2021. La campagne de vaccination contre la grippe relève de la responsabilité des gouvernements régionaux.

24.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie d'être resté pour répondre à cette dernière question. De plus, vos réponses sont rassurantes, puisque vous me dites qu'une surveillance des échantillons est opérée et que les cas de co-infection ne conduiraient ni à une augmentation des décès ni à une aggravation des symptômes.

Toutefois, j'entends que la prudence doit rester de mise, au regard du fait que les résultats des multiples études réalisées peuvent différer. Je ne peux donc que relayer votre message, qui consiste à insister sur la nécessité de la vaccination et contre la grippe et contre le covid.

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

*La réunion publique de commission est levée à 17 h 57.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.57 uur.*