

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

du

van

MERCREDI 20 AVRIL 2022

WOENSDAG 20 APRIL 2022

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 50 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.50 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

01 Débat d'actualité sur la revalorisation des métiers infirmiers et questions jointes de

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan global de revalorisation et de renforcement de l'attractivité du métier d'infirmier" (55025521C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les infirmiers HBO5" (55025896C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le point en ce qui concerne la formation HBO5" (55026819C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les infirmiers HBO5" (55027012C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La revalorisation des infirmiers" (55027035C)

01 Actualiteitsdebat over de herwaardering van verpleegkundige beroepen en toegevoegde vragen van

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het globale plan voor de opwaardering en het aantrekkelijker maken v.h. beroep van verpleegkundige" (55025521C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "HBO5-verpleegkunde" (55025896C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot de HBO5-opleiding" (55026819C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "HBO5-verpleegkundigen" (55027012C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opwaardering van de verpleegkundigen" (55027035C)

De **voorzitter**: Mevrouw Muylle en de heer Bacquelaine laten zich verontschuldigen. Hun vragen worden dan ook zonder voorwerp.

01.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in Vlaanderen werd een functiemodel voor zorg en verpleegkunde opgemaakt waarin de zogenaamde HBO5-verpleegkundigen een rol blijven spelen. In het federale regeerakkoord wordt het volwaardige eigen profiel van de HBO5-verpleegkundigen bevestigd. Er zou nu een federale taskforce zijn opgericht om de zogenaamde zorgladder vorm te geven.

In welk stadium bevinden de besprekingen zich momenteel? Welke partners nemen eraan deel?

Is er eensgezindheid over de vorm van de zorgladder en de plaats van de HBO5-verpleegkundigen daarin? Zullen zij ook duidelijk hun plek blijven kennen binnen het zorglandschap?

Wanneer wordt de eindbespreking verwacht en zal er duidelijkheid worden verschaft, vooral aan de sector?

01.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb u hierover al ondervraagd. De vraag rond de HBO5-opleiding en eventueel een nieuwe invulling van het profiel blijft voor ongerustheid zorgen bij de verpleegkundigen op het terrein. Dat is niet ongegrond: er is een nijpend personeelstekort, er is veel personeel dat langdurig ziek is en met burn-out kampt, er is hoge werkdruk en stress en er zijn nu al 5 coronagolven. Vandaag moet er ook nog veel uitgestelde zorg verleend worden.

Werkt de regering aan nieuwe functieprofielen? Komt er een nieuwe naam voor HBO5-verpleegkundigen? Wanneer legt u eventueel een voorstel op tafel?

In september vorig jaar werd een taskforce samengesteld die adviezen aan de verschillende regeringen moest formuleren. Dat werd uitgesteld, maar uiteindelijk is het rapport klaar. Het maakt duidelijk dat de huidige HBO5-verpleegkundigen en studenten hun visum kunnen behouden, zonder dat er voor hen iets verandert. Dat is natuurlijk positief. Het is ook dankzij het feit dat zij er de aandacht op zijn blijven vestigen dat het in orde is gekomen.

Tegelijkertijd zijn er geen conclusies over de invulling van de nieuwe functieprofielen of over de verbetering van de arbeidsomstandigheden op het terrein. Er is een wetsvoorstel van CD&V hangende, maar ik wil van u weten wat de stand van zaken is. Wat wilt u doen met het eindrapport en de adviezen? Zult u die bespreken op de interministeriële conferentie Volksgezondheid, of zijn ze al besproken?

Wat is het tijdspad om eventueel een voorstel uit te werken? Welke concrete stappen zullen er worden gezet? Zult u ook de vakbonden die het zorgpersoneel vertegenwoordigen, hierover consulteren of op de hoogte brengen?

Denkt u dat een nieuw functieprofiel mogelijk tot frustraties kan leiden in een sector die vandaag al op de tippen van de tenen loopt?

Meer in het algemeen, welke maatregelen neemt u om het werk in de zorgsector aantrekkelijker te maken?

01.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le président, monsieur le ministre, plus de deux ans après le début de la crise sanitaire, le constat reste malheureusement toujours le même: il y a un manque accru de soignants dans nos hôpitaux. Ils continuent de quitter leur métier, faute de revalorisation.*

Depuis plusieurs mois, le secteur des soins de santé tire la sonnette d'alarme : il faut répondre à la pénurie d'infirmiers.

En l'absence de mesures concrètes du gouvernement, les hôpitaux se doivent d'être inventifs. Ainsi, par exemple, l'hôpital Saint Luc de Bruxelles a dû fermer plusieurs lits d'hospitalisations et ce, en raison d'un manque croissant d'un type d'infirmière en particulier: l'infirmière responsable de soins généraux, c'est-à-dire celle qui a fait quatre ans d'étude et n'est donc pas spécialisée.

Ce profil étant de plus en plus difficile à trouver, l'hôpital Saint-Luc a décidé de travailler avec davantage d'intérimaires. Un système indispensable mais qui n'est pas sans inconvénient, étant donné que l'intérimaire ne connaît pas aussi bien les procédures de soins et le fonctionnement de l'hôpital que le reste du personnel soignant, ce qui responsabilise et fatigue à outrance l'infirmière du service.

Autre mesure mise en place au sein de l'hôpital : la gestion locale de patientèle via un duo infirmier-médecin. Un duo qui gère donc l'unité de soin pour faire en sorte que la charge de travail reste gérable.

Ainsi, monsieur le ministre, estimez-vous normal que les hôpitaux doivent développer des initiatives pour pallier la pénurie d'infirmiers? N'est-ce pas la porte ouverte à des divergences notables entre hôpitaux et, par conséquent, des différences dans la qualité des soins donnés?

Quel est votre positionnement sur le recrutement d'infirmiers intérimaires?

Par ailleurs, si une telle possibilité existe, pourquoi ne pas miser également sur un système de réserve d'infirmiers pour des personnes diplômées mais n'exerçant plus la fonction, notamment en cas de pics de

crise?

Où en sont les travaux du groupe de travail chargé de la revalorisation de la profession? De nouvelles initiatives et mesures sont-elles sur la table, tant pour ce qui est des infirmiers diplômés que pour ceux qui sont encore aux études et particulièrement dans le cadre de leurs stages?

Allez-vous enfin vous pencher sur la question de la reconnaissance de la pénibilité du métier pour l'accès à la pension?

01.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, il est vrai que le débat porte surtout sur les profils et sur le volet de la formation et de la reconnaissance via la formation, avec tout le débat sur l'HBO5, etc. Les dénominations sont quelque peu différentes du côté francophone. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'un débat important en termes de reconnaissance de la profession d'infirmier.

Permettez-moi, toutefois, d'insister une nouvelle fois sur l'enjeu d'un travail beaucoup plus important sur tout ce qui concerne l'attractivité du métier d'infirmier, la revalorisation de cette profession, la révision des normes d'encadrement pour un soutien plus fort au niveau tant du travail en milieu hospitalier que du travail à domicile ou dans les maisons de repos, même si celles-ci ne relèvent pas exclusivement de votre compétence, mais aussi de celle des Régions.

En la matière, certaines mesures envisagées sous l'ancienne législature ont, certes, été prises; je pense ici au Fonds "blouses blanches". Mais on ne peut que constater que le recrutement pose problème. Aujourd'hui, le taux d'absentéisme au niveau de la profession d'infirmier n'a jamais été aussi important dans les hôpitaux, ce qui engendre la fermeture d'un certain nombre de lits et donc le report de soins, mais aussi une charge de travail très importante pour les infirmiers toujours en activité.

Comme vous le savez, les infirmiers avaient fait toute une série de propositions très concrètes que j'estime très responsables et très raisonnables. Mais rien n'a encore été concrétisé, y compris en matière de reconnaissance de la pénibilité.

Je me permets donc, à l'occasion de ce débat d'actualité sur l'enjeu de la formation et de la reconnaissance, d'attirer l'attention sur ces différents points. Je vous donne un exemple. Depuis la mise en place de l'IFIC, lorsque votre prédécesseur, Mme De Block, était en place, et depuis que vous avez pris vos fonctions, je ne cesse de répéter combien les décisions de cet Institut posent problème. Certes, vous avez apporté une correction pour les infirmiers spécialisés en soins intensifs. Cependant, pour d'autres spécialisations en soins infirmiers et pour d'autres soignants comme les pharmaciens hospitaliers, aucune correction n'a encore été apportée. Il s'agit ici d'enjeux majeurs. J'ose donc espérer que des mesures concrètes pourront être prises en la matière.

01.05 Frank Vandenbroucke, ministre: Je suis d'accord avec Mme Fonck. Il faut un large débat sur la problématique de l'attractivité, mais je souhaite quand même focaliser ma réponse sur la question précise concernant la problématique des profils de fonctions et les débats qui ont eu lieu sur la définition d'un nouveau modèle de fonction.

In het Vlaamse jargon noemt men dat de zorgladder.

Ik zou me daarop willen concentreren, mevrouw Fonck, omdat het wel een belangrijk hangend probleem is. Ik zal de leden die daarover vragen hebben gesteld vandaag geen pasklare oplossing kunnen bieden. Ik wil wel beklemtonen dat ik hiermee absoluut vooruit wil.

Zoals gezegd door de sprekers, werd een interfederale taskforce opgericht. Deze bestond eigenlijk uit twee werkgroepen. Er was een werkgroep basisopleiding en een werkgroep specialisaties. De werkgroep specialisaties heeft het eindrapport eigenlijk al eind januari opgeleverd. De werkgroep basisopleiding heeft in februari een verslag ingeleverd.

De discussie in de interfederale taskforce, waarbij dus de deelstaten betrokken waren, maar ook de representatieve organisaties van de verpleegkundigen zelf, was niet gemakkelijk. Dat wijst erop dat er verschillende meningen zijn. Ik wil me inderdaad houden aan wat in het regeerakkoord staat en wat, denk ik, correct geciteerd werd door mevrouw Gijbels. We moeten toch echt werken op basis van de beschikbare competenties en een gediversifieerd stel van beroepsprofielen en dus onder andere ook de HBO-

verpleegkundigen hun plaats blijven geven binnen het bestaande bestel. Dat is ook mijn overtuiging.

Ik ga nu niet in op wat ik concreet denk dat de conclusie zou moeten zijn. Ik heb de rapporten nu gekregen. Wat ik nu wel wil doen, is daarover toch nog eens in overleg gaan met de deelstaten om te bekijken of ik een aantal meningsverschillen kan uitvlakken. Zo hoop ik tot een grotere consensus te komen. Uiteindelijk zal ik zelf mijn verantwoordelijkheid nemen en voorstellen doen die moeten passen in de wet op de uitoefening van de gezondheidsberoepen.

Ik denk dat mevrouw Merckx terecht opmerkt dat in de verslagen die nu door de interfederale taskforce werden opgemaakt nog geen gedetailleerde omschrijving zit van wat de handelingsbevoegdheid van bijvoorbeeld een basisverpleegkundige zou zijn. Ik denk, mevrouw Merckx, dat we in etappen moeten werken. Het is de bedoeling om eerst maximale eensgezindheid te bereiken over beroepsprofielen die we in de wet op de uitoefening van de gezondheidsberoepen inschrijven. Wat mij betreft, moeten dat inderdaad profielen zijn op de niveaus 5, 6, 7 en 8. We hebben, denk ik, de hele ladder nodig, in haar complementariteit.

Als we dat hebben ingeschreven in de wetgeving, denk ik dat we moeten vastleggen wat de precieze handelingsbevoegdheden zijn. Ik zal dat natuurlijk doen in nauw overleg met de organisaties van de verpleegkundigen en de verpleegkundige adviesorganen.

Nu dat rapport van die twee werkgroepen beschikbaar is, wil ik ermee aan de slag en niet dralen. Ik denk dat het op punt stellen van die profielen belangrijk is. Ik wil nogmaals benadrukken dat het de intentie is om inderdaad tot een aantrekkelijk geheel van profielen te komen, waar mensen met verschillende talenten en verschillende mogelijke ontwikkelingen van competenties hun plaats in vinden en waardoor aan de sector een stuk extra aantrekkelijkheid wordt gegeven. Ik kom terug op wat mevrouw Fonck heeft gezegd, namelijk dat dit niet het enige antwoord is, maar ik vind het wel een essentieel antwoord. Ik hoop dat het debat daarover kan worden gevoerd wars van vooringenomenheid, gevestigde belangen en bestaande situaties. Wij moeten tot een doorbraak komen. Deze passage van het regeerakkoord is uitermate belangrijk voor mij. Meer zal ik hier nu niet over zeggen. Geachte commissieleden, het is misschien wat frustrerend voor u, maar ik wil niet te veel vooroplopen in de zoektocht naar een zo breed mogelijke consensus, nu die rapporten zijn ingediend. Ik wil hier echter werkelijk voortgang mee boeken.

01.06 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben blij te vernemen dat u nog steeds vastberaden bent om het regeerakkoord op dit punt uit te voeren. Ik begrijp dat dit niet eenvoudig is als de regio's er verschillende meningen op na houden, maar ik denk dat de sector op dit moment geen behoefte heeft om zich daar verder in te verdiepen, maar dat hij wel behoefte heeft aan perspectief.

De verpleegkundigen zijn zwaar op de proef gesteld en er zijn al niet zo veel actieve verpleegkundigen. Er zijn vrij veel opgeleide verpleegkundigen, maar er is ook veel uitstroom uit de sector. Ik denk dat de aantrekkelijkheid van het beroep inderdaad van groot belang is en dat die zorgladder daar een zeer belangrijk aspect van is. Zoals u zelf aanhaalt, hebben we ze allemaal nodig. Het feit dat ze niet Europees erkend worden, lijkt me bijkomstig, zolang dit maar goed wordt gecommuniceerd met de mensen die de opleiding aanvatten.

Verder kan het functiemodel dan ook het best toegepast worden, zodat het zal lonen om verder te studeren binnen de zorgsector. Het is jammer om vast te stellen dat mensen die over bepaalde competenties beschikken in het buitenland beter worden betaald. Ik denk dat we dit moeten vermijden. In dat opzicht is het belangrijk om werk te maken die extra premie voor verpleegkundigen met een bijkomende specialisatie, zoals spoed of intensieve zorgen. Dat zou ook worden geregeld binnen het IFIC, maar voor zover ik weet is dat nog niet uitgewerkt. Die mensen wachten daar ook op. Ik hoop dat daar snel werkt van wordt gemaakt.

01.07 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het is natuurlijk frustrerend een antwoord te krijgen waarin u stelt dat er meningsverschillen zijn, maar deze niet nader toelicht. Het blijft allemaal wat vaag. U zegt dat u daar opnieuw met de deelstaten over zal praten. De vakbonden waren niet in die werkgroep vertegenwoordigd, maar alleen de vertegenwoordigers van de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België. Ik denk dat er op het vlak van de representativiteit een probleem is.

Er is vandaag grote druk op de zorgsector. Er zijn veel zorgverleners die ermee stoppen en die zich niet gewaardeerd voelen. We moeten zorgen voor een algemene verbetering van de aantrekkelijkheid van de manier van werken in de zorgsector. Met wat nu op tafel ligt, gebeurt dat onvoldoende. Er is ook een

evaluatie van het Zorgpersoneelfonds gebeurd. Het is duidelijk dat het nog niet voldoende is.

Zowel het beroep gespecialiseerd verpleegkundige, als het beroep basisverpleegkundige moet worden gehetwaarderd. Het IFIC heeft dat lichtjes verbeterd, maar niet voldoende om ervoor te zorgen dat mensen aan de slag gaan in de zorgsector.

01.08 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Même si je partage effectivement la frustration de certains collègues, j'entends de votre part une volonté politique. On l'attendait, elle est là et je m'en réjouis. J'entends votre volonté de rendre le secteur plus attrayant, de pouvoir enfin travailler sur la base de ces rapports rendus par la *task force* interfédérale pour arriver à un consensus le plus large avec les entités fédérées et donc de ne plus perdre de temps.

C'est extrêmement positif mais cela reste extrêmement vague parce qu'on a besoin de garanties pour pouvoir nous dire aujourd'hui que des mesures concrètes vont arriver dans les prochaines semaines, voire dans les prochains mois, pour enfin revaloriser cette profession d'infirmière mais aussi inclure les organisations professionnelles dans cette *task force*.

Il y a urgence. Il y a l'enjeu de recruter du personnel supplémentaire mais il y a aussi celui de veiller au maintien des professionnels sur le terrain. Beaucoup trop d'infirmiers diplômés quittent le terrain parce qu'ils sont dégoûtés de leurs conditions de travail et du manque de considération politique à leur égard. Pour cela, il faut un vrai plan global de revalorisation. C'était l'objectif – vous nous l'aviez présenté comme cela – de cette *task force* interfédérale. L'enjeu est de pouvoir montrer aux étudiants qui veulent embrasser ces études d'infirmier qu'ils peuvent le faire, de montrer aux infirmiers diplômés qu'ils peuvent rester sur le terrain ainsi que de faire en sorte que les hôpitaux ne soient plus obligés de devoir bricoler des solutions pour pallier le manque de personnel disponible.

Dans le cadre de ma question écrite, j'évoquais l'exemple de l'hôpital Saint-Luc et du CHU Tivoli qui comptent aujourd'hui transformer des unités classiques en unités de semaines ou en unités de jour pour pouvoir mettre leur rare personnel disponible là où il est le plus utile. Monsieur le ministre, cette situation est intenable tant pour eux que pour les patients. J'attends de vous un calendrier précis pour nous montrer qu'il y a effectivement une volonté concrète – et non pas uniquement annoncée dans votre chef – pour enfin arriver à cette revalorisation promise depuis trop longtemps.

01.09 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, ik hoor u graag zeggen dat HBO5 moet blijven bestaan. Ik heb het in grote letters neergeschreven, ik zal u eraan herinneren als het zover is.

U zegt dat ook dat er een zo breed mogelijke consensus moet zijn. Dat is juist. Er is echter ook een Europese richtlijn in het spel. Deze heeft de discussie over de toekomst van de verpleegkundige opleiding en de functieprofielen op scherp gezet. Daarnet zei u in de plenaire vergadering nog dat wij niet onder die Europese richtlijnen en verordeningen uit kunnen. Ik hoop dat u in dit dossier niet uw paraplu zult openen en zult zeggen dat wij deze stap moeten zetten en dit moeten doen, omdat Europa het ons oplegt.

Ik hoop dat u hier bij uw standpunt zult blijven dat die HBO5 zeer belangrijk is. 41 % van de verpleegkundigen heeft immers een HBO5-diploma. Dat is heel wat, dat is een heel grote groep. Wij mogen die zeker niet verliezen in tijden van krapte in de zorg.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Actualiteitsdebat over de studie van Sciensano en toegevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie van Sciensano over de meest voorkomende aandoeningen" (55025973C)

- Sofie Merckx aan Sarah Schlitz (Gendergelijkheid en Kansgelijkheid) over "De ziektelaststudie van Sciensano" (55026020C)

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie van Sciensano" (55026651C)

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie van Sciensano over de meest voorkomende aandoeningen" (55026818C)

02 Débat d'actualité sur l'étude de Sciensano et questions jointes de

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de Sciensano concernant les affections les plus fréquentes" (55025973C)**
- **Sofie Merckx à Sarah Schlitz (Égalité des genres et Égalité des chances) sur "L'étude sur le fardeau de la maladie menée par Sciensano" (55026020C)**
- **Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de Sciensano" (55026651C)**
- **Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de Sciensano sur les maladies les plus fréquentes" (55026818C)**

02.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, voor het eerst koppelt Sciensano in een studie waarbij men langdurige ziekte en voortijdig overlijden in ogenschouw neemt, de meest voorkomende aandoeningen aan levenskwaliteit. De conclusie luidt dat de Belgische bevolking in totaal 2,3 miljoen levensjaren verliest en dat depressies en overmatig alcoholgebruik de levenskwaliteit aanzienlijk verminderen. Daarmee wordt duidelijk dat het welzijn van de burgers niet enkel door medisch ingrijpen wordt bepaald, maar ook door de al vaker besproken levenswijze en de gewoontes. Een belangrijke stelling van de onderzoekers is dat er inzake preventie en middelenafbouw nog veel te winnen valt.

Mijnheer de minister, welk belang hecht u aan dat onderzoek?

In het verleden hebben wij al gesproken over de afbouw van het gebruik van psychofarmaca, wat resulteerde in de goedkeuring van een resolutie over geestelijke gezondheidszorg. Zelf heb ik een wetsvoorstel ingediend over de dagelijkse begeleiding van patiënten bij middelenafbouw in de apotheek. Hoe ver staat het met uw plannen over middelenafbouw, de terugbetaling van het titreren van bepaalde doseringen en de aflevering in de apotheek, onder begeleiding van de apotheek?

Graag had ik ook vernomen of u in voldoende capaciteit hebt voorzien voor de afbouw van drankgebruik. Hoe zult u dat regelen en betaalbaar houden voor de patiënten?

02.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, in maart publiceerde Sciensano voor het eerst een ziektebelaststudie. Voor een deel wisten wij al dat mensen vroegtijdig overlijden door longkanker, hartziekten en alzheimer, maar er was nog geen omvattend onderzoek gevoerd naar de impact van ziektes op het aantal gezonde levensjaren, dus met een grote impact op de levenskwaliteit. Uit het onderzoek is gebleken dat depressie, hartlijden, longkanker, alsook lage rugpijn en overmatig alcoholgebruik de meest voorkomende redenen zijn voor het verlies van levenskwaliteit. Eveneens bleek uit die studie, toch wel bijzonder, dat België onder veertien EU-landen het slechtst scoort voor de totale ziektebelasting. Een van de conclusies van de onderzoekers luidt dat ons land onvoldoende inzet op preventie. Ook professor De Maeseneer pleit ervoor om het preventiebudget op minstens 5 % te brengen, terwijl dat momenteel nog maar 2 % is.

Mijnheer de minister, in het algemeen vraag ik u of u van die studie kennis hebt genomen en of u er bepaalde conclusies uit trekt voor het beleid.

Enkele van de vernoemde ziektes betreffen de geestelijke gezondheidszorg. Zijn er ter remediëring nog bijkomende investeringen in de geestelijke gezondheidszorg gepland?

Met PVDA pleiten wij voor meer preventie, ook in de eerstelijnsgezondheidszorg, die versterkt moet worden. Overweegt u om het preventiebudget in België tot 5 % op te trekken?

02.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Gezonde levensjaren kunnen we op twee manieren kwijtspelen. Mensen kunnen te vroeg overlijden. Daar zijn longkanker, hartziekten en alzheimer de meest voorkomende oorzaak van. Maar mensen kunnen ook gezonde jaren verliezen omdat ze langdurig zwaar ziek zijn. Zo hakken depressie, lage rugpijn en overmatig alcoholverbruik danig in op de levenskwaliteit.

Voor de eerste keer ooit in ons land hebben onderzoekers van gezondheidsinstituut Sciensano die beide parameters samen in kaart gebracht. Ze deden dat voor de 37 meest voorkomende ziektes in 2018, het meest recente jaar waarvan de gegevens volledig zijn.

We verloren toen 2,3 miljoen gezonde levensjaren. Iets meer dan de helft door vroegtijdig overlijden, de rest doordat mensen moeten leven met een ziekte of beperking.

Vergeleken met andere West-Europese landen doet België het overigens slecht. Ons land hangt zelfs helemaal onderaan wat verloren gezonde levensjaren betreft. Slechts 2 procent van de uitgaven voor gezondheidszorg gaat naar preventie en opsporing. Met meer budget kan er meer aandacht komen voor tal van achterliggende oorzaken van ziektes. Zoals de luchtkwaliteit, of sociale tolerantie voor overmatig drankgebruik en rookgedrag. In België rookt nog steeds iets minder dan twintig procent van de mannen dagelijks. Ook een gezonde arbeidscultuur, een samenleving waarin mensen elkaar ondersteunen en geestelijke gezondheidszorg bij kinderen en jongeren is belangrijk. Want goede en snelle opvang van klachten kan voorkomen dat het probleem chronisch wordt.

Vergeleken met andere landen heeft België wel nog stappen te zetten.

Bent u het eens dat er dringend acties moeten worden ondernomen, onder meer inzake preventie? Zal u hiervoor overleg plegen met de deelstaten?

02.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het onderzoek van Sciensano, dat gebaseerd is op data uit 2018 en het aantal verloren jaren in goede gezondheid van de Belgische bevolking evalueert, geeft ook een overzicht van de factoren die kunnen leiden tot vermindering van levenskwaliteit. Het is zeer interessant voor de uittekening van ons beleid. We kunnen inschatten welke ziektes en letsels de grootste impact hebben op de volksgezondheid. De indicator ziektelast, die Sciensano daarvoor hanteert, is een zeer goede synthese-indicator. Het gaat over het aantal gezonde levensjaren dat iemand verliest ten gevolge van een ziekte, een beperking of een vroegtijdig overlijden. Algemeen wordt geconcludeerd dat de 37 voornaamste ziektes in België in 2018 tot een verlies van 2,3 miljoen gezonde levensjaren geleid hebben.

Alle genoemde pathologieën en gezondheidsproblemen hebben tot gevolg dat de levenskwaliteit van mensen vermindert en dat mensen zelfs vroegtijdig sterven. Tegelijkertijd is het moeilijk om een globaal antwoord te geven voor al die ziektes en problemen. Initiatieven op het gebied van preventie zijn vanzelfsprekend bijzonder belangrijk. Een gezonde levensstijl is bijzonder belangrijk. De deelstaten hebben hier ook belangrijke verantwoordelijkheden en zijn om die reden ook onmisbare partners in het gezondheidsbeleid. Tegelijk moeten we erkennen dat de benaderingen die nodig zijn, ten gronde zeer verschillend zijn. Soms is er langdurige psychosociale steun nodig, soms invasieve chirurgie, soms revalidatie. Het gaat altijd ten gronde om gezonde levensstijl.

In de voorbereiding van de leden is onder meer verwezen naar het belang van de hervorming van het ziekenhuislandschap, met netwerkvorming en de bundeling van deskundigheid. De hervorming van het ziekenhuislandschap volstaat op zichzelf niet. We moeten vooral bruggen slaan tussen wat er gebeurt in ziekenhuizen en wat er gebeurt buiten ziekenhuizen. We moeten op alle mogelijke vlakken streven naar een geïntegreerdere aanpak en een echt goede persoonsgerichte verzorging, waarbij een synergie tot stand wordt gebracht tussen verschillende componenten in het zorgsysteem.

Wij nemen in de federale ziekteverzekering, binnen onze eigen bevoegdheden, ook initiatieven om een geïntegreerdere, en dus multidisciplinaire, zorg tot stand te brengen, waarbij de mensen inderdaad centraal staan.

Wij nemen ook initiatieven op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg. Ik zeg meteen dat het ook daar moet gaan om een integratie van somatische en psychische benaderingen. Wij zijn als mens één geheel. Wij ervaren lichamelijke en psychische klachten of problemen die samen bekeken moeten worden.

Ik zal hier niet herhalen wat ik al in eerdere debatten uitvoeriger heb gezegd over het beleid inzake geestelijke gezondheidszorg. Het is daarbij heel belangrijk dat de middelen die de regering ter beschikking heeft gesteld voor de ontwikkeling van de eerstelijns psychologische zorg goed worden uitgerold. Dat is een proces dat veel tijd vraagt en ik wens dat er een versnelling gebeurt op het niveau van de netwerken geestelijke gezondheidszorg, maar ik zal dat niet herhalen. Wij hebben dat al in eerdere debatten beklemtoond.

Ik wil er toch aan toevoegen dat er nog initiatieven inzake geestelijke gezondheidszorg hangend zijn. Zo willen wij bijvoorbeeld 35 miljoen euro uittrekken voor het versterken van onze zorgcapaciteit voor kinderen en jongeren in de geestelijke gezondheidszorg. Dat willen wij doen op basis van een goede inschatting van

de noden in alle regio's en subregio's van dit land. Dat wil zeggen dat wij meer flexibiliteit mogelijk willen maken bij het inzetten van die 35 miljoen euro op jaarbasis. In de ene regio of subregio zal men immers niet precies dezelfde prioriteiten hebben als in een andere regio of subregio.

Het is mijn bedoeling in de komende dagen en weken een bevraging te organiseren zodat ik heel goed kan inschatten welke problemen prioritair zijn in de regio's en de subregio's wat de zorgcapaciteit voor kinderen en jongeren betreft. Met andere woorden: in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Op die basis wil ik verder de capaciteit inzake kinder- en jeugdpsychiatrie uitbouwen, ambulant, maar waar nodig ook binnen institutionele settings.

Naast deze 35 miljoen plan ik 15 miljoen te investeren in High Intensive Care en Intensieve Diensten, HIC en ID. Mijn administratie bereidt een derde oproep voor voor projectvoorstellen in verband daarmee, waarbij we onder meer rekening houden met de wetenschappelijke evaluatie van de reeds goedgekeurde projecten tijdens de eerste en de tweede fase, die tijdens de vergadering van het Overlegorgaan Volwassenen op 10 maart 2022 werden voorgesteld. Ik kan u overigens ook mededelen dat de FOD Volksgezondheid op 13 mei 2022 een webinar organiseert over de intensifiëring van de HIC- en ID-projecten. Dat zal een belangrijke stap zijn.

Zoals een aantal leden heeft aangegeven, moeten we de problematiek van de psychofarmaca een eigen plaats blijven geven, maar tegelijkertijd ook hopen dat wat we doen op het vlak van uitbouw van geestelijke gezondheidszorg en volwassenen-, kinder- en jeugdpsychiatrie echt helpt voor het bestrijden van overgebruik en verkeerd gebruik van psychofarmaca.

Dat is een bekend probleem. In 2013, ondertussen al acht jaar geleden, werd het Belgian Psychotropics Experts Platform (BelPEP) opgericht, een multidisciplinair platform dat adviezen verstrekt voor beleid met het oog op rationeel gebruik van psychofarmaca. Sommige patiënten krijgen psychofarmaca voorgeschreven terwijl een niet-medicamenteus alternatief misschien mogelijk is en beter zou zijn, en andere krijgen misschien geen psychofarmaca voorgeschreven alhoewel dat wel aangewezen zou zijn.

Dit vormt een uitdaging, zowel voor de zorgverlener als voor de patiënt. Op dat vlak zijn onder de coördinatie van de FOD Volksgezondheid al verschillende opleidingsinstrumenten uitgewerkt voor gezondheidsprofessionals, maar ook handige tools voor patiënten. Ik zou daarvan een uitvoerig overzicht kunnen geven, maar ik zal dat niet doen en verwijzen naar de website www.slaapenkalmmeermiddelen.be, onderhouden door de FOD Volksgezondheid, waarop bestaande initiatieven in kaart worden gebracht, maar ook naar het materiaal dat is verzameld op de website van de FOD Volksgezondheid, <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/goede-praktijken>. U vindt daar een heel overzicht.

Het is ook belangrijk om te weten dat we het niet zullen laten bij wat bestaat. We plannen eind dit jaar een volgende campagne met betrekking tot psychofarmaca. Die campagne zal op de huisartsen, apothekers en psychologen gericht zijn. Ik kijk er overigens naar uit om de campagne die in volle voorbereiding is, te kunnen lanceren. Ik hoop immers dat bij het startschot van de campagne een inmiddels goed uitgebouwde eerstelijns psychologische zorg voorhanden is, alsook een betere samenwerking tussen eerstelijnspsychologen en huisartsen, en een blijvend belangrijke rol van apothekers op dat vlak.

Wat het schadelijk alcoholgebruik betreft, kan ik me alleen maar aansluiten bij de aandacht die Mevrouw Depoorter daarvoor vraagt.

We moeten inderdaad binnen onze bevoegdheden al het mogelijke doen om gezondheidsprofessionals te ondersteunen om schadelijk alcoholgebruik bij patiënten sneller te kunnen vaststellen en patiënten beter te kunnen doorverwijzen naar de juiste hulpverlening. Die ondersteuning omvat een reeks van opleidingen waarvan sommige nog in ontwikkeling zijn. We financieren ook het project "tools en zorgpad alcohol" dat werd opgestart in vijftien algemene ziekenhuizen. Het project bestaat uit de opleiding van ziekenhuispersoneel om efficiënter schadelijk alcoholgebruik bij patiënten te kunnen vaststellen en in de schoot van het ziekenhuis een zorgpad alcohol uit te werken zodat patiënten doelmatiger kunnen worden behandeld.

Ten slotte heeft de Thematische Vergadering Drugs van de IMC Volksgezondheid – een vergadering die ik voorziet – zich ertoe verbonden een interfederale strategie te ontwikkelen om schadelijk alcoholgebruik in België te doen verminderen. De probleemstelling en de algemene doelstelling van dit plan werden eind

vorige maand voorgelegd aan de leden van de Thematische Vergadering Drugs en zijn al goedgekeurd. Het is de bedoeling dat de werkgroep nu overgaat tot het formuleren van concrete acties. De finale tekst zou nog voor het eind van dit jaar afgewerkt moeten zijn.

Samenvattend zou ik willen stellen dat we kunnen bouwen op een hele reeks initiatieven die zijn genomen rond psychofarmaca en alcohol. Ik vind overigens dat we in de tweede helft van dit jaar een nieuwe impuls zouden moeten geven, zowel middels acties ter bestrijding van schadelijk alcoholgebruik, als acties voor een beter gebruik van psychofarmaca. Dat alles tegen een achtergrond van een hopelijk tegen dan volledig uitgerolde eerstelijns psychologische hulpverlening en een verhoogde capaciteit in kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenen psychiatrie, waarbij het een het ander goed aanvult.

Of die oplossingen afdoend zijn voor alle problemen die in kaart zijn gebracht in de studie van Sciensano die de aanleiding vormde voor dit actualiteitsdebat? Dat hoort u me niet zeggen, maar ik meen wel dat we op basis van dat soort wetenschappelijk materiaal evidencebased en zo efficiënt mogelijk moeten ingrijpen.

Uiteraard heb ik ook goed geluisterd naar u, mevrouw Depoorter, hoewel ik niet helemaal punctueel heb gereageerd. U had immers nog meer vragen gesteld en suggesties gedaan met betrekking tot de rol van de apotheker. Ik ben daar nu niet op ingegaan omdat ik nu geen pasklaar voorstel heb, maar ik blijf er zeker aandacht voor hebben.

02.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb goed nieuws voor u: ik heb dat pasklare antwoord. Lees het er gerust op na: het is het voorstel nr. 2550, ingediend door mij en mijn fractiecollega's in de commissie voor Gezondheid.

Mijnheer de minister, ik ben echt ontgoocheld in uw antwoord over de afbouw van psychofarmaca. U hebt heel wat uitleg gegeven die we al kenden. Er zijn inderdaad positieve stappen gezet inzake geestelijke gezondheidszorg, maar als u zegt dat u rond het voorschrijfgedrag met betrekking tot psychofarmaca een bewustmakingscampagne wilt opzetten, dan onderschat u echt wat het probleem van vandaag is.

Het begint inderdaad allemaal bij voorschrijven, maar het is ook zo dat vandaag heel wat patiënten gewrongen zitten in het gebruik van niet-terugbetaalde psychofarmaca. Al jaren is het een prioriteit voor het RIZIV om voor een terugbetalingsschema te zorgen. U zegt nu dat u onderzoeken zult verrichten en evidencebased wilt werken. De Hoge Gezondheidsraad heeft in 2011 een publicatie uitgebracht naar aanleiding van de studie van Coteur, Van Nuland, Vanmeerbeek e.a. rond de effectiviteit van de afbouw van psychofarmaca. De auteurs stellen een duidelijk schema op: men gaat titreren per 10 % van de dosering die de patiënt inneemt en levert dat af bij de apotheker of via de psychiatrisch thuisverpleegkundige – u weet wel: die voor wie u maar twee nomenclaturen hebt, terwijl ik al vaker heb gevraagd om het aantal nomenclaturen en de begeleiding van de patiënten uit te breiden.

De plannen zijn er, mijn voorstel ligt klaar, u mag er gerust uw naam onder zetten, geen enkel probleem: er is dus wel degelijk een mogelijkheid tot oplossing! En u antwoordt dan dat u een en ander zult onderzoeken en binnenkort met een initiatief te komen. Dat initiatief heeft het RIZIV als prioriteit geselecteerd. Werk het uit en we helpen meteen heel wat patiënten verder. Ik wil namelijk nog één zaak toevoegen, mijnheer de voorzitter. Als het benzodiazepines – niet-terugbetaalde psychofarmaca – betreft, is het voor de gemiddelde patiënt onbetaalbaar om de verdunningen uit eigen zak te financieren.

02.06 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, uw antwoord is wel interessant, maar ik vraag mij af of u de ernst van de situatie wel hebt begrepen. We scoren op Europese barometers vaak goed ten opzichte van andere landen, bijvoorbeeld op het vlak van toegankelijkheid of aantal ziekenhuisbedden, maar op het vlak van een goede gezondheid en kwaliteitsvolle levensjaren zijn wij echter rode lantaarndragers.

Wij hebben echt nood aan meer preventie in ons land. Ik vind niet dat u bepaalde zaken aangrijpt om verdere stappen te zetten. Ik geef een voorbeeld. Wij hebben nog altijd geen langetermijnstrategie voor de vaccinatiecentra. De PVDA pleit er al lang voor om de goede samenwerking die er was met alle mensen in de eerstelijnszorg op lokaal vlak verder uit te bouwen en te gebruiken voor vaccinatie als dat nodig is, misschien zelfs ook voor de vaccinatie voor griep, maar ook om na te denken over andere preventieve maatregelen die men vanuit de eerstelijnszorg op lange termijn zou kunnen uitbouwen. Ik denk dan aan het promoten van een gezonde levensstijl, het opsporen van diabetes, werken aan tabaksverslaving. Dat zijn zaken die men dicht bij de mensen moet uitbouwen.

Dit is echt ondermaats uitgebouwd in ons land. De mensen van de eerstelijnszorg hebben in de covidcrisis op het terrein fantastische zaken gerealiseerd om te beantwoorden aan de uitdagingen bij de vaccinatie van de bevolking. Ik denk dat we dat dit kunnen aangrijpen om een langetermijnstrategie voor preventie uit te werken.

Ik wil ook de nadruk leggen op het uitbouwen van multidisciplinaire eerstelijnscentra – wij doen dat ook met Geneeskunde voor het Volk – waar mensen terecht kunnen voor zorg en preventie, voor fysieke zorg bij de huisarts en de verpleegkundigen maar ook voor psychische zorg. Wij moeten werk maken van het idee van de eerstelijnspsycholoog waar mensen snel toegang tot hebben. Als angsten nog mild zijn, als alcoholgebruik nog beginnend is, als een depressie nog niet is ontstaan, dan moeten mensen toegang tot een behandeling krijgen. Zo kunnen we voorkomen dat we zo slecht eindigen in die rangschikking.

U zegt dat u bepaalde acties zult ondernemen voor de huisartsen op het vlak van psychofarmaca. Dat is een goed initiatief om mensen bewust te maken, maar we scoren in België heel slecht op dat vlak. Er zijn al sensibiliseringsacties geweest. Hoe zit het met de cijfers? We moeten dat opvolgen. Ik denk dat dit de slechte kant uitgaat.

Ook op het vlak van de werkomstandigheden van de mensen moeten we op preventie inzetten. Lage rugpijn zorgt ervoor dat mensen thuiszitten en hun levenskwaliteit verliezen, staat in de studie. Men zal dat niet oplossen door de mensen met rugpijn snel terug naar het werk te sturen. We moeten inzetten op preventie. We moeten ervoor zorgen dat de werkgevers hun verantwoordelijkheid nemen en dat de werkomstandigheden van de mensen werkbaar zijn.

02.07 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord. Ik denk dat dergelijke studies heel belangrijk zijn voor alle beleidsmakers, niet alleen voor u of voor ons, maar ook voor lokale besturen. Ik ben het ermee eens dat men preventie dicht bij de mensen moet aanpakken en dat de lokale besturen daarin een rol kunnen spelen en dat ook al doen.

De cijfers zijn niet min. We lezen in de studie dat er 2,3 miljoen gezonde levensjaren verloren zijn gegaan, enkel en alleen door deze 37 meest voorkomende ziektes. Dat is gigantisch.

U hebt ook gezegd dat de mens een geheel is en dat het belangrijk is dat men ook het mentale aspect niet vergeet. Ik ben het daarmee eens. Ik zie dat daar ook bij andere ziektes veel meer op wordt ingezet, waarbij men niet alleen naar het fysieke kijkt, maar ook aandacht besteedt aan het mentale welzijn. De mens is een geheel. Het mentale heeft een impact op het fysieke en omgekeerd.

Wat mij toch zorgen baart, is dat wij heel weinig investeren in preventie. Ik denk dat wij moeten bekijken hoe we dat kunnen versterken en hoe we dat samen met de regio's en de lokale besturen kunnen doen.

Ik denk dat het werken met gezondheidsdoelstellingen daarbij kan helpen. U hebt daar samen met het RIZIV al aan gewerkt, maar ik denk dat we daarin nog verder moeten gaan. Doelstellingen zorgen ervoor dat alle stakeholders op een lijn staan en dat men ook alle regio's en de lokale besturen kan betrekken. Men kan dan bijvoorbeeld bepalen dat men dit jaar zal inzetten op alcoholgebruik en tabakgebruik. Dan kunnen de lokale besturen daarin een rol spelen.

02.08 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, cette étude est, certes, intéressante, mais je pense qu'il n'y a pas de surprise. Il faut quand même l'admettre ici de manière suffisamment claire. Nous disposons de multiples données relatives à l'explosion de maladies chroniques. Elles sont connues.- elles ne datent pas d'aujourd'hui - tant au niveau de la Belgique qu'au niveau européen, en tout cas, des pays occidentaux.

Ce que j'attends, au-delà des études, c'est une stratégie bien plus claire et bien plus forte, avec à la fois les aspects de prévention primaire: on renvoie toujours vers les Communautés et les Régions, mais le fédéral a en mains des leviers qui sont fondamentaux. Plan tabac et plan alcool: il y a toujours eu des résistances majeures pendant toutes ces années pour, effectivement, prendre des mesures fortes eu égard à la gravité de la situation. Le volet de l'alimentation, les conditions de vie, les risques environnementaux sont autant de leviers dont le fédéral dispose; et les aspects de prévention secondaire pour ralentir l'évolution des maladies chroniques, trop souvent aussi, je pense, laissées de côté.

Ensuite, il y a tout le volet de l'accès à la santé, la qualité de la prise en charge qui passe d'abord et avant tout par un nombre suffisant de soignants bien formés; le fait d'avoir un diagnostic le plus précoce possible, l'accessibilité aux soins; les centres d'expertise avec les prises en charge multidisciplinaires; tout le volet aussi de l'innovation.

Bref, au-delà des études, ce que j'attends, c'est une stratégie par rapport à l'enjeu des maladies chroniques qui ne feront que s'aggraver dans les années qui viennent. Il appartient donc évidemment aux responsables politiques de mettre en place une politique de santé publique digne de ce nom et à la hauteur des enjeux.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Actualiteitsdebat over de zorg voor de vluchtelingen uit Oekraïne en toegevoegde vragen van

- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medische aandachtspunten bij de opvang van vluchtelingen uit Oekraïne" (55026162C)
- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coördinatie van de medische zorg naar aanleiding van de vluchtelingenstroom uit Oekraïne" (55026351C)
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geestelijke gezondheid van vluchtelingen" (55026487C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De psychologische hulpverlening voor de vluchtelingen uit Oekraïne" (55026520C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidscreening van de Oekraïense vluchtelingen" (55026521C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Medische zorg voor Oekraïense vluchtelingen" (55026650C)
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zorg voor jonge Oekraïense kankerpatiënten" (55026738C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanpak van de vluchtelingenstroom uit Oekraïne door ziekenhuizen" (55026814C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de zorgpunten voor de Oekraïense vluchtelingen" (55026840C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekenhuiscapaciteit voor de oorlogsslachtoffers uit Oekraïne" (55026855C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zorgpunten voor vluchtelingen" (55026858C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vergoeding van de kosten voor gezondheidszorg voor Oekraïense vluchtelingen" (55026922C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Geneeskundige verzorging voor Oekraïners" (55026948C)
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vergoeding van medische kosten voor Oekraïense vluchtelingen" (55027014C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gezondheid van de Oekraïense vluchtelingen" (55027031C)

03 Débat d'actualité sur les soins de santé pour les réfugiés d'Ukraine et questions jointes de

- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les points d'attention médicaux dans le cadre de l'accueil des réfugiés ukrainiens" (55026162C)
- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La coordination des soins médicaux dans le cadre de l'afflux de réfugiés ukrainiens" (55026351C)
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La santé mentale des personnes réfugiées" (55026487C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'aide psychologique à apporter aux réfugiés provenant d'Ukraine" (55026520C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contrôle des réfugiés ukrainiens et le dépistage du covid" (55026521C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins médicaux pour les réfugiés ukrainiens" (55026650C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge des jeunes ukrainiens atteints du cancer" (55026738C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La gestion de

l'afflux de réfugiés ukrainiens par les hôpitaux" (55026814C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur **"Le financement des soins organisés pour les réfugiés ukrainiens" (55026840C)**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur **"La capacité hospitalière pour les victimes de la guerre en Ukraine" (55026855C)**

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur **"Les points de soins pour réfugiés" (55026858C)**

- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur **"La prise en charge des soins de santé des réfugiés ukrainiens" (55026922C)**

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur **"Les soins de santé pour les Ukrainiens" (55026948C)**

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur **"La prise en charge des soins de santé des réfugiés ukrainiens" (55027014C)**

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur **"La santé des réfugiés ukrainiens" (55027031C)**

Le **président**: Mme Laurence Hennuy vient de s'excuser pour une raison impérative familiale et comme déjà mentionné, M. Bacquelaire et Mme Muylle sont excusés également. Ces questions deviennent donc sans objet.

03.01 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, het ECDC riep een tijdje geleden op om Oekraïense oorlogsvluchtelingen te testen op allerlei besmettelijke ziektes, waaronder het coronavirus. Uit cijfers van de OESO blijkt dat slechts een derde van de Oekraïense bevolking dubbel gevaccineerd is tegen corona. Daarbij gaat het dan nog voornamelijk over 60-plussers. Als we dat vergelijken met Vlaanderen, dan is dat toch behoorlijk laag. Zelfs de vaccinatiegraad tegen polio en mazelen is met respectievelijk 85 % en 82 % behoorlijk laag.

U zou hier de bevoegdheidskaart kunnen trekken, maar ik ga ervan uit dat u dat niet zult doen. Oekraïense vluchtelingen kunnen in ons land een speciaal statuut aanvragen dat één jaar geldig is. Daarmee kunnen ze dan een A-kaart krijgen, waarmee ze kunnen aansluiten bij de verplichte ziekteverzekering. Ze kunnen ook een BIS-nummer, een identificatienummer bij de sociale zekerheid aanvragen en zich met dat nummer vrijwillig laten vaccineren.

Daarover heb ik enkele vragen. U staat vast te popelen om ze te beantwoorden. Worden de Oekraïense oorlogsvluchtelingen systematisch getest op infectieziekten? Als dat zo is, wanneer gebeurt die screening dan? Op welke infectieziekten worden deze slachtoffers van de oorlog in Oekraïne dan getest? Wat zijn de resultaten van deze testen?

Hoeveel Oekraïense oorlogsvluchtelingen hebben een BIS-nummer aangevraagd? Welk aandeel van de Oekraïense oorlogsvluchtelingen heeft met dat BIS-nummer een aanvraag gedaan om zich te laten vaccineren tegen corona? Welk deel daarvan is ondertussen ook effectief gevaccineerd?

In Oekraïne werd er onder meer gevaccineerd met het Russische Sputnik V en het Chinese Sinovac. Aangezien geen van beide vaccins in ons land erkend is, vernam ik van u graag hoe hiermee rekening wordt gehouden en welke de vaccinatiestatus is of zal zijn van de betrokken Oekraïense oorlogsvluchtelingen voor onze overheid. Met andere woorden, wordt vaccinatie met een door ons land en de Europese Unie niet erkend vaccin op de ene of andere manier toch erkend?

Kunnen Oekraïense oorlogsvluchtelingen zich in ons land ook laten vaccineren tegen infectieziekten zoals polio en mazelen? Zo ja, in welke mate gebeurt dat ook?

03.02 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, sinds de Russische invasie in Oekraïne zijn al veel mensen hun land ontvlucht, voornamelijk vrouwen en kinderen. Er komen dagelijks gruwelijke beelden op ons af die laten zien dat burgers niet gespaard blijven. België besliste vrij snel om 150 bedden vrij te houden voor oorlogsslachtoffers. Het Belgische aanbod is gemeld bij de Europese Unie, want die coördineert de eventuele opvang en verspreiding van Oekraïense patiënten in Europese ziekenhuizen.

Zijn er naast die 150 reeds beschikbaar gestelde bedden plannen voor verdere opschaling, mocht dat nodig blijken? Zijn er al oorlogsslachtoffers overgebracht?

Volgens mensen uit de zorgsector, zoals Margot Cloet, zal er nog meer medische zorg alsook coördinatie daarvan nodig zijn. Er komen mensen ten getale van een middelgrote centrumstad op ons af. Die zijn niet allemaal gevaccineerd, dat weten we. Er zijn chronisch zieken bij en mensen die andere noden hebben, alsook mensen die trauma's hebben opgelopen.

U verklaarde reeds dat er wordt nagedacht over de oprichting van zorgpunten in samenwerking met de Gemeenschappen. Kunt u daar meer over vertellen? In de eerstelijnszone waar ik woon is er al zo'n zorgpunt, dus ik veronderstel dat er al vordering is op dat vlak.

Dankzij de zeer geslaagde vaccinatiecampagne is de covidcrisis in België intussen redelijk goed onder controle. In Oekraïne ligt het vaccinatiepercentage tegen covid, maar ook tegen andere ziekten, aanzienlijk lager. Wordt er samen met de deelstaten onderzocht hoe we de mensen die hier aankomen, kunnen testen op covid en hun een vaccin kunnen aanbieden? Gebeurt dat via de zorgpunten? Wordt er onderzocht of we hun andere vaccins kunnen aanbieden, mogelijk ook in samenwerking met die zorgpunten? Welke rol kan de federale regering daarin spelen en wat moeten de deelstaten doen? Hoe wordt onze zorgsector, zowel de eerstelijnszorg als de ziekenhuizen, voorbereid op de verwachte extra medische zorg op zowel lichamelijk als mentaal vlak? Wordt daarvoor een coördinatieplan op touw gezet? Wordt er in extra middelen voorzien?

03.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ten eerste, wie geconfronteerd wordt met oorlog, ontwikkelt vaak trauma's. Het zou dus kunnen dat Oekraïense vluchtelingen die naar ons land komen, psychologische begeleiding nodig hebben. Ik had graag van u vernomen welke inspanningen u daarvoor al hebt gedaan.

Denkt u dat er psychologische ondersteuning nodig is? Hebt u daaraan ook een leeftijdsonderzoek gekoppeld? Hebt u bijvoorbeeld bijzondere voorzieningen voor kinderen die uit oorlogsgebied komen en hier een nieuw leven moeten opbouwen, naar een nieuwe school moeten gaan en hun thuis en soms ouders hebben moeten achterlaten? Wat zijn uw specifieke plannen met betrekking tot de psychologische ondersteuning van kinderen en jongeren? Hoeveel budget hebt u daarvoor uitgetrokken? De bevoegde staatssecretaris heeft over de begeleiding van de Oekraïense vluchtelingen ook een aantal verklaringen afgelegd in de pers. In hoeverre hebt u ook met hem overlegd en hebt u een gedragen project rond de psychologische hulp en planning voor de Oekraïense burgers voorzien?

Ten tweede, de federale overheid heeft een aantal verplichtingen ten aanzien van burgers die uit oorlogsgebied in ons land binnenkomen. Conform artikel 29 van de opvangwet kan de begunstigde van de opvang om redenen van volksgezondheid aan een verplicht medisch onderzoek onderworpen worden. In hoeverre hebt u een screening georganiseerd? Hoe verloopt die praktisch? Welke instanties zijn bevoegd? Indien u die niet georganiseerd hebt, had ik graag vernomen waarom niet.

Er werd al een en ander op het getouw gezet, maar wie betaalt wat? Hoe worden de kosten verdeeld? Hebt u hierover al afspraken gemaakt? Hebt u met de bevoegde staatssecretaris een plan of kader uitgewerkt? Is dat kader duidelijk openbaar terug te vinden?

De vaccinatiegraad tegen COVID van de Oekraïners is, zoals de collega's ook al aanhaalden, niet zo hoog. Dat is ook het geval voor andere vaccins. Hoe hebt u hierop geanticipeerd?

Er worden zorgpunten georganiseerd. Welke middelen staan daar tegenover? Hoe worden de middelen verdeeld? Het federale beleidsniveau zal de kosten voor de nodige medische onderzoeken voor zijn rekening nemen. Het betreft dan de vergoeding van het werk van de zorgverstrekkers. Hoe wordt de verdeling met de deelstaten geregeld? Is die al afgeklopt? De discussie over de vraag wie voor de boosterprik betaalt, loopt nog. Wat met de kosten voor de vaccinatie tegen corona en ziekten zoals mazelen, bof, rubella, difterie, tetanus en pertussis?

Wat is de timing voor de vaccinatie van de aankomende Oekraïners? Worden zij onmiddellijk begeleid naar de medische centra? In hoeverre zijn zij bereid om zich te laten vaccineren? Aangezien dat niet verplicht is voor onze burgers, geldt dat ook voor wie in ons land aankomt.

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

België heeft sinds het begin van de Russische inval in Oekraïne 24.369 Oekraïners geregistreerd.

Kan u een toelichting geven ver hoe de medische zorg voor hen wordt geregeld (ook de deelstaten)?

Hoe verloopt de coördinatie en samenwerking?

Hoeveel ziekenhuisbedden worden voor hen voorzien?

Hoe is deze berekening gemaakt?

Wordt er gekeken om hen (gratis) vaccinaties aan te bieden (corona, tetanus,...), overlegt u dit met de deelstaten?

Is onze zorgsector klaar voor?

Worden extra middelen voorzien?

Hoe zorgen we dat de (para)medische sector niet overbelast geraakt?

03.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, op 2 maart vroegen de universitaire ziekenhuizen in een brief om de zorg voor oorlogsslachtoffers zoveel mogelijk te concentreren in het Militair Hospitaal van Neder-Over-Heembeek. Als redenen geven zij veiligheid op, alsook expertise en het feit dat er in de reguliere ziekenhuissector nog volop uitgestelde zorg wordt ingehaald. Het lijkt mij logisch dat oorlogsslachtoffers in eerste instantie in een militair hospitaal worden verzorgd. Ik heb voor de paasvakantie minister Dedonder gevraagd wat de capaciteit was van het Militair Hospitaal. Toen bleken er tot mijn verbazing slechts 25 bedden beschikbaar te zijn en dan nog enkel voor patiënten met brandwonden.

Hoeveel oorlogsslachtoffers zijn er ondertussen naar België getransporteerd? In welke ziekenhuizen en in welke provincies of Gewesten worden zij opgevangen?

Gaat het om universitaire ziekenhuizen of om algemene ziekenhuizen? Hoe is de verdeling?

Wat vindt u van het feit dat het Militair Hospitaal slechts 25 patiënten kan opvangen en dan nog enkel voor specifieke verwondingen?

Moet het Militair Hospitaal volgens u geen grotere rol kunnen spelen in tijden van crisis, en zeker in een oorlogssituatie?

Welke afspraken zijn er gemaakt met Defensie inzake crisissituaties?

Zult u uw collega vragen in de toekomst in meer capaciteit te voorzien in het Militair Hospitaal, ook voor andere pathologieën, zoals polytraumata, vooral natuurlijk wanneer wij te maken hebben met een oorlog? Dat lijkt mij vooral belangrijk om de reguliere ziekenhuiscapaciteit te kunnen vrijwaren.

03.06 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, in de *Artsenkrant* van 31 maart 2022 lasen wij dat het RIZIV een regeling uitwerkt om de eerste medische opvang van Oekraïense vluchtelingen in de centrale zorgpunten te verzekeren. Het is vooral de bedoeling om medische gegevens van de vluchtelingen te verzamelen, eerste behandelingen op te starten, zwangerschapsbegeleiding aan te bieden en hen wegwijs te maken in ons gezondheidszorgsysteem. Voor de zorgpunten zal ook een beroep worden gedaan op psychologische hulpverlening vanuit de netwerken geestelijke gezondheidszorg.

Wat is de concrete stand van zaken in verband met de zorgpunten? Hoe ver staat het met het overleg en wie wordt daarbij betrokken?

Hoe wordt dat financieel begroot, want het is toch iets nieuws? Vanwaar komen de middelen en hoeveel middelen worden ervoor vrijgemaakt?

Er is sprake van mobiele teams. Wat is daar de concrete invulling van? Welke profielen zullen de mobiele teams bemannen? Waar komen die vandaan?

Hoe zult u de psychologische hulpverlening voor de vluchtelingen uitwerken, gezien de reeds bestaande lange wachtlijsten in de sector voor onze eigen mensen?

03.07 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, j'aimerais aborder deux volets. Le premier concerne la prise en charge des réfugiés. De nombreuses questions ayant déjà été posées à ce sujet, je me permets simplement d'insister sur la fragilité d'un certain nombre d'entre eux et de revenir sur la prise en charge, la coordination, l'aide psychologique, l'enjeu de la langue et l'aide pour les hôpitaux qui devraient prévoir des interprètes, un financement *ad hoc* pour la prise en charge de ces patients, tant pour qu'elle leur soit accessible qu'en ce qui concerne le financement des hôpitaux.

Certains des réfugiés souffrent de maladies chroniques. J'ai entendu votre ouverture et d'ailleurs, des néphrologues ont répondu présents en ce qui concerne les dialysés. J'attire, toutefois, votre attention sur le fait que ce type de patients est difficilement mobilisable puisqu'ils ont besoin soit d'une dialyse péritonéale quotidienne, soit toutes les 48 heures en hémodialyse. Je vous invite à évaluer les choses dans l'autre sens. Du matériel médical a été envoyé, mais à ma connaissance, rien qui ne soit spécifique pour des malades chroniques non déplaçables. Je pense à l'appel des néphrologues ukrainiens pour obtenir du matériel de dialyse, en vue de venir en aide à ces patients dans la situation particulièrement délicate sur place.

Le deuxième volet concerne les blessés de guerre. Un engagement européen prévoit la libération de 150 lits d'hôpitaux à destination de futurs blessés de guerre en Ukraine. J'avoue ne pas comprendre pourquoi prévoir ce report de charge vers les hôpitaux généraux, et plus particulièrement vers les hôpitaux universitaires, alors que ceux-ci sont toujours confrontés à la fermeture de lits en raison du covid-19, impliquant le report de soins d'autres patients. Les hôpitaux vous ont interpellé – et vous ne leur avez, à ma connaissance, pas encore répondu – sur l'importance d'un accueil centralisé de ces blessés de guerre potentiels à l'Hôpital militaire. C'est d'autant plus important d'un point de vue de la sécurité en cas, par exemple, de guerre chimique, biologique ou même nucléaire. Les hôpitaux universitaires mettraient, au besoin, du personnel particulièrement bien formé à ce type de prise en charge à disposition de l'Hôpital militaire.

Monsieur le ministre, vous devez comprendre combien il me semble impossible et non pertinent, par rapport à la prise en charge, que ces blessés de cette guerre soient envoyés vers les hôpitaux généraux. J'insiste auprès de vous pour que le gouvernement active anticipativement la procédure vers l'Hôpital militaire si de nombreux blessés devaient arriver et être pris en charge en Belgique.

03.08 Patrick Prévot (PS): Actuellement, le nombre de patients ukrainiens actuellement admis dans les hôpitaux belges est encore très limité. Au cours de la période à venir, davantage de patients pourraient être accueillis par le biais du mécanisme européen d'évacuation médicale. Divers hôpitaux et associations de médecins ont indiqué qu'ils souhaitaient apporter leur contribution aux soins de ces patients, ce qui est à saluer.

Les réfugiés en provenance d'Ukraine, sous le statut de protection temporaire, sont en ordre d'assurabilité à partir du moment où ils s'enregistrent sur le territoire. Cela ouvre donc immédiatement le droit à des soins de santé assurés. Certains hôpitaux et prestataires de soins semblent, toutefois, ne pas être automatiquement en mesure de porter en compte de l'assurance maladie les prestations de soins effectuées. En effet, chaque réfugié est tenu, après l'obtention de son visa de s'affilier à une mutuelle. Sur le terrain, il est constaté qu'un certain nombre de réfugiés n'est en réalité pas en ordre d'assurabilité et que l'hôpital ou le prestataire ne peut donc pas facturer les prestations effectuées, ne sachant pas à quelle mutuelle adresser la facture. Il semble, par ailleurs, très difficile de retrouver les patients ukrainiens après leur consultation, ceux-ci n'ayant bien souvent pas encore de numéro de téléphone ni d'adresse fixe.

Monsieur le ministre, les fédérations hospitalières vous ont-elles déjà fait part de ce problème au niveau de la facturation? Des informations précises ont-elles été communiquées aux hôpitaux dans ce cadre? Des solutions sont-elles envisagées? Une affiliation automatique à la CAAMI pourrait-elle être envisagée? Pouvez-vous communiquer le nombre de réfugiés ukrainiens ayant été ou étant pris en charge par nos hôpitaux tant en hospitalisation qu'en ambulatoire? Quelles mesures ont-elles été prises pour assurer une gestion optimale des soins de santé pour ces réfugiés?

03.09 Sophie Rohonyi (DéFI): *La prise en charge médicale des réfugiés Ukrainiens est primordiale. Il est en effet nécessaire d'assurer le plein respect de leurs droits fondamentaux, en ce compris leur droit au meilleur état de santé possible.*

Cette question est d'autant plus importante lorsque l'on sait que :

D'une part, l'Ukraine connaît l'un des taux les plus élevés au monde de tuberculose multirésistante, autrement dit qui résiste aux médicaments. Rappelons que la tuberculose est une des maladies les plus meurtrières du monde, qu'elle est particulièrement contagieuse et qu'elle connaît une nette augmentation, y compris en Belgique, puisqu'elle touche les publics les plus précaires. A ce sujet, vous m'aviez répondu en séance plénière du 24 mars dernier qu'une Conférence interministérielle santé s'était réunie afin de décider d'un screening systématique des réfugiés que le fédéral financerait par ailleurs.

D'autre part, le taux de vaccination au Covid est extrêmement faible: seul un Ukrainien sur 3 serait vacciné.

Ainsi, Monsieur le Ministre:

De façon générale, de quelle manière la santé des Ukrainiens est-elle prise en compte dans les mesures prises par votre gouvernement à leur arrivée en Belgique?

Quelles sont justement les mesures qui ont été prises, en les ventilant par maladie considérée (tuberculose, Covid-19 ou encore le VIH), pour assurer leur dépistage mais aussi leur traitement ? Dans le cas du Covid, sont-ils correctement informés des règles de quarantaine en cas de contamination et soutenus pour les respecter?

Le screening de la tuberculose a-t-il effectivement mis en place? Quelle a été la part de financement du pouvoir fédéral? Continuez-vous à le financer et pour combien de temps?

Pourriez-vous fournir des chiffres relatifs aux contaminations à la tuberculose et au Covid des réfugiés ukrainiens arrivés sur notre territoire?

Au-delà de la prise en charge rapide via certains screenings systématiques à l'arrivée des réfugiés, comment les Ukrainiens sont-ils redirigés vers une prise en charge traditionnelle des soins de santé au sein de nos hôpitaux? Comment sont-ils informés de la nécessité d'une inscription dans une mutualité afin de percevoir le remboursement de leurs frais médicaux ainsi que l'octroi du statut BIM?

Combien de réfugiés ukrainiens sont-ils actuellement inscrits auprès d'une mutualité?

03.10 Simon Moutquin (Ecolo-Groen): Monsieur le président, Mme Hennuy avait déposé une question. Elle ne peut pas être présente. Je voudrais, sans aller dans les détails de sa vie privée, lui faire un clin d'œil et lui dire tout mon soutien aujourd'hui dans les moments qu'elle vit.

Monsieur le ministre, pour suivre la commission Migration avec votre collègue Mahdi – je m'intéresse beaucoup à la question des migrants ukrainiens –, je me permets de poser des questions autres que celles qui ont été posées par mes collègues.

Avant d'être des migrants, à savoir des réfugiés, ce qui définit ces personnes ukrainiennes, c'est la situation de guerre que tout le monde connaît ici. Les chocs physiques, psychologiques, les violences physiques, la torture, la violence liée au genre, le deuil de proches, l'emprisonnement, l'exposition à des scènes horribles, la liste est malheureusement longue de ce qui caractérise une personne réfugiée. Mais au-delà de ces conséquences directes de la guerre, il y a toute une série de chocs post-traumatiques qui sont malheureusement assez fréquents dans cette catégorie de ces publics-là, à savoir des angoisses, des troubles de stress post-traumatiques, des dépressions, voire des suicides, ce qui a été référencé notamment par Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières sur l'aspect psychologique.

Or, il existe au sein de ces populations réfugiées un personnel de soins de santé mentale qui pourrait finalement aider aussi ici leurs collègues dans cet accueil et ce suivi psychologique des personnes en détresse venant d'Ukraine.

Ma première question est la suivante. Serait-il possible d'envisager un mécanisme qui permette l'accès à la profession de ces personnes ukrainiennes plus rapidement?

En ce qui concerne la spécificité des femmes ukrainiennes, puisqu'on sait que la plupart des réfugiés ukrainiens sont des Ukrainiennes, 70 % des 39 500 réfugiés inscrits en Belgique sont des femmes. Une attention particulière sera-t-elle accordée à cette catégorie de réfugiées, notamment en termes d'accès à des consultations gynécologiques par exemple. Je sais qu'un travail est mené avec votre collègue Mme Schlitz en termes de risque et d'attention sur les victimes de traite et trafic d'êtres humains en provenance d'Ukraine. Je pense que ce sont des questions transversales à plusieurs de vos compétences au sein du gouvernement.

Telles étaient les deux questions que je voulais poser en plus de celles de mes collègues.

03.11 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, dames en heren Kamerleden, ik zal een geïntegreerd antwoord geven met een specifieke uitweiding naar aanleiding van de vragen van de heer Prévot en mevrouw Depoorter.

Het RIZIV heeft via zijn omzendbrief 2022/91 van 15 maart het recht op geneeskundige verstrekkingen voor ontheemden uit Oekraïne bevestigd. De inschrijving bij het ziekenfonds gaat retroactief in vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin de vluchteling zijn aankomst in België registreert. We gaan er bij een inschrijving bij een ziekenfonds van uit dat vluchtelingen momenteel geen inkomsten hebben. Oekraïense vluchtelingen krijgen bijgevolg recht op een verhoogde tegemoetkoming zodra ze ingeschreven zijn.

Daarmee geef ik meteen al een antwoord op de vragen die werden gesteld over de budgettaire voorziening. Dit is natuurlijk een open-eindefinanciering. Dat is ook logisch. Dat is ook zo voor Belgen of inwoners van ons land die genieten van onze ziekteverzekering. Mensen krijgen terugbetalingen en tegemoetkomingen naargelang van hun noden. Dat is geen gesloten budget. Wij zullen deze mensen volledig integreren in de ziekteverzekering in een open budgettaire benadering, waarbij wij er bovendien van uitgaan dat het in eerste instantie mensen zijn die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming.

M. Prévot a relevé des problèmes d'ordre pratique qui sont réels. Pour être précis, je vais vous répondre en néerlandais. Ne m'en veuillez pas, monsieur Prévot.

Ik ben op de hoogte van de praktische problemen met betrekking tot de facturatie van verleende zorg wanneer de betrokken mensen zich nog niet hebben kunnen inschrijven bij een ziekenfonds. Enerzijds geldt het principe dat het recht wordt geopend vanaf de eerste dag van het kwartaal waarbinnen de registratie plaatsvond, maar ik heb er daarnaast ook op aangedrongen dat er een technische oplossing zou worden uitgewerkt door de Dienst Vreemdelingenzaken om reeds bij de registratie op de Heizel een rijksregisternummer toe te kennen, of een BIS-nummer, dat nadien, bij inschrijving in de gemeente, automatisch overgaat in een rijksregisternummer.

Tegelijk overlegt het RIZIV met de Dienst Vreemdelingenzaken en met de ziekenfondsen over de concrete aanpak van de inschrijving bij een ziekenfonds ter gelegenheid van de registratie op de Heizel. Er is een principiële bereidheid bij de ziekenfondsen om dat te doen, maar een en ander moet nog praktisch worden uitgewerkt. Ik meen dat dit alvast een antwoord biedt op de problemen die u hebt aangekaart, mijnheer Prévot. Als we dat allemaal kunnen regelen, zouden de praktische moeilijkheden meteen ook moeten kunnen worden opgelost.

Verder was er een vraag naar de ziekenhuiscapaciteit, van onder meer mevrouw Vanpeborgh. Ik kan alvast bevestigen dat er inderdaad een eerste capaciteit van 150 Belgische hospitalisatiebedden ter beschikking is gesteld. Dat is zowat 10 % van de in de waakfase te reserveren capaciteit bedden voor covidpatiënten in onze algemene ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen. Dat aantal kan uiteraard, indien nodig, evolueren en is dus geen definitief vastgeklepte, gesloten situatie.

Het Comité Hospital & Transport Surge Capacity volgt de situatie binnen de ziekenhuizen dagelijks op de voet en is ook in dit dossier nauw betrokken om ervoor te zorgen dat de last binnen onze ziekenhuizen goed gespreid wordt en dat de ziekenhuizen er op een acceptabele manier mee kunnen omgaan.

We schrijven ons federaal in in het Europese ondersteuningsmechanisme, en werken actief mee binnen de Europese procedures, meer bepaald binnen de door DG SANTE, in samenwerking met DG ECHO, uitgewerkte "*Standard Operating Procedure for Allocating Ukrainian Hospital Patients throughout the EU*".

Dit betekent dat de onmiddellijke buurlanden – Polen, Moldavië en Slowakije – de acute patiënten opvangen, hen stabiliseren en dan een beroep doen op het Europese systeem. België biedt binnen dat systeem hulp aan en Europa zorgt voor de matching van vraag en aanbod. Tot nu toe werd ons één patiënt toegewezen via het systeem. Die patiënt kwam aan in België op 14 april en werd gehospitaliseerd in het universitair ziekenhuis Sart-Tilman in Luik. In zekere zin bleef dat voorlopig nog beperkt, maar wij staan klaar in deze Europees georganiseerde solidariteit.

Vervolgens waren er vragen over de rol van het Militair Hospitaal. Mevrouw Fonck, mevrouw Gijbels en anderen vroegen waarom dat militaire ziekenhuis klaarblijkelijk niet méér kan doen, onder meer in reactie op wat de Raad van Universitaire Ziekenhuizen daarover zei. Ons Comité Hospital & Transport Surge Capacity overlegt met het militair ziekenhuis. Nu is er iets, collega's, wat heel logisch klinkt, maar in de praktijk niet zo

evident is. Het lijkt heel logisch om te zeggen: "Oorlogsslachtoffers worden opgenomen in een militair ziekenhuis." De patiënten voor wie vandaag een beroep wordt gedaan op het Europese systeem, zijn dan wel het slachtoffer van een oorlog, maar het zijn niet noodzakelijk gewonde militairen. Nee, het zijn vluchtelingen die ziek zijn of op de een of andere manier gewond zijn geraakt. Dat maakt de keuze voor een militair ziekenhuis eerlijk gezegd minder evident.

We moeten ook erkennen dat, behalve een aantal nichediensten waarin de Medische Component van Defensie echt wel excelleert – zoals het Brandwondencentrum – het Militair Hospitaal zelf vandaag niet meer de capaciteit van een doorsnee ziekenhuis heeft zoals men dat wellicht zou kunnen hopen. Dat is natuurlijk het resultaat, mevrouw Fonck, van enige jaren van desinvesteringen en besparingen. Dat is de realiteit.

Met alle respect die we dus moeten hebben voor de Medische Component, moeten we ook toegeven dat de manier waarop mijn collega, minister Dedonder, die capaciteit omschrijft, overeenstemt met de realiteit: de capaciteit is nu eenmaal beperkt. Mevrouw Dedonder heeft aangaande de toekomst en de toekomstige dimensionering van het Militair Hospitaal overigens een studie besteld, die nog loopt en waaraan ook mijn administratie meewerkt. In die studie wordt bepaald wat we in de toekomst nog van het ziekenhuis mogen verwachten.

In het Militair Hospitaal kunnen we zeker de brandwondenproblematiek op een excellente manier opvangen. Voor de rest zou het echter niet correct zijn te zeggen dat patiënten uit de doelgroep van Oekraïense vluchtelingen allemaal prioritair terecht zouden komen in dat ziekenhuis, dat nu volledig klaarstaat. Ik denk niet dat dat evident is. Meteen is daarbij gezegd dat de opvang van Oekraïense vluchtelingen voor de hele zorgsector opnieuw een grote uitdaging is, net zoals de goede opvang en huisvesting, onderwijs en tewerkstelling belangrijke prioriteiten zijn.

Een aantal leden heeft hier heel correct verwezen naar specifieke risico's die verbonden zijn aan endemische infectieziekten binnen deze doelgroep, en ook naar het feit dat de vaccinatiegraad tegen covid en een aantal andere pathologieën in Oekraïne algemeen laag is. Onze RAG en RMG hebben dat ook opgepikt in een specifiek advies. De Risk Assessment Group, waarbij overigens ook de deelstaten betrokken zijn, heeft de risico's ingeschat. Zij zeggen dat het risico met betrekking tot een aantal specifieke infectieziekten globaal gezien laag is, maar dat er toch een risico is. Tuberculose komt bijvoorbeeld meer voor in Oekraïne dan elders.

Daarnaast spreken we over door vaccinatie te voorkomen infectieziekten zoals mazelen en polio. In de Risk Management Group, waar ook de deelstaten actief in participeren, is er daarom meteen een strategie ontwikkeld inzake screening. Die strategie wordt in de praktijk omgezet, waarbij goede praktijken ter zake worden uitgewisseld met huisartsenverenigingen.

Het registreren van besmettelijke aandoeningen behoort in eerste instantie tot de bevoegdheid van de deelstaten. Ik heb hier nu dus geen cijfermateriaal ter beschikking met betrekking tot het aantal positieve screenings, maar de richtlijnen zijn duidelijk. Ik ga er ook van uit dat die aanpak terdege wordt uitgerold, en dus gevolgd. De deelstaten hebben zich daarin ook echt geëngageerd. Ik denk ook dat dit relatief vlot verloopt. Ook in de IMC Volksgezondheid komt de Oekraïneproblematiek regelmatig aan bod.

Omtrent het inhalen van een aantal vaccinaties, zoals mazelen- en poliovaccinaties, wordt in informatieverstrekking en sensibilisering voorzien via de bevoegde organen van de deelstaten zoals Kind en Gezin en ONE. Natuurlijk is het belangrijk dat de Oekraïense ouders van kinderen geïnformeerd worden over het belang van deze vaccinaties, indien hun kinderen nog niet gevaccineerd zouden zijn.

Voor covidvaccinatie wordt er samengewerkt met de vaccinatiecentra. Indien er voorafgaandelijk een vaccinatie was met een in België niet erkend vaccin, dan wordt deze persoon helaas als niet gevaccineerd beschouwd en zal een vaccinatie met een in ons land erkend vaccin worden voorgesteld. Onze vaccinatiecentra houden geen aparte lijsten bij van het aantal personen van Oekraïense afkomst met een INSZ-BIS-nummer die zij vaccineren, dus kan ik geen exacte cijfers meedelen.

Ongetwijfeld zullen heel wat vragen van deze mensen terechtkomen bij de huisartsen en apothekers, en soms ook bij de ziekenhuizen. Daarom is het belangrijk om de ondersteuning en de zorgverstrekking, met name in de eerste lijn, goed te organiseren. Er werd naar verwezen in de vragen: de Vlaamse huisartsenvereniging Domus Medica heeft eigenlijk meteen gevraagd of we onze huisartsen niet zouden helpen door specifieke zorgpunten in te richten. Dat wil zeggen dat men Oekraïense vluchtelingen

gegroepeerd op bepaalde plaatsen toeleidt naar centra waar huisartsen ter beschikking zijn, evenals verpleegkundigen en waar er eventueel ook psychologische ondersteuning ter beschikking is. Ik vond dat een uitstekend idee en ben meteen daarover in overleg getreden met Domus Medica en met de regio's. Ik kan u zeggen dat dit geen eenvoudige oefening is. Er is zeer veel verschil in de regio's, de situaties zijn zeer heterogeen op het werkveld, maar we werken daaraan.

Vandaag is er een overleg geweest met de deelstaten over de concrete organisatie en ondersteuning van dergelijke zorgpunten, ook met federale financiële middelen. Daarover is vandaag een beslissend overleg geweest. Op dat overleg is er ook een consensus tot stand gekomen, al heeft dat wat overleg gevraagd. Op basis van die consensus zal ik maandag een voorstel voorleggen aan het Verzekeringscomité, voor goedkeuring en onmiddellijke uitvoering aan de hand van de techniek van een conventie.

Dat betekent dat wij een beroep kunnen doen op verschillende programma's en projecten, zoals de overeenkomsten met BELTA en FARES inzake intensieve thuisbehandeling voor MDR-TB, zoals de interculturele bemiddeling, zoals de eerstelijns psychologische zorg, door het RIZIV ondersteunde activiteiten van organisaties zoals Dokters van de Wereld, het project Born in Brussels enzovoort.

Maandag wil ik dat afkloppen op het Verzekeringscomité. Dan zal het zaak zijn om te bekijken wie daarop inspeelt. Voor mij moet dat niet overal gelijk gespreid zijn. Dat is dan een aanbod dat openstaat. Zowel in Vlaanderen, Wallonië als Brussel zal men daarop kunnen inspelen. Ik heb begrepen dat Domus Medica echt geïnteresseerd is, maar ik kan mij indenken dat daaraan in grotere centra meer behoefte is dan in een kleine rurale gemeente. Het staat open.

Mevrouw Vanpeborgh, ik ben blij van u te vernemen dat men reeds voor een deel met die realiteit bezig is. Er zal een ondersteuning komen die het mogelijk maakt dat er permanentie is en dat wij al deze netwerken goed kunnen mobiliseren.

Men vroeg mij naar het budget daarvoor. De middelen zijn uitgetrokken, wij hebben een Oekraïneprovisie. Daarover moet men zich geen zorgen maken, die middelen zijn er. Wat mij betreft, is het ook geen gesloten budget. Overigens, moesten wij er via de Oekraïneprovisie niet aan uit geraken, kunnen wij hier nog steeds een beroep doen op middelen die voorzien zijn in de administratiekosten van het RIZIV, indien nodig. Wij vinden dus wel een budgettaire weg.

Wij moeten hier ook niet direct met een gesloten budget komen. Wij moeten de noden die er zijn op het terrein gewoon beantwoorden op een correcte manier, met een correcte organisatie. Dit zal onze huisartsen ontlasten. Als er noden zijn, zullen ze uiteindelijk toch terechtkomen in het systeem, zullen ze toch terechtkomen bij de huisartsen of in de ziekenhuizen. Ik voel hier dus niet meteen de behoefte om een of ander gesloten budget te formuleren. Wij zullen daarvoor in alle nodig financiële middelen voorzien.

Mevrouw Depoorter, u hebt bijzondere aandacht gevraagd voor de geestelijke gezondheidszorg. Ik wil daar in meer algemene zin op antwoorden, maar de bekommernis is absoluut terecht. De psychosociale managers van de FOD Volksgezondheid volgen van al in het begin de vergadering van het federale coördinatiecomité, COFECO, dat door deze crisis gevat is. In die vergaderingen werd de vraag gesteld om de coördinatie te ondersteunen van de psychosociale hulpverlening via een werkgroep Psychosociale Ondersteuning en Bescherming Uitbuiting.

De opdracht is opgenomen om de initiatieven van psychosociale ondersteuning, preventie en bescherming van misbruik en mensenhandel in kaart te brengen en te stroomlijnen. Er is onder meer een vergadering georganiseerd met de partners van verschillende gefedereerde entiteiten die verantwoordelijk zijn voor de psychosociale ondersteuning. Het gaat om te beginnen over het delen van informatie, het bundelen van initiatieven, het goed communiceren daarover. Er is onder meer informatie beschikbaar via de website info-ukraine.be. De bedoeling is dat we, door het bundelen van initiatieven en door het globaal communiceren over initiatieven met betrekking tot de psychosociale ondersteuning en bescherming, zorgen voor maximale complementariteit en kruisbestuiving.

Daarnaast werd vanuit de bestaande interkabinettenwerkgroep voor geestelijke gezondheidszorg een eerste inventaris van verschillende initiatieven gemaakt. Die inventaris is aan het COFECO en de RMG bezorgd.

In complementariteit met wat in de deelstaten gebeurt, kan een beroep worden gedaan op de federale terugbetaling van psychologische zorg en de mobiele teams, alsook op het inzetten van de interculturele

bemiddelaars via videoconferentie. De betrokken zorgverstrekkers zullen via een webinar worden opgeleid om een beroep op deze bemiddelaars te doen.

Tevens wordt het aanbod aan en de meerwaarde van interculturele bemiddeling opnieuw onder de aandacht van de huisartsen gebracht.

Het RIZIV heeft dus een brief gericht aan alle zorgverleners en de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg over de verzekeraarbaarheid van deze Oekraïense vluchtelingen, wanneer ze ingeschreven zijn, en hun toegang tot de ziekteverzekering, zodat daarover geen enkele twijfel kan bestaan.

Inzake de organisatie van zorg is het heel belangrijk dat we laagdrempelig geestelijke gezondheidszorg aanbieden, ook aan deze groep, samen met basiszorg, en dat er ook ruimte is voor psycho-educatie. Er is aandacht nodig voor zwangere vrouwen, de vele kinderen, maar ook voor de zorgverleners en de gezinnen die de vluchtelingen opvangen. De deelstaten hebben een lijst gekregen met alle coördinatoren van onze lokale netwerken. Zij staan ter beschikking om, samen met lokale organisaties die vluchtelingen opvangen, psychologische zorg heel concreet beschikbaar te maken. Ik vind dat zeer belangrijk. Deels is het werk nog in opbouw, met name de zorgpunten, de kroon op het werk, die we moeten aanbrengen. Het is een belangrijke uitdaging voor bijvoorbeeld onze netwerken geestelijke gezondheidszorg om nu echt paraat te staan en deze opdracht te vervullen. Ik twijfel niet aan de goede wil en de ambitie van de mensen, maar het is een beetje een lakmoesproef voor de kwaliteit van onze organisatie. We werken er dus volop aan, in voortdurend overleg met de deelstaten.

03.12 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, u hebt een aantal van mijn vragen beantwoord en een aantal andere niet, al dan niet omdat u nog niet over de cijfers beschikt. Met betrekking tot infectieziekten zei u dat de huisartsenpraktijken daarop screenen. Gebeurt dat passief of actief? Worden mensen die zich met bijvoorbeeld een griepje aandienen en passant getest op allerlei infectieziekten? Daar kunt u straks nog op antwoorden.

Ik heb ondertussen de cijfers nog eens nagetrokken. Ze zijn inderdaad nog actueel. Slechts een derde van de Oekraïners is volledig gevaccineerd en ik kan me niet inbeelden dat die cijfers de jongste maanden, met de verwerpelijke Russische inval, wezenlijk zijn veranderd. De gevaccineerden zijn voornamelijk 65-plussers en die vaccinatie is dan nog vaak gebeurd met een vaccin dat hier niet erkend is, namelijk een Russisch of een Chinees vaccin. Ik heb ook gevraagd wat de vaccinatiestatus is van die mensen als zij zich hier aanbieden voor – waarschijnlijk een natte droom van u – een vervolg op het CST. Ook daar hebt u niet op geantwoord. Ik vraag me af hoe daarmee rekening gehouden wordt, want mochten we hier overgaan tot vervolgschots, dan zitten we wel met een heterologe vaccinatie, met vaccins waarvan we de gevolgen niet kennen.

Anderzijds ben ik verheugd dat u een en ander vrij goed lijkt op te volgen, in samenwerking met de deelstaten. Ik wil er wel op aandringen dat u dat blijft doen. Een lage vaccinatiegraad tegen corona, maar ook tegen polio of mazelen, houdt immers niet alleen een gezondheidsrisico in voor de Oekraïense vluchtelingen, maar vanzelfsprekend ook voor onze eigen mensen.

03.13 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, ik dank u voor de omstandige, zeer concrete en geruststellende antwoorden. Wat de ziekenhuiscapaciteit betreft, zegt u dat het om 150 bedden gaat, maar dat dit aantal nog kan evolueren en dat het zeer goed opgevolgd wordt. Het zal om begrijpelijke redenen in de ziekenhuizen moeten gebeuren, maar het is alleszins geruststellend dat dit goed wordt opgevolgd. Er zit ook echt een duidelijk systeem achter. Eerst gaat het om de omliggende landen en als er stabiliteit is, worden die personen eventueel naar ons doorgestuurd.

Wat de vaccinatieproblematiek betreft, hebt u ook heel geruststellend en duidelijk geantwoord dat de deelstaten erbij betrokken zijn, wat goed is om te horen. Zij nemen hun taken op. Het komt aan bod in de interministeriële conferentie, maar ook de Risk Assessment Groep en Risk Management Groep zijn daar intensief mee bezig.

Inzake uw derde punt, de zorgpunten, deel ik uw mening. Ik vind dat echt een goed initiatief. In onze eerstelijnszone merk ik dat dit bijzonder goed werkt. Mensen die aankomen, worden onmiddellijk doorverwezen. Zij krijgen gratis een afspraak. De vaccinaties worden daarbij onmiddellijk allemaal gecheckt, mijnheer Creyelman, ook al gaat het om andere vaccins dan diegene die wij kennen. Er is dus echt wel kennis en knowhow. Dat wordt echt goed bekeken.

Het enig minpunt dat ik hoor en dat ik gewoon wil meegeven, is dat niet iedereen naar die afspraken komt. Dat is heel spijtig, want die afspraken zijn een manier om daar controle op te krijgen.

Inzake de geestelijke gezondheidszorg ben ik heel blij te horen dat er terug wordt ingezet op de interculturele bemiddelaars. Dat is heel belangrijk. Ik merk dat er daarbij ook aandacht is voor de zorgverleners en de gezinnen die mensen opvangen. De reacties ten gevolge van wat die mensen hebben meegemaakt worden vaak onderschat, maar daarmee moet wel worden omgegaan. Vaak zie ik dat mensen niet goed weten hoe daarmee om te gaan.

03.14 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Wat artikel 29 van de opvangwet betreft, de screening is wel degelijk een federale bevoegdheid, zoals u ook min of meer aangaf, aangezien u zult werken via de provisie van 800 miljoen. Ik begrijp dat u geen gesloten budget kunt vooropstellen, maar het feit dat er opnieuw met een provisie wordt gewerkt, zoals reeds meermaals tijdens de covidpandemie, en er geen raming komt, baart mij wel wat zorgen. De gemiddelde uitgave van de ziekteverzekering voor de gezonde burger, voor de 90 % die het minst besteedt, bedraagt 693 euro per jaar, volgens de cijfers van 2021. Geëxtrapoleerd naar 200.000 vluchtelingen die naar hier komen, komt dat uit op 138 miljoen euro.

Van uw 800 miljoen gaat er dus al 138 miljoen naar de niet-zieke mensen die hier verblijven gedurende de crisis. Het zou een succes zijn mochten ze binnen een jaar allemaal terug kunnen. U weet echter ook dat dit wellicht niet het geval zal zijn. Zelfs al hebben we morgen een overeenkomst, dan zal de heropbouw van Oekraïne toch nog een hele tijd duren. Ik weet dat het niet het sterkste punt van de vivaldiregering is, maar toch maan ik u aan om enige financiële orthodoxie te hanteren in deze.

Premier De Croo is 800 miljoen gaan beloven aan mevrouw von der Leyen, maar het grootste deel was eigenlijk bestemd om hier te gebruiken. Het bedrag waarin u hebt voorzien, zal niet volstaan. Het lijkt mij dan correcter om met ramingen te werken, budgetten in te schrijven en ervoor te zorgen dat er afspraken zijn met de deelstaten en die correct op te volgen, zodat iedereen weet wat er van elkaar verwacht wordt. Uiteraard zal elk niveau zijn verantwoordelijkheid opnemen. Dat is tot nu toe altijd gebeurd in deze samenwerking.

Collega Prévot heeft het daarnet ook al over de registratie gehad. Als apotheker heb ik in de paasvakantie mijn personeel vervangen. Ik heb een aantal Oekraïners over de vloer gehad die wel een rijksregisternummer hadden, maar geen terugbetaling. Dan is het heel moeilijk, want dan zijn het de opvanggezinnen die tijdelijk instaan voor de kosten. Het is wel retroactief, maar als het bijvoorbeeld gaat over anti-epileptica, dan wordt het vrij duur. Het is niet omdat men een rijksregisternummer heeft dat men rechtstreekse terugbetaling krijgt. Vaak is de informatiedoorstroming niet optimaal en staat men onwetend in de apotheek. Het is al heel loyaal dat de opvanggezinnen helpen in deze crisis en met de mensen meekomen naar de apotheek, vaak om te vertalen, maar het kan niet de bedoeling zijn dat zij of de apotheker de som gaat voorschieten. Dat moet misschien nog eens aangepakt worden.

03.15 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik heb heel veel vragen gesteld over de aanpak van deze crisis, vooral over de gezondheidszorg voor deze Oekraïense vluchtelingen. Ik heb daar antwoorden op gekregen en ik ben dus tevreden.

03.16 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, wat betreft de specifieke vraag over het Militair Hospitaal en de beperkte capaciteit om daar oorlogsslachtoffers op te vangen, u probeert dat wat te minimaliseren, maar ik meen dat de vraag die door de universitaire ziekenhuizen werd gesteld heel terecht is. U kunt niet zeggen dat die vraag werd gesteld door mensen die weinig kennis van zaken hebben. Het zijn mensen die heel ongerust zijn over de bestaande ziekenhuiscapaciteit, waarmee men nu nog volop werk aan het inhalen is.

U zegt dat het niet om oorlogsverwondingen gaat, maar dat kan natuurlijk nog komen. Ik vind het onverantwoord dat het Militair Hospitaal op dit ogenblik maar 25 slachtoffers kan opvangen, dan nog enkel voor brandwonden. We moeten ons toch vragen stellen over die *preparedness*. Wat als we toch met oorlogsverwondingen te maken krijgen? Wat als de oorlog dichterbij komt? Wat zullen we dan doen?

We moeten ons niet alleen voorbereiden op een volgende covidgolf, er zijn verschillende bedreigingen waarop we ons zo goed mogelijk moeten voorbereiden. De ziekenhuiscapaciteit van het Militair Hospitaal

kan blijkbaar niet worden opgeschaald, zelfs niet in oorlogstijden. Tegelijk hoor ik echter dat er twee volledige verdiepingen van het Militair Hospitaal door het Brugmannziekenhuis worden ingenomen en dat er blijkbaar geen afspraken zijn gemaakt om die te kunnen evacueren als dat nodig zou zijn. Zo'n oplossing kan in vredetijden, maar toch niet in oorlogstijden.

U bent nog in gesprek met het Militair Hospitaal, dus ik meen daaruit te kunnen opmaken dat u zelf ook niet helemaal tevreden bent over de manier waarop de zaken nu lopen. Ik hoop dat u dit snel zult opnemen met uw collega Dedonder. Die ziekenhuizen kampen nog volop met de naweeën van COVID-19 en met de vluchtelingen uit Oekraïne die er nog bijkomen kan het heel moeilijk worden.

03.17 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoorden. Het antwoord over de zorgpunten was niet echt bevredigend, maar u kunt er waarschijnlijk niets aan doen, omdat dit nog niet uitgewerkt is. Ik deel uw mening dat dit een zeer goed en goedbedoeld idee is, maar ik stel me wel de vraag waar u de mensen vandaan zult halen om de zorgpunten te bemannen. We hebben net twee jaar coronacrisis achter de rug, hopelijk toch, waarin de zorg onder druk heeft gestaan en staat. Men is zeker nog niet gerecupereerd van die twee jaar. Diezelfde zorgverstrekkers zullen nu ook weer moeten instaan voor de bemanning van de zorgpunten en dus voor de zorg voor Oekraïense vluchtelingen. Begrijp me niet verkeerd, ik vind de zorgpunten een goed idee en Oekraïense vluchtelingen die zorg nodig hebben, dienen die ook te krijgen. Ik twijfel wel aan de haalbaarheid van dit alles. We mogen niet uit het oog verliezen dat er heel wat uitgestelde zorg ingehaald dient te worden en dat er enorme wachtlijsten zijn in de geestelijke gezondheidszorg, om maar twee problemen te noemen. Ik hoop samen met u dat die zorgpunten wel degelijk ingevuld raken, dus dat het niet alleen een goed idee is maar ook een haalbaar idee. Zoals gezegd twijfel ik echter toch wat aan de haalbaarheid ervan.

03.18 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je salue une fois de plus la mobilisation des soignants et des bénévoles sur le terrain qui font énormément, dans un contexte difficile, pour des réfugiés ukrainiens qui sont malades.

Aider sur place, c'est très bien et il faut le faire. Mais il y a un enjeu par rapport à l'aide envers l'Ukraine. Je reviens sur ma suggestion concernant le matériel et les malades chroniques (les dialysés chroniques) qui ne sont pas ou peu mobilisables. Il me semble que nous disposons de la capacité d'envoyer du matériel de dialyse sur place pour répondre aux appels.

Pour ce qui concerne le financement, vous dites que vous réglerez les aspects liés aux factures. Il y a ce qui est pris en compte par l'assurance maladie et ce qui ne l'est pas. Il faut que vous restiez attentif à deux enjeux: d'abord, cela ne peut être à charge des hôpitaux et des prestataires de soins; ensuite, cela ne peut pas non plus être à charge des familles accueillantes, ce qui serait indécent étant donné tous les efforts qu'elles fournissent déjà. Vous devez y rester attentif et anticiper pour régler ces problèmes qui vont se poser.

En ce qui concerne l'Hôpital militaire, je n'ai pas dit qu'il devait gérer tous les problèmes en matière de soins de santé en lien avec l'Ukraine. Tous les patients et les réfugiés ukrainiens non blessés mais qui nécessitent des traitements spécialisés en oncologie, en dialyse, etc., sont pris en charge par les hôpitaux civils et le seront encore. Je parlais des blessés de guerre. À mes yeux, l'hôpital militaire doit être l'acteur principal pour ce type de blessures, quitte à recevoir un renfort d'expertise des hôpitaux civils. Monsieur le ministre, nous avons peu de médecins en capacité de gérer des blessures de guerre importantes. Cependant, il y a des impératifs de sécurisation et vous n'êtes pas le porte-parole de l'Hôpital militaire mais bien le ministre de la Santé.

Par rapport à cela, vous devez être extrêmement attentif à la charge qui serait reportée, de manière impossible et inacceptable vers les hôpitaux civils si un nombre important de blessés de guerre arrivait en Belgique et y était dispatché. Rediscutez avec la ministre de la Défense: l'Hôpital militaire est en capacité de devenir un hôpital de crise, à condition évidemment de le vouloir et d'être redéployé sur le plan opérationnel. Il n'y a pas que 25 lits à l'Hôpital militaire. Vous y êtes déjà allé, j'imagine ou bien renseignez-vous. Il y a plus de 25 lits à l'Hôpital militaire. Certains, comme ma collègue l'a dit, sont occupés. Il faut voir comment organiser les choses.

Au-delà de la situation de l'Ukraine et de la possibilité pour des blessés de guerre sévères d'arriver chez nous, il y a dans notre pays un enjeu par rapport à l'avenir et à la nécessité de nous doter d'un hôpital de crise. Nous en avons besoin, au-delà de la problématique des brûlures pour laquelle cet Hôpital militaire est

à mon avis l'acteur préférentiel.

On ne sait pas ce que nous réserve l'avenir et gouverner, monsieur le ministre, c'est prévoir. Nous avons vécu le covid, nous vivons à présent la situation de l'Ukraine. Personne ne sait de quoi demain sera fait et je pense qu'en matière de santé, de politique de crise sanitaire, nous avons à mon avis des enjeux importants à anticiper. Je vous remercie.

03.19 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse complète. J'avais souligné l'aspect très pratique de ce qui nous revenait du terrain, à savoir la non-assurabilité des Ukrainiens sur notre territoire. J'entends que vous avez aussi eu vent de ces problèmes. J'ai été contacté par le personnel hospitalier et d'autres prestataires de soins, ainsi que par des représentants des CPAS. En général, lorsqu'on ne sait pas vers qui se retourner, on pousse en effet leurs portes. C'est très bien, parce qu'il ne faut jamais avoir honte de le faire, dans la mesure où le CPAS est souvent d'une grande aide. Toutefois, les travailleurs sont eux-mêmes parfois déroutés et déstabilisés au regard du rôle qu'ils doivent endosser dans la gestion de la crise consécutive à cette guerre.

J'ai entendu avec satisfaction que vous aviez pris le dossier à bras-le-corps et que des solutions étaient en train de se dégager afin de prendre en charge les personnes dès le premier jour. Cela signifie aussi leur assurer un numéro de registre national. Bien entendu, c'est éminemment essentiel. J'espère que tout cela va rentrer dans l'ordre et qu'une bonne communication sera diffusée auprès des hôpitaux, des prestataires de soins, ainsi que des CPAS, afin que chaque maillon de la chaîne soit prévenu et reçoive les bonnes informations en vue de les transmettre au public concerné.

03.20 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses qui me rassurent pour partie. Lors de ma visite avec certains de mes collègues au centre d'enregistrement des réfugiés ukrainiens au Heysel, je me suis aperçue de la grande proportion de femmes et d'enfants et, dans le même temps, de la grande disparité des mesures spécifiques de prise en charge de ces personnes tant en termes de santé physique que de santé mentale. J'entends que des mesures ont entre-temps été prises et généralisées, ce qui est positif. Je ne peux que vous encourager dans votre entreprise visant, avec l'Office des étrangers mais aussi les mutuelles, à faire en sorte que les demandeurs d'asile puissent s'enregistrer, dès leur arrivée, auprès d'une mutuelle.

Je reviens brièvement sur trois points. S'agissant de la tuberculose, vous nous expliquez que le risque de contagion est faible tout en précisant que vous n'avez pas accès aux données relatives au dépistage éventuellement positif de cette maladie parce que cela relèverait des entités fédérées. Je m'en étonne, en particulier à partir du moment où vous m'avez annoncé en séance plénière que le 23 mars, vous aviez convoqué une Conférence interministérielle qui avait permis que des mesures préventives et curatives soient adoptées. À partir de ce moment-là, je pense que l'échange de données doit aller de soi, ce qui ne semble pas être le cas au regard de votre réponse.

Par ailleurs, vous m'aviez assuré que le *screening* serait systématique. Là aussi, je me dois d'insister sur le fait que ce *screening* doit pouvoir être assuré aussi longtemps que nous devons accueillir sur notre sol de nouveaux réfugiés, ce qui pourrait durer encore longtemps vu la gravité de la situation observée en Ukraine. Or, il me semble que je n'ai pas obtenu d'engagement clair par rapport à cela.

Concernant le covid, vous nous dites que si la personne a été vaccinée avec un vaccin qui n'a pas été homologué par l'Agence européenne des médicaments, elle sera considérée comme non vaccinée et on fera en sorte de lui proposer un autre vaccin qui, lui, sera homologué par l'Union européenne. C'est finalement le bon sens mais je me permets d'attirer votre attention sur le fait que deux tiers des Ukrainiens ne sont pas du tout vaccinés, principalement en raison des craintes exprimées par rapport aux vaccins en général. Deux vaccins étaient proposés dès le départ en Ukraine: soit le vaccin russe Sputnik (qui a été interdit, il y a un an, par le gouvernement ukrainien), soit le vaccin chinois Sinovac. Selon moi, un important travail d'information est à mener pour rassurer les réfugiés ukrainiens non vaccinés arrivant en Belgique afin de leur expliquer que les vaccins disponibles dans notre pays ont fait l'objet de vérifications, ce qui n'est pas le cas des deux vaccins disponibles en Ukraine.

Enfin, je me suis aperçue que, sur le site d'information info-ukraine.be, il y avait énormément d'informations utiles à destination des réfugiés ukrainiens sur le remboursement des soins de santé, les professionnels de garde et les vaccins. Ces informations extrêmement utiles ne sont reprises qu'en français et néerlandais. Pour la tuberculose, ces informations ne sont reprises qu'en néerlandais. Il faut vraiment veiller à ce que ces

informations très importantes et très intéressantes soient également accessibles en anglais mais surtout en ukrainien. La mutuelle Partenamut l'a fait. On doit également pouvoir le faire via ce site d'information info-ukraine.be.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les grossistes en médicaments" (55025408C)

04 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De groothandelaars in geneesmiddelen" (55025408C)

04.01 Patrick Prévot (PS): *Les grossistes qui livrent plusieurs fois par jour les 4.700 pharmacies que compte notre pays tirent la sonnette d'alarme. Ils affirment être dans une situation économique intenable, avec une marge nette qui ne serait plus que de 0,2%.*

Cette marge semble avoir pour conséquence une diminution du nombre d'acteurs dans ce secteur : on en comptait une dizaine il y a quinze ans, et ils ne sont plus que trois aujourd'hui. Selon Comeos, à l'avenir, il y a un risque d'arriver à une situation de duopole ou de monopole, avec une baisse évidente de la qualité du service, avec des conséquences pour les pharmacies et les clients.

Le nœud du problème viendrait du mode de rémunération de ces intermédiaires, payés en fonction d'un pourcentage du prix des médicaments qu'ils livrent, alors que ces prix évoluent, fort heureusement pour les patients, souvent à la baisse. Comeos plaide pour la mise en place d'un système d'indexation de la marge des distributeurs, à l'instar de ce qui se fait en France.

Monsieur le Ministre,

Les craintes des grossistes vous semblent-elles justifiées ? Craignez-vous un risque de monopolisation du secteur à long-terme ?

Estimez-vous que la Belgique devrait mettre en place un système d'indexation de la marge de ces distributeurs comme ils le réclament ?

Je vous remercie pour vos réponses.

04.02 Frank Vandenbroucke: Cher collègue, la marge du grossiste relève de la compétence du ministre de l'Économie. J'ai donc consulté ses services pour vous fournir les éléments de réponse à vos questions.

En ce qui concerne votre première question, le SPF Économie a réalisé en juin 2021 une brève analyse concernant la marge des grossistes. Elle révèle qu'en 2019, deux entreprises représentaient ensemble 68 % du chiffre d'affaires total du secteur. On observe une baisse de la marge nette moyenne pondérée entre 2014 et 2019, avec une forte chute en 2017. On observe une baisse de la marge brute d'exploitation moyenne pondérée entre 2014 et 2019, confirmant la tendance à la baisse de la marge de l'entreprise. Cela confirme la baisse de la marge nette citée par les fédérations. Le SPF Économie a calculé la marge nette moyenne pondérée pour 2019, qui était de 0,2 %.

S'agissant de votre deuxième question concernant la mise en place d'un système d'indexation de la marge des grossistes, cela demande une analyse plus détaillée, en particulier des conséquences financières que cela représenterait au niveau des soins de santé, puisque cela deviendrait alors un coût pour les soins de santé.

04.03 Patrick Prévot (PS): Si je relayais cette question, c'était pour éviter ce que vous citez dans votre réponse: 68 % du chiffre d'affaires est réalisé par deux entreprises. Comeos pointe ce fait comme une situation de duopole, voire de monopole, qui pourrait entraîner une baisse évidente de la qualité des services, mais pourrait également avoir des conséquences pour les pharmacies et *in fine*, pour les patients.

Je vous remercie d'avoir fait le relais avec le ministre de l'Économie, ce qui m'épargne de lui adresser une question. Je ne manquerai pas de revenir vers vous lorsque la réflexion aura été élargie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 **Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les moyens affectés aux formations du personnel médical en matière de violences liées au genre" (55025420C)**

05 **Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De middelen voor de opleidingen van het medische personeel omtrent gendergerelateerd geweld" (55025420C)**

05.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, vorig jaar stelde staatssecretaris Schlitz haar nationaal actieplan tegen gendergerelateerd geweld voor, een plan met 201 maatregelen. Bij weinig van die maatregelen staat er echter een concreet budget. We hebben al verschillende keren vragen gesteld aan staatssecretaris Schlitz over de concrete invulling van bepaalde maatregelen en de budgetten die eventueel voorzien zijn.

Deze specifieke vraag gaat over maatregel nummer 51, die stelt dat er middelen zullen worden vrijgemaakt voor de opleiding van medisch personeel met betrekking tot intrafamiliaal geweld, huiselijk geweld en vrouwelijke genitale verminking. Mevrouw Schlitz verwees ons naar u en ik wil u dus vragen of u een budget hebt voorzien om deze maatregel uit te voeren. We hebben in de budgetopmaak van vorig jaar gelezen dat er globaal gezien 15 % lineair wordt bespaard in de gezondheidszorg. Is dat dan geen contradictie?

Mevrouw Schlitz antwoordt niet op onze vragen en heeft ons naar u verwezen, met de vraag om de verschillende ministers verantwoordelijk te maken voor de uitvoering van dit plan.

05.02 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, j'ai déposé une question portant sur le même sujet et je m'étonne de constater qu'elle n'a pas été jointe à celle de Mme Merckx. Je souhaiterais donc savoir si je peux la poser.

Le **président**: Madame Rohonyi, votre question portant sur un sujet plus large, il semble qu'il soit préférable que vous la posiez séparément.

05.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Je vous remercie, monsieur le président. Je vais écouter la réponse donnée à ma collègue, ce qui me permettra d'étoffer ma question.

05.04 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, in de begroting, om heel precies te zijn in de BA 25 51 43 12.11.15, wordt jaarlijks een bedrag van 65.000 euro voorzien voor de opleiding van zorgpersoneel in ziekenhuizen met betrekking tot intrafamiliaal en seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking en voor het ontwikkelen van instrumenten die het zorgpersoneel moeten ondersteunen bij de detectie, behandeling en opvolging van slachtoffers van intrafamiliaal en seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking. Het klopt dat dit binnen mijn diensten gesitueerd is.

Sinds 2009 zijn er in opdracht van de minister van Volksgezondheid dan ook regelmatig opleidingscycli georganiseerd voor zorgverleners van ziekenhuizen voor de detectie, behandeling en opvolging van slachtoffers van intrafamiliaal en seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking.

Tijdens de COVID-19-pandemie werd er inzake seksueel geweld een onlineleerpad ontwikkeld voor zorgverleners van ziekenhuizen. Ook voor intrafamiliaal geweld wens ik een dergelijk onlineleerpad te laten ontwikkelen, evenals specifieke modules over de doelgroepen ouderen en kinderen binnen de genoemde leerpaden. Er wordt bekeken of er extra middelen aangewend kunnen worden in het kader van covid voor de ontwikkeling van die onlineleerpaden.

De basisopleiding inzake vrouwelijke genitale verminking wordt ook in 2022 aangeboden en zal opnieuw gefinancierd worden via de staatsbegroting in voornoemde basisallocatie. Daarnaast zullen er ook initiatieven genomen worden ter ondersteuning van de huisartsen inzake detectie, begeleiding en doorverwijzing van slachtoffers van intrafamiliaal en seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking.

05.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Dank u voor het korte, concrete antwoord. Ik heb begrepen dat er jaarlijks 65.000 euro wordt uitgetrokken. Het is alleen niet duidelijk of dit een nieuw of een bestaand budget is.

05.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik denk niet dat dit een nieuw budget is, maar ben er niet 100 % zeker van. Ik weet niet sinds wanneer dat er is.

05.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): We zullen het nummer opzoeken in het verslag en nagaan of het er vorig jaar ook al was.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen en interpellatie nr. 55025443C van mevrouw Fonck, nr. 55000268I van de heer Boukili en nr. 55027038C van mevrouw Rohonyi worden op hun verzoek uitgesteld.

06 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België" (55025448C)**

06 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique" (55025448C)**

06.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): *De Algemene Unie der Verpleegkundigen van België – kortweg AUVB – is een vzw met als doel de beoefenaars van de verpleegkunde te verenigen. Ook wil ze de belangen van de sector vertegenwoordigen en verdedigen; ze verenigt 43 beroepsorganisaties en de financiering van deze organisatie geeft aan welke rol en belang de regering aan verpleegkundigen hecht. Op de ministerraad van 18 februari kwam dit onderwerp op de agenda.*

Welke beslissing werd er genomen aangaande de financiering van het AUVB? Wat is de financiële impact en aan welke voorwaarden werd de financiering onderworpen? Wanneer gaat deze wijziging in?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, het koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de Algemene Unie der Verpleegkundigen van België – AUVB - werd goedgekeurd op de ministerraad van 18 februari 2022 en door de Koning ondertekend op 24 februari 2022. Het werd ondertussen gepubliceerd in het *Staatsblad* op 25 maart 2022. Het trad in werking op 1 april 2022. Dit koninklijk besluit heeft de programmawet van 2 januari 2001 als wettelijke basis en regelt de financieringsmodaliteiten voor een periode van drie jaar, namelijk 2022-2024.

Ten opzichte van de voorgaande jaren bevat het ontwerp geen bijkomende voorwaarden. Het is namelijk identiek aan het vorige koninklijk besluit, met uitzondering van de jaartallen en het bedrag dat jaarlijks wordt aangepast aan de index van de consumptiepijzen op 1 maart van het betreffende jaar.

Zodoende bedraagt de financiële weerslag 403.962,80 euro voor het jaar 2022. 75% van dat bedrag wordt betaald voor 31 maart of, wat 2022 betreft, in de maand die volgt op de publicatie van het koninklijk besluit. De overige 25% wordt betaald na controle van de jaarrekeningen indien voldoende gemaakte kosten in het kader van de vertegenwoordiging worden aangetoond. Het bedrag wordt uitgetrokken voor de financiering van de werkingskosten van de AUVB en de verenigingen van verpleegkundigen die er deel van uitmaken, in het bijzonder voor hun deelname aan vergaderingen van federale organen waarin zij zetelen.

06.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, uiteraard moet een organisatie van middelen worden voorzien. Het is dus een goede zaak dat dat geregeld is.

Wanneer we evenwel naar het spectrum van de verpleegkundigen kijken, is er niet altijd een een-op-eenvertegenwoordiging door de organisaties. Veel zelfstandige thuisverpleegkundigen zijn bijvoorbeeld niet aangesloten bij een beroepsvereniging. In de covidpandemie hebben we het probleem ontdekt dat we hen niet allemaal konden vinden om bijvoorbeeld PBM's te verdelen.

Bij een volgende herziening van een KB of bij een volgend overleg kan misschien eens worden nagegaan hoeveel procent van de thuisverpleegkundigen aangesloten is bij zo'n beroepsorganisatie en hoe we het kader via die organisatie zouden kunnen creëren zodat we de mensen onmiddellijk kunnen bereiken bij crisissen.

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

*La réunion publique de commission est levée à 18 h 00.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.00 uur.*