

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES

du

MERCREDI 16 MARS 2022

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

WOENSDAG 16 MAART 2022

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.13 uur en voorgezeten door mevrouw Kathleen Depoorter.
La séance est ouverte à 14 h 13 et présidée par Mme Kathleen Depoorter.

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 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kostprijs van de booster en de afspraken met de deelstaten" (55024841C)

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verder verloop van de vaccinatie tegen COVID-19" (55025951C)

01 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le coût de la dose de rappel et les accords avec les entités fédérées" (55024841C)

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La suite du déroulement de la vaccination contre le Covid-19" (55025951C)

01.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dit is een vervolgvraag op vorige vragen over de kostprijs en de uitrol van de verdeling van de middelen inzake COVID-19. Graag krijg ik van u de actuele stand van de uitrol van de boosterprik. Die vraag is misschien een beetje gedateerd. Vooral wil ik weten wat de kostprijs is, tot nu, van die boosterprik?

Is al bekend wat de kostprijs zou bedragen van de uitrol van de boosterprik via de eerstelijnszorg?

Welke afspraken zijn er door het federale bestuursniveau gemaakt met de deelstaten over de financiële afwikkeling hiervan?

01.02 **Dominiek Snelpe** (VB): Ik heb een gelijkaardige vraag over het verdere verloop van de vaccinatie, over de booster, over de financiële impact, en dergelijke meer.

Wat is het verdere vaccinatieplan?

Wie krijgt een vierde vaccinatie? Vanaf wanneer zal die worden toegediend? Ik heb gehoord dat die al toegediend is aan een aantal risicopatiënten.

Zijn er ook groepen die reeds een vijfde vaccinatie zullen krijgen? Om welke groepen gaat het? En wanneer zullen zij die krijgen?

Zullen volgende vaccinaties nodig zijn voor een groen vinkje op het eventueel gereactiveerde CST?

Is er ondertussen een regeling getroffen voor de financiering van de voorbije boostercampagne?

Wie zal de volgende boostercampagne betalen?

Indien de vaccinatiecampagne doorgaat met een tweede, derde, of zoveelste boosterprik, hoe rijmt u dat

dan met de uitspraak van de WHO dat wij ons niet uit de pandemie zullen kunnen boosteren?

01.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Doordat deze vragen al een tijdje geleden ingediend zijn, is het antwoord ook eerder opgesteld en daarom al een beetje gedateerd, maar ik meen dat dit niet de essentie is. U kunt het geactualiseerde antwoord voortdurend terugvinden op onze website.

Op 16 februari hadden 6.749.628 inwoners van ons land een boosterdosis ontvangen. Dat was 73 % van onze bevolking van 18 jaar en ouder.

Er zijn nog geen afspraken gemaakt tussen de federale overheid en de deelstaten over de financiering van dit stuk van de vaccinatiecampagne. De overheid financiert nu de aankoop, de opslag en de distributie van de vaccins en het toedieningsmaterieel. De Gemeenschappen organiseren de toediening van de vaccins. Dat gebeurt in grote mate nog steeds via de vaccinatiecentra.

Mevrouw Depoorter, u stelde de specifieke vraag hoeveel dat kost als het gebeurt via de eerstelijnszorg. Ik heb daar, om die reden, geen precies zicht op. Dat geldt ook voor de vragen van mevrouw Sneppe over de financiering.

Mevrouw Sneppe, u probeert wat vooruit te kijken. Op dit ogenblik hebben wij een vierde prik enkel aangeboden aan mensen die immuungecompromitteerd zijn. Er is altijd wat verwarring in de terminologie. Ik spreek bewust over een vierde prik. De derde prik die deze mensen gehad hebben – die in september werd toegediend – was in onze ogen eigenlijk een onderdeel van hun basisvaccinatie, wegens de immuunproblematiek bij een aantal mensen, bijvoorbeeld kankerpatiënten. Wij mogen die derde prik die zij toen gekregen hebben, eigenlijk geen booster noemen. Eigenlijk kan men stellen dat de vierde prik de booster is, en de derde prik gewoon de aanvulling was van het basisschema.

Ik beklemtoon dat omdat er vooralsnog geen wetenschappelijk bewijs voorhanden is dat ons, de Hoge Gezondheidsraad en vooral ook de taskforce Vaccinatie, overtuigt om de hele bevolking een vierde prik, met name dus een tweede booster, aan te bieden. Daar is vooralsnog geen enkele aanduiding voor, hoewel er landen zijn die dat wel doen of reeds aankondigen. Volgens ons is er vooralsnog geen overtuigend materiaal voorhanden om te beslissen dat de hele bevolking een vierde prik – een tweede booster voor een groot deel van de bevolking – moet krijgen.

Het is inmiddels publiek geweten dat de taskforce Vaccinatie verschillende scenario's heeft voorgesteld aan de interministeriële conferentie Volksgezondheid. De scenario's zijn mogelijke toekomstige vaccinatiecampagnes, waarvan sommige plausibeler lijken dan andere omwille van een aantal redenen. Plausibel is bijvoorbeeld dat in het najaar ouderen en een aantal andere deelgroepen een tweede boosterprik zouden krijgen. Dat is plausibel, maar nog niet beslist. We hebben niet meteen wetenschappelijke aanduidingen dat dit zou moeten worden uitgebreid naar de hele bevolking. Uiteraard kunnen de gegevens daaromtrent nog evolueren. Die gegevens houden onder meer rekening met hoe lang de boosterprik effectief blijft. In andere scenario's, denk maar aan een opflakking, kunnen we eventueel beslissen om sneller over te gaan tot hernieuwde vaccinatie.

Ik ga niet alle scenario's overlopen, maar er is dus wel degelijk een meest plausibel scenario dat voorziet in een tweede booster in het najaar, te beginnen met de bewoners van de woon-zorgcentra en de 75-plussers. Die tweede booster zou samen aangeboden worden met de griepvaccinatie aan zorgverleners en ouderen, immuungedeprimeerden of mensen met een onderliggende aandoening.

Zoals gezegd, is alles reeds gedocumenteerd, maar is er nog geen beslissing ter zake genomen.

01.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, over het basisvaccinatieschema ben ik het niet altijd met u eens, want er heerst onduidelijkheid. Zijn er twee of drie basisvaccinaties? Ik ben het wel met u eens dat we over een derde en een vierde prik spreken. Ook uw wetsontwerp betreffende de verplichte vaccinatie in de zorgsector is voor interpretatie vatbaar inzake de inhoud van het basisvaccinatieschema.

Voor de boostercampagne blijft er een kloof tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel, die onze aandacht vraagt.

Ik vind het opmerkelijk dat er nog altijd geen akkoord bereikt is over de financiering. Ik stel immers vast dat er in de federale begroting 725 miljoen euro ontvangsten van de Gewesten zijn ingeschreven voor de kosten

van die boostercampagne. U schrijft dus een aanzienlijk bedrag in de begroting in zonder dat u een verdeelsleutel hebt afgesproken. Dit getuigt opnieuw van een onorthodox financieel beleid. Het doet me denken aan het begin van de vaccinatiecampagne toen er ook niet in middelen was voorzien om de vaccins te betalen. Het is dus hoog tijd om met de Vlaamse regering rond de tafel te zitten. Ik ben ervan overtuigd dat ze constructief zal meedenken over deze factuur, maar ook over de facturen van na de epidemie. Het getuigt van een financieel wanbeleid.

01.05 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, het is inderdaad eigenaardig dat er nog geen afspraken over de financiering zijn gemaakt. In een goed huishouden kijkt men eerst of men alles kan betalen en geeft men dan pas geld uit. Ik heb er alle begrip voor dat dit in het begin van de pandemie niet mogelijk was. Ondertussen zijn we echter twee jaar verder en zou een en ander op voorhand geregeld moeten worden. Ik hoop dat tegen het najaar, wanneer eventueel een volgende boostercampagne nodig zou zijn, de nodige en de juiste afspraken worden gemaakt.

In uw antwoord viel mij ook het voorkeurscenario op voor een tweede booster voor de 75-plussers en de ouderen in de WZC's. U zegt dat de tweede booster in tweede instantie, samen met de griepvaccinatie, ook aan het zorgpersoneel zal worden aangeboden. Ik lees in uw wetsontwerp over de verplichte vaccinatie in de zorg dat u niet alleen aan het aanbieden, maar ook aan het verplichten van de volgende booster denkt.

U zult waarschijnlijk niet meer antwoorden op mijn vraag of dit nu aangeboden of verplicht zal worden. Daarom zal ik een nieuwe vraag indienen. Op die manier wordt het duidelijk wat wij mogen verwachten.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 55024842C van mevrouw Depoorter en 55025789C van mevrouw Merckx worden uitgesteld.

02 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De omikrongolf en het optimisme van de experts" (55024931C)

02 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vague due au variant omicron et l'optimisme des experts" (55024931C)

02.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ook deze vraag is enigszins gedateerd, maar het aspect in mijn vraag over de griep epidemie is wel nog steeds van toepassing. Gisteren vernamen we via nieuwsberichten dat er in het UZ Gasthuisberg zorg uitgesteld wordt. De griep leidt namelijk tot heel wat ziekenhuisopnames. Daarbij komt het licht stijgende aantal personen besmet met de omikronvariant, deltakronvariant of combikronvariant.

Mijnheer de minister, welke stappen werden er gezet om de uitval van zorgverleners tegen te gaan vanwege onder andere overbelasting, ziekte, burn-out en stopzetting? Welke concrete maatregelen zijn er genomen om de moeilijke combinatie van griep en covid te behappen vanuit de zorgsector?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, uw vraag vereist een wat breder antwoord, wat bewijst dat het een interessante en belangrijke vraag is, omdat u terecht verwijst naar de griep epidemie. Normaal gesproken zal deze namiddag het bulletin van de RAG gepubliceerd worden, waarin de recentste gegevens over influenza staan. Ik wacht de publicatie op de website van Sciensano af en zal daarop dus niet vooruitlopen.

Wel moeten wij beseffen dat wij te maken hebben met een voorspelde heropleving van besmettingen met de omikronvariant, wat voor enige druk op de ziekenhuizen zorgt. Ik kom daarop dadelijk terug. Daarnaast hebben we te maken met een griep epidemie met een matige intensiteit. Wij klasseren griep epidemieën naargelang de intensiteit van de circulatie: een lage intensiteit, een matige intensiteit, met *medium activity*, en hoge intensiteit. De curves en de statistieken van de RAG, waarvan vanmiddag nog een update volgt, wezen een eerste piek aan op het niveau van matige intensiteit, *medium activity*, midden januari. Nu zijn we op weg naar een tweede piek van griep besmettingen, waarvan we nog niet weten hoever die zal reiken. Het is bijzonder duidelijk dat we nu te maken hebben met de tweede piek in een griep epidemie van een matige intensiteit.

Griep is geen onschuldige ziekte. Dat weet iedereen. Daarom raden we bepaalde bevolkingsgroepen echt

aan om zich te laten vaccineren. Dat doet zich nu voor, samen met een heropleving van besmettingen met omikron. Er is ook een reële druk op de ziekenhuizen.

Onze ziekenhuizen hebben het vandaag niet gemakkelijk. Het beeld dat we vanuit code oranje, naar code geel zijn gegaan – wat wil zeggen dat de situatie onder controle is – overheerst bij de bevolking. Eigenlijk is het in een aantal ziekenhuizen niet gemakkelijk. Sommige ziekenhuizen liggen zeer vol, met een zeer drukke activiteit, niet zozeer op intensieve zorg, maar in het gewone beddenhuis, door een combinatie van mensen met covid en mensen met griep die opgenomen worden en natuurlijk ook zorg die uitgesteld werd. Er komen mensen binnen waarvan de zorg is uitgesteld, en daardoor hebben ze wel wat meer zorg nodig. In een aantal ziekenhuizen is er ook nogal wat uitval van personeel door vermoeidheid, corona, griep enzovoort. Dat is voor de ziekenhuizen geen gemakkelijke situatie. Als niet-ziekenhuispersoneel moeten we onze ogen daarvoor openhouden. De zorgsector blijft het zwaar hebben. Dat geldt overigens ook voor de huisartsenpraktijken. Die staan ook onder grote druk door de combinatie van griep, corona en uitgestelde zorg.

We riskeren niet de controle te verliezen over de globale situatie. Globaal gezien zijn er nog altijd veel ziekenhuisbedden vrij. In heel België staan nog ongeveer 3.500 bedden vrij. Er zijn in verschillende regio's specifieke ziekenhuizen die ongeveer volledig vol liggen. In het omliggende zijn er soms ziekenhuizen die nog ruimte hebben. Dat betekent dat het belangrijk is dat er solidariteit wordt georganiseerd tussen ziekenhuizen voor de transfer van patiënten. Dat blijft heel erg belangrijk, niet alleen op intensieve zorg, maar ook voor het gewone beddenhuis. Daarmee wordt ook het enorme belang onderstreept van ziekenhuisnetwerken waarbinnen solidariteit georganiseerd kan worden. Als we onze veerkracht willen behouden, ten aanzien van een ziekenhuissysteem en personeel, die toch echt onder druk blijven staan, is de solidariteit binnen de ziekenhuizen, binnen ziekenhuisnetwerken, over de grenzen van ziekenhuizen heen, maar ook de solidariteit van de hele bevolking met die ziekenhuizen bijzonder belangrijk.

Voor ik het over de situatie van het personeel zal hebben, keer ik even terug naar de kwestie van griep en COVID-19. Ik wil beklemtonen dat wij duidelijk nog in fase geel zitten.

Collega's, er is op een bepaald gezegd dat wij volgende week een vergadering van het Overlegcomité zouden houden waar wij misschien fase geel zouden verlaten, maar dat zal niet het geval zijn, meen ik. Ik weet niet of er volgende week wel een vergadering van het Overlegcomité zal zijn, want als de fase niet verandert, is er misschien ook geen vergadering van het Overlegcomité nodig. Daar loop ik dus niet op vooruit. Het is ook niet mijn beslissing.

Het lijkt mij echter heel duidelijk dat het advies van Volksgezondheid en van het coronacommissariaat zal luiden dan wij in fase geel blijven.

Geel wil zeggen: ventilatiebeleid. Wij leggen dat nu niet op met wetten en besluiten, maar wij rekenen er wel degelijk op dat de bioscoopsector, de culturele sector, de sportsector en de evenementensector zorgen voor luchtverversing, daar waar mensen samenkomen. Dat blijft uiterst belangrijk.

Geel wil zeggen: men draagt het mondmasker op de trein, op de bus, in de metro, op de tram. Op het openbaar vervoer geldt mondmaskerplicht. Dat is echt essentieel. Ook draagt men het in woon-zorgcentra, in ziekenhuizen, in artspraktijken en in de apotheken, zowel de klanten als de apothekers. Bij apothekers komen iets meer dan elders mensen langs die kwetsbaar zijn, door hun ziekte of door hun ziektegeschiedenis.

De mondmaskerplicht is heel belangrijk, naast luchtverversing. Laat mij beklemtonen dat die belangrijk is tegen het covidvirus, maar ook tegen het griepvirus. Eigenlijk zitten we in een seizoen waarin we moeten opletten, een seizoen met een combinatie van omikron en griep. Wij mogen ons wel voorhouden dat in dat seizoen het dragen van een mondmasker een goed beleid is.

Ik wil daar nog aan toevoegen, collega's, dat ik in de voorbije dagen toevallig bij een tweetal culturele activiteiten aanwezig ben geweest. Dat is natuurlijk heel fijn. Men ziet daar mensen aankomen met mondmasker, en mensen zonder mondmasker.

De mensen die een mondmasker ophouden, moeten we niet scheef bekijken. Dat zijn geen diehards of mensen die geobsedeerd zijn door het mondmasker, maar gewoon mensen die het voor zichzelf nodig vinden om voorzichtig te zijn, gelet op hun ziektegeschiedenis of hun leeftijd, of misschien omdat ze

samenleven met kwetsbare mensen of om andere redenen. Je weet niet waarom mensen een mondkapje dragen, terwijl anderen dat niet doen, maar het is absoluut hun goed recht en waarschijnlijk verstandig. Laten we daar respect voor opbrengen. Dat geldt voor culturele activiteiten, voor winkels en winkelcentra. Natuurlijk is het een verplichting bij alle zorgberoepen, met uitzondering van logopedisten of sessies bij klinisch psychologen of klinisch orthopedagogen, waar we het niet vragen. Voor de rest vragen we dat bij kine, bij de huisarts, in de apotheek enzovoort.

In dat verband is het belangrijk dat men goed begrijpt welk beleid inzake isolatie, quarantaine en testen vanaf donderdag ingaat. De regel blijft dat men zich moet laten testen, als men symptomen heeft van covid. Men kan dat nog altijd doen via de zelfevaluatie-tool, waarvoor we een website hebben. Als men blijkbaar met covid besmet is of veel kans daartoe heeft, krijgt men een gratis test. Men kan die daar aanvragen en moet de huisarts daar niet voor lastig vallen. Als die test positief is, blijft men thuis en moet men zich zeven dagen isoleren. Dat is en blijft zeer belangrijk. Meer in het algemeen vind ik dat het – alhoewel we daar vroeger soms misschien fier over waren – eigenlijk geen goede houding is om toch te gaan werken als men zich wat ziek of griepig voelt. Als je griep of covid hebt, blijf dan thuis!

Wat verandert, is de quarantaineregeling. We zeggen niet meer dat men na een hoogrisicocontact met iemand die positief test op covid, in quarantaine moet gaan. We zeggen wel dat, als je samenleeft met iemand in een gezin die covid heeft, die persoon zich zeven dagen moet isoleren. Als de mensen die ermee samenleven naar buiten gaan, moeten ze zeer voorzichtig zijn. Ze moeten niet in quarantaine, maar ze moeten zich buiten zeer voorzichtig gedragen, zeven dagen een mondkapje dragen en als dat niet gaat, een zelftest afnemen.

We hebben te maken met toenemende besmettingen door griep. We zitten in een situatie van matige intensiteit van een griep-epidemie. We gaan naar een tweede piek, maar we zijn daar nog niet. Dat weegt op de ziekenhuizen en op de huisartsen. Mondkapjes bieden daar een uitstekende bescherming tegen. Daar wil ik echt op aandringen, ook uit solidariteit met de ziekenhuizen.

Wat we beslist hebben over quarantaine, testing en tracing maakt deel uit van een schema, opgesteld door de Risk Management Group en aanvaard door de interministeriële conferentie Volksgezondheid, dat drie niveaus van viruscirculatie en twee virustypes onderscheidt ('ernstig' of 'niet zo ernstig'). Aldus telt het schema zes vakjes, die het test- en quarantainebeleid bepalen. Het huidige vakje betekent: geen quarantaine, met evenwel de nodige voorzichtigheid als men samenwoont met iemand die besmet is, maar wel stevast testen bij symptomen. Dat schema is gepubliceerd en kan worden beschouwd als een soort multidimensionele barometer.

Wat uw specifieke vraag over de ziekenhuizen betreft, mevrouw Depoorter, net als de zorgverstrekkers in het algemeen heeft het ziekenhuispersoneel het moeilijk, niet alleen door de vermoeidheid van de voorbije periode, maar ook wegens ziekte. Het is daarom des te belangrijker dat we inzetten op maatregelen die perspectief bieden. U weet dat we in het kader van het sociaal akkoord ongeveer 500 miljoen euro investeren in betere lonen, die ingaan op 1 juli. Die beslissingen zijn allemaal genomen, al gebeurde dat voor de publieke sector met vertraging. We geven een bepaalde categorie van gespecialiseerde verpleegkundigen daar nog een extra bovenop, omdat het IFIC-model enkele lacunes vertoonde.

Ten tweede was er een envelop van 100 miljoen euro vrijgemaakt om het beroep van onder meer verpleegkundige aantrekkelijker te maken. De onderhandelingen daarover tussen de sociale partners van de sector hebben nogal lang aangesleept, zodat ik zelf wat ongeduldig werd, maar het einde daarvan is nu in zicht. Ik hoop dus eerstdaags concreet te kunnen vertellen hoe die 100 miljoen euro, die we bijkomend zullen inzetten voor de attractiviteit, gebruikt zal worden. Jammer genoeg kan ik dat vandaag nog niet, maar dat zal een belangrijke boodschap zijn, mevrouw Depoorter.

Ten derde is er een werkgroep "bis", in het verlengde van de werkgroep over die 100 miljoen, voor de kwalitatieve verbetering van de arbeidsomstandigheden en de aantrekkelijkheid van de zorgberoepen aan de slag gegaan.

De verpleegkundigen vormen daarbij opnieuw een belangrijk aandachtspunt. Ik verwacht van deze werkgroep en van de sociale partners opnieuw een concrete agenda om de situatie van het personeel in onze federale zorginstellingen te verbeteren. Mogelijk zullen we daar bijkomende budgettaire middelen moeten voor vragen.

De planningscommissie Medisch Aanbod, en meer bepaald de werkgroep Verpleegkundigen, werkt momenteel ook scenario's uit voor de evolutie van de *work force*. Er wordt ook een studie uitgevoerd om scenario's te definiëren en te kwantificeren met betrekking tot de behoefte aan verpleegkundig en verzorgend personeel. Dat werk loopt nu en is belangrijk om te kunnen inschatten of het Zorgpersoneelsfonds bijvoorbeeld volstaat, om te kunnen inschatten wat we op kwalitatief vlak moeten doen en ook om de denkoefening in die werkgroep "bis" over de aantrekkelijkheid van het beroep te voeren.

Mijn antwoord was erg ruim, maar ik had de indruk dat daar behoefte aan was.

02.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Voor de combinatie van COVID-19 en griep vrezen we al twee jaar, dus hebben we wel wat geluk dat die zich pas nu voordoet, maar het blijft een aandachtspunt.

Wat me zorgen baart, is dat we nu weliswaar vaststellen dat de meeste grieppatiënten jonge mensen zijn, maar dat er problemen van kunnen komen als andere groepen die niet of onvoldoende gevaccineerd zijn, besmet raken.

U had het even over veerkracht. Die blijkt er nog niet voldoende te zijn, maar u werkt eraan. Ik kom daar later nog op terug. De huisartsen zitten na twee jaar covidpandemie opnieuw met de handen in het haar.

Ik heb er al vaker voor gepleit om in bijstand door bijvoorbeeld thuisverpleegkundigen te voorzien. De telefonielast is gigantisch. Er wordt ook weer meer getest. Men kan nu gelukkig op zowel influenza als COVID-19 testen in één snelle antigeentest. Dat kan trouwens ook in de apotheek gebeuren. Die test wordt ook terugbetaald. De werklast is echter gigantisch. Er moet echt worden nagedacht over hoe men die mensen zal bijstaan, want zo kan het niet verder.

U hebt niet gesproken over de virusremmers, die voor mij wel een aandachtspunt blijven. Daarover zal ik straks nog een vraag stellen. In het kader van de veerkracht en het opvangen van de nieuwe golven zullen die virusremmers belangrijk zijn.

Met betrekking tot het testbeleid legde u de nieuwe situatie uit. Ik vestig de aandacht erop dat heel wat patiënten sinds ongeveer twee weken opnieuw met geur- en smaakverlies kampen wanneer ze een besmetting met het coronavirus oplopen. Daardoor denken de artsen dat er weer meer delta, deltakron of een of andere nieuwe variant de ronde doet. U moet dus voldoende monitoren, zodat we weten welke varianten de ronde doen en welke varianten dominant worden.

Inzake de veerkracht van de zorg hebt u aangehaald dat IFIC eindelijk in juli zal ingaan. Met betrekking tot de werkgroep inzake attractiviteit en vooral de werkgroep "bis" wil ik toch wijzen op het probleem dat sommige verpleegkundigen die aan de slag gaan na drie tot zes maanden stoppen. Het zogenaamde *onboarden*, het begeleiden van nieuwe verpleegkundigen om ze aan boord te houden, vormt absoluut een prioriteit waarvan werk moet worden gemaakt.

Wat de planningscommissie betreft, moet zeker rekening worden gehouden met de verschillende verpleegkundige specialismen en een opschaling van functies, zodat men optimaal kan werken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aankoop van verbruiksgoederen voor in-vitrodiagnostiek in het kader van de COVID-19-teststrategie" (55024932C)

03 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'achat de consommables in vitro diagnostics dans le cadre du dépistage du Covid-19" (55024932C)

03.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dit onderwerp stond op de agenda van de ministerraad op 4 februari 2022. Het werd besproken in het kader van de overheidsopdrachten. Ik had graag van u geweten welke beslissing genomen is als gevolg van deze bespreking. Wanneer en tegen welke prijs worden de goederen aangekocht?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, in 2020 en 2021 werden verschillende

overheidsopdrachten gegund voor de aankoop van verbruiksartikelen, reagentia voor *in vitro diagnostics*, voor het federale testplatform COVID-19. De opdrachten bestonden telkens uit een vaste schijf en verschillende opties die gelicht konden worden naargelang de behoefte. Voor de meeste van deze opdrachten is het maximumvolume ondertussen reeds besteld.

Hiermee rekening houdend, heeft de ministerraad op 17 december 2021 ingestemd met de uitbreiding met 50 % van vijf verschillende overheidsopdrachten. Hierbij werd er van uitgegaan dat hiermee de behoeften zouden kunnen worden gedekt tot eind juni 2022. Voor de tweede helft van 2022 en voor 2023 zouden begin 2022 nieuwe overheidsopdrachten gelanceerd worden via een openbare procedure.

Door de opkomst van de omikronvariant en de sterke toename van het aantal testen wordt er nu wel van uitgegaan dat het volume van de goedgekeurde uitbreidingen uitgeput zal zijn tegen ten laatste eind april 2022. Om de behoefte te dekken in de periode april 2022-maart 2023 heeft de ministerraad op 4 februari ingestemd met de lancering via openbare procedure van vijf nieuwe overheidsopdrachten voor de aankoop van testmateriaal. Ik som ze even op. Het gaat om verzamelbuisjes, inclusief viraal inactiveringsmedium, RT-qPCR-analysekits, analysekits voor RNA-extractie, platenkits van 96 en 384 MOL-PCR-films en nasofaryngeale swabs.

Net als de huidige opdrachten zullen de nieuwe bestaan uit een vaste schijf voor één miljoen tests en vijf optionele schijven, vier voor telkens twee miljoen tests en één schijf voor drie miljoen tests, die besteld zullen worden volgens de behoefte.

Op basis van de eenheidsprijzen in de huidige opdracht wordt de totale kostprijs van de nieuwe opdrachten bij bestelling van alle opties geraamd op 94,9 miljoen euro, exclusief btw, waarvan 56,9 miljoen euro ten laste van de begroting voor 2022 en 40,7 miljoen ten laste van de begroting voor 2023. Bij afname van het testvolume zullen uiteraard niet alle opties besteld worden, zodat de effectieve kostprijs in dat geval lager zal liggen. In afwachting van de gunning van de nieuwe opdrachten heeft de ministerraad evenwel ingestemd met een bijkomende uitbreiding van de huidige opdrachten met 50 %, om de periode tot de gunning te overbruggen. De kostprijs van die uitbreiding wordt geraamd op 16,8 miljoen euro, exclusief btw.

03.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dat zijn natuurlijk grote bedragen. Vanuit een aantal wetenschappelijke hoeken wordt er gesteld dat er teveel getest zou worden en dat men de testprocedure moet herevaluëren, zeker in de aanloop naar volgende golven. Hebt u daar dan rekening mee gehouden? Is dit gewoon een voortzetting? Ik begrijp dat men niet zonder testen wil vallen, maar we moeten toch voorzichtig zijn en zeker opnieuw gaan onderhandelen wanneer we het over PCR-testen en wissers hebben en over alle zaken die gedurende deze crisis heel wat couranter geworden zijn dan voordien.

Ik veronderstel dat ik daarover een vervolgvraag zal moeten indienen.

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

04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "COVID-19 en de opslag van de strategische voorraad mondmaskers" (55024938C)

04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid-19 et le stockage de la réserve stratégique de masques buccaux" (55024938C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over een contract gesloten medio 2020 met de partner van de Belgische overheid voor de opslag van mondmaskers. Toenmalig minister Philippe De Backer had Merak nv aangewezen voor het opslaan van de strategische stock, zo'n 200 miljoen mondmaskers.

In augustus 2020 bleek dat de FOD een nieuwe overheidsopdracht uitstuurde voor de opslag van de strategische stock. Een prijsonderzoek werd gevoerd en Merak kwam hier niet als winnende partij uit. De oorzaak zou het grote prijsverschil zijn met de andere aanbieder, Gosselin, waaraan dan ook de overheidsopdracht werd gegund.

Via een procedure bij de Raad van State wou Merak het prijsonderzoek laten controleren en eventueel opnieuw laten uitvoeren. Volgens Merak nv was de prijs van Gosselin allesbehalve regelmatig. De Raad van State was echter van oordeel dat er geen problemen waren met het prijsonderzoek en dus werd het verzoek

van Merak verworpen.

Kunt u het prijsverschil tussen beide aanbieders toelichten, mijnheer de minister? Welke andere afwegingen speelden mee, naast het prijsverschil? Hoeveel heeft de overheid uiteindelijk aan Merak betaald? Hoeveel betaalt de overheid op dit moment aan Gosselin voor de opslag van de strategische voorraad? Tot welke periode loopt de overeenkomst?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het belangrijkste prijsverschil deed zich voor op de kostenpost 'opslagkosten per maand'. De eenheidsprijs van Merak nv bedraagt 3,56 euro per m³, de eenheidsprijs van Gosselin bedraagt 1,15 euro per m³, allebei exclusief btw. De prijzen uit de offertes zijn confidentieel.

Beide inschrijvers voldeden aan de vooraf bepaalde selectiecriteria van de procedure. Het gunningscriterium 'prijs' heeft dus de uitkomst bepaald.

Sinds juni 2020 werd aan Merak nv 4.176.164,28 euro inclusief btw betaald voor de opslag en verdeling van de strategische voorraad. Die voorraad bevat, naast chirurgische en FFP2-maskers, ook nitrilhandschoenen, isolatiejassen, coveralls, beschermbrillen en gelaatschermen, die ook in het budget inbegrepen zijn.

Er werd een contract gesloten met Gosselin voor 1.482.310,50 euro inclusief btw. Die overeenkomst werd gesloten in oktober 2021, loopt voor twee jaar en is tweemaal verlengbaar, telkens met één jaar.

04.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, de cijfers bevestigen wat ik destijds heb gezegd in de commissie. Er is voor ongeveer 750 miljoen euro aan openbare aanbestedingen toegewezen zonder voorafgaande bekendmaking door de toenmalige regering-Wilmès, met mevrouw De Block en de heer De Backer als bevoegde ministers. Als we het plaatje maken – en dat is geen verwijt aan u, mijnheer de minister – dan zie ik dat ruim 2 à 3 miljoen euro belastingsmiddelen onbezonnen zijn uitgegeven. Dat is heel veel geld en dat moet absoluut kenbaar worden gemaakt aan de burgers, want het zijn zaken die niet meer voor herhaling vatbaar zijn.

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

De **voorzitter**: Collega De Caluwé heeft zich verontschuldigd en zijn vragen nrs. 55024976C en 55024977C worden omgezet in schriftelijke vragen. Mevrouw Merckx heeft zich ook verontschuldigd.

05 **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onderbemanning bij Sciensano" (55025136C)
- **Steven Creyelman** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Commissie voor de toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten" (55025153C)

05 **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'insuffisance des effectifs chez Sciensano" (55025136C)
- **Steven Creyelman** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La Commission d'accès aux et de réutilisation des documents administratifs" (55025153C)

05.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): In een artikel op de website Doorbraak.be heeft Sciensano aangegeven dat het niet tegemoet kan komen aan vragen van burgers en belangenverenigingen die gegevens en cijfers over de covidcrisis willen opvragen. Er wordt aangegeven dat het geen kwestie is van slechte wil, maar van een nijpend tekort aan personeel. Daarbij komt nog eens dat de Commissie voor Toegang tot Bestuursdocumenten (CTB) een grote tijd niet actief is geweest omdat de regering laattijdig de mandaten van de leden van de Commissie heeft vernieuwd, waardoor ze een tijdje haar functie als waakhond niet heeft kunnen waarnemen.

Zeker in een crisis is openheid en het actief delen van informatie van groot belang. Dat heeft de CTB ook eerder aangegeven op cijfers die door onze fractie werden opgevraagd bij Sciensano. Ook toen weigerde Sciensano die gegevens vrij te geven. Toen ging het over variatie in de ligduur en sterftcijfers per ziekenhuis.

De werklast is in tijden van crisis voor een instituut als Sciensano niet te vergelijken met de werklast in normale tijden. Het gaat er dan ook vooral om om op te schalen wanneer nodig, dus niet om continu of permanent op te schalen, maar alleen in een crisissituatie. Alleen op die manier kan er worden vermeden dat er enerzijds een te grote bemanning is in vreedstijden en anderzijds een personeelstekort in crisistijden. Blijkbaar was een dergelijke opschaling niet voorzien, maar ondertussen duurt de crisis wel al twee jaar.

Welke maatregelen zijn genomen om de capaciteit van Sciensano te versterken?

Hoeveel voltijdse equivalenten zijn er – eventueel tijdelijk – bijkomend aan de slag sinds de aanvang van de crisis? Onder welke vorm zijn zij aangesteld?

Werden er samenwerkingsakkoorden gesloten met andere instellingen zoals universiteiten om de capaciteit te kunnen vergroten? Zo ja, welke?

Werden bepaalde taken gedelegeerd naar andere instellingen? Zo ja, welke? Indien nee, waarom niet?

Werd er een evaluatie gedaan van de prestatie en de capaciteit van Sciensano tijdens deze crisis? Zo ja, wanneer werd die evaluatie gedaan? Wat is daarvan het resultaat?

Welke lessen werden getrokken om te implementeren in de toekomst, zodat een opschaling en voldoende capaciteit bekomen kunnen worden in tijden van een gezondheidscrisis?

Vindt u het aanvaardbaar dat Sciensano niet ingaat op vragen van burgers en instellingen? Indien nee, wat zult u ondernemen of hebt u ondernomen om te garanderen dat er antwoorden komen op de gestelde vragen? Zult u Sciensano hierop aanspreken of hebt u dat al gedaan?

Ten slotte zijn de mandaten van de leden van de CTB ondertussen verlengd. Waarom heeft dat zo lang geduurd?

05.02 Steven Creyelman (VB): *De vzw Legal Hearts probeert al geruime tijd bij Sciensano gedetailleerde gegevens over de aard van de coronapandemie te verkrijgen. Omwille van personeelstekort blijft deze vraag echter zonder gevolg. Bovendien blijkt dat de Commissie toegang tot en hergebruik bestuursdocumenten werd opgedoekt, omdat de regering heeft nagelaten deze commissie tijdig te herbenoemen.*

Erkent de minister dat de openbaarheid van bestuur in het gedrang komt wanneer de overheidsdiensten niet in staat zijn om bestuurlijke documenten te verschaffen aan burgers of groeperingen?

Wat is de reden dat de regering, waarvan u deel uit maakt, heeft nagelaten om de commissie toegang tot en hergebruik van bestuursdocumenten te herbenoemen? Zal de regering hier alsnog werk van maken?

Volgens de directeur van Sciensano, dhr. Chirstian Leonard, had Sciensano 110 voltijdse medewerkers te kort om hun opdracht naar behoren te kunnen uitvoeren nog voor de covid-crisis begon. Is de minister op de hoogte van het feit dat de directeur aangeeft dat de medewerkers daar op hun tandvlees zitten? Zo ja, heeft de minister reeds acties ondernomen of plant de minister acties om hieraan iets te doen?

05.03 Minister Frank Vandenbroucke: Wat uw eerste vraag betreft, in de zomer van 2020 stemde de regering in met de aanwerving van 45 personen om het personeelstekort op te vangen dat de algemeen directeur van Sciensano bij zijn aantreden op 1 januari 2020 had vastgesteld. Door de crisis werd dit tekort geschat op 110 voltijdse eenheden, ondraaglijk voor het personeel van Sciensano. De nieuwe personeelsleden werden met een contract voor onbepaalde duur aangeworven, omdat zij een structurele behoefte compenseerden. Ik heb een structureel budget van 2,3 miljoen euro verkregen, dat vanaf 2022 aan Sciensano wordt toegewezen.

U vraagt hoeveel vte's er tijdelijk of bijkomend aan de slag zijn. Naast de structurele opdrachten van Sciensano, in het bijzonder de surveillances, zijn er ook 90 eenmalige onderzoeksprojecten aan de wetenschappelijke instelling toevertrouwd, bijvoorbeeld de analyse van seroprevalentie in uiteenlopende patiëntengroepen in rusthuizen en scholen, de monitoring van het afvalwater, bevolkingsenquêtes, barometers binnen de medische beroepen, doelmatigheidsanalyse van vaccins en andere. Voor die 90 tijdelijke projecten zijn er 48 medewerkers nodig. De meeste werden al aangeworven en beschikken over een contract van bepaalde duur.

Dan vraagt u of er samenwerkingsakkoorden werden afgesloten met andere instellingen zoals universiteiten.

Inderdaad, een aantal van deze 90 tijdelijke covidprojecten wordt uitgevoerd in samenwerking met een instelling buiten Sciensano. Als u wilt, kan ik u de lijst doormailen. Dat is redelijk veel. Er is bijvoorbeeld een raamovereenkomst gesloten met de UHasselt om de modelering te ontwikkelen van de evolutie van de belangrijkste indicatoren in verband met de pandemie. De monitoring van het afvalwater gebeurt in samenwerking met de universiteiten van Gent, Antwerpen en Namen, e-biom en SPGE. Samen met de UGent wordt een seroprevalentiestudie in rusthuizen uitgewerkt, enzovoort. Als u wilt, stuur ik u dit per mail, dan hebt u een meer exhaustief overzicht, mevrouw Gijbels.

Waarom werden bepaalde taken gedelegeerd en waarom niet?

Sciensano is tal van samenwerkingsverbanden aangegaan. Dat is niet alleen een kwestie van ontlasting van het personeel, maar ook van het aanvullen van bepaalde competenties die nodig zijn voor de uitvoering van die projecten. Let wel, de fundamentele surveillanceopdrachten blijven bij wet onder de bevoegdheid van Sciensano vallen.

U vroeg of er een evaluatie is gemaakt van de performantie van Sciensano enzovoort. In de afgelopen twee jaar heeft het personeel van Sciensano alle taken in verband met zijn talrijke opdrachten verricht, in het bijzonder de surveillance op elk gezondheidsgebied van mens en dier en op het gebied van het milieu.

Het gaat om meer dan 750 activiteiten en projecten die worden uitgevoerd door de vijf wetenschappelijke directies ten dienste van de autoriteiten, de belangrijkste stakeholders, het FAVV, de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het FAGG, en de bevolking. Bovendien heeft Sciensano alle toezichthoudende taken op zich genomen, de verzameling en de analyse van gegevens, de rapportering in uiteenlopende vormen, het adviseren van de autoriteiten, het voorzitten van de RAG, het beantwoorden van intussen nagenoeg 750 parlementaire vragen, het formuleren van juridische antwoorden op klachten ten aanzien van de autoriteiten, het beantwoorden van talloze vragen van burgers over het CST, enzovoort.

U vraagt welke lessen werden getrokken. Wel, mijn kabinet, het coronacommissariaat, de administraties die onder mijn verantwoordelijkheid vallen en Sciensano werken op dit moment aan een structureel plan om de *preparedness*, de voorbereiding op mogelijke crisissen, te optimaliseren.

Uiterekend een van de belangrijkste lessen van de gezondheidscrisis houdt verband met die aanpak. In tijden van crisis is het van het allergrootste belang te mobiliseren wat er al bestaat, maar natuurlijk in sterkere mate. Daarom is het van essentieel belang om nu te investeren in noodzakelijke kritische massa's in termen van deskundigheid en analytische instrumenten voor een efficiënt toezicht op alle gezondheidsrisico's.

Tot slot vraagt u of ik het aanvaardbaar vind dat Sciensano niet ingaat op vragen van burgers en instellingen. Mijn antwoord is het volgende. Idealiter moeten de middelen om de wet toe te passen inderdaad beschikbaar zijn. De wet van 11 april 1994 inzake de openbaarheid van bestuur werd uitgevaardigd toen er nog geen sprake was van een gezondheidscrisis. Al deze vragen over de gegevens die samenhangen met de gezondheidscrisis, vormen, hoewel zij relevant en gerechtvaardigd zijn, een aanzienlijke hoeveelheid werk voor het personeel dat belast is met het verzamelen en het analyseren van die gegevens.

Ten behoeve van de transparantie en efficiëntie stelt Sciensano een zeer groot aantal gegevens ter beschikking van eenieder op zijn website, in de vorm van een dashboard, en daarnaast ook in de vorm van dagelijkse, wekelijkse en thematische rapporten. Op die manier tracht Sciensano alle belanghebbenden en belangstellenden de informatie te verstrekken waarover het als instituut beschikt. Sciensano is tijdelijk niet in staat gebleken alle vragen, waarvan sommige bijzonder uitvoerig en gedetailleerd zijn, te beantwoorden, maar dat betekent niet noodzakelijk dat meer personeel de enige oplossing is. Ik wil erop wijzen dat de werking van een instituut hoe dan ook in het gedrang komt vanaf een bepaald aantal vragen. Het is daarom van het grootste belang om voor elke openbare instelling een structurele oplossing te vinden, teneinde een goed evenwicht te verzekeren tussen een duurzame werking enerzijds en transparantie en openbaarheid anderzijds.

Ter informatie: Sciensano heeft voorrang gegeven aan de parlementaire vragen en heeft sinds juni 2020 op ongeveer 750 vragen een antwoord geboden.

05.04 Frieda Gijbels (N-VA): U had het over het *preparedness*-plan waaraan gewerkt wordt. Ik kijk er alvast naar uit. Ik hoop ook dat daarin verankerd wordt dat er een systeem wordt opgezet dat in een soort

van raamovereenkomsten voorziet met verschillende universiteiten of andere instellingen, zodat in tijden van crisis meteen in bijkomende personeelsbehoeften kan worden voorzien mocht dat nodig blijken. Het bleek een heikel punt en er is lang gezocht naar hoe dat op de meest efficiënte manier kon worden aangepakt. Ik denk dat er verder ook regelmatig, samen met Sciensano en allerlei instellingen, moet worden geoefend op mogelijke toekomstige gezondheids crisissen.

Ik heb heel specifiek gepeild naar de evaluatie van Sciensano met betrekking tot de performantie en de capaciteit. Ik betreur het ten zeerste dat ik daar geen duidelijk antwoord op heb gekregen. Er wordt een waslijst opgesomd van wat Sciensano zoal gedaan heeft tijdens de crisis. Dat was best veel, dat geef ik grif toe. Een heel belangrijke taak hebben ze echter niet kunnen uitvoeren, met name het delen van gegevens met burgers of met wie interesse had in bepaalde data.

De CTB haalt ook aan dat het van essentieel belang is dat de data beschikbaar zijn. Dat het niet onmiddellijk kan, begrijp ik. Maar als Sciensano dan uitvluchten zoekt, zoals bijvoorbeeld personeelstekorten, terwijl u zelf aangeeft dat dit niet de grootste reden is dat bepaalde zaken niet konden gebeuren, vraag ik me af of er bij de hogere directie geen mentaliteitsprobleem is. Ik begrijp namelijk niet dat er voor zulke zaken, ondanks alle extra inzet van personeel en raamcontracten, geen tijd was in tijden van crisis, waarin het extra belangrijk is om transparant te zijn.

Ik begrijp ook niet dat er zo afwijzend wordt gereageerd op een doorlichting. Het is volgens mij na een crisis net essentieel voor zo'n belangrijk orgaan, dat zo'n grote rol heeft gespeeld, om te kijken naar wat er goed en minder goed is gegaan en naar de verbeterpunten. Ik begrijp gewoon niet dat men niet aanvaardt dat dit nodig is. Elk bedrijf zou zo'n doorlichting met beide handen aannemen om eruit te leren. Ik vind het heel bijzonder en heel jammer dat dit bij een overheidsinstelling blijkbaar anders is.

05.05 Steven Creyelman (VB): Eerlijk gezegd, mijnheer de minister, vind ik het toch niet kunnen dat de openbaarheid van bestuur volledig voorbijgestoken wordt richting bijvoorbeeld de vzw Legal Hearts met het argument dat er geen tijd en te weinig mensen en middelen zijn. U haalt dan, zoals collega Gijbels zegt, een heleboel argumenten aan waarom er geen tijd en geen middelen waren.

Dat is natuurlijk een probleem, want dat is een van de zaken die u aanhaalt, met name de coronacrisis als grote oorzaak. Maar dat is ook een probleem van voor de coronacrisis, dat geeft ook de heer Léonard aan in zijn analyse. Hij zegt dat hij 110 voltijdse equivalenten tekortkomt om zijn opdracht naar behoren te kunnen uitvoeren. Dat heeft hij nog voor de coronacrisis gezegd. Als mensen en vzw's en allerlei burgerorganisaties daar dan over klagen, kon er tot voor kort blijkbaar nog geen beroep worden ingediend of geen beklag over worden gedaan omdat de beroepscommissie niet herbenoemd was.

U hebt trouwens, als ik mij niet vergis, niet geantwoord op de vraag waarom die vergetelheid zich heeft voorgedaan? Of vergis ik mij, mijnheer de minister?

05.06 Minister Frank Vandenbroucke: Dat is eigenlijk een vraag voor Binnenlandse Zaken. Ik dacht dat het probleem geregeld was, maar ik ben niet zeker. Het is een vraag die u moet voorleggen aan Binnenlandse Zaken.

05.07 Steven Creyelman (VB): Dan zal ik mevrouw Verlinden daarover ondervragen.

Ter conclusie, mijnheer de minister, ik ben blij met de beloftes en de voornemens die u maakt en met de middelen en de mensen waarin u voorziet voor Sciensano. Ik hoop ook dat alle vragen, die ook door burgers en organisaties worden gesteld, in het kader van de openbaarheid van bestuur effectief kunnen worden beantwoord.

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

06 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het toegenomen risico op hartklachten" (55025163C)

06 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le risque croissant de problèmes cardiaques" (55025163C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in een publicatie in *Nature* werd gesteld dat er

hartproblemen- en klachten kunnen optreden na een covidinfectie. Uit effectief onderzoek blijkt dat mensen die een covidinfectie hebben doorgemaakt een verhoogde kans, ongeveer 4 %, kunnen hebben op hartklachten na een jaar. De gevolgen voor niet-gevaccineerde personen zouden erger zijn dan voor gevaccineerde personen.

Graag had ik van u vernomen welke actie u onderneemt om die risico's bij covidbesmetting te verminderen. Wordt er in extra controles, onder andere van bloedwaarden, in dit verlengde voorzien, of in een wetenschappelijk protocol, of richtlijnen waarmee de eerstelijnszorgverstrekkers erop attent worden gemaakt dat dit bij revalidatie moet worden opgevolgd?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, om te beginnen trap ik een open deur in: de belangrijkste preventie om ernstige covidinfecties en de gevolgen ervan te voorkomen, is uiteraard het onder controle houden van het aantal besmettingen. Dat blijft vandaag nog altijd zo, ook in code geel, waarvan ik daarnet heb gezegd dat we die misschien zullen moeten verlengen, en langer dan wat we misschien hadden gedacht. Belangrijk is ook dat we een toegankelijke eerste lijn hebben, daar moet ik u zeker niet van overtuigen. De eerste lijn moet ook tijdig mensen kunnen doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg.

U vraagt of er extra controles worden gepland, bijvoorbeeld van bloedwaarden. Tot dusver is niet aangetoond dat het nuttig zou zijn om bij alle patiënten, systematisch, biochemische controles uit te voeren. Artsen kunnen voor patiënten die dat vereisen, bijvoorbeeld omdat ze een ernstige vorm van covid doormaakten, in een individuele aanpak voorzien. Patiënten met risicofactoren voor cardiovasculaire problemen, zoals diabetes, overgewicht of hoge bloeddruk, ondergaan in principe regelmatige opvolging door hun arts.

De minister voorziet in een wetenschappelijk protocol, een richtlijn voor de zorgverstrekkers van de eerste lijn om covidpatiënten na revalidatie op te volgen.

Binnen het Evidence-Based Practice Netwerk is in september van vorig jaar een project opgestart rond de ontwikkeling van een Belgische interdisciplinaire richtlijn voor de opvolging, screening en revalidatie van post-covidpatiënten in de eerste lijn in België, al dan niet na ontslag uit het ziekenhuis. Die richtlijn is een informatiebron voor de zorgverstrekkers en bestaat uit eenduidige aanbevelingen met een overzicht van de mogelijke opties qua aanpak, zodat de gezamenlijke beslissing kan worden genomen over het te volgen traject naar herstel.

Om die richtlijn te realiseren is samengewerkt met vertegenwoordigers van zorgverstrekkers en patiëntenorganisaties, de post-covidgemeenschap. De publicatie van de richtlijn is gepland voor augustus. Ik heb gevraagd of dat per se tot augustus moet duren, want dat is nog lang, maar ik heb nog geen antwoord. Ik begrijp dat dat werk tijd vraagt, maar ik hoop dat het snel tot een publicatie leidt.

Over long covid in het algemeen loopt er de COVIMPACT-studie. Die brengt de gevolgen ervan in kaart en uit de eerste resultaten blijkt dat veel besmette mensen langdurige gevolgen ondervinden.

06.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het gaat om twee verschillende zaken. Aan long covid wordt nu enige aandacht gegeven, onder meer via die studie. Terecht stelt u dat het zeer laat is als de richtlijn pas in augustus gepubliceerd wordt.

Als er vandaag patiënten met diffuse hartklachten op spoed opgenomen worden of zich aanmelden bij de huisarts, wordt bij de anamnese niet automatisch de vraag gesteld of de patiënt een covidinfectie heeft doorgemaakt. Dat zou nochtans kunnen helpen.

Ik ga dus akkoord dat er zo snel mogelijk een richtlijn komt, maar het probleem heeft niets te maken met de ernst van de covidinfectie.

Ook bij milde symptomen kunnen zich hartklachten voordoen. Zeker die patiënten hebben misschien niet de reflex om dat te melden aan hun arts. Daarom is het zo belangrijk dat die richtlijn er zo snel mogelijk komt en dat covid opgenomen wordt in de anamnese.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55025253C van mevrouw Depoorter vervalt.

07 **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanrekening van niet-vergoedbare prestaties voor covidpatiënten" (55025293C)**

07 **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La facturation de prestations non remboursables aux patients du covid" (55025293C)**

07.01 **Nawal Farih (CD&V):** Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn mondelinge vraag, die technisch van aard is.

Geachte Minister,

In juni 2020 werd er een wetsvoorstel tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen aangenomen door de Kamer. Dit wetsvoorstel trad retroactief in werking op 11 maart 2020 en wijzigde artikel 104 van deze wet door te bepalen dat aan de patiënt van een epidemie of een pandemie of aan de slachtoffers van een ramp of catastrofe voor wie de kosten voor de dienstverlening gedekt zijn door het budget van financiële middelen zoals bedoeld in artikel 101 van dezelfde wet geen bijkomende kosten in de vorm van niet-vergoedbare prestaties kunnen worden aangerekend.

In principe kunnen er dus voor ziekenhuisopnamen van covid patiënten geen niet-vergoedbare prestaties aangerekend worden. Dit slaat minstens op prestaties die honoraria inhouden evenals aanrekeningen voor materiaal, maar ook de niet-vergoedbare geneesmiddelen die bedoeld zijn voor de behandeling van COVID-19 patiënten, aldus volgens de toelichting bij het aangenomen wetsvoorstel.

Intermutualistisch stellen de ziekenfondsen echter vast dat er alsnog in enkele ziekenhuizen gevallen zouden zijn van aanrekeningen van niet-vergoedbare prestaties en geneesmiddelen aan Covid-patiënten. Niet elk ziekenhuis blijkt namelijk akkoord te gaan met de verwijzing naar en de interpretatie van deze wetgeving.

Daarom mijn vragen voor u:

Is de Minister op de hoogte van deze problematiek?

Dient artikel 3 van de wet van 26 juni 2020 zo geïnterpreteerd te worden dat het effectief verboden is om voor covid-patiënten opgenomen vanaf 11 maart 2020 niet vergoedbare prestaties in de vorm van prestaties op honoraria, aanrekeningen voor materiaal en niet vergoedbare geneesmiddelen (indien de geneesmiddelen ter behandeling van Covid zijn) aan te rekenen?

Wat zal de Minister ondernemen om deze interpretatie ook kenbaar en afdwingbaar te maken bij de ziekenhuizen?

Ik dank de Minister voor zijn antwoord.

07.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Farih, ik zal ook een technisch antwoord geven.

Artikel 104, tweede lid van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen van 10 juli 2008 luidt sinds een invoeging bij wet van 26 juni 2020 als volgt.

"Aan de patiënt van een epidemie of een pandemie of aan de slachtoffers van een ramp of catastrofe, voor wie de kosten voor de dienstverlening gedekt zijn door het Budget van Financiële Middelen, zoals bepaald in artikel 101, kunnen geen bijkomende kosten in de vorm van niet-vergoedbare prestaties worden aangerekend."

Dat was belangrijk. Ik denk dat u de geschiedenis daarvan kent.

De motivering van die verandering in de wetgeving was dat we wilden voorkomen dat kosten zoals niet-vergoedbare medische en paramedische honoraria, niet-vergoedbare implantaten en hygiëneproducten en diverse kosten de patiëntenfactuur van een pandemiepatiënt of het slachtoffer van een ramp zouden doen oplopen.

De achterliggende gedachte van het wetsvoorstel dat aan de basis ligt van de wet van 26 juni 2020, dat eerst beperkt was tot een verbod op supplementen, maar later werd uitgebreid naar een verbod op niet-vergoedbare prestaties, was wel degelijk om covidpatiënten voor een gepeperde ziekenhuisfactuur te behoeden.

Ik wil citeren uit een van de voorbereidende documenten: "Net als een groot deel van de bevolking worden patiënten financieel zwaar getroffen door de crisis. Nu meer dan ooit, moeten we vermijden dat na de nachtmerrie die een hospitalisatie om deze redenen al vormt, geen tweede slag van de hamer volgt in de vorm van een gepeperde ziekenhuisrekening. In het licht van de huidige pandemie wensen wij dat patiënten die gehospitaliseerd worden door een vermoeden van een covidbesmetting geen supplementen aangerekend krijgen."

Artikel 104, tweede lid van de ziekenhuiswet, bakent het toepassingsgebied van het verbod op niet-vergoedbare prestaties af. Het vertrekt van een bepaalde categorie van mensen, waartoe covidpatiënten behoren, voor wie men een financiële bescherming wil creëren. Aan de patiënten van een epidemie of slachtoffers van een ramp voor wie de kosten van de dienstverlening gedekt zijn door het BFM, zoals bedoeld in artikel 101, ofwel voor wie een extra BFM in het leven wordt geroepen op basis van artikel 101, mogen geen bijkomende kosten worden aangerekend in de vorm van niet-vergoedbare prestaties.

De aanrekeningen die in artikel 104, tweede lid van de ziekenhuiswet worden verboden, betreffen in het algemeen de bijkomende kosten in de vorm van niet-vergoedbare prestaties. Er mag dus geen enkele prestatie die niet op een andere manier wordt vergoed, bijvoorbeeld via de nomenclatuur of het BFM, aan covidpatiënten worden aangerekend. Het gaat bijvoorbeeld om niet-vergoedbare medische honoraria, waaronder die voor klinische biologie, en paramedische honoraria, niet-vergoedbare geneesmiddelen en parafarmaceutische producten en niet-vergoedbare materialen en implantaten.

Mijn administratie werd gecontacteerd over deze problematiek, specifiek met betrekking tot de aanrekening voor klinische biologie. Als er nog problemen zouden rijzen, zal ik dit laten bekijken. Als het nodig is, zal ik nog verduidelijking laten geven.

Ik wijs erop dat er voor het aanrekenen van supplementen, ereloon-supplementen dan wel kamersupplementen, met dezelfde wetswijziging een zeer duidelijk verbod in de wet is ingeschreven.

07.03 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, ik denk dat die wetgeving voor ons wel duidelijk is, maar bij de ziekenfondsen wordt vaak opgemerkt dat er toch nog ziekenhuizen zijn die niet-vergoedbare prestaties aanrekenen. Ik hoor dat u daarvan op de hoogte bent. Ik hoop dat de ziekenhuizen hierover extra worden geïnformeerd, want het zijn de patiënten die hiervoor uiteindelijk de rekening betalen. Het was toch bedoeling van deze wetswijziging om hun financiële lasten te verminderen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Le collègue Patrick Prévot n'est pas présent. Sa question n° 55025409C est sans objet.

08 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le covid par les généralistes" (55025416C)

08 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inenting tegen COVID-19 door huisartsen" (55025416C)

08.01 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, dernièrement, l'Association belge des syndicats médicaux (l'ABSyM) a dénoncé une lourdeur administrative et institutionnelle qui fait obstacle à la vaccination des patients par les médecins généralistes dans le cadre de la crise sanitaire que nous avons connue. L'ABSyM regrette que les médecins généralistes ne puissent être directement approvisionnés en flacons de vaccin, devant ainsi se rendre personnellement à la pharmacie. Par ailleurs, l'ABSyM déplore que les consultations consacrées à la vaccination contre le covid d'un patient ne puissent être remboursées comme les consultations consacrées aux autres vaccins.

Des concertations ont-elles été menées avec les syndicats médicaux dans ce cadre? Estimez-vous leurs critiques fondées? Estimez-vous que cela entraîne des freins à la vaccination contre le covid par les

généralistes? Des solutions sont-elles envisagées pour répondre à leurs attentes et faciliter leurs démarches? Je vous remercie pour votre réponse.

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Zanchetta, je tiens tout d'abord à préciser que les syndicats de médecins généralistes sont associés à la *task force* vaccination au travers du groupe de travail Organisation en son sein. Ce groupe de travail discute aussi des modalités pratiques de la vaccination par d'autres canaux que les centres de vaccination. Il y a donc quand même une concertation très étroite avec les syndicats des médecins.

Comme je l'ai déjà indiqué la semaine dernière lors de la discussion du projet de loi 2460, j'ai soumis pour avis au Conseil d'État un arrêté royal qui régleme, entre autres, la prescription de groupe par le médecin et la délivrance au médecin ou à son mandataire par le pharmacien d'officine. Cet arrêté royal sera publié peu après le projet de loi. Cela ne devrait pas prendre beaucoup de temps.

Je rappelle que ce sont les entités fédérées qui sont responsables du déploiement concret de la campagne. Le moment et la manière dont les prestataires de soins sont déployés, qu'il s'agisse des généralistes ou des pharmaciens, dépend de la façon dont les entités fédérées organisent la campagne. Par exemple, dans certaines régions de Wallonie, les médecins généralistes peuvent aller chercher les vaccins dans les pharmacies satellites plutôt que dans les centres de vaccination, comme c'est le cas en Flandre.

Madame Zanchetta, je propose que ma collaboratrice demande à mon cabinet la date estimée de la publication de cet arrêté royal. Ainsi vous disposeriez de l'information exacte.

08.03 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'attendrai donc ce complément d'informations.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De isolatie van patiënten met corona" (55025287C)

09 Question de Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'isolement de patients atteints du coronavirus" (55025287C)

09.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, bij ernstige infectieuze ziektes worden patiënten soms geïsoleerd, uiteraard in ziekenhuizen. Ook bij de covidepidemie was dat het geval, in bijvoorbeeld instellingen voor collectief verblijf en in asielcentra. Mijn vraag gaat eigenlijk over patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis die door hun isolatie in een afzonderingskamer geen contact meer hadden met hun familie. De betrokken personen waren bijvoorbeeld niet bereid of in staat om zich aan de quarantaine te houden.

Een opname met opsluiting is eigenlijk een gedwongen opname. Die wordt in bepaalde gevallen toegepast bij een geestesziekte, na tussenkomst van de vrederechter en de procureur. Die procedure is de laatste tijd al een paar keer verstrengd. In dat geval ligt de mentale ziekte aan de grond van het dwangmiddel, niet de besmetting. Bovendien gelden er andere regels voor de beslissingen omtrent quarantaine, isolatie, behandelings- en vaccinatiemogelijkheden en de algemene epidemiologische situatie.

Kan een instelling alleen beslissen om een patiënt te isoleren bij een corona-uitbraak? Wordt er een onderscheid gemaakt tussen ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en woon-zorgcentra? Welke controles worden doorgevoerd om te verzekeren dat de procedures inzake gedwongen opname in psychiatrische ziekenhuizen correct worden toegepast? Zijn er tijdens de pandemie inbreuken gemeld of wordt dat nog geëvalueerd? Welke specifieke maatregelen worden genomen om te vermijden dat patiënten met corona ten onrechte gedwongen worden opgesloten als isolatiemaatregel? Dat lijkt me een zeer delicaat onderwerp.

09.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Block, dit is absoluut een delicaat onderwerp.

De gedwongen opname of collocatie is geregeld via de wet van 26 juni 1990. Om gedwongen opgenomen te worden, moet men aan een aantal voorwaarden voldoen. Ten eerste moet men een psychiatrische aandoening hebben. Ten tweede moet er een ernstig gevaar voor de eigen gezondheid en veiligheid zijn

en/of een ernstige bedreiging voor andermans leven of integriteit. Ten derde mag er geen andere geschikte behandeling voorhanden zijn. Ten vierde, indien men een spoedprocedure vraagt via de procureur des Konings, moet men duidelijk maken dat de maatregel dringend is en dat ook terdege beargumenteren.

Covid behoort actueel niet tot de redenen om tot een collocatie over te gaan, en ik kan mij ook niet inbeelden dat, ten eerste, er een medisch verslag zou zijn dat naar covid zou verwijzen en, ten tweede, dat een substituut akkoord zou gaan om dat te gebruiken als reden voor collocatie. Iets theoretischer, een persoon die compleet psychotisch zou zijn als gevolg van covid kan mogelijk wel gedwongen opgenomen worden, maar dan zou men zeggen dat het om een psychose gaat en niet om covid.

Het is mogelijk om een patiënt tegen haar of zijn wil te isoleren omwille van een infectieus gevaar. Dat is voor Vlaanderen onder andere geregeld in het decreet van 21 november 2003, meer bepaald in artikel 47 § 1, waarbij een Vlaamse gezondheidsinspecteur een patiënt kan laten isoleren in een ziekenhuisafdeling en/of op een andere geschikte plaats. Hij of zij kan bijstand van de politie vragen om zeker te zijn dat de patiënt in die afdeling blijft. Eigenlijk is er dus voor Vlaanderen een vergelijkbare situatie als voor de gedwongen opname omwille van een psychiatrische aandoening, maar dan omwille van een overdraagbare ziekte. Het grote verschil is dat de Vlaamse gezondheidsinspecteur de beslissing neemt, niet de procureur of de vrederechter. Als de patiënt weigert om in de isolatiekamer of de cohorte-afdeling te blijven, kan men steeds de hulp inroepen van de Gemeenschappen of de Gewesten, want dit betreft een gefedereerde bevoegdheid waarover de federale overheid niets te zeggen heeft. Uit uw vorige verantwoordelijkheid zal u zich wel herinneren, mevrouw de Block, dat wanneer het gaat over handhaven van isolatie of quarantaine, men altijd te biechten moet gaan bij de Gemeenschappen.

Wat uw eerste vraag betreft, worden patiënten in een risicokamer gelegd als gevolg van een infectierisico. Voor covid is dat een cohorte-afdeling wanneer er teveel patiënten zijn. Er wordt in dit geval een beslissing genomen voor de patiënt, maar die gaat hier in principe mee akkoord. De patiënt is niet opgesloten en/of er is geen dwangmaatregel om de patiënt in de isolatiekamer of op cohorte-afdeling te leggen. De patiënt wordt overtuigd op basis van zijn of haar medische toestand. Volgens mij geldt dat voor elke instelling, bijvoorbeeld ook voor een afdeling voor dementerenden in een woon-zorgcentrum, waar de toestemming van de voogd van de oudere met dementie kan komen.

De procedures liggen vast in de wet van 26 juni 1990 en de uitvoeringsbesluiten. Ik ben niet bevoegd voor deze wetgeving, op het vervoer met 112-middelen naar de door de procureur aangewezen ziekenhuizen na, maar ik kan mij met de striktheid van de wet en het toezicht van de procureur en/of de vrederechter op de procedure eigenlijk niet inbeelden dat hier daadwerkelijk misbruik zou bestaan. Cijfers voor een gedwongen opname waarbij ook covid betrokken was, moeten opgevraagd worden bij hetzij de psychiatrische ziekenhuizen, hetzij de justitie. Ik meen echter persoonlijk niet dat er misbruiken zouden zijn, zeker niet voor zover er een regeling is met de Gemeenschappen en de Gewesten.

Ten laatste, voor een opname in een covidafdeling wordt er een PCR-test uitgevoerd. Als de test negatief is, komt men niet op een covidafdeling terecht. Als men lang op een dergelijke afdeling ligt, zal men op een bepaald moment, in functie van de richtlijnen van Sciensano, niet meer infectieus zijn en verhuizen van die afdeling naar een gewone kamer.

Dit zijn de elementen van antwoord die me werden doorgegeven door de Federale Overheidsdienst Gezondheid en met name door een gezondheidsinspecteur van de FOD.

09.03 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, dank voor uw antwoord. Ik vond het alleen een delicate situatie. We krijgen hier vragen over vanop het terrein, van families. Ik heb weet van iemand die 23 dagen in afzondering is geplaatst, weliswaar in de eigen kamer, maar dat is toch redelijk ingrijpend voor iemand die licht dementerend is. Ik ken de moeilijkheden en begrijp de wil om uitbraken te vermijden, maar als men 23 dagen niet bij zijn ouders of zelfs niet aan een raam mag komen, is dat toch redelijk choquerend. Dat laatste is immers niet overal mogelijk, onze rusthuizen zijn niet gebouwd om in elke kamer een raam te hebben dat uitzicht naar buiten biedt.

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

09.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, ik heb een bijkomende informatie. Ik was er niet helemaal zeker van, maar het besluit Groepsaankopen ligt bij de Koning om ondertekend te worden.

Madame Zanchetta, l'arrêté a déjà été envoyé au Roi. J'hésitais un peu, car ma réponse écrite était quelque peu datée. Le texte sera donc publié, en principe, très prochainement.

Cela va quand même régler une partie du problème qui est à l'origine de la question que vous avez posée.

10 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een nationaal rouwmoment na twee jaar covid" (55025965C)

10 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un hommage national aux victimes après deux ans de covid" (55025965C)

10.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitster, mijnheer de minister, ik kom terug op een vraag die ik u enkele weken geleden in de plenaire vergadering al stelde. Neemt de federale overheid een initiatief voor een moment van nationale rouw? Afgelopen weekend was volgens mij het ideale moment geweest, het was toen namelijk net twee jaar geleden dat de lockdown inging. We wisten op het moment van mijn vraag niet dat dat ook het eerste weekend zou zijn na de invoering van code geel.

Ik heb via de pers vernomen dat er heel wat lokale rouwmomenten zijn georganiseerd, met onder meer de 'onumenten'. Dat toont aan dat er nood is aan een moment van afsluiting van een periode waarin we op onmenselijke wijze afscheid hebben moeten nemen van mensen, en waarin jongeren een stuk van hun jeugd verloren hebben. Zij hebben ook nood aan ruimte en tijd om daarover te spreken. Reveil kwam bijvoorbeeld met mooie ideeën om daar grote evenementen rond te organiseren.

Staat er van uw kant iets op stapel in dit verband?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Creemers, ik deel uw aanvoelen. Wij tellen officieel meer dan 30.000 covidoverlijdens. Die mensen zijn, zeker bij het begin van de pandemie, vaak in tragische omstandigheden overleden: geïsoleerd en zonder contact met de familie. Dat trauma mogen we niet onderschatten. Veel mensen hebben vandaag een gevoel van opluchting omdat het ergste van de epidemie achter de rug lijkt, en ook daar moeten we mee opletten. Dat gevoel van opluchting neemt misschien de overhand op de collectieve herinnering aan de miserie. Die miserie blijft evenwel bij de betrokken families heel reëel. Ik deel dus absoluut uw mening.

Daarom ondersteun ik een mooi initiatief van de vzw Kunstwerkt om in heel België een aantal landschapsmonumenten op te richten in de vorm van cirkelvormige herdenkings- en ontmoetingsplaatsen, zogenaamde 'onumenten'. Ik heb een aanzienlijke subsidie beloofd aan deze organisatie. De Vlaamse regering heeft dat ook gedaan, het resultaat daarvan kunt u onder meer zien in Drongen en in Kortrijk, en ook mijn collega Annelies Verlinden was bij zo'n inhuldiging aanwezig.

Dat 'onument' is in mijn ogen een zeer aangrijpend beeld. Het is niet toevallig een cirkel. 'Corona' betekent ook cirkel, daar zit veel symboliek in. Het is een idee van onder anderen Bas Smets, een landschapsarchitect uit ons land, die ondertussen ook internationale bekendheid geniet. Het is een mooi initiatief, ook omdat het iets blijvends is. Dankzij de bijkomende federale steun aan deze vzw zal het mogelijk zijn om ook in de rand rond Brussel en in het zuiden van het land, met name in Charleroi, in de loop van het jaar nog een 'onument' te openen. Ik vind dat de federale regering zich moet tonen en dit initiatief moet subsidiëren, net zoals de Vlaamse regering dat doet.

Ik denk verder na over de vraag hoe we die herinnering levend kunnen houden en daar andere gelegenheden voor kunnen vinden, meer dan enkel twee jaar na de start van de eerste lockdown. Ik hoop dat die 'onumenten' daar een mooie aanzet toe vormen.

10.03 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik deel volledig uw mening. Ik juich die subsidie toe. Een 'onument' is meer dan een plek en meer dan een monument. Er zijn mensen die veel weten over collectieve rouwverwerking, zoals professor Elke Van Hoof, die we al in de commissie te gast hebben gehad en die bij het initiatief betrokken is. Het is goed doordacht en kan een pleister op de wonde zijn.

Daarnaast is het inderdaad nodig om te blijven zoeken naar gelegenheden om daar nog meer aandacht voor te hebben. U bent als minister van Volksgezondheid, eventueel samen met de premier, de geknpte persoon om te benadrukken dat het oké is om daar nog rouwig om te zijn en daar niet oké mee te zijn, ook voor wie

niet in de eigen omgeving iemand verloren heeft. Die boodschap moeten we brengen. We kampen met enorme uitdagingen rond mentaal welzijn, en als we die rouw een plek geven, kan dat daarbij helpen. Ik hoop daar binnenkort nog van te horen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Sporen van de omikronvariant in het rioolwater" (55025509C)

11 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence du variant omicron dans les eaux usées" (55025509C)

11.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb opnieuw een vraag over het rioolwater, meer bepaald over de detectie van de omikronvariant daarin. Ondertussen heeft Sciensano door onderzoek vastgesteld dat de signalen in het rioolwater ongeveer drie dagen voorlopen op positieve testen. Dat maakt dit tot een heel interessant instrument om de evolutie van de virusspreiding te kunnen opvolgen, niet alleen voor corona, maar eventueel ook voor andere producten, stoffen, virussen en andere pathogenen.

Ik weet dat er in het Rega Instituut onderzoek wordt gedaan om de oorzaak te achterhalen van de minder goede correlatie tussen de vastgestelde gevallen van COVID-19 en de detectie van omikron in het afvalwater. Er lijkt dus iets minder omikron te circuleren bij deze pieken in de vaststellingen. Ook Sciensano heeft al aangegeven dit te hebben opgemerkt. Er is naar redenen gezocht. Ik denk dat een van de redenen zou kunnen zijn dat het veel geregend heeft in die periode. Maar het zou ook kunnen dat de omikronvariant minder uitgescheiden wordt.

Wordt dat ook onderzocht door Sciensano of andere instellingen? Ik weet dat dit ook in andere landen onderzocht wordt, maar er is nog maar weinig uitsluitsel over gegeven.

Mijn tweede vraag gaat over de continue monitoring. Als we de PCR-testen zouden afbouwen, wat wordt aanbevolen door verschillende experts, zouden we de virusverspreiding iets meer kunnen monitoren via het rioolwater. De huidige monitoring is weinig fijnmazig. Daardoor zijn we niet in staat om echte clusters te detecteren. U weet dat ik daar al eerder vragen over heb gesteld.

In andere landen wordt er wel degelijk fijnmaziger gemonitord. Hebt u al verder overlegd met de deelstaten of er samen met de afvalwaterzuiveringsinstallaties kan worden ingezet op fijnmazigere monitoring?

11.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik zal eerst herhalen wat u zelf al in zekere zin heeft aangegeven. Wanneer een nieuwe variant opduikt, dient men, wat de surveillance in het afvalwater betreft, rekening te houden met twee zaken: ten eerste het behoud van specificiteit van de detectiemethodes voor de nieuwe variant en ten tweede de mate van uitscheiding van de variant in de ontlasting, die verschillend kan zijn afhankelijk van de variant. Bijvoorbeeld, toen delta verscheen, werd verondersteld dat de mate van uitscheiding van een besmette persoon relatief hoger was.

Wat omikron betreft, hebben verificaties aangetoond dat de gebruikte analysemethode ook omikron detecteert. Omikron wordt dus net als de andere varianten gedetecteerd in afvalwater.

Ten tweede, is er een vermoeden, ook in andere Europese landen, dat de uitscheiding van de omikronvariant via de stoelgang lager ligt dan bij de deltavariant. Daardoor kunnen de in afvalwater gemeten concentraties voor een vergelijkbaar aantal besmette personen lager zijn dan omikron. Deze afwijking heeft echter geen invloed gehad op ons vermogen om de trends op te volgen. We zijn dus nog steeds in staat om significant veranderende trends, toename of afname, in afvalwater op te sporen en te signaleren.

Ik ga daar nu wat gedetailleerder op in. Waar het Rega Instituut een minder duidelijke correlatie tussen de klinische gevallen en het afvalwater lijkt te hebben sinds het verschijnen van omikron, constateren wij met Sciensano niet hetzelfde. Uit onze follow-up van de correlaties tussen de klinische gevallen en het afvalwater blijkt dat die identiek zijn voor de periode van de uitbraak van de vierde golf, vóór het verschijnen van omikron, en die van de vijfde golf, met een correlatiecoëfficiënt van 0,57 voor de respectievelijke periodes 15 oktober tot 1 december en 15 december tot 1 februari. Dat is wel interessant.

De verschillen tussen de conclusies van het Rega Instituut en die van Sciensano kunnen worden verklaard

door de verschillen in de gevolgde populatie en doelstellingen. Sciensano werkt meer op macroniveau, nationale schaal, waar we grotere populaties bestrijken, tot 1 miljoen inwoners, bijvoorbeeld de regio Brussel-Noord. Sciensano heeft tot doel de nadruk te leggen op het volgen van tendensen, om zo op een globalere manier de nieuwe gevallen op te sporen. Op die basis zeg ik – het is wetenschap en zoals u weet, evolueert wetenschap snel – dat de opkomst van omikron geen invloed heeft gehad op ons vermogen om trends in de circulatie van SARS-CoV-2 op te volgen en om waarschuwingen te geven op basis van onze drie indicatoren: stijgende trend, snelle toename en hoge circulatie.

Ik ga nu wat meer in op nog andere details.

De huidige surveillance van SARS-CoV-2 in afvalwater laat ons toe om de circulatie van het virus bij ongeveer 45 % van de bevolking te volgen. Daarvoor worden 42 stations bemonsterd, gekoppeld aan een gebied met een hoge bevolkingsdichtheid, verspreid over België. Die 42 locaties werden specifiek gekozen op basis van statistische analyses om te voldoen aan de epidemiologische opzet aangepast aan het doel van het instrument.

Voor een fijnmazigere monitoring zou men gebruik kunnen maken van bijvoorbeeld bijkomende afvalwaterzuiveringstations of men zou dit kunnen doen op het niveau van gebouwen of wijken. Het insluiten van bijkomende stations betekent echter geen lineaire toename van de dekking van de populatie. Uit studies van onder andere het Agentschap Zorg en Gezondheid (AZG) is gebleken dat de staalnames op gebouw- of wijkniveau belangrijke logistieke inspanningen vragen en dat de staalname de grootste bottleneck is.

In termen van kosten en baten kunnen wij met slechts 42 watermonsters al een globaal beeld krijgen, via de meer (...) gebieden, van 45 % van de Belgische bevolking. Fijnmaziger meten is mogelijk, maar brengt dus extra kosten met zich mee, zonder dat daartegenover een evenredige lineaire toename in de dekking van onze staalname staat.

Samenvattend, fijnmazigere afvalwatermonitoring, dus in kleinere gebieden, is mogelijk, maar dient eigenlijk een ander doel, namelijk clusterdetectie voor contactbewaking. Bovendien gaat het om een heel ander soort surveillance dan de nationale surveillance die momenteel wordt uitgeoefend en die onder andere tot doel heeft te waarschuwen voor een heropleving van de situatie, en dit op provinciaal, regionaal en nationaal niveau. Lokale bewaking is logistiek ook ingewikkelder en duurder, zie hiervoor de studie van het AZG. Bovendien is het onmogelijk om het hele grondgebied met een dergelijk fijnmazig netwerk te bestrijken.

Het gaat er dus om op basis van doelstellingen van volksgezondheid welbepaalde keuzes te maken over de te bestrijken gebieden. Regio's zouden bijvoorbeeld kunnen besluiten zich te richten op een aantal meer kritieke verpleeghuizen of scholen.

Ik wil de rol van de huidige grofmazige surveillance illustreren met het voorbeeld van een mogelijke verandering van een laag epidemisch risiconiveau naar een hoog niveau, vergelijkbaar met de overgang van code geel naar code oranje in de barometer. Deze overgang zou kunnen worden vastgesteld met behulp van toezicht op het afvalwater. Laten wij zeggen dat er in de fase van laag risico geen toezicht op individuele gevallen zou zijn, omdat dit als irrelevant wordt beschouwd, en dat er alleen afvalwatermonitoring zou zijn. Het vaststellen van een heropleving via het afvalwater zou als parameter kunnen worden gebruikt voor een overgang naar een hoger niveau, waarbij testen wel weer belangrijk zou worden vanuit een informatiestandpunt.

Met andere woorden, het doel van de nationale afvalwatersurveillance is niet om contacten te controleren, maar om te waarschuwen voor een verandering in de tendens, in de circulatie van het virus, met name om te waarschuwen voor het opnieuw opduiken van het virus en de noodzaak om bijvoorbeeld over te gaan naar een ander beheersniveau.

Zo zie ik op dit ogenblik de pertinentie van de afvalwatermonitoring.

11.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het is interessant om te horen dat de vaststellingen van het Rega Instituut en Sciensano niet altijd overeenkomen. In die zin is het misschien interessant om die ervaringen postcovid – een periode die er hopelijk snel is – uit te wisselen. Misschien moet er een forum georganiseerd worden waar de wetenschappers die op verschillende manieren de epidemie hebben opgevolgd, hun ervaringen en *good practices* kunnen uitwisselen.

U gaf aan dat de wetenschap voortdurend evolueert. Ik ben mij daarvan ten zeerste bewust. Heel toevallig kreeg ik net een twitterbericht binnen. Ik denk dat deze vergadering niet gestreamd wordt, dus het is echt wel toeval. Er zou een probleem kunnen zijn met een van de *probes* die het virus moeten detecteren. Die zou namelijk minder goed binden, wat een effect zou kunnen hebben bij kwantitatieve PCR's in de detectie van omikron. U ziet dat het constant evolueert.

Het is ook een heel debat op zich geworden op Twitter. Het is wel interessant om te volgen. Ik geloof echt in die toekomst van afvalwatermonitoring, niet alleen voor covid, maar ook voor andere ziektekiemen en ook voor bijvoorbeeld schadelijke stoffen.

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

12 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onafhankelijkheid van de experts tijdens de coronacrisis" (55025510C)

12 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indépendance des experts durant la crise du coronavirus" (55025510C)

12.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, naar aanleiding van het debat in Nederland over de vermenging van adviezen van experts en de politieke besluitvorming in de coronacrisis met beïnvloeding van de adviezen van het OMT (Outbreak Management Team) door de regering vernam ik graag op welke manier de onafhankelijkheid van de adviserende organen in ons land wordt gegarandeerd. Hoe wordt vermeden dat de regering invloed kan hebben op de adviezen van bijvoorbeeld de RAG en de GEMS?

Er werden intussen mogelijke belangenconflicten bij de taskforce Vaccinatie en de Hoge Gezondheidsraad aangekaart, maar die zijn wel weerlegd. Toch kunnen er vragen gesteld worden bij bijvoorbeeld professor Pierre Van Damme – ik kies een willekeurige persoon – die van de federale overheid 20 miljoen euro heeft ontvangen voor de bouw van Vaccinopolis. Voor de andere helft van de middelen wordt er gekeken naar privépartners, bijvoorbeeld de farmaceutische industrie. Bestaat er daardoor volgens u een mogelijk belangenconflict?

Gebeurt er bij ons onderzoek naar het besluitvormingsproces? Wordt daarop volgens u op een of andere manier voldoende toegekeken?

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, vertegenwoordigers van de besluitvorming nemen niet deel aan de vergaderingen van de RAG. De adviezen van de RAG worden pas gecommuniceerd aan de beslisorganen, zoals de RMG, de IMC en het OCC, wanneer die adviezen finaal zijn. Nadien worden de adviezen inhoudelijk niet meer gewijzigd, enkel verduidelijkt indien dat relevant is, en ook dat is zeer uitzonderlijk. Adviezen worden na de beslissing ook publiek gemaakt op de website van Sciensano, waar een link te vinden is naar "Wetenschappelijke informatie - RAG", zodat u kunt evalueren of een advies al dan niet gevolgd werd. Het is nogal evident dat wij geen invloed hebben op adviezen van de RAG of van de GEMS op die manier.

U vraagt naar mogelijke belangenconflicten. Voor de verschillende expertengroepen moeten de experts hun mogelijke belangenconflicten rapporteren. Het komt vervolgens het coördinerend orgaan toe – voor de RAG gaat het om de Hoge Gezondheidsraad en Sciensano – om de mogelijke impact van een opgegeven conflict te beoordelen en te bepalen of de expert al dan niet aan een advies kan deelnemen.

12.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord, dat vrij kort was. U hebt niet gesproken over het mogelijk belangenconflict bij bijvoorbeeld Vaccinopolis noch geantwoord op de vraag of het besluitvormingsproces wordt onderzocht of gecontroleerd. Ik zal verder uitzoeken hoe dat precies in zijn werk gaat bij ons en of er nergens gaten in het systeem bestaan, want het is van groot belang dat het systeem waterdicht is.

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

13 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afvalverwerking van de covidvaccins" (55025593C)

13 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)

sur "Le traitement des déchets des vaccins contre le covid" (55025593C)

13.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, deze kwestie kwam vorige week reeds aan bod in vragen van collega's, maar ik wou weten of u nog bijkomende informatie hebt over de verwerking van het afval van covidvaccins. Als dat niet het geval is, dan mag u mijn vraag als beantwoord beschouwen.

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: De vraag van vorige week was breder en betrof alles wat te maken had met afval, daarom zei ik dat het mijn bevoegdheid niet was. Dit specifieke antwoord kan ik wel geven.

De procedure voor de vernietiging van vervallen vaccins die in de vaccinatiecentra en regionale hubs zijn opgeslagen, wordt beheerd door de vaccinatiecentra zelf, onder de verantwoordelijkheid van de deelstaten. De procedure voor de vernietiging van de vaccins in onze federale voorraad zal worden uitgevoerd door een erkende en gemachtigde firma die over de nodige certificaten beschikt.

In verban met de hoeveelheid vervallen vaccins in de voorraden van de gefedereerde entiteiten, moesten er tot heden volgens officiële cijfers 105.765 dosissen vaccins worden vernietigd. Vernietiging kan het gevolg zijn van een verkeerde behandeling of van het overschrijden van de vervaldatum. Sommige vervaldatum kunnen te wijten zijn aan het feit dat een ontdooid vaccin dat slechts een beperkte tijd houdbaar is, niet op tijd kon worden toegediend. Momenteel zijn 24.700 dosissen vaccins in de federale voorraad vervallen en zullen worden vernietigd.

Wat de donaties betreft, heeft België schekingen van COVID-19-vaccins toegestaan via twee internationale mechanismen, namelijk via het COVAX-Gavi Alliance mechanisme of via bilaterale schenking door middel van het EU Civil Protection Mechanism (UCPM). Via dit laatste mechanisme heeft België AstraZeneca-vaccins geschonken aan Tunesië, Vietnam en Oeganda. De tabel met de details kan ik aan het secretariaat bezorgen.

Voor elke verzending van vaccins naar een derde land informeert de Belgische FOD Volksgezondheid het ontvangende land onder andere over de voorwaarden voor een goede bewaring, over de verstrekte dosis, over de door de firma vereiste bewaringsmethode, over het conformiteitscertificaat en over de opslag in België. Het vervoer van de vaccins naar het ontvangende land verloopt volgens de procedures voor kwaliteitsbewaring, met name dankzij specifiek door België ter beschikking gesteld transportmateriaal dat de goede bewaring van de producten garandeert totdat ze bij de ontvanger aankomen.

Het ontvangende land is dan verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van de door België geschonken vaccins en moet ervoor zorgen dat deze in goede staat worden bewaard, totdat ze worden toegediend.

13.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, eenmaal de vaccins in een land ingevoerd zijn, vallen ze natuurlijk onder de verantwoordelijkheid van het land zelf. Mijn vraag betrof Nigeria. Het is goed dat de bewaringsvereisten worden meegegeven, maar het komt toch in de pers dat het in Nigeria, en dat zal zeker niet het enige land zijn in Afrika, fout gaat met de vernietiging van vaccins. Het kan tot grote risico's leiden als ze zomaar op een stort belanden, zonder vernietiging volgens de richtlijnen. Als land kan België daar inderdaad niets aan doen, maar misschien kan het wel nog eens worden aangehaald in de internationale overlegorganen waarin de regering zetelt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De perspectieven inzake de algemene immuniteit bij jongeren" (55025616C)

14 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les perspectives en ce qui concerne l'immunité collective chez les jeunes" (55025616C)

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, heel wat jongeren hebben al een vaccinatie ontvangen, sommige zelfs een boosterprik, maar de vaccinatiecijfers, ook bij jongeren, lopen in de verschillende landsdelen nogal uiteen.

In het najaar wordt het dus opletten geblazen met de immuniteit van de leerlingen, zeker als we de scholen prioritair willen openhouden. Wordt die immuniteit van jongeren momenteel nog opgevolgd? Laat u studies

opzetten die de natuurlijke immuniteit of de serologie van jongeren bepalen? Daarbij moeten we zeker in het achterhoofd houden dat jongeren bij een eventuele opflakking in het najaar naar school kunnen blijven gaan.

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, de volgende serologische studies zijn door Sciensano gecoördineerd. Er loopt ten eerste een studie bij de bewoners van Belgische woon-zorgcentra tot december 2022. Een tweede studie betreft de algemene Belgische bevolking van 18 jaar en ouder; die loopt tot april 2022, met een verlenging tot december 2023 die wel gepland maar nog niet goedgekeurd is. Een derde serologische studie wordt gedaan bij de Belgische bloeddonors, tot december 2022; ook daar is een verlenging tot 2023 gepland, maar nog niet goedgekeurd. Mevrouw Schellens zal u een weblink geven waar u daarover meer informatie vindt.

U koppelt daar een beleidsvraag aan over het garanderen van open scholen in het najaar. Ik ben het met u eens dat dit een topprioriteit is en dat we dergelijke onderzoeken daar goed voor kunnen gebruiken. Ik zou deze kwestie echter willen verbreden naar wat ik al eerder heb aangestipt.

Het is heel belangrijk dat we tijdig schakelen met onze teststrategie en quarantainestrategie. Heel deze discussie, en wat ik al in vorige antwoorden heb gezegd, komt erop neer dat we niet mogen denken dat de epidemie voorbij is. Het virus doet nog de ronde en er zijn nog onbekende gegevens. Het komt er dan op aan om onze verdedigingslijnen weer snel te kunnen opbouwen. Daar hoort ook de teststrategie bij. Daarom is het goed dat de IMC nu een soort van testbarometer heeft. We moeten snel genoeg kunnen reageren. Het controleren van afvalwater kan daar een onderdeel van zijn, naast andere acties.

We moeten ook blijven nadenken over de vaccinatie, ook van jongeren en kinderen. We weten dat dit een moeilijke discussie is.

Uw vraag is enerzijds een stimulans om die onderzoeken te doen en anderzijds een grote paraatheid te hebben met onze verdedigingslijnen.

14.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, we moeten inderdaad paraat zijn en over zaken nadenken, maar ik vind het wel jammer dat er geen specifieke studie over jongeren en kinderen wordt gedaan. De drie voorbeelden die u aanhaalt, zijn immers niet op die categorie gericht. Voor ouders die twijfelen aan de vaccinatie van hun kinderen zou het toch wel relevant zijn om te zien dat hun kind nog geen antistoffen heeft. Een studie zou hen misschien kunnen overtuigen om tot vaccinatie over te gaan. We weten allemaal dat vaccins beschermen en dat het ook belangrijk is dat kinderen voldoende beschermd zijn.

Als we zien wat er gebeurt in landen waar een nultolerantie wordt gehanteerd en waar minder gevaccineerd is, dan merken we dat het een reëel gevaar vormt wanneer mensen nog geen immuniteit hebben opgebouwd, noch natuurlijk noch via vaccinatie. Ik denk dan ook dat het een extra stimulans zou zijn te weten waar nog een extra inspanning kan worden geleverd. Ik kom daar later zeker nog op terug.

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

15 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accessibilité au traitement Paxlovid pour les patients immunodéprimés" (55025444C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accessibilité au traitement Paxlovid pour les patients immunodéprimés" (55025445C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments préventifs contre le covid pour les personnes vulnérables" (55025449C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le covid et l'administration de Lagevrio (molnupiravir) dans les hôpitaux et maisons de retraite" (55025466C)
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La commande du médicament Paxlovid" (55025636C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité du Paxlovid dans les pharmacies" (55025731C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La possibilité d'une commande supplémentaire de Paxlovid" (55025733C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le

Paxlovid pour les personnes immunodéprimées" (55026032C)

15 **Samengevoegde vragen van**

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegankelijkheid van een behandeling met Paxlovid voor patiënten met een verzwakt immuunsysteem" (55025444C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegankelijkheid van een behandeling met Paxlovid voor patiënten met een verzwakt immuunsysteem" (55025445C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geneesmiddelen ter preventie van COVID-19 bij de meest kwetsbaren" (55025449C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Covid en de toediening van Lagevrio (molnupiravir) in wzc's en ziekenhuizen" (55025466C)
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bestelling van het geneesmiddel Paxlovid" (55025636C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beschikbaarheid van Paxlovid via apotheken" (55025731C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De extra bestelmogelijkheid van Paxlovid" (55025733C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beschikbaarheid van Paxlovid voor personen met een verzwakte immuniteit" (55026032C)

15.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Madame la présidente, monsieur le ministre, je voudrais attirer votre attention sur la situation des immunodéprimés, mais aussi des patients fragiles souffrant de pathologies chroniques graves. Nous savons que le vaccin et les troisième et quatrième doses dont ils ont pu bénéficier ne suffiront pas à les protéger.

Si la situation pandémique en Belgique s'améliore, même si les contaminations augmentent à nouveau avec le variant BA.2, les patients immunodéprimés restent fragiles et continuent à se confiner de peur d'être infectés. Il est crucial de disposer des armes permettant de les protéger et de les soigner lorsque le diagnostic est posé. Je voudrais donc aborder avec vous la question des anticorps monoclonaux et des antiviraux.

Actuellement, nous ne disposons en Belgique que du Xevudy, un anticorps monoclonal qui n'est pas optimal car le variant BA.2 semble y résister. Des études l'ont encore montré récemment.

Le Paxlovid est le traitement de choix pour les immunodéprimés qui viennent d'être infectés. L'Agence européenne des médicaments (EMA) l'a d'ailleurs approuvé. Or, selon mes informations, il n'est toujours pas disponible en Belgique. Vous avez annoncé un contrat pour 10 000 doses. Celui-ci est-il finalisé? Pourquoi agissons-nous avec tant de retard? L'Allemagne a commandé 1 million de doses; la France 500 000 doses et le traitement y est disponible depuis plusieurs semaines. Quand les patients pourront-ils bénéficier de ce traitement dans notre pays?

L'Evusheld est également recommandé par la Food and Drug Administration (FDA), à titre prophylactique, contre le variant BA.2. Ce sont des anticorps monoclonaux, dans le cadre d'une bithérapie. La *task force* Therapeutics aurait remis un avis demandant de commander 10 000 doses, sous réserve que l'EMA émette une autorisation de mise sur le marché ou un avis positif d'utilisation précoce.

Dès lors, avez-vous commandé également ou prévu de commander l'Evusheld? Qu'en est-il de cette réserve de la *task force* Therapeutics? Cela ne risque-t-il pas d'accentuer le retard de la Belgique pour ces patients? Pourriez-vous préciser la position du gouvernement et de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) à ce sujet? À l'instar d'autres agences réglementaires d'États membres de l'Union européenne, ne pensez-vous pas qu'il est important de prendre la responsabilité d'offrir sans attendre l'accès à l'Evusheld aux patients belges? Je pense que c'est un enjeu majeur. Les patients immunodéprimés et les médecins qui les prennent en charge doivent avoir ces traitements à disposition. Ceux-ci sont, à côté du vaccin, capitaux pour nos patients.

15.02 **Laurence Zanchetta** (PS): Madame la présidente, je vais simplement poser mes questions pour gagner un petit peu de temps.

Monsieur le ministre, voici mes questions à ce sujet. Quand le Paxlovid sera-t-il disponible en Belgique?

Pourquoi n'avoir commandé que 10 000 doses de ce traitement? Cela sera-t-il suffisant selon vous? Envisagez-vous d'en commander davantage? Quid de l'Evusheld qui protège préventivement les patients immunodéprimés? Ce traitement est disponible en France depuis le mois de janvier mais il n'est toujours pas disponible chez nous.

15.03 Kathleen Depoorter (N-VA): *Op dit moment in de 5e Corona-golf wordt gesteld dat de algehele toestand stilaan verbetert en wil de regering overgaan naar code oranje op de Corona-barometer. Er kan dan gedacht worden aan een exit-strategie en een beleid op lange termijn. COVID-19 kan echter blijven muteren en we stellen vast dat een besmetting met het corona-virus voor kwetsbare patiënten nog steeds precair kan zijn. Op de ministerraad van 18 februari wil de regering een beslissing nemen aangaande geneesmiddelen ter preventie voor deze doelgroep.*

Mijn vragen voor de minister:

- 1. Hoe definieert de minister de groep van de “meest kwetsbaren”? Over wie gaat het en over hoeveel burgers gaat het?*
- 2. Welke geneesmiddelen werden in het besluit opgenomen? In welke hoeveelheden en tegen welke kostprijs?*
- 3. Welke beslissing werd genomen op de ministerraad van 18 februari?*
- 4. Wanneer meent de minister dat deze concrete uitrol zal starten?*
- 5. Hoe zal de medicatie verdeeld worden?*

Op 18 februari werd in het Belgisch Staatsblad de Beslissing tot wijziging van de Beslissing van 20 december 2021 houdende de toestemming voor de invoer en het gebruik van het geneesmiddel Lagevrio(/Molnupiravir) voor de behandeling van COVID-19 gepubliceerd. Deze treedt in werking maar er zijn enkele zaken die nog de nodige verduidelijking vereisen.

Mijn vragen voor de minister:

- 1. Kan de minister toelichten op basis van welke criteria de 2 gevallen per afdeling werd beslist? Graag een precieze argumentatie.*
- 2. Waarom werd de regeling niet toegepast serviceflats? Graag de redenering/afweging die tot dit besluit heeft geleid.*
- 3. Hoe kunnen ambulante, kwetsbare patiënten concreet een beroep doen op Lagevrio?*
- 4. Meent de minister dat er een voldoende voorraad beschikbaar is?*
- 5. Over welke effectieve aantallen gaat het op dit moment en wat zijn de mogelijkheden om de beschikbare hoeveelheid uit te breiden, op welke termijn en tegen welke prijs?*

Vanaf 10 februari werd in de staat New York in de Verenigde Staten Paxlovid beschikbaar via de apotheek. Dit middel kan ook besteld worden online wat het voor burgers mogelijk om één dag na aankoop een levering aan thuis te krijgen. Daarnaast werd ook een hulplijn voor burgers die met vragen zouden zitten aangaande de (bij-)werking van het middel werden voorzien. De beschikbaarheid/voorraden kunnen online geraadpleegd worden via het Department of Health and Human Services (HHS) via de zogenaamde COVID-19 Therapeutics Locator. In de commissie volksgezondheid had ik eerder een vraag ingediend over de actuele status en de beschikbaarheid van Paxlovid.

Mijn vragen voor de minister:

- 1. Hoe staat de minister tegenover het gegeven dat Paxlovid beschikbaar is gemaakt via de apotheek?*
- 2. Voorziet de minister eenzelfde dienstverlening en beschikbaarheid via de apotheken in ons land? Zo ja: wanneer wordt deze uitrol voorzien? Zo nee: wat zijn hiervoor de redenen?*

Op 1 maart berichtte De Morgen dat België bij Pfizer 10.000 dosissen/behandelingen van het middel Paxlovid heeft besteld. Het middel is belangrijk voor patiënten die bijzonder hoog risico bij een COVID-besmetting blijven lopen. Om die reden heb ik in eerdere vragen aan u naar de beschikbaarheid en de status van de goedkeuringsprocedure gepeild. In La Libre Belgique werd een open brief gepubliceerd die het aantal bestellingen – dat volgens de ondertekenaars veel te laag is – aan de kaak stelt. Nochtans kan Paxlovid volgens deze zelfde berichtgeving en gesteund op tests die de producent uitvoerde tot 90% van de ziekenhuisopnames voor de risicogroep vermeden worden. Het aantal wordt bij monde van dhr. Raemaekers verantwoordt doordat de kostprijs versus het mogelijk niet-gebruik ongunstig zou zijn. Opvallens is echter dat hij niet spreekt over extra bestelmogelijkheden. De minister verklaarde evenwel dat een clause om meer behandelingen te bestellen werd opgenomen in het contract met de producent.

Mijn vragen voor de minister:

1. Kan de minister bevestigen dat er in het ondertekende contract met de producent van Paxlovid een clause werd ingeschreven om extra bestellingen te plaatsen?

2. Zo ja, aan welke voorwaarden/modaliteiten en over welke aantallen binnen welke tijdspanne gaat het?

3. Zo nee: waarom niet?

15.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal mijn antwoord structureren door eerst iets te zeggen over Lagevrio of molnupiravir. Vervolgens iets over Evusheld en daarna over Paxlovid. Tot slot zal ik, los van deze therapeutische middelen, eindigen met iets te zeggen over de BA.2-variant en wat we ter zake moeten denken met betrekking tot het therapeutische arsenaal. Ik begin dus met Lagevrio.

Le Lagevrio (monupiravir) n'a pas encore reçu l'approbation de l'EMA. Cependant, une procédure a été autorisée pour une utilisation précoce en Belgique, dans le cadre de foyers épidémiques au sein de maisons de repos et de soins ainsi que pour une utilisation dans le cadre d'un essai clinique en cours avec des médecins généralistes.

Aan Sciensano werd gevraagd een definitie te geven van een COVID-19-uitbraak in de context van woon-zorgcentra. Sciensano stelde een ruime definitie voor, namelijk "twee of meer besmettingen bij residenten waarbij er een verband bestaat tussen de gevallen in de tijd en/of ruimte". Wat het aantal gevallen betreft, werd door Sciensano gekozen voor een minimaal aantal besmettingen onder de residenten dat één geïsoleerde besmetting overschrijdt. De leefomstandigheden voor mensen in woon-zorgcentra maken dat het naleven van maatregelen rond het behouden van fysieke afstand moeilijk is.

De mogelijkheden voor toegang tot molnupiravir in een ambulante setting worden toegelicht op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. België beschikt over een totaal volume van ruim 11.000 behandelingen molnupiravir, dat nog kan worden uitgebreid. Zonodig zal de Taskforce COVID Therapeutics daarover ook een advies uitbrengen. De precieze elementen van het contract waarin de procedure met molnupiravir vorm krijgt, zijn wel confidentieel.

Laten we dus zeggen dat we gedefinieerd hebben wat we ermee willen doen. Er zijn ook behandelingen beschikbaar. Het kan dus worden ingezet, maar er is nog geen toestemming van het EMA.

Wat Evusheld betreft, heeft de ministerraad van 18 januari de aankoop van 10.000 dosissen Evusheld van de firma AstraZeneca goedgekeurd. De aankoop is conditioneel aan een positief advies van het EMA of een conditionele marktautorisatie door het EMA. Pistes voor de concrete operationalisering zullen in de komende weken worden uitgewerkt.

Het indicatiegebied van dit geneesmiddel werd nog niet door het EMA bepaald. De patiëntenpopulatie die wordt beoogd door de Taskforce COVID Therapeutics voor de inzet van dit profylactische geneesmiddel omvat personen bij wie er een vermoeden bestaat dat de vaccinatie tegen COVID-19 niet de gewenste immunrespons heeft opgewekt. Dit zijn bijvoorbeeld mensen die een orgaan- of stamceltransplantatie hebben ondergaan en mensen die bepaalde immunosuppressieve kankerbehandelingen ondergaan zoals anti-CD20 of cyclofosfamide. Het gebruik van het geneesmiddel zal allicht afhankelijk worden gemaakt van een antilichaamtest die een ineffectieve immuniteit aantoont. Zo zijn we toch verzekerd van een doelmatige inzet van de middelen.

Ik geef nog enkele technische details. Het gaat om een *anti-spike* antilichaamconcentratie of titer van minder dan 260 *binding antibody units* per milliliter. Dat is wat men technisch wil testen om te weten of het inderdaad aangewezen is Evusheld in te zetten.

Paxlovid is eigenlijk een combinatie van nirmatrelvir en ritonavir, die veelbelovende resultaten lijkt te hebben in een populatie die kans loopt een ernstige vorm te ontwikkelen van COVID-19. De taskforce heeft in zijn advies echter rekening gehouden met de onzekerheid inzake werkzaamheid, veiligheid en goed gebruik, in het bijzonder in een oudere en/of gepolymediceerde populatie.

Het geneesmiddel is getest in een niet-gevaccineerde populatie. Ruim 90 % van de populatie geïncubeerd in de klinische proef was jonger dan 65. Er zijn geen klinische gegevens om de werkzaamheid ervan tegen de omikronvariant te bevestigen.

Bovendien moeten de cijfers over de doeltreffendheid met grote omzichtigheid worden geïnterpreteerd. De relatieve vermindering van het risico op ziekenhuisopname of overlijden bedraagt 88 %. De absolute vermindering van het risico op ziekenhuisopname of overlijden bedraagt 5,5 %, maar daarover is nog een grote mate van onzekerheid.

Er moeten bijna 18 patiënten worden behandeld om 1 bijkomende ziekenhuisopname, of sterfgeval, te voorkomen. Verwacht wordt dat dit cijfer hoger zal liggen bij gebruik in een gevaccineerde bevolking. Informatie over de interpretatie van deze cijfers vindt u op de website van het Kenniscentrum.

Naast het werkzaam bestanddeel bevat Paxlovid ook het bestanddeel ritonavir. Dat is een protease inhibitor die ook in lage dosissen ernstige interacties met andere geneesmiddelen kan teweegbrengen. Ook het feit dat Paxlovid binnen de vijf dagen na de eerste symptomen moet worden opgestart, maakt dat een doelmatig gebruik ervan niet evident is.

Bref, le Paxlovid a été approuvé par l'EMA. La première livraison de ce médicament est attendue pour le premier trimestre 2022. Cependant, aucun calendrier de livraison précis n'a actuellement été communiqué par la firme.

En ce qui concerne la comparaison entre la quantité de Paxlovid commandée par la Belgique et les quantités commandées par les pays voisins, nous ne pouvons pas confirmer les chiffres cités, notamment pour la commande effectuée par les Pays-Bas.

De inhoud van de contracten is confidentieel. We zullen ons aansluiten bij de Europese *joint procurement*-procedure als de Europese Commissie met Pfizer zo'n *joint procurement* organiseert.

De taskforce probeert de ontwikkeling van de verschillende systemen die in het buitenland zijn opgezet met betrekking tot de distributie van geneesmiddelen tegen COVID-19, op de voet te volgen. Die kunnen als inspiratiebron dienen, maar het is belangrijk rekening te houden met de specifieke kenmerken van elk gezondheidssysteem. Wij moeten een distributiesysteem opzetten dat aan de bijzondere eigenschappen van ons land is aangepast.

En ce qui concerne l'utilisation du Paxlovid, un système de distribution adapté est actuellement en cours d'analyse au sein de la Task Force Covid Therapeutics. Cette analyse est menée en étroite collaboration avec l'AFMPS, le SPF Santé publique, ainsi que les différentes associations professionnelles. Ces différents acteurs travaillent de concert afin d'analyser les différentes possibilités concernant la mise en place d'un système de distribution adéquat aux spécificités du Paxlovid et de la Belgique et ce, dans les plus brefs délais.

Les possibilités actuellement évoquées sont d'une part, une utilisation limitée aux patients à haut risque dans le cadre d'un projet de télémonitoring approuvé par l'INAMI et, d'autre part, la possibilité pour les médecins spécialistes de prescrire le Paxlovid à leurs patients immunodéprimés. Dans les deux situations, il est important de vérifier si le patient prend un autre médicament qui pourrait contre-indiquer l'utilisation du Paxlovid.

Une procédure de distribution de prescription sera également rédigée par la *taskforce* en étroite collaboration avec chacun des acteurs précédemment cités.

Ten slotte is de BA.2-omikronvariant op weg om ook in België de dominante variant te worden. Deze variant lijkt alleszins in vitro te ontsnappen aan de bestaande monoklonale antilichamen. Daar waar Xevudy, dus sotrovimab, nog wat werkzaam was in vitro voor de BA.1-omikronvariant is dat niet meer het geval voor de BA.2. Dat heeft wellicht gevolgen voor de vroegtijdige behandeling van corona bij immuungecompromitteerde personen die bij een asymptomatische infectie met Xevudy behandeld worden. Daarom wordt in een alternatieve aanpak voorzien. Die zal enerzijds bestaan uit de mogelijkheid van profylactische toediening van Evusheld aan immuungecompromitteerde personen die onvoldoende reageerden op vaccinatie, ook al is de bescherming door Evusheld tegen de omikron-BA.1- en BA.2-variant wellicht ook wel wat minder.

Daarnaast zullen voor die personen na een infectie ook de orale antivirale middelen, zoals Lagevrio en Paxlovid ter beschikking gesteld worden, ook al bestaat er momenteel geen klinisch bewijs van de werkzaamheid in die specifieke doelgroep.

Veklury, dus remdesivir, blijkt ook werkzaam te zijn om hospitalisatie te vermijden bij vroegtijdige toediening, maar het schema vereist een intraveneuze toediening drie dagen na elkaar, wat in de praktijk moeilijk is bij een ambulante coronapatiënt.

Ten slotte is het van belang zich te realiseren dat er momenteel nog geen klinische studies beschikbaar zijn waarbij de verschillende behandelingen met elkaar onderling vergeleken worden. Het is dus momenteel niet mogelijk te zeggen welke behandeling het werkzaamst is.

Er is dus nog zeer veel onzekerheid. We moeten dus in een context van grote onzekerheid maximaal proberen therapeutisch te doen wat we kunnen doen. Onze taskforce, die ik op dit moment probeer te versterken, doet dat ook. Onmiddellijke wonderen zijn daarvan echter ook niet te verwachten.

15.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Les lignes bougent donc sur le plan thérapeutique par rapport à ces patients, mais je trouve qu'en Belgique, les lignes bougent trop lentement. Je me fais l'écho ici de très nombreux médecins spécialistes qui suivent ces patients immunodéprimés avec des pathologies lourdes, chroniques et sévères. On ne dispose pas encore ici, chez nous, alors que d'autres pays ont déjà actionné ces armes, de moyens suffisants pour faire face et pour pouvoir sauver les vies de ces patients.

Vous mettez souvent en avant le Lagevrio, qui n'est d'ailleurs pas approuvé. Mais aujourd'hui, il semble manifestement peu intéressant sur le plan thérapeutique. En ce qui concerne l'Evusheld, vous mettez en avant le fait qu'il n'est pas encore effectivement avalisé au niveau de l'EMA; mais le Lagevrio non plus et pourtant vous en avez commandé. Je voudrais vraiment insister pour que puissiez actionner l'achat de l'Evusheld et ne pas le conditionner à l'avis de l'EMA. La Belgique est très en retard par rapport aux pays voisins qui en disposent déjà. Il est quand même important de dire que l'Evusheld est actif contre le BA.2. Le BA.2 va extrêmement vite devenir totalement majoritaire en Belgique.

C'est la même chose pour le Paxlovid. Tant mieux: les doses vont enfin arriver au premier trimestre 2022. On est déjà le 16 mars. Il ne reste plus, j'espère, qu'une ou deux semaines avant de les réceptionner. Là encore, je suis étonnée lorsqu'on compare avec la France: 500.000 doses, l'Allemagne, 1 million de doses, le Luxembourg, 20.000 doses. Quand vous comparez les populations, on se rend compte qu'en Belgique, un vraiment petit nombre de doses ont été commandées, ce qui semble insuffisant. Permettez-moi vraiment d'insister et de plaider pour qu'on dispose des armes suffisantes. Comme le disait ce spécialiste dans cette carte blanche toute récente: "Les patients immunodéprimés sont en code rouge. Ils vont rester en code rouge." C'est donc à vous, comme ministre de la Santé, de mettre à la disposition des médecins les armes en matière de prévention et de traitement pour les patients immunodéprimés infectés, pour véritablement sauver leur vie et pour assumer correctement la prise en charge de ces patients extrêmement fragiles. Je vous remercie.

15.06 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il y a là une certaine lenteur qu'à mon avis les personnes immunodéprimées ou en attente d'un traitement qui fonctionne vivent difficilement. Je réécouterai votre réponse et les informations que vous avez données et reviendrai vers vous si nécessaire.

15.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik blijf toch bezorgd

over de contracten. U verwijst opnieuw naar geheime contracten. De modaliteiten die zijn afgesproken voor een verdere bestelling kunnen niet worden vrijgegeven. Dat is hetzelfde verhaal als bij de vaccins.

Het verwonderde mij vooral dat coronacommissaris Pedro Facon in de commissie over de vaccinatieplicht verklaard heeft dat Paxlovid is besteld, maar niet bevestigd heeft dat er een uitbreiding van de bestelling zou kunnen plaatsvinden. Wie kent de contracten? Bent u ervan overtuigd dat u extra zult kunnen bestellen of heeft Pedro Facon het mis? Hij zei dat er 10.000 zijn besteld en *that's it*. Ik heb al heel vaak naar de uitbreiding van die contracten gevraagd. Het viel mij op in het antwoord van Pedro Facon dat hij dat niet bevestigde.

Het feit is dat men vreest voor tekorten aan ritonavir. Als u Paxlovid wilt bijbestellen, dan zal het ervan afhangen of de firma aan voldoende ritonavir zal raken, want ritonavir wordt ook gebruikt voor hiv-patiënten. Dat is mijn grote bezorgdheid.

U mag er zeker van zijn dat u meer van die medicijnen zult kunnen bestellen, zoals u al herhaaldelijk hebt gezegd, maar ik durf dat te betwijfelen. Ik hoop dat u voor 100 % de garantie hebt dat u Paxlovid zult kunnen bijbestellen voor de patiënten die daar nood aan hebben. Ik zie minder problemen met de productie of levering van molnupiravir. Ik had graag de garantie gekregen dat wij onze patiënten daarvan kunnen voorzien.

U zegt dat men het nog niet ambulant kan verdelen omdat men met klinische studies werkt en er nog geen EMA-approval is. Misschien kan er ook een klinische studie worden opgezet voor patiënten die in een serviceflat verblijven. Dat zijn immers de patiënten die nu uit de boot vallen en die zeer kwetsbaar zijn. Met de toch wel beperkte hoeveelheden die u hebt besteld, zult u er bij een eventuele volgende golf in het najaar niet komen.

Vergewis u dus van het feit dat u onze patiënten van die virusremmers zult kunnen voorzien, want we zullen ze nodig hebben. Mevrouw Fonck heeft daarnet de aantallen aangehaald.

In vorige discussies hebt u mij telkens gezegd dat we ongeveer hebben besteld wat de buurlanden hebben besteld, maar dat blijkt echt niet het geval te zijn. Ik heb het advies van de taskforce gelezen. Ik vond dat zelf heel conservatief. Ik begrijp dat we ons in wetenschappelijk moeilijke tijden bevinden, maar we moeten toch voorzienig zijn. In het najaar zullen de virusremmers, naast de hygiënemaatregelen en de vaccinaties, die u terecht aanhaalt, een essentiële pijler zijn. We moeten ervoor zorgen dat we voldoende middelen ter beschikking van onze patiënten hebben.

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

16 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De rapportering over de implementatie v.d. aanbevelingen v.d. bijzondere covidcommissie" (55025646C)

16 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapportage de l'implémentation des recommandations de la commission spéciale covid" (55025646C)

16.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de laatste aanbeveling van de bijzondere COVID-commissie luidde dat de eerste minister, de minister van Binnenlandse Zaken en de minister van Volksgezondheid de Kamer tegen uiterlijk 15 maart 2022 en daarna jaarlijks een stand van zaken meedelen van de implementatie op het terrein van de aanbevelingen. Gisteravond is er daaromtrent nog iets in onze mailbox beland. Net op de valreep hebben wij een rapport gekregen met de stand van zaken.

Mijnheer de minister, het coronacommissariaat houdt heel binnenkort op te bestaan. In het rapport wordt aangekondigd dat er een *covid focal point* zal worden opgericht, zowel bij het Crisiscentrum als in de FOD Volksgezondheid, als ik het goed begrijp. Wat moeten wij ons daarbij voorstellen? Hoe ziet het *covid focal point* eruit? Neemt dat de taken van het coronacommissariaat over? Is de overheveling al gebeurd? Wordt die taak door één persoon opgenomen?

We hebben een schriftelijk rapport ontvangen, maar zal de stand van zaken nog nader worden toegelicht? Wanneer zal dat gebeuren? Zullen de eerste minister en de minister van Binnenlandse Zaken daarbij

eveneens aanwezig zijn?

In het rapport worden bepaalde pijnpunten geduid en worden er verbetertrajecten aangehaald. Toch blijven die nog vaag. Ik heb er alle begrip voor dat dergelijke wijzigingen en procesveranderingen tijd vragen. Tijd hebben we echter niet altijd evenveel, zeker niet in crisissituaties. We weten namelijk niet wat er ons nog te wachten staat en hoe snel een volgende gezondheids crisis onze kant op komt. Welke zijn uw prioriteiten uit het rapport? Wat moet er voor u als eerste in orde worden gebracht?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, mijn antwoord bestaat uit verschillende onderdelen. Wij hebben gepoogd om het Parlement op de hoogte te houden van het proces bij ons. U hebt inderdaad een document in de vorm van een slideshow gekregen, waarin wij aangeven hoe wij gevolg geven aan de aanbevelingen van de bijzondere commissie en hoe wij denken dat wij onze paraatheid moeten organiseren. Ik vind dat ook cruciaal. Ik hoop dat u niet van mij verwacht dat ik heel dat document hier voorlees; dat is niet de bedoeling.

Wanneer ik parlementslid was, dan vroeg ik aan de regering inderdaad om dat rapport in de Kamer eens te komen toelichten. Het lijkt mij wel logisch dat wij dat in bijvoorbeeld een gezamenlijke vergadering van de commissies voor Binnenlandse Zaken en voor Volksgezondheid komen uiteenzetten. Als parlementslid zou ik dat logisch vinden en ik denk dan ook dat wij dat moeten doen. Het is voor de federale regering ook een mooie uitdaging om duidelijkheid te scheppen en in debat te gaan over hoe zij een en ander ziet.

Ik kan u zeer kort iets meer zeggen over het *focal point*. Het gebruikte Engelstalig jargon is verschrikkelijk, maar het komt erop neer dat wij een soort van binoom creëren, een ad-hoc instantie met twee hoofden, namelijk de directeur-generaal van het Nationaal Crisiscentrum en de leidende ambtenaar van de dienst Crisisbeheer van de FOD Volksgezondheid. Samen moeten zij dat *focal point* leiden. Dat is niet hetzelfde als het coronacommissariaat, in die zin dat het commissariaat door ons uitdrukkelijk opgevat is als een instelling, ook met een echte interfederale rol. Al was het coronacommissariaat natuurlijk een federale instelling, toch was het een spin in het web van een interfederaal proces. Het *covid focal point*, dat wij organiseren met het Nationaal Crisiscentrum en de FOD, zal, als wij niet in de federale fase zitten, de coördinatie van de federale taken op zich moeten nemen.

Dat gaat dan over zowel de multidisciplinaire als de sanitaire opdrachten die nog samenhangen met COVID-19. Tegelijk moeten wij heel sterk blijven coördineren met de deelstaten. Wij moeten de vertegenwoordigers van de deelstaten daarbij dus nauw betrekken. Dat is het idee.

Het gaat niet om hetzelfde model als dat van het commissariaat, maar heeft natuurlijk wel dezelfde bedoeling, namelijk zorgen voor een zeer goede coördinatie, weliswaar in een postfederale fase en niet meer in een federale fase.

Ik wil ter zake geen heel zware structuur maken. Dat is ook een verschil met het commissariaat, dat onder andere personeel heeft. Het is inderdaad niet de bedoeling dat personeel aan te houden, integendeel. Het *covid focal point* is eigenlijk een kleine, administratieve, aanwijsbare eenheid, die zorgt voor de noodzakelijke coördinatie.

Het is natuurlijk wel belangrijk dat het Nationaal Crisiscentrum en de FOD Volksgezondheid, in casu de dienst Crisisbeheer, voldoende man- en vrouwkracht hebben om dat goed te verzorgen. Dat is een beetje een uitdaging op zich. Dat is het idee. Ik weet niet of de toelichting voor u voldoende duidelijk is. Dat komt ook nog aan bod in het document dat werd doorgestuurd.

16.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik had ook nog gevraagd naar de prioriteiten die u snel in orde wilt brengen. Onze fractie heeft al laten inplannen dat er bij de regeling van de werkzaamheden naar een datum wordt gezocht om daarover nader uitleg te krijgen van de regering en misschien ook nog de coronacommissaris, als dat zou kunnen. Het zou interessant zijn om hem daarover nog net voor zijn aftreden te horen.

U spreekt van het *covid focal point* en dat klinkt alsof het heel specifiek voor covid is.

16.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is ook zo.

16.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik hoop dat er ook aan andere gezondheids crisissen wordt gedacht en dat er

voorbereidingen worden getroffen om steeds klaar te zijn.

16.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is een goed punt. De reflectie die moet voortvloeien uit heel de ervaring, is dat de paraatheid globaal genomen goed moet zijn. Daaraan zijn wij nog niet helemaal toe. Het idee nu is om iets te doen met betrekking tot covid.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le code jaune" (55025790C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La concertation des entités fédérées concernant les mesures corona et leur remboursement" (55025812C)**

17 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Code geel" (55025790C)**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het overleg van de deelstaten aangaande de coronamaatregelen en de terugbetaling hiervan" (55025812C)**

17.01 **Kathleen Depoorter (N-VA)**: Mijnheer de minister, u hebt mijn vraag eigenlijk al zo goed als beantwoord. Zij gaat over het overleg over de coronamaatregelen met de deelstaten. Op 9 maart zat u samen met alle bevoegde ministers.

Ik zou echter nog graag weten welke beslissingen u zult voorstellen aangaande de zelftesten. Ik verklaar mij nader. Vandaag worden de zelftesten voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming terugbetaald. Tot wanneer is in die terugbetaling voorzien?

Uw plannen met de PCR-testen en de quarantaineregels hebt u al meegedeeld, maar welke richting wilt u uitgaan wat betreft de snelle antigeentesten bij reizigers, want het CST voor reizen blijft toch tot 2023 in voege op dit moment?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik heb inderdaad al wat antwoorden gegeven, maar ik heb nog niet gezegd hoe wij tegenover de zelftesten en de *rapid antigen tests* bij reizen staan. Wat de *rapid antigen tests* bij reizen betreft, wordt sinds 7 maart het herstelcertificaat ook afgeleverd op basis van een RAT met positief resultaat tussen de 11de en de 180ste dag voor aankomst. Wat herstel betreft, speelt de RAT nu dus ook mee.

Voor de rest hebben we geen recente wijzigingen doorgevoerd. U weet dat de RAT ook meespeelt voor terugkerende reizigers die niet resident zijn in België en niet beschikken over een vaccinatie-, test- of herstelcertificaat. Zij moeten op dag 1 van de terugkomst een test ondergaan. Dat kan zowel een PCR als een RAT zijn. Dat blijft ook zo.

Ik plan hierin niet onmiddellijk wijzigingen. We zitten in een Europese context. Het gaat over reizigersverkeer. U weet dat de benadering op het vlak van het reizigersverkeer versoepeld is. Wat overblijft, is onder meer wat ik hier heb gezegd, namelijk dat de niet-residenten die niet beschikken over een vaccinatie-, test- of herstelcertificaat zich moeten laten testen.

De RAT speelt daarin mee. Ik denk niet dat we dat gaan veranderen. Wat de zelftesten betreft, zal ik u mijn persoonlijke mening geven. Ik denk dat we dat moeten stabiliseren. De idee dat we zelftesten goedkoop ter beschikking stellen voor mensen met voorkeurrecht zou ik aanhouden. Ik kan niet uit het hoofd zeggen of er een einddatum bepaald is voor dat besluit. Ik denk van niet, eerlijk gezegd. Het zou mij verbazen. Ik kan het me ook niet herinneren. Dat zou ik moeten nakijken.

Ik vind echter niet dat we het terugbetalingsstelsel nu moeten laten wegvallen. Overigens, u zult het graag horen, en ik zeg het niet om u een plezier te doen, maar het terugbetalingsstelsel is een manier om mensen nog naar de apotheker te laten gaan om daar uitleg te krijgen. Ik vind het dan ook een goed element in het geheel. Ik ben niet van plan om voor te stellen om ervan af te stappen. Ik zou het op deze manier gestabiliseerd willen houden.

Voor de rest denk ik dat ik antwoorden heb gegeven bij het beantwoorden van de eerdere vragen.

Wat het CST betreft, hebben we verschillende meningen. Ik blijf denken dat het CST principieel een goed soort instrument is. Ik heb het dan over een instrument voor mensen die deelnemen aan activiteiten die iets riskanter zijn, zoals samenkomen op café, in een restaurant, bij culturele activiteiten, bij evenementen, in discotheken. Wanneer men te maken heeft met een ernstige epidemie, kan men een gedeeltelijke bescherming organiseren door mensen te verplichten een certificaat voor te leggen. Dat kan een bewijs van vaccinatie zijn, van herstel of van een negatieve test. Ik denk dat dat zinvol blijft.

Ik ben het niet eens met de kritiek op het CST die volgens mij een verwarring inhoudt tussen twee kritieken. De eerste kritiek gaat over welke boodschap daarrond is gegeven en of die er niet toe heeft geleid dat mensen in het kader van het CST dachten dat ze zich alles konden veroorloven, wat dan onveilig is. De tweede kritiek is dat als men dit soort instrumenten correct duidt en uitlegt aan het publiek wat het betekent en waarom men dat doet, of dat in een context van ernstige epidemie opnieuw nuttig zou kunnen zijn.

Het antwoord op die vraag is voor mij bevestigend, maar ik weet dat niet iedereen daar zo over denkt. Dat is ook niet uitgepraat op het Overlegcomité. Daar is onder meer verwezen naar een verslag van het debat daarover in het Vlaams Parlement. Wij wachten nog op het verslag van de debatten die hier zijn gevoerd, maar persoonlijk blijf ik het CST een nuttig instrument vinden. Daarom denk ik ook dat men ervoor zou moeten zorgen dat dit op een waakvlam staat en dat men dat, als dat nodig is, kan reactiveren zonder al te lange juridische en legistieke procedures te moeten doorlopen. Het Overlegcomité heeft daarover echter nog geen beslissing genomen.

17.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, over dat laatste verschillen we van mening, maar die discussie zullen we nog wel voeren. Daarvan ben ik overtuigd. Voor mij blijft dat een vals gevoel van veiligheid geven. Als ik alleen al verwijs naar de plenaire vergadering van vorige donderdag en naar de uitgelatenheid van de collega's die dicht bij elkaar zaten en zich toch veilig voelden, dan denk ik dat die discussie effectief nog zal worden gevoerd.

Wat de terugbetaling van de zelftesten betreft, ben ik het uiteraard met u eens dat die verhoogde tegemoetkoming er ook voor zorgt dat kwetsbare patiënten een degelijke begeleiding krijgen in de apotheek. Ik heb deze vraag gesteld omdat ik nergens een datum van stopzetting heb gevonden. Het is belangrijk om te weten of die maatregel in het najaar nog van kracht blijft of niet. Dat is in dezen zeker een geruststelling.

Wat het reizen betreft, denk ik dat we, zeker nu de maatschappij steeds meer open gaat, moeten blijven inzetten op die snelle antigeentest en op de toegankelijkheid, zowel bij de arts als bij de apotheker, om zich te laten testen.

17.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik stel voor dat mevrouw Schellens eens bij de heer De Ridder checkt of er een einddatum staat op dat koninklijk besluit waarbij wij in een tegemoetkoming voorzien voor zelftesten. Ik denk het niet, maar mevrouw Schellens kan dat navragen en ons het antwoord bezorgen, zodat we het zeker weten.

17.05 Kathleen Depoorter (N-VA): In het verlengde daarvan, zijn er nu combitesten covid en influenza op de markt. Ik vermoed dat naar het najaar toe die combitesten eerder preferentieel zullen worden aangekocht. Vandaag is de snelle antigeentest in combinatie terugbetaald wanneer hij wordt afgenomen bij de apotheek, maar waarschijnlijk zullen de zelftesten ook volgen. Dan zal dat ook in een koninklijk besluit moeten worden gegoten.

17.06 Minister Frank Vandenbroucke: Dat moeten we inderdaad bekijken. Ik denk dat dit een punt van discussie is, maar dat is een beleidspunt waarop we later moeten terugkomen.

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

De **voorzitter:** Vraag nr. 55026087C van mevrouw Gijbels wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 55026034C van mevrouw Zanchetta wordt uitgesteld. Vragen nrs. 55025789C, 55025781C, 55025790C en 55026022C van mevrouw Merckx worden uitgesteld.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.55 uur.
La réunion publique de commission est levée à 16 h 55.*