CRIV 55 **COM 982**

DE KAMER BE
LA CHAMBRE BE

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

Mardi

31-01-2023

Après-midi

Dinsdag

31-01-2023

Namiddag

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

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

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
e-mail : publications@lachambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Débat d'actualité sur la réforme des hospitalisations d'un jour et questions jointes de 1
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surcharge de travail dans les hôpitaux en raison du nombre élevé d'infections" (55032858C) 1
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surcharge des soins de première ligne et l'inquiétude des infirmiers à domicile" (55032891C) 1
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque de personnel hospitalier" (55032910C) 1
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de la liste des prestations chirurgicales pour l'hôpital de jour" (55033116C) 1
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les services de soins à domicile, l'inflation et l'intensification des hospitalisations de jour" (55033706C) 1
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La manifestation des soignants pour dénoncer la charge de travail élevée et le manque de personnel" (55033622C) 1

Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Kathleen Depoorter, Sophie Rohonyi, Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Els Van Hoof, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique**, Gitta Vanpeborgh**

Questions jointes de 20
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "La pilule du lendemain" (55032547C) 20
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pilule du lendemain et les contraceptifs" (55032899C) 20
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La levée des freins financiers à la contraception" (55033707C) 20

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 23
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Le déploiement du numéro 1733" (55032582C) 23
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le central d'urgence 112" (55032832C) 23

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des

INHOUD

Actualiteitsdebat over de hervorming van de daghospitalisaties en toegevoegde vragen van 1
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werkdruk in de ziekenhuizen door de vele infecties" (55032858C) 1
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overbelasting van de eerstelijnszorg en de bezorgdheid van thuisverpleegkundigen" (55032891C) 1
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De personeelstekorten in de ziekenhuizen" (55032910C) 1
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de lijst met chirurgische verstrekkingen in daghospitalisatie" (55033116C) 1
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De thuisverplegingsdiensten, de inflatie en de intensifiëring van daghospitalisatie" (55033706C) 1
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betoging van het zorgpersoneel tegen de hoge werkdruk en de personeelstekorten" (55033622C) 1

Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Kathleen Depoorter, Sophie Rohonyi, Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Els Van Hoof, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid**, Gitta Vanpeborgh**

Samengevoegde vragen van 20
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De morning-afterpil" (55032547C) 20
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De morning-afterpil en contraceptiva" (55032899C) 20
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het wegnemen van de financiële hinderpalen voor anticonceptie" (55033707C) 20

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 23
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De uitrol van het nummer 1733" (55032582C) 23
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De noodcentrale 112" (55032832C) 23

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van

Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 25
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Les tests HPV et les frottis" (55032587C) 25
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage du papillomavirus" (55032909C) 25

Orateurs: **Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 28
- Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Les substances chimiques présentes dans les jouets" (55032595C) 28
- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence de produits chimiques dans les jouets et l'adaptation de la réglementation en la matière" (55032923C) 28

Orateurs: **Kathleen Pisman, Barbara Creemers, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 32
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle nomenclature pour les soins de plaies à domicile" (55032788C) 32
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La modification de la nomenclature des soins de plaies pour les infirmiers à domicile" (55032856C) 32
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouvelles règles en matière de soins des plaies par des infirmiers à domicile" (55033616C) 32
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle nomenclature pour les soins de plaies" (55033700C) 32

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Kathleen Depoorter, Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'application Coronalert" (55032827C) 39

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le trajet de soins post-covid" (55032830C) 41

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 25
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De HPV-tests en uitstrijkjes" (55032587C) 25
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De HPV-screening" (55032909C) 25

Sprekers: **Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 27
- Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Chemische stoffen in speelgoed" (55032595C) 28
- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Chemische stoffen in speelgoed en de aanpassing van de toepasselijke regelgeving" (55032923C) 28

Sprekers: **Kathleen Pisman, Barbara Creemers, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 32
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe nomenclatuur voor wondzorg voor de thuisverpleegkundigen" (55032788C) 32
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wijziging van de wondzorgnomenclatuur voor thuisverpleegkundigen" (55032856C) 32
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe regels inzake thuisverpleging voor wondverzorging" (55033616C) 32
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe nomenclatuur voor wondzorg" (55033700C) 32

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Kathleen Depoorter, Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Coronalert-app" (55032827C) 39

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het zorgtraject voor postcovidpatiënten" (55032830C) 41

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de 42
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'efficacité des médicaments contre le cancer" (55032831C) 42
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les traitements onéreux contre le cancer" (55033279C) 42

Orateurs: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le report des soins dans certains hôpitaux" (55032833C) 46

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 48
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publicité des taux de décès liés au Covid-19 par hôpital" (55032835C) 48
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La transparence sur la durée d'hospitalisation et les décès liés au Covid-19 dans les hôpitaux" (55032850C) 48
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publicité des taux de décès causés par le Covid-19 par hôpital" (55032900C) 48

Orateurs: **Frieda Gijbels, Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Samengevoegde vragen van 42
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De doeltreffendheid van kankermedicijnen" (55032831C) 42
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Dure kankerbehandelingen" (55033279C) 42

Sprekers: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitstel van zorg in sommige ziekenhuizen" (55032833C) 45

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 48
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De openbaarheid van de coronasterftecijfers per ziekenhuis" (55032835C) 48
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De transparantie over de ligduur en de overlijdens door COVID-19 in de ziekenhuizen" (55032850C) 48
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronasterfte per ziekenhuis" (55032900C) 48

Sprekers: **Frieda Gijbels, Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 31 JANVIER 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 31 JANUARI 2023

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.06 uur en voorgezeten door mevrouw Frieda Gijbels.
La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 06 et présidée par Mme Frieda Gijbels.

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.
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.

01 Débat d'actualité sur la réforme des hospitalisations d'un jour et questions jointes de
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surcharge de travail dans les hôpitaux en raison du nombre élevé d'infections" (55032858C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surcharge des soins de première ligne et l'inquiétude des infirmiers à domicile" (55032891C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque de personnel hospitalier" (55032910C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de la liste des prestations chirurgicales pour l'hôpital de jour" (55033116C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les services de soins à domicile, l'inflation et l'intensification des hospitalisations de jour" (55033706C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La manifestation des soignants pour dénoncer la charge de travail élevée et le manque de personnel" (55033622C)
01 Actualiteitsdebat over de hervorming van de daghospitalisaties en toegevoegde vragen van
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werkdruk in de ziekenhuizen door de vele infecties" (55032858C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overbelasting van de eerstelijnszorg en de bezorgdheid van thuisverpleegkundigen" (55032891C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De personeelstekorten in de ziekenhuizen" (55032910C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de lijst met chirurgische verstrekkingen in daghospitalisatie" (55033116C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De thuisverplegingsdiensten, de inflatie en de intensifiëring van daghospitalisatie" (55033706C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betoging van het zorgpersoneel tegen de hoge werkdruk en de personeelstekorten" (55033622C)

01.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik weet niet wat u vanmorgen gedaan hebt, maar ik was in de straten van Brussel met het zorgpersoneel. Dat was massaal op straat. Er waren meer dan 22.000 personen uit Vlaanderen en Wallonië uit de zorgsector, en ook veel mensen uit de ziekenhuizen. De witte woede is op straat, ik weet niet of u naar hen heeft geluisterd.

J'ai entendu ce matin de nombreux témoignages de manifestants. J'étais dans le train de Charleroi à Bruxelles avec ceux qui venaient descendre dans la rue. Ils disent tous la même chose. Ils disent qu'ils

01.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Ce matin, j'ai manifesté avec plus de 22 000 travailleurs du secteur des soins de santé à Bruxelles.

Veel van de demonstranten hebben vanochtend verklaard dat ze

ont choisi le métier des soins dans un hôpital pour être auprès des patients, pour pouvoir les écouter et les accompagner, pour faire un travail humain. Et, aujourd'hui, ils sont considérés comme des robots, qu'il s'agisse d'ailleurs des patients ou du personnel; le personnel doit toujours travailler plus, être plus productif, courir derrière les patients, courir dans l'hôpital. Finalement, ces membres du personnel perdent le sens de leur choix. La pression sur le personnel est énorme, monsieur le ministre.

J'ai pu parler avec plusieurs personnes qui travaillent entre autres dans des services de chirurgie, de vos récents plans visant à stimuler les hospitalisations de jour. Ils disaient qu'ils voyaient mal un patient avec une prothèse de hanche entrer le matin et sortir le soir - il s'agit souvent de personnes âgées. C'est le cas pour de nombreuses opérations pour lesquelles vous avez aujourd'hui prévu que les patients ne restent qu'un jour à l'hôpital. Finalement, cette réforme pour stimuler les hospitalisations de jour, que vous avez mise en place depuis début janvier, est dans la droite ligne des économies qui ont été réalisées ces 20 dernières années. Cela m'étonne et j'aurais attendu autre chose de vous. On a vu les durées d'hospitalisation devenir de plus en plus courtes. Cela veut dire, pour le personnel, une intensification de la charge de travail, parce que les patients qui sont là le sont moins longtemps, et sont plus malades. Quant au patient, il se fait renvoyer très rapidement de l'hôpital et il rentre à la maison encore très malade. Il doit organiser les soins à domicile. C'est beaucoup plus lourd qu'avant pour les prestataires de soins à domicile.

Monsieur le ministre, est-il exact que, comme stipulé dans votre communiqué de presse, un tiers des opérations pour lesquelles aujourd'hui les malades restent hospitalisés plusieurs jours, devraient avoir lieu de manière à les faire quitter l'hôpital le jour même. Sur quoi allez-vous vous baser pour calculer cela? En avez-vous parlé avec le personnel et les syndicats? Comment êtes-vous arrivé à ce calcul? Ne craignez-vous pas que ce soit une nouvelle surcharge qui s'annonce pour le personnel?

Ik had ook graag details over die specifieke lijsten gekregen. Wij hebben wel de A-lijst gevonden in uw persbericht, maar niet de B-lijst. Ik heb die aangevraagd, maar nog niet gekregen. Ik heb daarover een mail naar mevrouw Schellens gestuurd. Ik had graag geweten hoe u die B-lijst hebt samengesteld. Op de B-lijst staan de hospitalisaties die in een daghospitaal moeten gebeuren. Kunt u uitleggen waarop u zich hebt gebaseerd? Is het waar dat mensen na een knieprotheseoperatie of een heupprotheseoperatie op de dag zelf naar huis moeten gaan?

Werd overleg met de vakbonden gepleegd over de daghospitalisatiepolitiek? Wat waren hun standpunten daarover? Vindt u niet dat dit zorgt voor een verhoging van de druk op het ziekenhuispersoneel?

Hebt u overleg gepleegd met de thuiszorg over deze hervorming? Dit betekent immers meer werk voor de huisartsen maar ook voor de thuisverpleegkundigen, voor wie het allemaal zwaarder wordt. Hebt u daarmee rekening gehouden? Is daarover overleg gepleegd? Hoe is dat overleg geweest? Denkt u ook niet dat dit voor extra werklast zorgt voor zowel de huisartsen als de thuisverpleegkundigen? Ik las in de krant zelfs over een ziekenhuisdirecteur die zei dat de huisarts nog langs zou moeten gaan als iemand 's avonds wordt ontslagen. Het lijkt mij vrij onrealistisch om dat te realiseren. De huisartsen zijn al zwaar overbevraagd. Ik had daarover graag meer geweten.

voor een job in de gezondheidszorg gekozen hadden om dicht bij de patiënten te staan en dat ze thans als robots beschouwd worden en dat alles om de productiviteit draait. Het personeel staat enorm onder druk.

Uw plan om dagopnames te stimuleren ligt in de lijn van de besparingen van de afgelopen 20 jaar. Ik had iets anders van u verwacht. De patiënt heeft geen tijd om te herstellen voordat hij naar huis gaat. Zo zal er in de ziekenhuizen en in de thuiszorg nog intensiever gewerkt moeten worden.

Op basis van welke criteria kunt u stellen dat een derde van de operaties die een meerdaagse hospitalisatie vereisen op één dag kan worden uitgevoerd? Hebt u het personeel en de vakbonden geraadpleegd? Vreest u niet dat het personeel overbelast zal raken?

Nous souhaiterions recevoir la liste des hospitalisations qui peuvent se dérouler en hospitalisation de jour. Sur quels critères cette liste est-elle basée? Est-il exact que le placement d'une prothèse du genou ou de la hanche doit se dérouler en hospitalisation de jour? S'est-on concerté avec les syndicats? Cette situation n'entraîne-t-elle pas une pression accrue sur le personnel hospitalier? S'est-on concerté avec les acteurs des soins à domicile et les médecins généralistes, qui auront, de ce fait, davantage de travail? De nombreuses assurances hospitalisation n'interviennent pas pour des hospitalisations de jour, mais bien en cas de nuitée. A-t-on réfléchi aux frais supplémentaires que cette situation entraînera pour les patients? Quelle est la réponse du ministre au personnel des soins qui a manifesté ce matin?

Vreest u niet dat de patiënten de thuiszorg zullen uitstellen? Daarover kregen we ook veel berichten. Ik heb de vrees dat ik als huisarts bij mensen zal terechtkomen die niet de gepaste thuiszorg hebben gekregen.

De meeste hospitalisatieverzekeringen komen niet tussen in daghospitalisaties, wel bij een overnachting. Is er nagedacht over de extra kosten die dit met zich zal meebrengen?

Wat denkt u van de betoging van vanmorgen, waarbij 22.000 mensen op straat kwamen tegen de hoge werkdruk bij het zorgpersoneel in de ziekenhuizen. Wat is uw antwoord daarop? Hebt u de vakbonden ontvangen?

01.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, vanmorgen waren er heel veel mensen op de been om aan te klagen dat het niet meer houdbaar en werkbaar is in de zorg. De werknemers zitten op hun tandvlees, al een hele tijd. Daarbovenop komt de beslissing waarin u hebt aangegeven dat de eerstelijnszorg, de zorg bij de thuisverpleegkundigen nog zal toenemen. Er zullen immers meer daghospitalisaties komen, met als gevolg dat er meer zorg thuis noodzakelijk zal zijn voor de revaliderende patiënten. We zitten al met een zorg die op haar tandvlees zit. We zitten met een griepepidemie, met RSV-epidemieën. We hebben nog de uitloper van de coronagolven en toch ook de uitgestelde zorg van de coronagolven. Dan bent u nog een hervorming aan het voorbereiden rond de zorg- en leerladder van de verpleegkundigen die ook een effect zal hebben op de thuisverpleegkundigen.

Bent u zich eigenlijk bewust van de situatie vandaag?

Hoe zal u het aanpakken?

Op het terrein hoor ik dat een aantal zorgtaken in de thuiszorg niet meer rechtstreeks zullen kunnen worden uitgevoerd door HBO5-verpleegkundigen, door zorgkundigen en dergelijke. Zal u in voldoende capaciteit voorzien voor thuisverpleegkundige zorg?

Hebt u overleg gehad met de verschillende organisaties van de thuisverpleegkundigen?

Hebt u overleg gehad met de patiëntenverenigingen?

Bent u eventueel bereid in praktijkondersteuning te voorzien voor de huisartsen die ook extra lasten op zich zullen krijgen? De patiënt die na een operatie thuiskomt en meteen een huisarts nodig heeft, moet er wel een vinden. Dat is een heel groot probleem in Vlaanderen, maar zeker ook in de grootstedelijke gebieden, zoals in Brussel. Dat was vandaag nog in het nieuws.

Hebt u onlangs onderzoek gevoerd naar het psychologisch en geestelijk welzijn van de eerstelijnszorgverstrekkers, namelijk de huisartsen, de apothekers, de thuisverpleegkundigen, maar ook de medewerkers van urgentie- en spoeddiensten? Zijn daar stappen nodig?

Hoe wilt u extra veerkracht in die thuiszorg, thuisverpleegkundigen en de huisartsenzorg injecteren?

Voorzitter: Thierry Warmoes.
Président: Thierry Warmoes.

01.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): La charge de travail n'est pas tenable dans le secteur des soins de santé. La décision du ministre d'augmenter le recours aux hospitalisations de jour augmentera encore davantage la pression sur les soins de première ligne. La réforme relative à l'échelle de soins et d'apprentissage du personnel infirmier aura un effet sur les soins à domicile. Le ministre est-il bien conscient de la situation?

Le ministre prévoira-t-il une capacité suffisante pour les soins infirmiers à domicile? Une concertation a-t-elle lieu avec les organisations d'infirmiers à domicile et les associations de patients? Un appui pratique est-il possible pour les médecins généralistes, qui verront également leur charge de travail augmenter? Les patients qui rentrent chez eux après un séjour à l'hôpital doivent pouvoir trouver un médecin généraliste s'ils en ont besoin. Or, ce n'est pas évident. Le bien-être psychique des prestataires de soins de première ligne a-t-il été sondé? Des initiatives sont-elles nécessaires à cet égard? Comment le ministre entend-il accroître la résilience des infirmiers à domicile et des médecins généralistes?

01.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, la grève nationale de ce jour est observée par le secteur non marchand, donc aussi par le personnel des soins de santé qui vous lance un véritable cri de détresse - comme il le fait depuis très longtemps. Au demeurant, cette grève s'inscrit dans un contexte sanitaire difficile, puisque cela fait de nombreuses semaines que les hôpitaux tirent la sonnette d'alarme face au pic d'infections respiratoires qui conduisent les urgences au bord de la saturation. En effet, on parlait encore de 2 632 lits fermés au 21 janvier par manque de personnel. Cela représente quand même 5 % de l'ensemble des places disponibles.

Comme nous pouvons l'observer au cours de nos visites de terrain, cette pénurie de personnel pousse aussi nombre de services hospitaliers à faire preuve d'ingéniosité pour la pallier et réagir aux hospitalisations toujours plus courtes, donc aussi au *turnover* toujours plus élevé de patients à gérer: par exemple, par l'appel d'intérimaires, le rappel de personnel en congé, le renfort d'infirmiers habituellement affectés à des tâches logistiques ou administratives. De même, les lits en soins intensifs sont superposés, plusieurs patients doivent sortir précipitamment, tandis que 12 à 24 % des opérations chirurgicales sont reportées. Cette situation, monsieur le ministre, est tout simplement intenable et fait craindre, à raison, aux soignants une baisse drastique de la qualité des soins prodigués aux patients.

Monsieur le ministre, mes questions rejoignent les préoccupations exprimées par mes collègues. Continuez-vous de considérer que la situation reste "sous contrôle" au regard de la saturation des hôpitaux ou bien est-elle inquiétante? Quelles sont les régions du pays les plus touchées par cette surcharge et pour quelles raisons? Qu'est-il prévu en cas de saturation généralisée des hôpitaux belges, comme ce fut le cas lors de la crise covid? Le gouvernement a-t-il déjà évoqué cette éventualité? Que répondez-vous aux soignants qui, pour le moment, doivent sacrifier leurs congés, leur vie sociale et familiale, mais aussi et surtout leur santé, afin d'éviter la catastrophe? Et puis, à travers la manifestation de ce mardi, ils plaident pour une véritable revalorisation de leur secteur. Quand celle-ci, tant promise par votre gouvernement, deviendra-t-elle enfin réalité?

01.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): De non-profitsector doet mee aan de nationale staking van vandaag, ook het zorgpersoneel. Dat werkt in een moeilijke context: de ziekenhuizen waarschuwen voor de piek in het aantal respiratoire infecties, waardoor de urgentiediensten overbelast dreigen te worden. Het personeelstekort noopt de ziekenhuisdiensten tot creatieve oplossingen: er worden uitzendkrachten ingeschakeld, personeel wordt teruggeroepen uit vakantie, er wordt versterking gezocht bij personeel dat normaal gezien logistieke of administratieve taken uitvoert, patiënten worden vroegtijdig ontslagen en operaties worden uitgesteld.

Is de situatie onder controle, of moeten we ons zorgen maken? Welke landsdelen worden het zwaarst getroffen door die overbelasting van de gezondheidszorgdiensten? Wat gebeurt er als alle diensten met een capaciteitstekort kampen? Wat antwoordt u diegenen die hun vakantie, hun gezinsleven en hun gezondheid moeten opofferen om rampscenario's te vermijden? Wanneer zal de opwaardering van de gezondheidszorgberoepen een feit zijn?

Le **président**: Madame Fonck, vous avez une question un peu plus pointue sur la réforme de la liste des prestations chirurgicales pour l'hôpital de jour.

01.04 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je ne peux évidemment pas passer à côté de la manifestation d'aujourd'hui. Je reviens sans cesse vers vous à ce sujet. Pour moi, la priorité absolue, numéro un, qui est à concrétiser en politique de santé, est un plan d'attractivité pour les soignants. L'urgence est encore plus vitale pour le métier d'infirmier. Des propositions très concrètes existent depuis des années. Maintenant, il faut des actes. Reporter à la prochaine législature, c'est vraiment prendre un risque majeur en matière de qualité des soins.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'hospitalisation de jour, les listes A et B ont été adaptées. On connaît le taux d'ambulatorisation aujourd'hui en Belgique. Il est aux alentours de 53 %. On ne peut pas dire qu'il n'y avait rien jusqu'à aujourd'hui, bien au contraire. Mais il est vrai que certains points m'interpellent dans votre approche.

Cela existe dans énormément de pays. Ne serait-ce pas utile de fixer un objectif d'ambulatorisation, pas dans l'année ni dans les deux ans, en laissant de l'espace aux hôpitaux, ainsi que la faculté de choisir les

01.04 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Zoals door de betoging van vandaag aangetoond wordt, moet de realisatie van een plan om het beroep van zorgverlener aantrekkelijker te maken de topprioriteit van het gezondheidsbeleid zijn. Sinds jaar en dag liggen er voorstellen op tafel om dat te bewerkstelligen. We moeten nu de daad bij het woord voegen. Indien we dit weer uitstellen tot de volgende legislatuur, nemen we een groot risico wat de zorgkwaliteit betreft.

De A- en de B-lijst van daghospitalisaties werden aangepast. Het percentage ambulante zorg schommelt rond de 53 %. Zou het

modalités pour l'atteindre? Il faudrait aussi et surtout garantir un financement qui motiverait les hôpitaux à pratiquer l'ambulatorisation. L'effet pervers de l'ambulatorisation est que cela ampute le budget des hôpitaux. On pourrait très bien imaginer une prime de financement pour les hôpitaux qui atteignent ce taux.

Quel est l'impact financier sur les hôpitaux? A-t-il été mesuré, calculé, modélisé? On parle d'une estimation de 221 000 interventions qui basculeraient de l'hospitalisation classique à l'hôpital de jour. Qu'est-ce que cela donne en termes macro et micro comme impact budgétaire? Ce n'est que comme cela que l'on pourra réellement développer et renforcer l'ambulatorisation.

Vous présentez l'hospitalisation de jour comme permettant de compenser les pénuries en matière de soignants au niveau de l'hôpital. Mais en même temps, cela nécessite un *shift*, et un report de soins sur l'extra-hospitalier. Pour pouvoir y faire face, avec des hospitalisations de jour, il est nécessaire d'avoir plus de médecins généralistes, plus d'infirmiers à domicile pour pouvoir prendre les patients en charge. Or, les pénuries ne sont pas que dans les hôpitaux. Elles existent aussi dans les maisons de repos et au niveau des soins à domicile. Tout ce volet de coordination de l'après-intervention chirurgicale et de l'hospitalisation de jour est-il renforcé? Comment? A-t-on une vision claire de cela? Je n'ai rien entendu à ce propos.

Enfin, je terminerai sur le volet de la liste B qui tient compte des spécificités des patients plus âgés, de plus de 75 ans, et de patients qui ont eu une ou plusieurs autres maladies chroniques. On sait que ce sont des cas plus lourds.

Je me permettrai ici d'insister sur ce sur quoi je vous avais également interpellé, à côté de la prise en compte des patients plus âgés et des patients avec d'autres maladies chroniques. Au moment des discussions sur la réforme du financement des hôpitaux, vous aviez accepté - vous m'aviez quelque part promis - de prendre en compte la dimension sociale des patients. Cela ne semble pas le cas ici. Pouvez-vous m'éclairer à ce sujet? Comment le justifiez-vous?

Par ailleurs, la réalité complexe de personnes qui sont porteuses de handicaps sera-t-elle également prise en compte? Cela me semble fondamental pour ces patients. Une approche spécifique est nécessaire. Je vous remercie.

niet nuttig zijn om naar het voorbeeld van andere landen een streefcijfer vast te stellen en de ziekenhuizen enige bewegingsruimte te gunnen bij de keuze van de modaliteiten om dat doel te bereiken? Om hen daartoe te motiveren moet de financiering gegarandeerd worden, want één van de perverse neveneffecten van het ambulant maken van zorg is dat het ziekenhuisbudget een knauw krijgt. Voor de ziekenhuizen die dat streefcijfer halen zou er in een financieringspremie voorzien kunnen worden.

Werd de financiële impact op de ziekenhuizen gemeten? Naar schatting zou er voor 221.000 ingrepen van een klassieke ziekenhuisopname op een daghospitalisatie overgestapt worden.

U zegt dat de daghospitalisaties het tekort aan zorgpersoneel compenseren, maar die daghospitalisaties leiden ook tot een verschuiving van de verstrekkingen naar de extramurale zorg. Dit vereist dus een groter aantal huisartsen en thuisverpleegkundigen. Ook de woonzorgcentra en de thuiszorg kampen echter met personeelstekorten. Wordt de postoperatieve coördinatie versterkt?

Wat lijst B betreft, waarbij er rekening gehouden wordt met de specifieke kenmerken van patiënten ouder dan 75 jaar die aan chronische ziekten lijden, houdt men zich, in tegenstelling tot waartoe u zich tijdens de bespreking van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering verbonden hebt, over de sociale dimensie van de patiënten op de vlakte. Hoe rechtvaardigt u dat?

Wordt er rekening gehouden met de complexe realiteit van personen met een handicap?

01.05 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, mijn vraag vloeit voort uit de actie van de thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis die gisteren plaatsvond in verschillende steden, maar ook aan uw kabinet. Volgens het Wit-Gele Kruis zijn de inkomsten die ze van de overheid krijgen onvoldoende om de sterk stijgende loonkosten te kunnen betalen.

Deze regering heeft terecht meer ingezet op nabije en ambulante zorg

01.05 **Els Van Hoof** (cd&v): Selon la Wit-Gele Kruis (Croix Jaune et Blanche), les recettes provenant de l'État ne suffisent pas à faire face à l'augmentation des coûts salariaux. Le gouvernement mise, à juste titre, davantage sur les soins de proximité et ambulatoires, mais

ter vervanging of aanvulling van residentiële gezondheidszorg door een kortere ligduur in de ziekenhuizen en een intensifiëring van het aanbod van de daghospitalisatie. Dat betekent dat er meer werk is voor thuisverpleegkundigen omdat er voor de patiënt een verschuiving van de zorg is naar waar hij meer thuishoort, namelijk in de thuissituatie.

We horen echter dat de diensten voor thuisverpleging het steeds moeilijker krijgen. Ze worstelen niet alleen met de schrijnende personeelsschaarste die zich overal in de zorg voordoet, van de kinderopvang tot de woon-zorgcentra en de thuisverpleging, maar ook met financiële problemen, onder meer door de indexering van de lonen van de thuisverpleegkundigen ten gevolge van de aanhoudende inflatie die overal speelt.

Die kosten worden onvoldoende gecompenseerd door de honoraria voor de medische prestaties die deze groep verpleegkundigen levert. U hebt al inspanningen gedaan om die problematiek te verhelpen. Die zijn echter niet structureel, vandaar de vrees die er vandaag heerst bij de thuiszorgdiensten, zoals het Wit-Gele Kruis. Hun kosten zijn gestegen. De personeelskosten bedragen 64 miljoen euro door de loonindexeringen, een stijging met bijna 20 %. De inkomsten uit de ziekteverzekering volgen deze indexering niet en het Wit-Gele Kruis zal in 2022 en 2023 dus 38 miljoen moeten bijleggen uit de eigen reserves. Dat is een enorm bedrag.

Dat betekent een tekort aan inkomsten en grote verliezen in de jaarrekeningen, wat een bedreiging vormt voor het voortbestaan op lange termijn van de diensten voor thuisverpleging, terwijl ze nochtans garant staan voor de zorg die we vandaag nodig hebben in de thuiszorg.

Het risico bestaat dan ook dat er door de financiële problemen en de personeelsschaarste minder thuiszorg zal kunnen worden aangeboden, net nu wij deze nodig hebben. Ook het KCE toonde in het verleden reeds aan, met rapport 122A, dat structurele hervormingen van de financieringsmethodiek van de thuisverpleging nodig zijn en dat veel van de nomenclatuur volledig los staat van de huidige realiteit. Een modernisering en actualisering van de nomenclatuur is dringend nodig.

Hoe zult u de diensten en organisaties van thuisverpleging die met verpleegkundigen in loondienst werken – het gaat vooral over die mensen – ondersteunen in het licht van de hoge inflatie en de steeds schrijnender wordende personeelsschaarste?

Zullen de honoraria bijkomend geïndexeerd worden om de evolutie van de loonkosten te compenseren? Zijn er concrete plannen om het indexeringsmechanisme voor de individuele zorgverstrekkers in de thuisverpleging structureel aan te passen?

Komt er een herziening, een herwaardering van de financiering en de nomenclatuur voor de thuisverpleegkundigen? Dat blijkt toch wel een noodzaak op lange termijn.

Is er in een tijdspad voorzien voor die drie elementen om op die manier ook rekening te houden met de reële kosten van de diensten voor thuisverpleging?

01.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, de zorg- en welzijnssector staat onder zeer grote druk. Dit weegt ook op de mensen die daar dagelijks het beste van zichzelf geven. Ik meen dat de betogers van vandaag dat duidelijk onderstreept hebben. En terecht. Wij

il en résulte une charge de travail accrue pour les soins infirmiers à domicile. Les soins à domicile sont toutefois confrontés à de plus en plus de difficultés en raison de la pénurie de personnel et de la hausse des salaires due à l'indexation. Les coûts sont insuffisamment compensés par les honoraires liés aux prestations médicales.

Le ministre a déjà consenti des efforts, mais ces efforts ne sont pas structurels. En 2022 et cette année, la Wit-Gele Kruis devra puiser 38 millions d'euros dans ses propres réserves pour payer les salaires. Les dépenses représentent une menace pour la pérennité des services de soins à domicile. Selon le Centre d'Expertise, le financement des soins infirmiers à domicile doit être réformé structurellement, tout comme la nomenclature, qui est totalement déconnectée de la réalité. Le ministre s'attaquera-t-il à ce problème?

Comment le ministre entend-il soutenir les organisations de soins infirmiers à domicile employant du personnel infirmier salarié? Est-il envisagé d'adapter le mécanisme d'indexation pour les prestataires de soins infirmiers à domicile? Un calendrier est-il prévu pour ces mesures?

01.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le secteur des soins et de l'aide sociale est soumis à une très forte pression, qui pèse également

moeten blijven investeren in de zorg. Wij moeten ook hervormen. Ik meen dat we op alle fronten maatregelen nodig hebben, grote en soms kleine. Wij moeten elke dag opnieuw een beleid maken, en dat is ook wat we doen.

Laat mij om te beginnen zeggen dat het jaar 2023 voor de werkgevers in de sector, en daardoor dus ook voor iedereen die in de sector werkt, financieel bijzonder moeilijk is, wegens de stijgende prijzen, de stijgende loonkosten, de energiefactuur. Het is dus zaak geweest te zorgen voor de nodige overbrugging. Wij hebben met de federale regering beslist voor dat moeilijke jaar 2023 een zuurstofballon te geven aan de hele zorg- en welzijnssector, dus ook aan de regionale sectoren, aan de gehandicapteninstellingen, aan alle non-profitinstanties onder de bevoegdheid van de gemeenschappen. Wij geven die zuurstofballon voor het jaar 2023, om een overbrugging te kunnen helpen maken van 418 miljoen euro.

Die 418 miljoen euro wordt gecreëerd door de vermindering van de patronale bijdragen, waarvan meer dan de helft, 223 miljoen, eigenlijk een betalingsuitstel tot 2025 is, en waarvan 195 miljoen een verworven extra injectie van middelen voor dit jaar is. Is dat op zichzelf zaligmakend? Neen, maar u zult het met mij eens zijn dat 418 miljoen zuurstof om het moeilijke jaar 2023 financieel te overbruggen, wel belangrijk is, zowel voor de federale zorgsector als voor alles wat aan zorg en welzijn wordt gerealiseerd in de regio's.

Daarnaast ontwikkelen wij elke dag opnieuw een beleid. Ik wil daar niet zelfgenoegzaam over zijn. Er zijn vaak reacties op moeilijke problemen, maar ik wil de terechte problemen die opgesomd zijn even een voor een overlopen. Om te beginnen, is er de thuisverpleging. De thuisverplegingssector krijgt federaal een belangrijk extra budget. Dat budget wordt om te beginnen geïndexeerd met meer dan 8 %, met een indexmassa van 156 miljoen euro. Begin 2024 volgt opnieuw een belangrijke indexering. Dat indexeringsmechanisme werkt met vertraging. Daar kom ik straks even op terug, maar ik vind het wel belangrijk dat er in alle federale zorgsectoren een gegarandeerde indexering is. Op het federale niveau garanderen wij de indexering. Die komt met wat vertraging, wat de honoraria betreft. Daarvoor nemen we ook extra maatregelen.

De thuisverpleging kan om te beginnen ook genieten van een deel van de 418 miljoen waarover ik sprak. Voor de thuisverpleging gaat het over een zuurstofballon van 9 miljoen euro, wat de gesalarieerden betreft. De kleine helft is verworven, de grote helft is een betalingsuitstel dat moet helpen om dit jaar te overbruggen.

Daarnaast hebben we beslist om 5 miljoen euro extra in te zetten als een bijzondere compensatie voor de gestegen kosten voor de thuisverpleging. We zullen de trimestriële forfaitaire tegemoetkoming voor specifieke kosten van diensten thuisverpleging verhogen met zo'n 2.000 euro, als die een voldoende omvang hebben. Het besluit ter zake wordt op maandag 6 februari goedgekeurd op het verzekeringscomité. De 5 miljoen waarvan ik sprak zal dus aankomen in de sector.

Voor de hele federale zorgsector leggen we 100 miljoen euro extra op tafel voor de prijs- en kostenstijgingen, voor wie geconventioneerd is welteverstaan. Dat is voor de thuisverpleging zeer interessant, want van die 100 miljoen gaat er 26 miljoen naar de thuisverpleging, omdat daar zoveel geconventioneerden zijn. In feite is het een sector die slechts 16 % van het budget vertegenwoordigt.

sur les personnes qui y travaillent. C'est pourquoi nous devons continuer à investir et à réformer.

En raison de la hausse des prix, des coûts salariaux et des factures d'énergie, l'année 2023 sera une année particulièrement difficile sur le plan financier pour les employeurs du secteur. C'est pourquoi le gouvernement a décidé de dégager un montant de 418 millions d'euros afin de permettre au secteur de surmonter cette période difficile. Ce montant est destiné à l'ensemble du secteur des soins et de l'aide sociale, y compris aux établissements relevant de la compétence des communautés. Il s'agit plus spécifiquement d'un report de paiement des cotisations patronales, à raison d'un montant de 223 millions d'euros, ainsi que d'une injection supplémentaire de 195 millions d'euros.

Par ailleurs, nous cherchons chaque jour des solutions aux problèmes qui ont été évoqués.

Le budget des soins infirmiers à domicile est indexé de plus de 8 %. Une nouvelle indexation majeure suivra début 2024. L'indexation fonctionne, certes, avec un certain retard, mais elle sera mise en œuvre dans tous les secteurs fédéraux des soins de santé. Nous avons également pris des mesures supplémentaires. Par exemple, sur les 418 millions d'euros précités, 9 millions d'euros seront réservés aux soins infirmiers à domicile; un peu plus de la moitié de ce montant concerne un report de paiement qui doit permettre de couvrir l'année.

Nous injecterons également 5 millions d'euros supplémentaires dans les soins à domicile à titre de compensation exceptionnelle pour l'augmentation des coûts. Dans ce cadre, nous majorerons d'environ 2 000 euros l'intervention forfaitaire trimestrielle pour les coûts spécifiques des services de soins à domicile. L'arrêté en la matière sera approuvé en Comité de l'assurance, le 6 février.

Mevrouw Van Hoof, u sprak van een probleem van 38 miljoen, maar als ik de som maak van 9 miljoen euro aan bijdragevermindering, 5 miljoen voor extra ondersteuning en 26 miljoen aandeel in de 100 miljoen voor bijkomende ondersteuning voor stijgende kosten, dan kom ik aan een inspanning van 40 miljoen euro voor de thuisverpleging in de begroting van 2023. Dat is 40 miljoen euro voor de thuisverpleging boven op het investeringsmechanisme waarin voorzien is, dat inderdaad met vertraging werkt, maar in 2024 op volle kracht zal zijn. Daarnaast zijn we aan het bekijken hoe we met de middelen van het Zorgpersoneelsfonds kunnen werken zodat ook acute liquiditeitsproblemen van de sector opgevangen worden.

Ten slotte heb ik aan het RIZIV gevraagd om een volledig onderzoek te doen van de bestaande prijsindexeringsmechanismen, om te kijken hoe we die billijker en efficiënter kunnen maken over alle sectoren heen. Het voorgaande komt erop neer dat er geld wordt bijgestoken, omdat de indexering met vertraging wordt toegepast.

We leveren dus belangrijke inspanningen voor de thuisverpleging. Daarmee zijn evenwel niet alle problemen opgelost. De thuisverpleging moeten we ook vragen in de spiegel te kijken en waar nodig te hervormen. Bijvoorbeeld ligt de vraag voor of de vele verplaatsingen, soms in hetzelfde gebied door met elkaar concurrerende diensten, efficiënter kunnen worden georganiseerd. Ook is de sector de uitdrukkelijke vraag gesteld om oneigenlijk gebruik onder de loep te nemen. Soms is er zelfs sprake van regelrechte fraude. Het doel is te komen tot een zo goed mogelijke inzet en een goede taakafbakening van deze zeer belangrijke sector.

Een volgend onderwerp betreft de huisartsen. Om te beginnen zullen we grote investeringen doen in de huisartsenwachtposten. We moeten een probleem oplossen dat een erfenis is van de voorbije jaren, namelijk de belofte om het oproepnummer 1733 overal goed te gebruiken. Daarvoor zijn er te weinig middelen, maar heb ik 3,29 miljoen euro extra in de begroting 2023 ingeschreven, zodat het 1733-systeem, dat ook de huisartsen moet helpen om de patiënten goed te oriënteren, verder kan worden uitgerold. De bedoeling is dat midden 2024 alle huisartsenwachtposten aangesloten zijn op het triagenummer. Ten tweede is het belangrijk dat we de financiering van de weekwachten hebben goedgekeurd. Verschillende projecten zijn al operationeel en het RIZIV ontvangt ook nieuwe aanvraagdossiers, die we zo snel mogelijk behandelen.

Gisteren vond een belangrijke discussie plaats in het Verzekeringscomité van het RIZIV. Er is een principiële beslissing genomen om het onthaal van de huisartsenwachtposten te versterken. We zullen het mogelijk maken dat het onthaal gedurende een aantal uren naar keuze in het weekend – maximaal 12 uur per weekend – kan worden versterkt met extra financiering. Het bedrag daarvan hangt af van de omvang van het cliënteel dat zich aandient voor de wachtpost. De bedoeling is om dat extra onthaal in de wachtpost van maximaal 12 uur per week gedurende 16 weken te financieren voor wachtposten of organisaties van wachtposten met meer dan 10.000 contacten per jaar. Wachtposten met meer dan 20.000 contacten per jaar kunnen rekenen op 32 weken extra financiering. Het RIZIV zal daarover normaal gesproken op 14 februari 2023 een definitieve beslissing nemen. Daarna kan het uitgerold worden. Wij willen heel praktisch en gericht de huisartsenwachtposten versterken.

Sur l'ensemble du secteur fédéral des soins de santé, nous dégageons 100 millions d'euros supplémentaires pour les prestataires conventionnés, afin de compenser les augmentations de prix et de coûts. Sur ce montant, 26 millions d'euros seront alloués aux soins infirmiers à domicile.

Au total, l'effort en faveur des soins infirmiers à domicile se montera donc, en 2023, à 40 millions d'euros, qui viennent s'ajouter au mécanisme d'investissement, qui n'entrera pleinement en vigueur qu'en 2024. Nous examinons également la manière dont nous pourrions recourir aux moyens du Fonds blouses blanches pour parer à des problèmes aigus de liquidités.

Enfin, j'ai demandé à l'INAMI d'étudier quelles sont les possibilités de rendre les mécanismes d'indexation des prix existants plus équitables et plus efficaces.

Toutefois, nous devons également demander au secteur des soins à domicile de se remettre en question et d'adopter les réformes nécessaires. Je pense notamment aux nombreux déplacements de services concurrents au sein d'une même région. N'est-il pas envisageable de s'organiser plus efficacement? Il convient également d'être attentif aux recours abusifs, voire à la fraude pure et simple.

En ce qui concerne les médecins généralistes, nous allons investir massivement dans les postes de garde. J'ai ainsi dégagé 3,29 millions d'euros sur le budget 2023 afin de poursuivre le déploiement du système d'appel 1733. L'objectif est de connecter tous les postes de garde au numéro de triage avant la mi-2024. De plus, nous avons approuvé le financement des gardes de semaine. Plusieurs projets sont d'ores et déjà opérationnels et de nouveaux dossiers de demande seront traités dans les plus brefs délais.

Er ligt ook 16,5 miljoen klaar om de huisartsenpraktijken in de breedte bijkomend te ondersteunen. Hoe dat precies moet gebeuren, is nog voorwerp van overleg, maar ik hoop daar ook snel te kunnen beslissen.

Wij moeten echt hervormen. Ik denk dat huisartsen het daar ook mee eens zijn. Met meer van hetzelfde zullen we er niet komen. Daarom komt er een new deal, waardoor wij een betere en sterkere organisatie van de huisartsgeneeskunde mogelijk willen maken. Ik hoop dat wij tegen maart of april een definitief voorstel daaromtrent zullen hebben. Investeren in de huisartsgeneeskunde, het versterken van de organisatie van de huisartsgeneeskunde, het versterken van de wachtposten en het versterken van de praktijken zijn zeer belangrijke werven. Wij zijn bezig beleid daaromtrent te maken.

Mevrouw Depoorter, u sprak ook over het aantal artsen. Wij hebben de instroom in de opleidingen aanzienlijk versoepeld, met de nieuwe quota die wij voorgesteld hebben. Ik ben nog steeds een beetje verwonderd dat men dat in Vlaanderen niet gevolgd heeft. Vorige zomer was daar een ingangsexamen dat te streng was in verhouding tot wat de quota toelieten. Men heeft vorige zomer 163 jonge mensen minder laten instromen in Vlaanderen in de huisartsenopleidingen en de tandartsenopleidingen dan men had kunnen doen op basis van de federale quota. Ik begrijp niet goed waarom de Vlaamse regering die ruimere federale quota niet wil toepassen. Ik hoop dat wij daarover binnenkort beter overleg krijgen, in het kader van het interfederale orgaan dat wij willen oprichten en waar wij dit soort dingen met elkaar willen bespreken.

Ik vind het een beetje jammer. Wij hebben de quota verruimd, maar de Vlaamse minister van Onderwijs heeft dat niet willen volgen. Daardoor zijn dit jaar meer dan 160 jonge mensen niet kunnen beginnen, die anders wel hadden kunnen beginnen. Maar goed, ik wil daarover niet polemiseren.

Dan kom ik aan de vragen over de ziekenhuizen. Daar is er inderdaad ook een enorme druk. Dat is een stresssituatie die nu al enkele jaren duurt. Mevrouw Rohonyi, wij volgen dat inderdaad op. In het Hospital Transport & Surge Capacity Committee is er gevraagd om de capaciteit qua bedden in de ziekenhuizen, in het bijzonder de bedden met kenletters G en D, interne geneeskunde en geriatrie, beter in kaart te brengen, om goed te bekijken waar de knelpunten zitten.

Ondertussen nemen we daar ook wel gerichte maatregelen. Ten eerste is het basisbudget van de ziekenhuizen volledig geïndexeerd, maar dat is natuurlijk maar een deel van hun werkingsmiddelen. Federaal zorgen we dus voor een volledige indexering, maar dat volstaat natuurlijk niet. Er is ook in bijkomende middelen voorzien. Zo komt er 21 miljoen euro voor investeringen in technologie die het personeel echt helpt, zodat de administratieve en technische last die onnodig op het personeel weegt, aangepakt kan worden. Er is in een eenmalig extra budget voorzien van meer dan 20 miljoen voor ondersteunend personeel. Dat zijn allemaal maatregelen bedoeld om te helpen.

Maar in de ziekenhuizen moeten we ook hervormen. Over de dagziekenhuizen bestaan er enkele misverstanden. Om te beginnen, is dit absoluut geen besparingsoperatie, wel integendeel. We investeren extra geld in de ziekenhuizen. Een tijdje geleden is beslist dat de opnames in een dagziekenhuis bijkomend gesubsidieerd worden met 9 miljoen euro. Die financiering is dus gewoon verbeterd. Door mensen op

Hier, le Comité de l'assurance de l'INAMI a décidé de renforcer pendant maximum douze heures l'accueil des postes de garde durant le week-end. Le montant alloué à cet effet dépend du nombre de patients se présentant au poste de garde. L'objectif est de financer un renfort de l'accueil pendant 16 semaines pour les postes de garde ou les organisations de postes de garde totalisant plus de 10 000 contacts par an. Les postes de garde enregistrant plus de 20 000 contacts par an peuvent prétendre à un financement supplémentaire pour 32 semaines. L'INAMI prendra une décision définitive à ce sujet le 14 février.

Nous avons également débloqué un budget de 16,5 millions d'euros pour offrir un soutien d'ampleur aux cabinets des généralistes. Le déploiement précis de ces moyens fait encore l'objet de concertations.

Je pense que les médecins généralistes sont d'accord sur la nécessité de réformer et de mieux organiser la médecine générale. J'espère émettre une proposition définitive en ce sens en mars ou en avril.

En ce qui concerne le nombre de médecins, nous avions considérablement élargi les nouveaux quotas pour les formations. Je ne comprends donc pas bien pourquoi la Flandre n'a pas suivi l'été dernier. Comme l'examen d'entrée en médecine et en dentisterie était trop strict, 163 jeunes de moins qu'autorisé par le quota fédéral ont été admis. J'espère que nous pourrons nous concerter avec le gouvernement flamand dans le nouvel organe interfédéral que nous voulons mettre en place.

Les hôpitaux subissent une pression considérable depuis plusieurs années déjà. Le Hospital & Transport Surge Capacity Committee (HTSC) dressera un état des lieux de la capacité dans les hôpitaux, afin que nous sachions où se situent les blocages.

te nemen in het dagziekenhuis in plaats van een verblijf van enkele dagen sparen de ziekenhuizen geld uit. Dat geld blijft dus in het ziekenhuis en het wordt in het bijzonder georiënteerd naar een versterking van de omkadering in het operatiekwartier, waar nu onvoldoende financiering voor is en waar er veel stress is voor het personeel. Het gaat dus niet om een besparingsoperatie, maar een investeringsoperatie. Door deze hervorming gaat er meer geld naar de ziekenhuizen.

Ik kom tot een tweede belangrijk punt. We halen nu het effect weg van een pervers systeem, omdat het ziekenhuizen om puur financiële redenen aanmoedigt niet voor het dagziekenhuis te kiezen, maar voor een klassieke hospitalisatie met overnachtingen. Dat blijft echter een keuze die de arts moet maken in overleg met zijn team en de patiënt.

Mevrouw Fonck, ik kan me vergissen maar het lijkt me geen goed idee om nu met becijferde doelstellingen te komen. Wij zetten het financieringsmechanisme recht. We halen er een perverse prikkel uit. Zodoende kunnen keuzes worden gemaakt op basis van de medische en de sociale situatie van elke individuele patiënt. De uitbreiding van mogelijkheden om patiënten in dagziekenhuis op te nemen, de uitbreiding van die A-lijst, creëert voor de ziekenhuizen een mogelijkheid waar wij betere financiering aan koppelen, maar is nooit een verplichting. Datzelfde geldt voor de B-lijst, want ook in dat geval gaat het over mogelijkheden, niet over verplichtingen.

Dans l'intervalle, nous prenons des mesures ponctuelles. Le budget de base des hôpitaux a été entièrement indexé, un montant de 21 millions d'euros sera investi dans des technologies permettant d'aider le personnel dans l'exécution de ses tâches techniques et administratives et un budget unique de plus de 20 millions d'euros a été dégagé pour le personnel d'appui.

Toutefois, les hôpitaux devront également mettre en œuvre des réformes. La réforme des hospitalisations de jour n'est pas une opération d'économie. Au contraire, les hôpitaux de jour recevront une subvention supplémentaire de 9 millions d'euros. En traitant les patients dans l'hôpital de jour au lieu de les hospitaliser pendant quelques jours, les hôpitaux économisent également de l'argent qui pourra ensuite être utilisé pour un meilleur encadrement dans le bloc opératoire. Nous supprimons également l'incitant financier pervers qui encourage les hôpitaux à opter, pour des raisons financières, pour une hospitalisation classique avec nuitées. En définitive, c'est au médecin qu'il appartient d'effectuer ce choix, en concertation avec son équipe et le patient.

Il me semble que ce n’est pas une bonne idée de recourir à des objectifs chiffrés. Nous corrigeons le mécanisme de financement et élargissons les possibilités pour admettre des patients en hôpital de jour. Nous y associons un meilleur financement, mais il ne s’agit jamais d’une obligation.

Mesdames Merckx et Fonck, Mme Schellens me dit que nous avons envoyé une note au secrétariat. Si vous l’avez reçue, vous disposez de toute la liste.

Mevrouw Fonck, het secretariaat heeft u de lijst bezorgd.

Ik zal niettemin enige cijfers geven.

En 2021, on a dénombré environ 195 000 cas pour les prestations qui ont été ajoutées à la liste A et 722 000 cas pour les prestations qui ont été ajoutées à la liste B, dont 89 % sont déjà effectués dans l'hôpital de jour. Là non plus, il ne s'agit pas d'une obligation mais d'une modification du système de financement.

In 2021 zijn er 195.347 of afgerond 195.000 gevallen geboekt voor de 315 nieuwe verstrekkingen die vanaf nu aan de A-lijst zijn toegevoegd. Ik heb het enkel over de ambulante codes. In 2021 werden 722.000 gevallen geboekt voor de 44 nieuwe verstrekkingen die vanaf januari aan de B-lijst zijn toegevoegd. Het gaat om ambulante en gehospitaliseerde codes.

U moet wel even de hiernavolgende nuanceringen meenemen.

In 2021 werd 89 % van de gevallen van de 44 nieuwe verstrekkingen die wij aan de B-lijst toevoegen, al in dagziekenhuis uitgevoerd. Het gros daarvan zit dus in de dagziekenhuizen. Dat gaat over 639.000 gevallen.

Mevrouw Fonck, het is belangrijk dat wij met z'n allen opmerken dat het ook daar niet om een verplichting gaat. Wij veranderen het financieringssysteem.

Madame Fonck, personnellement je ne crois pas qu'il faille venir avec un objectif chiffré. Mais cela vaut peut-être la peine d'en débattre.

Mevrouw Fonck, mijns inziens is het niet nodig om een streefcijfer naar voren te schuiven.

Deze lijst is gebaseerd op uitvoerige adviezen van de wetenschappelijke verenigingen, van experts en van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Dat zijn de instanties die we daarover moeten raadplegen en dat hebben we dan ook gedaan. Dat blijft hoe dan ook een verhaal van mogelijkheden, niet van verplichtingen.

Cette liste se base sur l'avis d'experts et du Conseil fédéral des établissements hospitaliers. La presse a interprété qu'il s'agissait d'une réaction à la pénurie de personnel, mais la mesure avait déjà été préparée bien avant. Certains hôpitaux pourront ainsi effectivement déployer leur personnel plus efficacement, mais il ne s'agit pas d'un remède miracle à la pénurie de personnel dans les soins de santé. La mesure induit également un report vers les soins à domicile, mais il sera progressif. Nous devons faire en sorte que le secteur des soins infirmiers à domicile et la première ligne puissent y faire face.

Als u mij vraagt wat dit motiveert, is dat niet een soort van plotse reactie op personeelstekort. Dat werd zo geïnterpreteerd in de pers omdat we daar op 1 januari mee gekomen zijn en we personeelstekorten hebben. Er zijn ziekenhuizen die zeggen dat het hen helpt omdat ze supervisie uitsparen, als ze nachten uitsparen. Maar, eerlijk gezegd, dit is lang voorbereid. Dit is niet een plotse beslissing, maar lang voorbereid. Er zijn ziekenhuizen die op die manier hun personeel beter kunnen inzetten. Dit is geen wonderoplossing voor personeelstekorten en, inderdaad, in de eerste lijn, in de thuisverpleging, in de thuiszorg, is er natuurlijk bijkomend werk. Ook dat moeten we wel nuanceren. Vele patienten komen na twee of drie dagen thuis en draadjes uitnemen, is iets dat hoe dan ook moet gebeuren na tien dagen, dat verandert niet. We zullen niet ontkennen dat dit bijkomende zorgen met zich meebrengt, maar eerlijk gezegd denk ik dat de beweging geleidelijk zal zijn. De verantwoordelijkheid is inderdaad ervoor te zorgen dat de thuisverpleging en de eerste lijn dit aankunnen. Ik kom dadelijk nog bij een fundamentelere kwestie.

Madame Fonck, je crois que vous avez raison et qu'il faut toujours voir les choses dans leur ensemble. Ce n'est pas seulement la dimension purement médicale d'un traitement, mais aussi le contexte social d'un patient qui déterminent sa capacité d'avoir une intervention en hôpital de jour ou de préférer rester une ou deux nuits à l'hôpital. Outre ce dialogue, il faut fournir les moyens nécessaires aux hôpitaux qui ont beaucoup de patients socialement précaires. C'est la raison pour laquelle j'ai pris l'initiative de demander au Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers un avis visant à réformer le financement actuel du profil social des patients – la sous-partie B8 du budget des moyens financiers des hôpitaux. Ces critères datant de la période 2004-2009 doivent certainement être adaptés. Il faut examiner si le vrai profil d'un hôpital qui a beaucoup de patients socialement précaires est bien reconnu via ces critères.

Men moet de medische dimensie van een behandeling in overweging nemen, maar ook de sociale context, die bepalend is voor de keuze tussen daghospitalisatie en een verblijf van één of twee nachten. Men moet middelen uittrekken voor de ziekenhuizen waar veel patiënten in een armoedesituatie verzorgd worden.

Daarom heb ik een advies gevraagd aan de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) om de actuele financiering van het sociale profiel van de patiënten (onderdeel B8 van het budget financiële middelen van de ziekenhuizen) te hervormen. Die criteria, die van de periode 2004-2009 dateren, moeten aangepast worden.

Ik zou tot slot nog dit willen zeggen. Wij moeten natuurlijk in de nodige financiële middelen voorzien. Wij moeten voor elke dag beleid maken. Ik wil daar ook niet zelfgenoegzaam over zijn. Ik denk wel dat er over het verpleegkundig beroep een fundamentele reflectie nodig is. Mevrouw Depoorter, ik vermoed dat wij daarover wel hetzelfde denken.

Wij hebben tienduizenden verpleegkundigen met een HBO5-opleiding. Dat zijn goede opleidingen. Wij moeten ervoor zorgen dat de mensen die deze opleiding hebben gekregen, gevaloriseerd blijven. Wij moeten die opleidingen ook een nieuwe toekomst geven. Dat is de inzet van de discussie over wat we de zorgladder noemen. Dat betekent dat men in de verpleging voor iedereen de beste plaats zoekt, zowel voor mensen met een HBO5-opleiding als voor mensen met een bachelor, voor mensen met specialisaties, mensen met een master, zelfs voor mensen die een doctoraat in de verpleging maken. Men moet daarnaast ook de talenten en de competenties van al die mensen blijven waarderen. Dat is mijn inzet.

Daarover heb ik een akkoord in de federale regering bereikt, na veel discussie. Mensen met een HBO5-opleiding willen wij als basisverpleegkundigen blijven inzetten en waarderen. Ik hoop dat ik de Europese Unie daarvan kan overtuigen. Ik heb goede hoop. Daar zit immers een deel van het probleem. Dan zullen we de volgende stap moeten zetten, met name een taakafbakening voor de basisverpleegkundigen die voldoende waardering inhoudt en voldoende jobtevredenheid en zelfstandigheid met zich mee kan brengen.

Dan is er een tweede werkgroep onder leiding van mevrouw Van Hecke, waar men toch een beetje out of the box moet nadenken over de bredere afbakening van taken in de zorgsector. Dan gaat het niet alleen over verpleegkundigen, maar wel gedeeltelijk. We zullen op een frisse manier moeten kijken naar wie wat doet. Het is een verhaal van investeren, maar het is ook een verhaal van hervormen. Dat moeten we elke dag opnieuw doen. Ik heb u gezegd wat we doen voor de thuisverpleging. Ik kom, opgeteld, tot 40 miljoen euro voor volgend jaar. Ik heb u gezegd wat we doen voor de huisartsenwachtposten. Dat zijn kleine maatregelen, maar het is de optelsom van die maatregelen die het verschil moet maken.

Voor het dagziekenhuis is er ook een extra investering van middelen. We moeten er vooral voor zorgen dat mensen die naar huis kunnen gaan dat ook mogen doen en dat de financiële regeling niet pervers werkt in de ziekenhuizen.

Ik denk dat we ook fundamenteel moeten nadenken over hoe we de talenten en competenties van eenieder maximaal kunnen valoriseren.

Tot daar mijn uitgebreide antwoord, mijnheer de voorzitter. Ik denk dat de 18.000 mensen die vandaag hebben betoogd, recht hebben op een goed debat en een reflectie over wat hen dagelijks bezighoudt.

De **voorzitter**: Daarin treed ik u volledig bij, mijnheer de minister.

01.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, merci pour les quelques explications, mais vous ne m'avez pas dit si vous vous étiez concerté avec les syndicats ou si vous les aviez reçus. Quand je vous entends, j'ai l'impression qu'il y a vraiment un décalage entre, d'une part, l'explication que vous venez de donner et, d'autre part, le cri d'alarme lancé par les acteurs de terrain et leur demande de financement supplémentaire pour les salaires et les hôpitaux.

Les moyens financiers nécessaires doivent être disponibles et il faut engager une réflexion fondamentale sur la profession infirmière. Nous disposons de dizaines de milliers d'infirmiers ayant une formation HBO5. Il faut valoriser les talents et les compétences de ces personnes. Nous devons également offrir un nouvel avenir à ces formations. Tel est l'enjeu de la discussion sur l'échelle de soins. Tout le monde doit bénéficier de la meilleure place possible, et les talents et compétences de chacun doivent être valorisés. Après de nombreuses discussions, je suis parvenu à un accord au sein du gouvernement fédéral. L'idée est de continuer à miser sur les personnes ayant une formation HBO5 d'infirmiers de base. J'espère pouvoir convaincre l'Union européenne de l'utilité de cette idée. Nous procéderons ensuite à une délimitation des tâches de l'infirmier de base qui apporte satisfaction professionnelle et autonomie.

Par ailleurs, un groupe de travail dirigé par Mme Van Hecke réfléchit à la délimitation élargie des tâches dans le secteur des soins de santé.

Les 18 000 manifestants ont droit à un débat de qualité et à une réflexion sur leurs préoccupations quotidiennes.

01.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): U hebt niet vermeld of u met de vakbonden overlegd hebt. Uw uitspraken staan in contrast met de noodkreet van de actoren in het veld die om bijkomende financie-

Aujourd'hui, vous dites que votre opération concernant les hospitalisations de jour n'est pas une mesure d'économie mais, dans votre propre communiqué de presse, vous dites qu'hospitaliser un patient coûte cher et vous montrez que vous essayez de réaliser des économies sur un poste. Aujourd'hui, vous incitez financièrement les hôpitaux à faire sortir le patient le jour même, même si cette économie a pour but de pouvoir injecter de l'argent ailleurs.

Cette opération-là, c'est donc une opération d'économie! En effet, que se passe-t-il sur le terrain? Si l'hôpital est encouragé financièrement à faire sortir le patient le jour même et s'il est pénalisé lorsqu'il le garde un jour supplémentaire, que se passe-t-il? Vous, vous vivez dans un monde de Bisounours. Vous allez parler avec le patient ou demander au médecin de faire sortir le patient plus rapidement. Vous ne vivez vraiment pas dans la réalité!

Dans la réalité, le patient est mis à la porte de l'hôpital et n'a plus qu'à se débrouiller! Le médecin traitant n'a, lui aussi, qu'à se débrouiller, voilà comment cela se passe! Depuis vingt ans, cette évolution est en cours et vous, avec cette opération précise, vous faites la même chose. Nous pensons qu'il faut sortir de cette logique productiviste, parce que c'est cela, finalement. À l'hôpital, on est payé par prestation. Il faut sortir de cette logique et faire en sorte que les hôpitaux soient financés selon les besoins. Donnez-leur les moyens dont ils ont besoin pour réfléchir eux-mêmes aux moyens d'améliorer la qualité des soins pour les patients, mais aussi la qualité du travail du personnel.

Il faut stopper l'hémorragie. À ce niveau-là, vous n'avez vraiment pas fait votre travail, et je pense que cette mesure sur les hospitalisations de jour va vraiment dans le mauvais sens.

ring vragen. Volgens u zijn de dagopnames geen besparingsmaatregel, maar in uw eigen persbericht staat te lezen dat een ziekenhuisverblijf duur is. U biedt de ziekenhuizen een financiële stimulans voor ingrepen in het dagziekenhuis. Dat is toch een besparing! Als het ziekenhuis benadeeld wordt als het een patiënt een dag langer laat blijven, zal de patiënt naar huis gestuurd worden en zich maar moeten zien te redden! Die ontwikkeling is al 20 jaar aan de gang. Men moet van die productiviteitslogica afstappen en de ziekenhuizen financieren in functie van hun behoeften. Geef de ziekenhuizen de middelen om de kwaliteit om de kwaliteit van de zorgverlening aan de patiënten en de kwaliteit van het werk van het personeel te verbeteren.

01.08 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is duidelijk dat u, voor wat betreft de daghospitalisaties en de opvolging van de zorg voor de patiënten, eerst hebt gecommuniceerd en dan pas nadenkt. Dat is niet de eerste keer.

U veronderstelt dat het allemaal wel progressief zal verlopen, maar dat zijn veronderstellingen en ondertussen zitten de mensen op het terrein met de zorgen. U zegt wel dat we de New Deal zullen installeren, maar u legt daarin de signalen die de huisartsen en de andere artsen u geven in de *Artsenkrant*, waarin ze nog altijd pleiten voor het vrij beroep, voor prestatiegeneeskunde of gedeelde prestatiegeneeskunde, naast u neer. Dat heeft niet zo heel veel te maken met uw New Deal, dus dat zal op korte termijn geen oplossing zijn.

U hebt het over de 40 miljoen euro voor de thuisverpleegkundigen, maar als zelfstandig ondernemer is men niets met een uitstel van betaling. Dat is een lapje voor het bloeden. Het probleem wordt niet echt bij de wortel aangepakt. Dat het eerste kwartaal kwijtgescholden wordt, is een beetje hulp, maar aan de essentie, het aantrekkelijker maken van het beroep van thuisverpleegkundige, doet u niets. Ik heb u voorgesteld om ervoor te zorgen dat het RIZIV-statuut van de thuisverpleegkundigen wordt gelijkgesteld aan dat van de logopedisten en de kinesisten en dat ze in plaats van een pensioenopbouw van 600 euro per jaar 2.700 euro per jaar zouden krijgen, zoals de collega-zorgverstrekkers. Dat kost 18,5 miljoen en dat kunt u direct uit het Zorgpersoneelsfonds halen. Als u dat wilt, kunt u dat perfect. U komt hier niet met een oplossing.

01.08 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Une fois de plus, le ministre a communiqué sur les hospitalisations de jour avant de réfléchir, et ce sont désormais les acteurs de terrain qui paient les pots cassés.

Les médecins généralistes continuent de plaider pour une médecine à la prestation, mais le ministre en fait fi. Son *New Deal* n'offrira pas de solution à court terme.

L'annulation des cotisations sociales du premier trimestre donne un petit coup de pouce au personnel infirmier à domicile, mais rien n'est fait pour améliorer l'attractivité de la profession. Le ministre ignore ma proposition visant à assimiler le statut du personnel infirmier à domicile à celui des logopèdes et kinésithérapeutes, mais ne propose aucune solution de son côté. Le secteur des soins infirmiers à domicile est en manque d'effectifs. Nous devons y remédier.

Wat de zorgladder betreft, het is goed dat u met Europa zult spreken, maar we moeten echt werken aan de capaciteit van de thuisverpleegkundige zorg op het terrein.

Dan is er de politique politicienne rond de artsenquota die u niet wil spelen, maar die uiteraard wel wordt gespeeld. U hebt de federale RIZIV-quota pas na het ingangsexamen gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*. Het was onmogelijk om de startquota nog aan te passen aan uw federale RIZIV-quota en dan zegt u hier dat Vlaanderen zijn taak niet heeft vervuld. U hebt een generaal pardon gegeven aan de Franstalige Gemeenschap, met al die extra artsen die in de Franstalige Gemeenschap zijn afgestudeerd en u hebt er nog aan toegevoegd. U durft nu te zeggen dat Vlaanderen er geen rekening mee houdt, maar toch hebt u in uw federale quota de ongelijke benadering van de arts in Vlaanderen ten opzichte van de arts in Wallonië opnieuw meegenomen. Het is schandalig dat u in een vergadering als deze opnieuw aan dit soort vuile politieke spelletjes meedoet.

Les quotas fédéraux pour les médecins n'ayant été publiés qu'après l'examen d'entrée, il était impossible d'encore adapter les quotas de départ. De ce fait, le ministre peut maintenant pointer du doigt la Flandre. Il accorde un pardon fédéral à la Communauté française et a réintégré l'approche inégalitaire dans les quotas fédéraux. Il est scandaleux que le ministre se prête une fois de plus à ces viles manœuvres politiciennes.

01.09 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Vous avez commencé par rappeler, très justement, que les pressions exercées aujourd'hui sur le secteur des soins impliquent un réinvestissement en cette matière. De là découle votre grande démonstration des efforts budgétaires débloqués par votre gouvernement que vous avez qualifiés de ballon d'oxygène.

Monsieur le ministre, le problème est que ce ballon d'oxygène ne suffit pas pour compenser les énormes désinvestissements observés dans les soins de santé ces dernières décennies ni pour soulager le personnel soignant épuisé par les différentes crises sanitaires successives.

À cet effet, je citerai deux personnes: M. Geoffrey Bezin, infirmier spécialisé au bloc opératoire de l'hôpital Erasme nous dit que nous sommes en train de nous mordre la queue et que nous allons vers une crise sanitaire encore plus grave que celle de la covid s'il n'est pas réinvesti dans le secteur; la secrétaire permanente CNE pour les hôpitaux de Bruxelles et du Brabant wallon estime, pour sa part, que nous allons droit dans le mur.

Cela montre, monsieur le ministre que, malgré les enseignements de la crise covid, encore actuellement, nous sommes dans une situation de manque de lits ou plutôt, nous sommes dans un situation où par manque de personnel spécialisé pour leur encadrement, des lits sont fermés puisque non encadrés.

À ce sujet, la commission spéciale Covid-19 avait fait toute une série de recommandations très concrètes même si du côté de l'opposition nous aurions espéré qu'elles le soient davantage. L'audit du SPF Santé et l'INAMI ont émis des recommandations qui n'ont pas été suivies, et c'est ce que nous comprenons au travers de votre réponse aujourd'hui, monsieur le ministre.

Pour ce qui concerne la saturation des hôpitaux, vous annoncez vouloir cartographier la situation de la Belgique, alors que ce dont nous avons besoin, ce n'est pas tant d'une cartographie mais d'un plan d'action pour anticiper les choses.

Pour ce qui concerne la revalorisation des soignants tant applaudis durant le crise sanitaire, vous dites attendre les résultats de la *task force*

01.09 **Sophie Rohonyi** (DéFI): We moeten herinvesteren in de gezondheidszorgsector, die thans onder druk staat. De budgettaire inspanningen van de regering volstaan niet om de bezuinigingen van de jongste decennia te ondervangen, noch om het uitgeputte zorgpersoneel te ontlasten. Bij gebrek aan nieuwe investeringen gewagen sommigen van een nieuwe gezondheidscrisis en anderen van een impasse. Ondanks de aanbevelingen van de Bijzondere Commissie COVID-19 en de organisatie van een audit van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, kampen we met een personeelstekort en moeten we het aantal bedden verminderen. Men heeft dus aan geen enkele aanbeveling gevolg gegeven.

Aangezien de ziekenhuizen hun maximumcapaciteit bereikt hebben, hebben we een actieplan nodig om op een en ander te anticiperen. U zegt dat u voor de loonsverhoging voor het zorgpersoneel de resultaten van de daarmee belaste taskforce afwacht. Heel wat zorgverstrekkers vinden dat hun specialisatie in uw IFIC-hervorming niet gewaardeerd wordt. Ten slotte, kondigt u aan dat u voor de daghospitalisaties rekening wilt houden met de sociale capaciteit van de patiënt en u geen beleid wilt voeren op basis van cijfers. Ik hoop dat u die logica zult toepassen op andere maatregelen die u neemt, want bepaalde kraamklinieken en

Revalorisation alors qu'une grande partie d'entre eux voient leur spécialisation niée dans le cadre de votre réforme de l'IFIC et en particulier ceux qui travaillent dans les unités d'hospitalisation et dans celles spécialisées en soins complexes.

Concernant les hospitalisations de jour, même si cela n'était pas ma question initiale, vous nous expliquez que le but est de tenir compte de la capacité sociale de chaque patient et de ne pas faire une politique basée sur le chiffre. J'aimerais que ce raisonnement soit appliqué à d'autres mesures que vous avez pourtant mises en place; je pense aux maternités et aux cliniques spécialisées dans la chirurgie de l'œsophage qui sont menacées de fermeture par manque de chiffres.

Dans tous les cas, on voit que ce type de décision aura un véritable impact sur la charge de travail des soignants alors qu'ils ne sont pas des robots et que faute de renforts apportés rapidement, la qualité des soins en pâtira au détriment des patients.

andere gespecialiseerde klinieken die niet rendabel zijn, dreigen te moeten sluiten.

Als u de werkdruk van het zorgpersoneel niet verlaagt, zal de kwaliteit van de zorg eronder lijden ten nadele van de patiënt.

01.10 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Si vous me le permettez, j'évoquerai d'abord l'hospitalisation de jour pour ensuite dire quelques mots sur certains soignants. Le virage ambulatoire est une évidence qui s'impose pour de multiples raisons que nous n'avons malheureusement pas le temps d'aborder ici. Pour moi, ce qui est fondamental, ce sont les mesures d'accompagnement pour permettre ce virage ambulatoire dans de bonnes conditions. De bonnes conditions signifient la qualité des soins pour les patients avec la faisabilité pour les patients, donc en tenant compte du niveau social, de l'âge et de la comorbidité. J'entends que ces facteurs sont partiellement pris en compte. En outre, un avis est demandé au Conseil fédéral des Etablissements hospitaliers. Par ailleurs, le volet handicap devra également être pris en compte. Vous ne m'avez pas répondu sur ce point mais il faudra absolument l'intégrer.

La qualité des soins suppose aussi la faisabilité pour les soignants, notamment dans l'accompagnement des patients à l'issue de l'hospitalisation de jour. A-t-on suffisamment de soignants? Oserais-je vous dire que les médecins généralistes sont de plus en plus nombreux à refuser de prendre en charge de nouveaux patients? Dois-je vous rappeler les décisions en matière de numéros INAMI avec moins de jeunes qui, demain, entameront les études de médecine? Dois-je vous dire ici que 44 % des médecins ont plus de 55 ans – c'est un des records au niveau européen – et partiront à la retraite dans les dix ans. Il faut pourtant longtemps pour former de jeunes médecins. Dois-je vous dire que, du côté des infirmiers à domicile, la situation n'est pas beaucoup plus rose qu'au niveau des hôpitaux?

Moins de soins aigus dans les hôpitaux avec peut-être moins de besoins en infirmiers dans les hôpitaux, la cascade vers l'extérieur en augmentant encore la pression sur les soins à domicile, sans les prendre en compte à leur juste valeur, pour qu'il y ait plus d'infirmiers demain à domicile et de médecins, cela risque de mettre à mal la qualité des soins. En termes de faisabilité du côté des soignants pour garantir la qualité des soins, je vous avoue que, dans les choix qui sont pris, sur la manière de le faire et sur le manque d'accompagnement au virage ambulatoire, c'est problématique et, pour moi, cela reste un défi majeur.

Je ne vois pas clair sur le financement des hôpitaux. Vous me dites

01.10 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Om ervoor te zorgen dat de noodzakelijke omslag naar ambulante zorg in gunstige omstandigheden plaatsvindt, zijn er flankerende maatregelen nodig. De kwaliteit van de zorg moet verbeterd worden door rekening te houden met factoren zoals sociaal niveau, leeftijd en comorbiditeit van de patiënt. U hebt de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) om advies gevraagd. Bovendien moet u bij het nemen van maatregelen absoluut rekening houden met het aspect handicap.

Kwaliteit van de zorg betekent dat patiënten na een dagopname begeleid moeten worden. Veel huisartsen weigeren echter om nieuwe patiënten aan te nemen. Bovendien ontmoedigen de maatregelen die met betrekking tot de RIZIV-nummers genomen werden jongeren om geneeskunde te gaan studeren.

Als gevolg van de beslissingen van het RIZIV zullen minder jongeren geneeskunde gaan studeren. Meer dan 40 % van de artsen in België is ouder dan 55 jaar en zal over een tiental jaar met pensioen gaan. De situatie met betrekking tot de thuisverpleegkundigen is niet bepaald beter dan die in de ziekenhuizen. Wanneer men de thuiszorg zwaarder belast zonder herwaardering, dreigt dat ten koste te gaan van de zorgkwaliteit. Het gebrek aan begeleiding van de omschakeling

qu'il y a une compensation, etc. Faisons un petit calcul rapide. La projection d'environ 220 000 interventions chirurgicales en hospitalisations de jour au lieu d'une hospitalisation conventionnelle, cela revient à 5 000 lits "aigus" qui ne seront plus financés. J'attends votre volet financement pour voir s'il y a effectivement une compensation et si elle est pleine et entière. Je n'ai vu de trace nulle part à ce sujet pour le moment. J'attends donc de voir! Mais 5 000 lits "aigus", monsieur le ministre, cela signifie que rien que sur les…

naar ambulante zorg is problematisch.

Met de prognose van 220.000 chirurgische ingrepen via een dagopname in plaats van een klassieke ziekenhuisopname zullen er 5.000 bedden minder gefinancierd worden, waarvoor ik geen spoor van compensatie terugvind. Ik zal de regeling afwachten.

01.11 **Frank Vandenbroucke**, ministre: (…)

01.12 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'ai fait le calcul: 1 % de virage ambulatoire, cela fait 359 lits. C'est l'estimation faite pour la Belgique. Vos 220 000 interventions, cela fait 16 % en plus, ce qui revient à un peu plus de 5 000 lits. Sur 34 000 lits "aigus" en Belgique, vous pouvez constater le ratio que cela représente en matière de répercussions sur le BMF. Mais j'attends de voir le dispositif.

Pour ce qui concerne tout particulièrement les infirmiers et l'attractivité du métier d'infirmier, vous n'aurez pas plus d'infirmiers demain avec 26 millions pour les infirmiers à domicile. Cette prime représente 800 euros par an pour un infirmier à domicile conventionné ou 66 euros par mois. De plus, cette prime est fiscalisée, à moins que vous me disiez le contraire. Cela représente grosso modo 30 voire 35 euros en plus par mois. Si telle est la réponse que vous apportez aujourd'hui pour faire face à la pénurie d'infirmiers et pour rendre le métier d'infirmier plus attractif, elle est loin d'être suffisante.

Par ailleurs, monsieur le ministre, votre répartition des tâches s'inscrit toujours dans une logique de cascade. Les médecins auront moins de travail, mais celui-ci sera refilé aux infirmiers qui sont en pénurie. Ce faisant, le travail sera refilé aux aides-soignants. Dans le contexte actuel, cette façon de procéder est, selon moi, une non-réponse. Des mesures existentielles et cruciales manquent donc encore et toujours. Vous refusez, en quelque sorte, de les prendre en considération.

Vous me direz que vous avez mis en place une *task force*. Vous êtes maintenant en charge de la Santé depuis un certain nombre d'années. La pénurie de soignants et singulièrement d'infirmiers existait déjà avant le covid. Celui-ci l'a simplement mise un peu plus en lumière. Mettre en place une *task force* maintenant pour renvoyer la problématique à la prochaine législature revient à faire preuve d'inconséquence pour les soignants, mais aussi pour les patients pour qui les soins sont mis à mal.

01.12 **Catherine Fonck** (Les Engagés): U zult morgen niet meer verpleegkundigen aan het werk krijgen met een premie van 66 euro per maand, wat neerkomt op 35 euro netto. Dat is geen afdoend antwoord op het tekort aan verpleegkundigen. U verdeelt de taken volgens het watervalsysteem: er worden taken doorgeschoven van de artsen naar de verpleegkundigen, die zelf met een tekort worstelen, en dus moeten de taken van die verpleegkundigen naar de zorgkundigen doorgeschoven worden.

De coronacrisis heeft het reeds lang bestaande tekort aan zorgkundigen aan het licht gebracht en verergerd. Een taskforce oprichten en de beslissing tot de volgende zittingsperiode uitstellen is niet consistent met de verslechterende kwaliteit van de zorg.

01.13 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, een financiële pleister op de wonde via tijdelijke maatregelen is goed, maar u zegt zelf ook al dat wij meer moeten doen en structureel moeten hervormen. U doet dat dag na dag en hebt aan het RIZIV gevraagd om die evaluatie te maken. Dat is absoluut nodig, want ik maak toch graag een aantal kanttekeningen.

Ten eerste, het is een goede zaak dat u in 40 miljoen euro voorziet, maar dat is voor de hele sector, terwijl het Wit-Gele Kruis alleen al voor 38 miljoen euro in het rood gaat.

01.13 **Els Van Hoof** (cd&v): Les mesures temporaires apportent une solution temporaire, mais nous devons effectivement mener aussi à bien des réformes structurelles. Le ministre y travaille tous les jours et a demandé une évaluation à l'INAMI. Les 40 millions d'euros de moyens supplémentaires sont destinés à l'ensemble du secteur des soins à domicile, alors que l'ASBL

Ten tweede, van de 100 miljoen euro voorzien voor de eerste lijn in het kader van de inflatie en indexeringen gaat er 26 miljoen euro naar de thuisverpleegkundigen. De zorgkundigen in die sector komen daarvoor niet in aanmerking. Zoals u zei, hebben wij iedereen nodig. De thuisverplegingsdiensten schakelen iedereen in, maar de 26 miljoen euro kan bijvoorbeeld niet worden gebruikt voor de zorgkundigen in die sector, omdat zij niet geconventioneerd kunnen worden.

Ten derde, voor een structurele oplossing is het absoluut noodzakelijk dat de honoraria worden aangepast. Die lopen blijkbaar tien jaar achter op de lonen. De studie van het KCE is ondertussen ook al tien jaar oud. De sector heeft geen recht op de vervroegde en kostenopvolgende indexering van honoraria, die wel bestaat voor ziekenhuizen en woonzorgcentra. Ik houd dan ook een pleidooi om geld vrij te maken voor een sector waarop wij zullen steunen in het model dat u voorstelt om de patiënt zich het best te laten voelen, wat het geval is in zijn thuissituatie. De middelen moeten volgen voor de zorgen op de plek waar de patiënt zich thuis voelt, namelijk thuis.

De **voorzitter**: Vragen er nog andere leden het woord?

01.14 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, mijn stem is vandaag een beetje minder, maar ik zal proberen om mijn volume toch wat te verhogen. Ik heb goed naar u en de collega's geluisterd, want ik vind het belangrijk om te horen wat u zegt.

Ik heb alleszins begrip voor de mensen die vandaag op straat waren. Dat waren trouwens niet alleen thuisverpleegkundigen, er waren ook werknemers uit de socialprofitsector. Velen hadden terechte vragen voor de deelregeringen.

Er wordt, mijns inziens, onvoldoende stilgestaan bij de fikse investeringen, meer dan 4 miljard extra. We moeten blijven investeren. We moeten ook blijven hervormen. Bij elke hervorming hoor ik meteen een kritische noot. We willen de daghospitalisaties doen toenemen. Daar zegt mevrouw Merckx meteen op dat dat een besparing is. Daar is toch goed overleg over geweest. Er is een lijst. Ook de patiënt heeft daar baat bij, die zal immers minder ziekenhuisinfecties oplopen. Natuurlijk hebben de patiënten dan meer thuisverzorging nodig. Daar moeten we ook bij stilstaan. Dat is een realiteit. Er moet nog meer worden ingezet op de thuiszorg. Ook daar is 40 miljoen vrijgemaakt. Ik hoor u altijd zeggen dat we moeten blijven investeren en dat we moeten blijven hervormen. Het is belangrijk dat er een goede dialoog is met de thuisverzorgers om te bekijken waar de efficiëntieoefeningen zitten. Het is belangrijk om op die manier het aantal thuisverzorgers te kunnen opschroeven, zoals we dat voor andere sectoren of deelsectoren ook doen.

Het gaat over geld, maar we kunnen moeilijk alles rechtzetten wat jaren is misgelopen, zeker niet met een coronacrisis die ertussen gekomen is. Het gaat niet alleen over geld, maar ook over waardering die mensen voelen voor het zorgberoep. Dan denk ik ook aan de noodmaatregelen die er gekomen zijn, met de tijdelijke inzet van gepensioneerden, van jobstudenten, van vrijwilligers. Er wordt op dit moment nog onvoldoende gebruik van gemaakt op het terrein.

01.15 **Frank Vandenbroucke**, ministre: D'abord, en ce qui concerne la question précise de Mme Fonck, le principe de base dans cette réforme de l'hôpital de jour est de faire en sorte que le budget des moyens financiers des hôpitaux reste exactement le même. Dès lors,

flamande Wit-Gele Kruis est déficitaire à elle seule de 38 millions d'euros. Vingt-six des 100 millions d'euros destinés à la première ligne bénéficieront aux infirmiers à domicile. Les aides-soignants à domicile ne sont pas éligibles alors que nous avons besoin de tout le monde. Les honoraires doivent être adaptés en vue d'une réponse structurelle. Davantage de moyens doivent être débloqués pour ce secteur, car dans le modèle du ministre, nous devons pouvoir compter sur les soins à domicile.

01.14 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Je compatis avec les personnes qui sont descendues dans la rue aujourd'hui. Il ne s'agissait pas uniquement des infirmiers à domicile, mais également des travailleurs du secteur social. D'importants investissements supplémentaires ont déjà été réalisés, mais nous devons continuer à investir et à réformer. Toute réforme suscite des critiques. Une large concertation a été menée au sujet des hospitalisations de jour. Cela profite également aux patients. Le risque d'infections nosocomiales diminue. Bien entendu, davantage de soins à domicile sont alors nécessaires. Nous ne pouvons pas résoudre tous les problèmes qui se sont posés pendant de nombreuses années, d'autant plus que nous avons été confrontés à la crise du Covid-19. Il s'agit d'une question de moyens supplémentaires, mais également de valorisation des professionnels des soins de santé. Enfin, il faut également réfléchir à des mesures d'urgence, telles que le recours temporaire à des retraités, des étudiants jobistes ou des volontaires.

01.15 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wat de vraag van mevrouw Fonck betreft, is het basis-

c'est ce même budget qui est réparti. Il s'agit d'une sorte de système à points. Le budget est réparti entre l'activité justifiée qui est là.

principe van deze ziekenhuishervorming dat het budget van financiele middelen voor de ziekenhuizen identiek blijft. Het budget wordt dus verdeeld volgens de gerechtvaardigde activiteit.

01.16 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre…

Le **président**: Veuillez attendre, madame Fonck, vous aurez l'occasion de répliquer par la suite, merci de laisser monsieur le ministre s'exprimer d'abord.

01.17 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Si on mélange tout…

01.18 **Frank Vandenbroucke**, ministre: J'essaie de ne pas tout mélanger. Premièrement, le budget financier des hôpitaux, la sous-partie b2, reste exactement le même.

01.19 **Catherine Fonck** (Les Engagés): (…)

01.20 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Deuxièmement, pour compenser le déplacement des prestations qui généraient un maxi-forfait, il est prévu un transfert budgétaire de l'INAMI vers la sous-partie b2 du budget des moyens financiers des hôpitaux. C'est donc totalement compensé.

Troisièmement, pour votre question précise, j'ai revalorisé, pour ceux qui font le financement de l'hôpital de jour, un ratio de 9 millions d'euros. Je ne dis pas que c'est la réponse parfaite, mais ceux qui font l'hôpital de jour verront leur coefficient augmenter de 0,85 à 0,9 ou 0,91. Donc, ceux qui font l'hôpital de jour auront davantage. Cela répond à ce que vous dites. Le budget macro est le même, aucune économie n'est faite. On ajoute de l'argent qui revalorise l'effort de ceux qui font l'hôpital de jour.

Ik moet een fout rechtzetten in mijn antwoord aan mevrouw Depoorter. Ik had namelijk gezegd dat men in Vlaanderen 163 jonge mensen niet heeft laten beginnen terwijl dat wel had gekund met het quotum. Ik had het fout, het gaat om 226 mensen, namelijk 163 jonge mensen die de artsenopleiding hadden willen volgen en 63 jongen mensen die met de tandartsopleiding wilden beginnen. Zij konden dat niet doen omdat men in Vlaanderen veel strenger is geweest dan het federale quotum.

De Vlaamse regering wist al sinds maart wat wij gingen voorstellen. Als men echt in overleg was gegaan daarover, in plaats van in een egelstelling te kruipen, dan had men dat maanden op voorhand kunnen aanpassen. Ik denk dat het probleem in de financiering van de Vlaamse faculteiten schuilt. Daar ligt het kalf gebonden, dat weten we allemaal. Men had dit dus rustig kunnen aanpassen want men wist dit al maanden op voorhand. Men wou echter geen echt overleg. Maar goed, ik wil niet blijven polemiseren, ik hoop dat we nu tot echt overleg kunnen komen over die planning, waarbij we luisteren naar elkaars argumenten. Als wij dan op federaal niveau zeggen dat onze behoefteinschatting veel expansiever is dan wat Vlaanderen toelaat, hoop ik dat men daar volgende keer naar luistert en er rekening mee houdt.

01.20 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voorts is er de overheveling van middelen van het RIZIV naar onderdeel B2 van de ziekenhuisbegroting om de verplaatsing van verstrekkingen die een maxiforfait opleverden, te compenseren.

Voorts heb ik de financiering van de daghospitalisatie met 9 miljoen euro opgetrokken. We bezuinigen dus niet. Integendeel, we voorzien in bijkomende middelen.

J'ai parlé, il y a quelques instants, de 163 jeunes qui n'avaient pas pu entamer leur cursus en Flandre, mais ce chiffre concernait uniquement les étudiants souhaitant suivre la formation de médecin. À ce chiffre, viennent s'ajouter 63 jeunes qui n'ont pas pu commencer la formation en soins dentaires parce que la Flandre s'est montrée plus stricte que ne l'imposait le quota fédéral. Le gouvernement flamand savait depuis mars 2022 ce que nous allions proposer. Il a eu largement le temps de s'adapter, mais il a refusé toute concertation. J'espère que nous parviendrons à présent à nous concerter au sujet de cette planification et que chacun écoutera les arguments de l'autre.

01.21 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, ce type de débat, où 50 000 sujets sont mélangés, permet aux uns et aux autres, dont le ministre, de rester vagues. Cela empêche aussi d'avoir

01.21 **Catherine Fonck** (Les Engagés): U zegt dat de coëfficiënten

des réponses précises et de pouvoir aborder certains sujets.

Monsieur le ministre, si un hôpital fait 20 % d'interventions chirurgicales en hôpital de jour en plus, il recevra moins dans la répartition de l'enveloppe du budget des moyens financiers (BMF) entre les hôpitaux. Votre coefficient compensera-t-il cette diminution? C'est fondamental si on veut motiver les hôpitaux et rendre l'ambulatorisation faisable pour les hôpitaux, les soignants et la qualité des soins aux patients. Il faut que l'on puisse modéliser ce financement.

La compensation apportée par ce coefficient par rapport à la perte de BMF pour les hôpitaux qui pratiqueront plus d'hospitalisations de jour ne me semble pas claire. L'hospitalisation de jour s'impose pourtant de plus en plus, comme on peut le voir en Belgique ou ailleurs en Europe, où ce mouvement est encore plus fort.

Je serai très attentive aux mesures d'accompagnement pour les soignants, qu'ils soient médecins ou infirmiers, pour l'accompagnement à domicile des patients après l'intervention en hôpital de jour. C'est pour moi un élément fondamental pour la qualité des soins.

Vous disiez que le patient ne doit revenir qu'une fois pour faire retirer ses points, huit ou dix jours après une intervention chirurgicale. Il ne faut pas oublier la kiné, par exemple, à la suite d'une opération de prothèse, ou des soins quotidiens à apporter par une infirmière à une plaie, etc. Le coût pour le patient pourrait d'ailleurs être plus élevé à domicile que s'il avait été hospitalisé avec une assurance, parce qu'il aura des tickets modérateurs pour chaque intervention. D'un patient à l'autre, la situation pourrait différer. Cela nécessite aussi – je n'avais pas eu le temps de le dire tout à l'heure – tout le volet de modification, éventuellement, du maximum à facturer, pour que cela ne se reporte pas de manière négative sur le patient.

Je m'arrête là, mais autant vous dire qu'en fait, il y a encore de nombreux éléments qui devraient pouvoir être aussi discutés. Monsieur le président, je n'ai pas le temps, ou vous ne me laissez pas le temps. Je ne sais pas comment je dois le dire. Ou le Règlement ne nous laisse pas le temps.

voor de dagopname gewijzigd zullen worden. Als een ziekenhuis 20 % meer ingrepen in dagopname uitvoert, zal het bij de verdeling van het BFM onder de ziekenhuizen minder krijgen. Zult u dat met die coëfficiënt compenseren? Als u de ziekenhuizen wilt motiveren om meer dagopnames uit te voeren zonder dat dit de kwaliteit van de zorg aantast, moet u de financiering aanpassen. Het is me nog niet duidelijk hoeveel minder de ziekenhuizen die meer dagopnames doen van het BFM zullen krijgen.

Ik zal toezien op de flankerende maatregelen die men zal nemen om de zorgverleners bij de follow-up van patiënten thuis te ondersteunen. Na een operatie kan men ook kine, dagelijkse wondverzorging enz. krijgen. De kosten voor de patiënt thuis kunnen hoger uitvallen omdat er ook met het remgeld rekening gehouden moet worden.

Ook dat vergt een wijziging van het gedeelte over de maximumfactuur.

Le **président**: Réglementairement, je pense que je suis très souple, tant pour le ministre que pour les membres. Si c'est un débat d'actualité, autant l'épuiser le plus possible. Après, vous pouvez bien sûr encore introduire des questions.

01.22 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt nog altijd niet begrepen wat in overleg gaan betekent. U stelt het hier voor alsof u wil in overleg gaan, maar tegelijkertijd haalt u de kern van de kwestie niet aan, namelijk dat u een eenzijdig akkoord hebt gesloten met de Franse Gemeenschap. Het akkoord dat u met uw coalitiepartners in het regeerakkoord had opgenomen, hebt u gewoon geschrapt. U trekt zich niets meer aan van het responsabiliseringsmechanisme. U trekt zich niets meer aan van de overschrijding van de 505 studenten. En voor het te grote aantal studenten geneeskunde dat is afgestudeerd in de Franse Gemeenschap is er een generaal pardon. Dat zijn de feiten.

Mijnheer de minister, u zegt dat de Vlaamse Gemeenschap al in maart op de hoogte was. U hebt mij in deze commissie wel al eens het verwijt gemaakt dat wij in een rechtsstaat leven. In een rechtsstaat worden wetten gepubliceerd in het *Staatsblad*. De wet rond de aanbodbeheer-

01.22 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Le ministre ne comprend pas la notion de concertation. Il a passé un accord unilatéral avec la Communauté française et a purement et simplement supprimé l'accord figurant dans l'accord de gouvernement. Il ne se soucie plus du mécanisme de responsabilisation ou du grand nombre de diplômés en médecine en Communauté française. La loi relative à la gestion de l'offre a été publiée le 30 juillet 2022, et l'examen d'entrée flamand s'est tenu le 5 juillet 2022. Comment le ministre ose-t-il dire que la Flandre aurait pu s'adapter? Il se contente

sing voor de zorgberoepen is gepubliceerd op 30 juli 2022. Het ingangsexamen in Vlaanderen vond plaats op 5 juli 2022. De eerste bespreking van de wet op de aanbodbeheersing voor de zorgberoepen was op 8 juli 2022. De stemming vond plaats op 20 juli 2022.

Mijnheer de minister, hoe durft u dan te zeggen dat Vlaanderen zich had kunnen aanpassen? Zelfs de voorzitter van het ingangsexamen voor artsen en tandartsen, professor Eggermont, heeft erover gecommuniceerd. Het is een schande dat u telkens opnieuw die politiek politicienne op tafel gooit. U zegt dat u het vuur niet wilt aanwakkeren, maar u bent het die het oppookt. Als de quota voor de RIZIV-nummers in 2028 maar worden gepubliceerd in juli 2022 dan is het onmogelijk dat de startquota in Vlaanderen daarvoor worden gepubliceerd.

Ik heb nog een opmerking. Hoeveel garanties hebt u dat de quota zullen worden nageleefd in Wallonië? Ik ben daar nog niet zeker van, mijnheer de minister, en of deze regeling zal worden aangevochten, ook daar ben ik niet zeker van. U hebt vorig jaar getriomfeerd, maar de rekening volgt.

de mettre de l'huile sur le feu! Par ailleurs, quelles garanties a-t-il que le quota sera respecté en Wallonie ou que cette réglementation ne sera pas contestée?

01.23 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mevrouw Vanpeborgh, u zei dat de minister overleg had gepleegd over de daghospitalisaties. De minister heeft duidelijk gezegd dat hij advies gevraagd heeft aan bepaalde specialisten, hij sprak over wetenschappers. Waar het schoentje wringt, is echter het overleg met de personeelsleden zelf daarover, ook via hun vakbondsorganisaties ABVV en ACV, die vanmorgen op straat kwamen. Over de plannen met de daghospitalisaties heb ik intussen met veel mensen gesproken en er bestaat zeker ongerustheid over. De minister kan blijkbaar niet bevestigen dat hij daarover een akkoord heeft gemaakt met de vakbonden.

01.23 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): L'avis d'experts a peut-être été sollicité, mais une concertation a-t-elle été menée avec le personnel et les syndicats? Les projets concernant les hospitalisations de jour suscitent une grande inquiétude. Le ministre est-il parvenu à un accord avec les syndicats sur ce point?

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

02 Samengevoegde vragen van
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De morning-afterpil" (55032547C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De morning-afterpil en contraceptiva" (55032899C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het wegnemen van de financiële hinderpalen voor anticonceptie" (55033707C)
02 Questions jointes de
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "La pilule du lendemain" (55032547C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pilule du lendemain et les contraceptifs" (55032899C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La levée des freins financiers à la contraception" (55033707C)

Le **président**: Mme Farih étant absente, sa question n°55032547C est sans objet.

02.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, plusieurs mesures ont été adoptées ces dernières années pour améliorer l'accessibilité de la pilule du lendemain et des contraceptifs. Ceci est évidemment positif pour éviter les grossesses non désirées.*

Pourriez-vous nous transmettre des données chiffrées concernant le recours aux pilules du lendemain et aux contraceptifs ces dernières années et les budgets correspondants ?

02.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Kunt u ons cijfergegevens bezorgen over het gebruik van de morning-afterpil en van anticonceptiemiddelen gedurende de voorbije jaren, met opgave van de overeenkomstige budgetten?*

Comptez-vous adopter de nouvelles mesures améliorant encore l'accessibilité de la pilule du lendemain et des contraceptifs ? Dans l'affirmative, quelles sont les mesures que vous envisagez et dans quel délai comptez-vous les adopter ?

Bent u van plan om nieuwe maatregelen te nemen om de toegankelijkheid van die middelen te verbeteren?

Je vous remercie pour votre réponse.

Le **président**: Nous rattrapons ainsi le temps qui n'a pas été perdu puisqu'il était utile au débat.

02.02 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, la Belgique est actuellement un des pays en tête du classement européen en matière de couverture contraceptive. En effet, depuis le 1er avril 2020, grâce aux initiatives parlementaires de mon groupe, la gratuité de la pilule et d'autres contraceptifs a été étendue aux personnes de moins de 25 ans. De plus, la pilule du lendemain, elle, a été rendue gratuite sans limitation d'âge et sans ordonnance.

Monsieur le ministre, depuis longtemps, mon groupe plaide pour l'élargissement du remboursement de la contraception pour toutes les femmes, sans aucune limite d'âge. Nous avons d'ailleurs déposé un texte dans ce cadre depuis avril 2021.

En ces temps de crise et d'augmentation du coût de la vie, le prix de la contraception ne peut être un frein pour aucune femme. Une prise en charge de la contraception pour toutes permettrait d'aider financièrement de nombreuses femmes et éviterait à d'autres de tout simplement y renoncer, évitant ainsi des grossesses non désirées.

Selon l'accord de gouvernement, celui-ci devait supprimer les barrières entravant l'accès à la contraception. Une réflexion a-t-elle déjà été menée sur le fait de rendre la pilule et d'autres types de contraceptifs gratuits pour toutes les femmes quel que soit leur âge? A-t-on une estimation du coût que cela pourrait représenter? Qu'en est-il de la réflexion sur la prise en charge financière de la contraception masculine? Je vous remercie pour votre réponse.

02.02 **Laurence Zanchetta** (PS): België is een van de koplopers in Europa op het stuk van de terugbetaling van anticonceptiemiddelen. Mijn fractie pleit voor de uitbreiding van de terugbetaling van zulke middelen tot alle vrouwen. De prijs van anticonceptie mag geen rem vormen.

In het regeerakkoord werd vooropgesteld dat men alle hinderpalen op het stuk van de toegang tot anticonceptie zou wegnemen. Werd er nagedacht over het gratis maken van anticonceptiemiddelen voor alle vrouwen? Werd er een raming gemaakt van het kostenplaatje? Hoe staat het met de gedachteoefening over de financiële tenlasteneming van anticonceptiemiddelen voor mannen?

02.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Mesdames, afin de rendre les contraceptifs plus accessibles et essayer de prévenir les grossesses non désirées, une intervention supplémentaire est prévue dans le prix des contraceptifs. Celle-ci s'ajoute au remboursement classique et à l'assurance maladie obligatoire, le remboursement classique étant le remboursement auquel les personnes âgées de 25 ans et plus ont également droit sans intervention majorée, indépendamment de leur âge et de leur sexe. Grâce à ces interventions supplémentaires, de nombreux contraceptifs de la deuxième génération sont totalement gratuits. Initialement, cette mesure s'appliquait aux femmes de moins de 21 ans. Le groupe cible a été élargi deux fois en 2020. Je crois d'ailleurs savoir que vous avez un mérite politique en la matière.

Depuis avril 2020, l'intervention spécifique en matière de contraception s'applique aux personnes sans distinction de sexe de moins de 25 ans. Pour ce qui concerne la contraception d'urgence, la mesure a également été étendue à toutes les personnes quel que soit leur âge. En septembre 2020, la mesure a été étendue à toutes les personnes bénéficiant d'une intervention majorée quel que soit leur âge. Depuis septembre 2020, la contraception d'urgence ne nécessite plus d'ordonnance pour obtenir l'intervention.

Le volume et les dépenses liés à ces interventions supplémentaires s'élèvent respectivement à 168,7 millions de *defined daily doses*

02.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er is een extra tegemoetkoming in de prijs van anticonceptiemiddelen boven op de klassieke tegemoetkoming. Daardoor worden veel anticonceptiemiddelen van de tweede generatie volledig gratis.

Sinds april 2020 geldt de specifieke tegemoetkoming voor anticonceptiemiddelen voor mensen jonger dan 25 jaar. De tegemoetkoming voor morning-afterpillen werd eveneens uitgebreid tot alle mensen en er is niet langer een voorschrift voor nodig.

In 2021 werd er voor 168,7 miljoen *defined daily doses* (DDD) een extra tegemoetkoming uitbetaald, wat overeenstemt met een bedrag van 15,7 miljoen euro. In 2019 was dat

(DDD) et à 15,7 millions d'euros en 2021 contre 80 millions de DDD et 6,7 millions d'euros en 2019. Il s'agit donc d'une augmentation très importante. Je vous ferai parvenir le tableau avec les chiffres par l'intermédiaire du secrétariat de la commission.

Pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée, la décision a été prise en septembre 2020 d'étendre la mesure à toutes les personnes quel que soit leur âge. Le coût de l'extension à toutes les personnes âgées de 25 ans et plus sans intervention majorée peut être estimé à 27,3 millions d'euros. Nous avons déjà fait les calculs pour étendre ces mesures à toutes les femmes, sans la condition d'intervention majorée. Le coût d'une extension du groupe cible à toutes les femmes calculé jusqu'à 40 ans est de 10,6 millions d'euros.

Cependant, je souhaite pour l'instant me concentrer sur les groupes vulnérables et donc les bénéficiaires de l'intervention majorée sont prioritaires. Ces bénéficiaires peuvent déjà compter sur une intervention supplémentaire au-delà de l'intervention classique, quel que soit leur âge.

nog 6,7 miljoen euro voor 80 miljoen DDD.

De beslissing om de maatregel uit te breiden tot alle mensen met recht op een verhoogde tegemoetkoming werd in september 2020 genomen. Het kostenplaatje van de uitbreiding tot alle mensen van 25 jaar en ouder kan geraamd worden op 27,3 miljoen euro. Het kostenplaatje van de uitbreiding tot alle vrouwen bedraagt 10,6 miljoen euro.

Het is echter belangrijk dat mijn beleid zich toespitst op de kwetsbare groepen. De personen die een verhoogde tegemoetkoming genieten zijn dus prioritair en kunnen al rekenen op een bijkomende tegemoetkoming.

02.04 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, il faudrait peut-être revoir votre calcul et aller un peu plus loin que 40 ans.

Concernant l'accessibilité en termes d'âge, je voudrais dire à Mme Zanchetta que, si le gouvernement n'avait pas décidé et si vous n'aviez pas voté vous-même les budgets qui sont repris à l'INAMI, la gratuité des contraceptifs sans limite d'âge serait déjà d'actualité. Les textes ne servent à rien si les actes vont dans l'autre sens.

Monsieur le ministre, il reste des étapes importantes à franchir en la matière, que rien ne justifie de ne pas réaliser aujourd'hui. Effectivement, la limitation de l'âge pour l'accessibilité totale du contraceptif n'est pas acceptable. Ensuite, je rappelle que certains contraceptifs ne sont pas repris dans la liste. Elle est régulièrement adaptée, mais je ne comprends pas pourquoi certains sont laissés sur le côté alors qu'il n'existe pas d'autre possibilité pour les femmes concernées, qu'elles soient jeunes ou qu'elles aient plus de 40 ans.

Enfin, il y a d'autres dispositifs, comme certains stérilets, qui ne sont pas ou peu pris en considération alors qu'ils sont importants pour des femmes. La réponse que vous nous donnez ne permet pas d'en examiner l'impact financier et vous n'offrez pas d'ouverture concernant ces questions importantes. Je suis persuadée qu'on a, encore aujourd'hui, des problèmes d'accessibilité et que ces questions de manque d'accessibilité – pourtant assez logique et indispensable – peut d'ailleurs entraîner d'autres coûts supplémentaires qu'on pourrait éviter. Dès lors, je vous invite, une fois de plus, à aller plus vite et plus loin, cela me semble une évidence.

02.04 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Gratis anticonceptiemiddelen zonder leeftijdsbeperking zouden al een feit zijn, als de meerderheid niet had beslist om het RIZIV bepaalde begrotingsmiddelen te ontnemen.

Er moeten nog belangrijke stappen gezet worden. De leeftijdsbeperking voor de toegang tot anticonceptie is niet aanvaardbaar. Overigens worden niet alle anticonceptiemiddelen in de lijst opgenomen en wordt er met bepaalde middelen geen of weinig rekening gehouden. Uw antwoord in dat verband biedt geen mogelijkheid om de financiële impact daarvan te onderzoeken en u geeft geen blijk van openheid inzake die belangrijke kwesties.

Er zijn nog problemen op het stuk van de toegankelijkheid. Die problemen kunnen bijkomende kosten teweegbrengen, die vermeden kunnen worden.

02.05 **Laurence Zanchetta** (PS): Je n'ai pas entendu la réponse et ne vais donc pas relever la remarque, mais je vous remercie pour votre réponse, monsieur le ministre.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

03 Samengevoegde vragen van

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De uitrol van het nummer 1733" (55032582C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De noodcentrale 112" (55032832C)
03 Questions jointes de
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Le déploiement du numéro 1733" (55032582C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le central d'urgence 112" (55032832C)

De **voorzitter**: Mevrouw Farih is opnieuw verontschuldigd.

03.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, wij weten dat de noodcentrales al een hele tijd kampen met personeelsproblemen, meer bepaald met het vinden van personeel. De media maakten enige tijd geleden ook melding van het feit dat de Limburgse noodcentrale oproepen moet beantwoorden uit Antwerpen en Vlaams-Brabant, aangezien het personeelstekort in die provincies nog nijpender is.

Dat houdt natuurlijk risico's in, aangezien de terreinkennis voor andere provincies logischerwijze minder goed is, wat vertragingen kan opleveren. Doordat het aantal oproepen bovendien groter wordt in Limburg, komen andere oproepen in de wachtrij te staan. U hebt aangekondigd dat het personeelstekort tegen begin dit jaar opgelost zou zijn door extra aanwervingen. Ook zou het nummer 1733 overal kunnen worden uitgerold, iets waarvoor extra operatoren nodig zijn.

Mijnheer de minister, hoe groot was het personeelstekort per provincie? Hoeveel bijkomende aanwervingen werden er tot vandaag gedaan per provincie? Is het personeelstekort ondertussen opgelost? Hoeveel vacatures zijn er desgevallend nog niet ingevuld?

Wanneer zal het nummer 1733 in alle provincies volledig uitgerold zijn? Hoeveel extra personeel hebt u daarvoor kunnen aanwerven?

Worden de risico's opgevolgd die verbonden zijn aan het doorschakelen van oproepen naar andere provincies? Zo ja, wat zijn de vaststellingen ter zake?

03.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Les centrales d'urgence font face à des problèmes de personnel depuis longtemps. La centrale d'urgence du Limbourg doit répondre aux appels d'Anvers et du Brabant flamand. À en croire le ministre, la pénurie de personnel devait être réglée au début de cette année. De même, le numéro 1733 devait être déployé sur l'ensemble du territoire. Des opérateurs supplémentaires sont nécessaires pour ce faire.

Quelle était l'ampleur de la pénurie de personnel dans chaque province? Une solution à cette pénurie a-t-elle été trouvée dans l'intervalle? Quand le numéro 1733 sera-t-il opérationnel dans toutes les provinces? Combien d'agents supplémentaires le ministre at-il pu recruter à cet effet? Les risques liés au transfert des appels vers d'autres provinces font-ils l'objet d'un suivi? Quelles sont les constatations éventuelles?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, in antwoord op uw vraag hoeveel procent van de gemeenten en van de bevolking in respectievelijk fase 1 en fase 2 zitten, kan ik samenvattend meegeven dat Vlaanderen qua postcodes voor 60 % in fase 1 zit, wat overeenkomt met 62 % van de bevolking; 27 % van de postcodes zit in fase 2, wat overeenkomt met 19 % van de bevolking. Brussel zit voor 100 % in fase 1. Wallonië zit voor 13 % van de postcodes in fase 1, wat overeenkomt met 21 % van de bevolking; 87 % zit in fase 2, wat overeenkomt met 79 % van de bevolking. Ik kan u de gedetailleerde tabel bezorgen, met een opsplitsing per provincie en een kaart per gemeente. Daarin staat ook nadere toelichting bij de gebruikte methodologie. Wij zullen u die bezorgen via het secretariaat.

Huisartsenwachtposten zijn niet verplicht het wachtnummer of hun wachtpost te koppelen aan het noodnummer 1733. Het eenvormige noodnummer voor niet-dringende medische hulpverlening is een service die het mensen gemakkelijker maakt een huisarts met wachtdienst te bereiken. Er zitten 67 operationele wachtposten in fase 1, 57 in fase 2 en 25 nog in fase 0.

03.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En Flandre, 60 % des codes postaux sont en phase 1 et 27 % en phase 2. En Wallonie, 13 % des codes postaux sont en phase 1 et 87 % en phase 2. Je fournirai le tableau détaillé par l'intermédiaire du secrétariat.

Les postes des médecins de garde ne sont pas obligés de relier le numéro de garde ou leur poste de garde au numéro d'urgence 1733. Il y a 67 postes de garde opérationnels en phase 1, 57 en phase 2 et toujours 25 en phase 0.

Il est probable que les postes de

De vermoede redenen om niet in te stappen, zijn de volgende. Ten eerste, wat de weigering om in te stappen in fase 1 betreft, gaat het om wachtposten die onmiddellijk in fase 2 willen instappen. Een tweede reden is mogelijk de onbekendheid van de eenvoud waarmee men in de 1733-fase 1 kan instappen. Een onlangs verstuurde omzendbrief kan die groep wachtposten in fase 0 misschien overhalen.

In verband met de vraag naar een tekort aan operatoren in de noodcentrales kan ik meegeven dat ik tijdens het begrotingsconclaaf een extra budget heb verworven voor de aanwerving van 70 bijkomende operatoren binnen de noodcentrales, meer bepaald met het oog op de volledige uitrol van het nummer 1733. Het personeelsbeheer van de noodcentrales is echter in handen van de FOD Binnenlandse Zaken. De FOD Volksgezondheid zal dan ook het budget via protocolakkoord met servicelevelagreements herverdelen naar Binnenlandse Zaken. Het is correct dat ondanks aanhoudende inspanningen door de FOD Binnenlandse Zaken verschillende noodcentrales nog altijd een tekort aan operatoren hebben. Voor duidelijke cijfers over het aantal aangeworven operatoren en de niet-ingevulde betrekkingen dien ik u echter te verwijzen naar mijn collega van Binnenlandse Zaken.

De streefdatum voor een volledige uitrol van de 1733 in fase 2 over heel het grondgebied is midden 2024. De nodige budgetten daarvoor zijn uitgetrokken en afspraken zijn gemaakt met Binnenlandse Zaken. Die streefdatum is onder voorbehoud van de realisatie van de nodige aanwervingen door Binnenlandse Zaken.

Ik wil er voorts nog even op wijzen dat in tegenstelling tot wat verwoord werd in de vragen, het nummer 1733 niet gratis is. Het is een telefoonnummer met een normale zonale aanrekening. Bij heel wat abonnementsformules zijn dergelijke telefoongesprekken ondertussen inbegrepen in het abonnement, waardoor het gratis lijkt, maar dat is niet voor 100 % van de mensen het geval.

Mevrouw Gijbels, u stelde een vraag over mogelijke risico’s bij de doorschakeling van oproepen naar een andere provincie en hoe dat wordt opgevolgd. Het spreekt voor zich dat de kwalitatieve werking van de noodcentrales van dichtbij wordt opgevolgd door mijn diensten, meer in het bijzonder door de medische directies van de 112-centra en de federale gezondheidsinspecties die onder de FOD Volksgezondheid vallen. Uiteraard volgt ook de functionele leiding binnen de noodcentrales die onder de FOD Binnenlandse Zaken vallen, de kwaliteit van de dienstverlening op. Beide diensten menen dat een doorschakeling van oproepen naar een andere provincie bij lange wachttijden in een provincie te verkiezen valt boven het lang en mogelijk te lang laten wachten van een burger met een dringende hulpvraag.

Ik wijs er ten slotte op dat alle operatoren werken op basis van strikte protocollen, zoals vastgelegd in de Belgische handleiding voor de medische regulatie.

garde qui décident de ne pas s'engager dans ce dispositif veulent directement passer à la phase 2. Ceux-ci ignorent peut-être combien il est aisé de se lancer dans la phase 1. La circulaire qui a été publiée récemment pourrait convaincre ces postes de garde de faire le pas.

Durant le conclave budgétaire, j'ai obtenu un budget additionnel pour l'engagement de 70 opérateurs supplémentaires pour les centrales d'appels d'urgence, en vue du déploiement complet du numéro 1733. La gestion de ce personnel est aux mains du SPF Intérieur. Le SPF Santé publique redistribuera le budget au département de l'Intérieur par le biais d'un protocole d'accord. En dépit des efforts soutenus fournis par le SPF Intérieur, diverses centrales d'urgence sont encore confrontées à une pénurie d'opérateurs. Pour les chiffres précis sur les recrutements et les postes vacants, je renvoie à la ministre de l'Intérieur.

Le déploiement complet du 1733 en phase 2 est prévu pour la mi-2024. Les budgets nécessaires ont été dégagés à cet effet. Cet délai ne sera tenu que si les engagements nécessaires peuvent avoir lieu.

Le numéro 1733 est un numéro de téléphone au tarif zonal normal. Il est compris dans de nombreuses formules d'abonnement, mais donc pas dans toutes.

Les directions médicales des centrales 112 et les inspections fédérales de la santé dépendant du SPF Santé publique assurent un suivi étroit du fonctionnement qualitatif des centrales. La direction fonctionnelle des centrales placées sous la responsabilité du SPF Intérieur contrôle bien sûr aussi la qualité des services.

Selon ces deux services, le transfert des appels vers une autre province en cas de long délai d'attente est préférable à l'attente prolongée, voire trop longue d'un citoyen

ayant une demande d'aide urgente à formuler.

Tous les opérateurs se basent sur des protocoles stricts.

03.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, tenzij ik mij vergis, meen ik dat u eerder had aangekondigd dat tegen begin dit jaar het nummer 1733 overal zou zijn uitgerold.

03.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Le ministre avait annoncé, notamment sur son site web, que le numéro 1733 serait opérationnel partout avant le début de cette année.

03.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat denk ik niet.

03.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik heb dat gevonden op uw webstek en in een toespraak bij de opening van een huisartsenwachtpost in Leuven. Dat blijkt dus wat opgeschoven te zijn in de tijd.

U zegt dat er 70 extra mensen werden aangeworven, maar hoeveel zijn er dan te kort? U verwijst daarvoor dan weer naar Binnenlandse Zaken. Het is wat jammer dat u het goede nieuws mag brengen en het slechte nieuws doorschuift naar uw collega van Binnenlandse Zaken. Ik zal haar de vraag stellen, maar het is wat jammer dat u selectief bent in het brengen van de boodschap.

Wat de risico's zijn van het doorschakelen van oproepen naar andere provincies wordt geanalyseerd, maar ik hoor daar niks precies over. Wat zijn bijvoorbeeld de risico's? U zegt dit te verkiezen boven lange wachttijden en ik kan mij daar iets bij voorstellen, maar ik had gehoopt dat dit beter gedocumenteerd zou zijn.

Dit pijnpunt sleept al even aan. Het goed functioneren van noodcentrales en wachtdiensten is nochtans heel belangrijk. We zullen dit verder opvolgen.

03.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Le ministre ne précise pas le nombre de personnes qu'il manque encore, et il reste muet sur les risques d'une redirection des appels vers d'autres provinces. Ce point névralgique traîne en longueur. Nous continuerons de suivre ce dossier.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

04 Samengevoegde vragen van
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De HPV-tests en uitstrijkjes" (55032587C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De HPV-screening" (55032909C)
04 Questions jointes de
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Les tests HPV et les frottis" (55032587C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage du papillomavirus" (55032909C)

Le **président**: Mme Farih est excusée.

04.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je voulais effectivement vous interpeller sur les papillomavirus car ils sont particulièrement contagieux. On estime que 80 % des hommes et des femmes sexuellement actifs entrent en contact avec un papillomavirus une ou plusieurs fois au cours de leur vie.

Pour limiter cette transmission, les femmes de 25 à 64 ans sont invitées à réaliser un examen cytologique - appelé parfois plus communément "frottis" - afin de dépister le cancer du col de l'utérus, sauf que ce

04.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Het humaan papillomavirus (HPV) is zeer besmettelijk. Om de overdracht van het virus te beperken en baarmoederhalskanker te voorkomen, worden vrouwen van 25 tot 64 jaar uitgenodigd om een uitstrijkje te laten maken. Dat wordt

frottis n'est intégralement remboursé que tous les trois ans, ce qui rendait notre politique de dépistage bien insuffisante au regard de l'enjeu.

C'est dans ce cadre que, début décembre, les différents ministres de la santé - dont vous-même - se sont accordés en conférence interministérielle sur une nouvelle politique de dépistage du papillomavirus. Cette nouvelle politique prévoit que les femmes âgées de 30 à 64 ans pourront bientôt bénéficier d'un test HPV - un test qui détecte spécifiquement le papillomavirus - et ce, tous les cinq ans en lieu et place du frottis classique tous les trois ans.

S'il est positif, le frottis classique suivra et il en ressort également que le gouvernement consacrerait pour cela un budget de 40 millions d'euros. Le problème reste que certaines femmes ne font toujours pas de frottis, en tout cas n'en font jamais et cela même après une invitation des autorités ou de leur médecin. On estime qu'elles seraient plus de 40 % dans ce cas en Flandre et plus de 50 % à Bruxelles et en Wallonie, ce qui me pousse à vous poser les questions suivantes.

Sur quelle base cette nouvelle politique de dépistage a-t-elle été déterminée? Sur quels chiffres ou quelles études vous êtes-vous appuyé pour définir la tranche d'âge qui pourrait bénéficier de ces tests HPV ainsi que le délai de cinq ans préconisé entre chaque test? Quand ces tests seront-ils effectifs? Quel budget cela représente-t-il pour chaque niveau de pouvoir?

Pouvez-vous également nous en dire plus en ce qui concerne le remboursement de ces tests HPV. En France, l'on sait qu'un nouveau test HPV est prévu dans l'année qui suit le premier test positif - ce qui correspond finalement au délai habituel de l'élimination du virus. Sera-ce également le cas en Belgique? Ce test de vérification sera-t-il lui aussi remboursé? Enfin, avez-vous connaissance du pourcentage de la population qui ne se fait pas dépister?

Dans l'affirmative, des discussions à cet égard ont-elles déjà eu lieu avec vos homologues afin d'encourager au dépistage. Dans la négative, quel est votre positionnement à cet égard?

Je vous remercie.

slechts eenmaal per drie jaar terugbetaald. In december hebben de ministers van Gezondheid een nieuw beleid uitgestippeld: dankzij een budget van 40 miljoen euro zullen vrouwen van 30 tot 64 jaar zich om de vijf jaar kunnen laten testen. Bij een positief resultaat kunnen ze een klassiek uitstrijkje laten maken. Ondanks de aansporing door de artsen en de overheid laat 40 % van de vrouwen in Vlaanderen en meer dan de helft van de vrouwen in Brussel en Wallonië nooit een dergelijk uitstrijkje maken.

Hoe werd dit nieuwe beleid bepaald? Vanwaar precies deze leeftijdscategorie en de termijn van vijf jaar? Wanneer zullen die tests effectief gebruikt worden? Welk budget staat daar op elk beleidsniveau tegenover? In hoeverre worden die tests terugbetaald? Zal er een nieuwe HPV-test afgenomen worden in het jaar dat volgt op een eerste positieve test? Wordt die test terugbetaald? Welk percentage van de bevolking staat weigerachtig tegenover die screening? Hebt u samen met uw collega's maatregelen genomen om vrouwen aan te sporen om aan die screening deel te nemen?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, begin december heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid de beslissing genomen om voor baarmoederhalskankerscreening over te schakelen van cytologie naar HPV-testing.

De beslissing was gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke evidentie, die aanleiding gaf tot internationale en nationale aanbevelingen. Internationaal kwamen die van de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Unie. Nationaal kwamen die van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. In die aanbevelingen wordt gezegd dat screening gebaseerd op de HPV-test effectiever is dan cytologie voor het verminderen van invasieve baarmoederhalskanker.

Voor vrouwen tussen 30 en 64 wordt om de vijf jaar een HPV-test gepland. Voor vrouwen tussen 25 en 29 blijft een cytologisch onderzoek om de drie jaar aangewezen, omdat in die laatste leeftijdsgroep HPV-infecties veel voorkomen, maar meestal spontaan verdwijnen. Bij een primaire HPV-screening zouden in die jongere groep veel valspositieve resultaten voorkomen, wat zou leiden tot onnodige aanvullende onderzoeken en overbehandeling.

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Début décembre, la Conférence interministérielle de la Santé publique a décidé d'opter pour les tests HPV (papillomavirus humain) plutôt que pour la cytologie dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, sur la base des preuves scientifiques disponibles et des recommandations y afférentes tant du KCE que de l'OMS et de l'UE, qui affirment que le test HPV est plus efficace dans la lutte contre le cancer invasif du col de l'utérus. Pour les femmes âgées entre 30 et 64 ans, un test HPV est prévu tous les cinq ans; entre 25 et 29 ans, un examen cytologique reste recommandé tous les trois ans, étant donné qu'au sein

de ce dernier groupe, les infections à papillomavirus humain sont fréquentes, mais disparaissent en général spontanément.

Les autorités fédérales prennent en charge le financement du dépistage du HPV et de la cytologie en prévoyant 40 millions d'euros à cet effet. La procédure de modification de la nomenclature INAMI qui est nécessaire pour faire du test HPV l'examen primaire dans le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 30 à 64 ans demandera du temps. C'est pourquoi la mise en œuvre est prévue à partir de début 2024.

De federale overheid neemt de kosten voor de HPV-screening en de uitstrijkjes voor haar rekening. Aan het begin van 2024 zal de RIZIV-nomenclatuur gewijzigd worden, zodat die HPV-test het primair onderzoek wordt in het kader van het baarmoederhalsonderzoek. De deelgebieden zullen de screening stimuleren via sensibiliseringscampagnes en zelfafnametests. In de loop van het eerste kwartaal van 2023 zullen de maatregelen op het terrein bepaald worden met de deelgebieden om de kwaliteit van de screening te garanderen.

Les entités fédérées s'efforceront d'augmenter le taux de participation au dépistage grâce à des campagnes de sensibilisation et aux autoprélèvements.

Pour garantir la qualité du dépistage, les modalités opérationnelles sur le terrain seront encore précisées conjointement avec les entités fédérées au cours de ce premier trimestre 2023.

Voorzitter: Frieda Gijbels.
Président: Frieda Gijbels.

04.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je ne remettais nullement en cause le recours à ce test HPV. Au contraire, comme vous le dites justement, c'est une décision qui a été prise eu égard aux évidences scientifiques mais aussi aux recommandations émises par les institutions européennes et internationales.

Je comprends également votre choix pour ce qui concerne la tranche d'âge concernée pour pouvoir éviter notamment les faux positifs.

Je continue à m'interroger sur la mise en œuvre de votre réforme et surtout à l'attente qu'elle a créée au niveau du remboursement pour les femmes qui sont concernées. Vous dites qu'on devra attendre début 2024. J'ose espérer que d'ici là, on veillera aussi à avoir une politique coordonnée en la matière concernant la mise en pratique des tests au niveau des entités fédérées et au niveau fédéral et pour la prise en charge des coûts des tests. Je me demande quel est le travail qui sera mis en œuvre d'ici 2024 pour pouvoir veiller au respect de ces délais.

Je pense aussi qu'à côté de cela, on doit pouvoir veiller à aider les entités fédérées à atteindre certains publics particulièrement vulnérables par rapport à cette maladie, comme les migrants, les SDF ou les travailleurs du sexe. Je pense aussi que le fédéral a son rôle à jouer par rapport au fait de veiller à ce que la prise en charge, en cas de test positif, soit globale, par exemple en invitant à un bilan IST. Je veillerai à ce que mes collègues qui sont élus dans les entités fédérées puissent interroger les ministres compétents sur cette problématique.

04.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Het gebruik van die HPV-test is gebaseerd op zowel wetenschappelijke evidentie als Europese en internationale aanbevelingen. Met die leeftijdscategorie kan het risico op valspositieve resultaten inderdaad vermeden worden. De betrokken vrouwen wachten op terugbetaling en uw hervorming zal pas in 2024 doorgevoerd worden. In de tussentijd hoop ik dat de kosten van die tests dankzij een gecoördineerd beleid op alle beleidsniveaus ten laste zullen worden genomen. Hoe zult u erop toezien dat die deadline gehaald wordt? We moeten de deelgebieden helpen om de risicogroepen te sensibiliseren. De federale overheid moet een volledige tenlasteneming verzekeren in geval van een positieve test, bijvoorbeeld door het uitvoeren van een SOA-check-up aan te moedigen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

05 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Chemische stoffen in speelgoed" (55032595C)

- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Chemische stoffen in speelgoed en de aanpassing van de toepasselijke regelgeving" (55032923C)
05 Questions jointes de
- Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Les substances chimiques présentes dans les jouets" (55032595C)
- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence de produits chimiques dans les jouets et l'adaptation de la réglementation en la matière" (55032923C)

05.01 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): *Meneer de minister, op 5 december publiceerde de FOD Economie het resultaat van een steekproef ter controle van speelgoed voor kinderen jonger dan 3 jaar. 18 van de producten bleken niet te voldoen aan de normen, waarvan er vier ook een gevaarlijk zijn voor de gezondheid.*

Er werd dan wel bewust naar speelgoed gezocht dat niet conform was, dit is een verontrustend resultaat. De gevolgen van persistente polluenten in het lichaam van baby's, peuters en kleuters kunnen voor een brede waaier van gezondheidsklachten en ziekten zorgen. Het is goed dat de FOD Economie ook waarschuwingen uitstuurt naar andere Lidstaten van de Europese unie en dat de vier artikelen die een ernstig risico vormen uit de handel worden gehaald, maar ze hadden vooral niet in de handel mogen komen.

Ondertussen is de Sint langs geweest bij hebben vele ouders speelgoed gekocht, deze publicatie komt dus net te laat om nog een boodschap mee te geven aan de ouders waardoor ze bewuster kunnen kiezen welk speelgoed ze aankopen. Barbara Creemers diende hierover ook vragen in aan staatssecretaris voor consumentenbescherming Bertrand.

Specifiek rond volksgezondheid heb ik voor u de volgende vragen:

Wat is uw reactie op deze studie?

Welke maatregelen zal u in het kader van uw bevoegdheden nemen om consumenten en specifiek kinderen beter te beschermen tegen de gevolgen van speelgoed waarbij schadelijke producten kunnen vrijkomen?

Zijn strengere restricties op bestanddelen zoals fosfaatderivaten, formamiden, bisfenol A nodig om kinderen beter te beschermen? Zo ja, voor welke bestanddelen acht u dit noodzakelijk? Welke restricties zijn nodig? Zo neen, waarom niet?

05.01 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): *Le 5 décembre, le SPF Économie a publié le résultat d'un contrôle par échantillonnage de jouets destinés à des enfants de moins de trois ans. Dix-huit des articles contrôlés se sont révélés non conformes aux normes, et parmi ceux-ci, quatre présentaient par ailleurs un danger pour la santé.*

Que pense le ministre de cette étude? Quelles mesures prendra-t-il dans le cadre de ses compétences afin de mieux protéger les consommateurs, et spécifiquement les enfants, des effets des jouets contenant des produits pouvant libérer des substances toxiques?

05.02 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Deze vraag is al even geleden ingediend, naar aanleiding van sinterklaas. Ik vond de vraag echter belangrijk genoeg om op de agenda te laten staan. Ecolo-Groen is immers heel bezorgd om chemische stoffen die gevolgen hebben voor de gezondheid en zeker als het gaat om kwetsbare groepen.

Ook hier baart een publicatie van de FOD Economie ons zorgen. Er is een steekproef gebeurd ter controle van speelgoed voor kinderen jonger dan drie jaar. Achttien van de producten bleken niet te voldoen aan de normen, waarvan er vier ook een gevaar bleken voor de gezondheid. Er werd in het onderzoek wel bewust gezocht naar speelgoed dat niet conform was, maar toch is dat een verontrustend resultaat. Die persistente polluenten in het lichaam van baby's, peuters en kleuters kunnen immers leiden tot een brede waaier aan gezondheidsklachten en ziekten. Het is goed dat de FOD Economie waarschuwingen heeft

05.02 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Il est ressorti d'un échantillonnage réalisé afin de contrôler les jouets pour enfants de moins de trois ans que dix-huit produits ne répondaient pas aux normes, dont quatre présentaient en outre un risque pour la santé. Ces polluants persistants dans le corps des nourrissons, des très jeunes enfants et des enfants en bas âge peuvent être à l'origine d'un large éventail de problèmes de santé et de maladies. Le SPF Économie a envoyé des avertissements aux autres

uitgestuurd naar de andere lidstaten van de Europese Unie. Het is ook goed dat de vier artikelen die een ernstig risico vormen voor de gezondheid meteen uit de handel werden gehaald. We kunnen ons trouwens de vraag stellen hoe die gevaarlijke artikelen überhaupt in de handel zijn gekomen.

De heer Van Hecke heeft de minister van Economie daarover ondervraagd. Daar werd vooral ingegaan op de controlemethode, maar ook de herziening van de richtlijn 2009/48/EG kwam naar boven. Er zou begin 2023, nu dus, een ontwerpverordening aankomen die de richtlijn zou herzien.

Hoe reageert u op de studie van begin december?

Welke maatregelen zult u in het kader van uw bevoegdheden nemen om consumenten en specifiek kwetsbare doelgroepen als kinderen beter te beschermen tegenover speelgoed waarbij schadelijke producten vrijkomen? We hebben het hier over fosfaatderivaten, formamiden en bisfenol A. Welke restricties zijn er nodig om de kinderen beter te beschermen?

Hoe zult u meewerken om de Europese richtlijnen beter en scherper te maken?

États membres de l'Union européenne et quatre articles ont immédiatement été retirés de la vente.

Que pense le ministre de l'étude en question? Quelles mesures prendra-t-il dans le cadre de ses compétences afin de mieux protéger les consommateurs, et en particulier les enfants, contre de tels jouets? Comment va-t-il contribuer à renforcer les directives européennes?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik meen dat het goed is dat onze administraties markttoezichtcampagnes voeren. Die producten zijn niet allemaal zonder risico. De mensen moeten zich daarvan bewust zijn.

De FOD Volksgezondheid zal binnenkort de Belgische markt controleren op de mogelijke aanwezigheid van bisfenol A in een groot aantal artikelen, zoals speelgoed dat kinderen in de mond kunnen stoppen, of in bakvormen. De mogelijke aanwezigheid van andere bisfenolen, zoals bisfenol B of bisfenol S zal ook worden onderzocht.

U vroeg naar maatregelen. Mijn collega belast met consumentenbescherming is bevoegd voor de speelgoedwetgeving. Ik ben meer in het algemeen bevoegd voor de volksgezondheid. Mijn administratie houdt uiteraard rekening met de meest kwetsbare bevolkingsgroepen bij het beoordelen van chemische producten, maar de uitgevoerde acties zijn algemener. Ze zijn niet gericht op één soort product, zoals speelgoed.

In die zin hebben wij al verschillende initiatieven genomen. Ik verwijs onder meer naar het NAPED (Nationaal Actieplan Hormoonverstoorders), dat in juni vorig jaar werd aangenomen en dat bepaalde acties bevat die wij in samenwerking met de FOD Economie zullen uitvoeren om de stakeholders meer te sensibiliseren voor het vervangen van stoffen die wij als gevaarlijk beschouwen, en ook om de economisch meest geschikte instrumenten te bepalen om die vervanging op de langere termijn te bevorderen.

Ik kan ook al aankondigen dat bisfenol S op de kandidaat-lijst van de REACH-verordening staat dankzij het werk van België, nadat het in het jaar 2021 met de classificatie Repro 1B is geklasseerd.

U vroeg naar mijn mening over eventueel strengere restricties op een aantal bestanddelen. Ik zal mij nu niet uitspreken over de precieze maatregelen die onder de bevoegdheid vallen van mijn collega die verantwoordelijk is voor consumentenbescherming en speelgoed, maar ik kan wel bevestigen dat ik mijn administratie vraag een strikt standpunt

05.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il est positif que nos administrations mènent des campagnes de surveillance du marché, car tous les produits ne sont pas sans risques. Le SPF Santé publique contrôlera prochainement le marché belge afin de détecter la présence éventuelle de bisphénol A dans des articles tels que les jouets que les enfants peuvent mettre en bouche ou dans les moules de cuisson. La présence d'autres variantes telles que le bisphénol B ou le bisphénol S sera également étudiée.

La secrétaire d'État à la Protection des consommateurs est compétente pour la législation relative aux jouets. Mon administration tient évidemment compte des groupes de population les plus vulnérables lors de l'évaluation de produits chimiques en termes de santé publique, mais nos actions ne se concentrent pas sur un seul type de produit, comme les jouets. Nous avons déjà pris des initiatives telles que le NAPED (plan d'action national sur les perturbateurs endocriniens) afin, en collaboration avec le SPF Économie, de sensibiliser davantage les parties prenantes à la substitution de substances considérées comme dangereuses et de

in te nemen om de blootstelling en de eventuele risico's voor kwetsbare groepen zoveel mogelijk te beperken.

U vroeg ook of ik de herziening van de Europese richtlijn zal opvolgen. Welnu, mijn diensten zijn bevoegd voor het beheer van chemische producten in termen van risicobeoordeling en -beheersing, en inzake transversale wetgeving, met name de Europese verordeningen REACH en POP (*persistent organic pollutants*). Op basis van hun regelgevende en technische expertise zullen zij hun aanbevelingen bezorgen aan de FOD Economie met het oog op de herziening van de Europese richtlijn 2009/48/EG inzake de veiligheid van speelgoed. Er moet immers gezorgd worden voor een samenhang in de doelstellingen die de Belgische regering op Europees niveau nastreeft. De bescherming van kinderen tegen chemische risico's wordt daarin wel degelijk als een prioriteit benadrukt.

De huidige Europese richtlijn 2009/48 stelt strikte grenswaarden vast voor gevaarlijke stoffen voor speelgoed voor kinderen jonger dan 3 jaar en speelgoed dat bestemd is om in de mond te worden gestopt. Daaronder vallen de zogenaamde CMR-stoffen: stoffen die kankerverwekkend zijn, mutageen of giftig voor de voortplanting. Dat verbod moet worden aangescherpt en uitgebreid, en het voorzorgsbeginsel moet erop toegepast worden om de bescherming van alle kwetsbare bevolkingsgroepen, kinderen en adolescenten te waarborgen.

Mijn diensten zullen samenwerken met de bevoegde diensten om de samenhang van de regelgevingsinstrumenten op Europees niveau te waarborgen, om overlapping te voorkomen, maar ook om ervoor te zorgen dat de transversale wetgeving inzake chemische stoffen, zoals de REACH en de POP-verordening, van toepassing blijft op alle stoffen die op de markt komen.

Het is essentieel dat de wetenschappelijke adviescomités en agentschappen die op Europees niveau voor die wetgeving verantwoordelijk zijn, doeltreffend samenwerken, zowel op het vlak van de middelen als wat de samenhang van de regelgeving betreft.

Wat moet er veranderd worden? Aan de Europese richtlijn 2009/48 zouden nieuwe maatregelen kunnen worden toegevoegd om de veiligheid van speelgoed op de Europese markt te vergroten. Men zou bijvoorbeeld het verbod op CMR kunnen toepassen op het speelgoed voor alle leeftijdsgroepen en ook voor alle soorten speelgoed waarbij blootstelling aan die stoffen niet kan worden uitgesloten. Bovendien zouden ook andere klassen van gevaarlijke stoffen moeten worden ingevoerd, niet alleen hormoonverstoorders en stoffen die als persistent en bioaccumulerend zijn ingedeeld, de zogenaamde zeer zorgwekkende stoffen (SVHC's), maar ook de klassen met de schadelijkste chemische stoffen, die het immuunsysteem, het neurologische systeem en de ademhalingsorganen aantasten, en orgaanspecifieke toxische chemische stoffen.

Al die maatregelen volgen de richting die de Europese Commissie heeft aangekondigd in haar CSS-mededeling 2020 (Chemicals Strategy for Sustainability). Dat is de strategie voor duurzame chemische stoffen op weg naar een gifvrij milieu. Die mededeling is bekrachtigd in de conclusies van de Raad van de Europese Unie van maart 2021.

Ik steun ook het principe dat het potentiële gecombineerde effect van die stoffen op de gezondheid, en met name het cocktaileffect, in aanmerking wordt genomen bij risicobeoordelingen om de blootstelling van

promouvoir leur substitution à plus long terme par le biais des actions économiques les plus appropriées. Grâce à la Belgique, le bisphénol S figure sur la liste des substances candidates du règlement REACH, après sa classification antérieure comme substance toxique pour la reproduction de catégorie 1B en 2021.

Je demande à mon administration d'adopter une position stricte afin de limiter autant que possible l'exposition et les risques éventuels pour les groupes vulnérables.

Mes services sont compétents pour la gestion des produits chimiques en termes d'évaluation et de gestion des risques, ainsi qu'en matière de législation transversale, à savoir les règlements REACH et POP (polluants organiques persistants). Ils communiqueront leurs recommandations au SPF Économie en vue de la révision de la directive européenne 2009/48/CE relative à la sécurité des jouets.

L'actuelle directive européenne 2009/48 fixe des valeurs limites strictes pour les matériaux dangereux dans les jouets des enfants de moins de trois ans et ceux destinés à être mis en bouche. Les substances cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) sont concernées. Cette interdiction doit être renforcée et élargie, et le principe de précaution doit s'appliquer. Mes services collaboreront avec les services compétents afin de garantir la cohérence des instruments réglementaires au niveau européen. Il est essentiel que les comités d'avis scientifiques et les agences collaborent de manière efficace au niveau européen, tant sur le plan des moyens que de la cohérence de la législation.

De nouvelles mesures pourraient être ajoutées à la directive européenne 2009/48 pour accroître la sécurité des jouets sur le marché européen. Nous pourrions par exemple appliquer l'interdiction des CMR sur les jouets pour tous les

kinderen aan die stoffen sterk te beperken. Bijzondere aandacht moet mijns inziens ook gaan naar het feit dat niet alleen de blootstelling van kinderen tijdens de gebruiksfase van die producten tot een minimum moet worden beperkt, maar dat preventie van toepassing is op de hele levenscyclus van de producten om de blootstelling aan chemische stoffen, met inbegrip van indirecte blootstelling via het milieu, tot een minimum te beperken.

Ik ben ten slotte voorstander van een betere etikettering van speelgoed, met name wat de samenstelling van chemische stoffen betreft, ook om de mensen te informeren teneinde een positieve dynamiek voor de vervanging van die stoffen op gang te brengen. Ik ben daarnaast ook voorstander van maatregelen die een betere controle en een beter toezicht mogelijk maken op de producten die op de Europese markt aanwezig zijn. Die wijzigingen zouden volgens mij nuttig zijn voor de toekomst.

âges, ainsi que pour tous les types de jouets où l'exposition n'est pas à exclure. En outre, d'autres classes de substances dangereuses devraient être instaurées. Toutes ces mesures suivent la direction annoncée par la Commission européenne dans sa communication Chemicals Strategy for Sustainability (CSS) de 2020, qui vise un environnement exempt de substances toxiques. Ce point est confirmé dans les conclusions du Conseil de mars 2021.

Je suis également favorable à ce que l'effet combiné potentiel de ces substances sur la santé soit pris en compte dans les évaluations des risques. En outre, la prévention doit s'appliquer à l'ensemble du cycle de vie des produits afin de minimiser l'exposition à des substances chimiques, y compris dans l'environnement. Je suis partisan d'un meilleur étiquetage des jouets et de mesures visant à améliorer le contrôle et la surveillance des produits sur le marché européen.

05.04 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dien zulke vragen altijd in bij u en bij de staatssecretaris voor Consumentenzaken, als er links zijn. Systematisch worden mijn vragen aan de staatssecretaris voor Consumentenzaken naar u doorverwezen. Ik vind het dus vreemd dat ik weer naar haar word verwezen. Ik heb het gevoel dat ik rondjes draai, maar daar kunt u niets aan doen. Ik zal mijn vragen bij u beiden blijven indienen, zodat u alle twee kunt reageren.

U spreekt over verbieden, aanscherpen en uitbreiden van de regels en zegt dat het voorzorgsprincipe en het cocktaileffect in acht moeten worden genomen. Daarin steunen wij u volledig en ik hoop dat uw stem heel luid zal klinken bij de besprekingen van de herziening van de Europese regels.

U zegt dat mensen er zich van bewust moeten zijn dat er bisfenol A kan zitten in speelgoed dat kinderen in hun mond stoppen en dat betere etikettering en informatie nodig zijn. Ik denk dat heel veel mensen die speelgoed kopen niet weten dat bisfenol A schadelijk is voor een kindje. Zij vertrouwen erop dat de overheid zulke schadelijke stoffen niet op de markt laat komen. Wij hebben die discussie al heel vaak gehad naar aanleiding van het NAPED, maar hier gaat het opnieuw over een kwetsbare doelgroep die wordt blootgesteld aan producten waar mensen niet mee bezig zijn. Mensen willen dat dat voor hen wordt geregeld.

Dus, het is heel goed dat België aan de kar trok om Bisfenol S op de lijst van substitutie te zetten. Als ik goed geïnformeerd ben, gaat de Bisfenolreeks heel ver door en zijn ze allemaal schadelijk, of toch bijna allemaal.

05.04 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Il est étrange que je sois de nouveau renvoyée vers la secrétaire d'État à la Protection des consommateurs. J'ai le sentiment de faire du surplace. Lorsqu'il prévoit des interdictions et qu'il affine et étend les règles, y compris le principe de précaution, le ministre peut être assuré de notre soutien absolu. En outre, les consommateurs comptent sur les autorités pour ne pas autoriser la commercialisation de ces substances toxiques.

Nous devons également prendre les devants pour éviter le remplacement, qui est souvent aussi nocif, afin que nous ne commettions pas les mêmes erreurs qu'il y a 20 ans.

Ik denk dus dat we er ook werk van moeten maken om de vervanging, die vaak even schadelijk is, voor te blijven, zodat we niet opnieuw dezelfde fouten maken als twintig jaar geleden.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitster**: De heer Creyelman heeft gevraagd zijn vraag 55032715C uit te stellen.

06 Questions jointes de
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle nomenclature pour les soins de plaies à domicile" (55032788C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La modification de la nomenclature des soins de plaies pour les infirmiers à domicile" (55032856C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouvelles règles en matière de soins des plaies par des infirmiers à domicile" (55033616C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle nomenclature pour les soins de plaies" (55033700C)
06 Samengevoegde vragen van
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe nomenclatuur voor wondzorg voor de thuisverpleegkundigen" (55032788C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wijziging van de wondzorgnomenclatuur voor thuisverpleegkundigen" (55032856C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe regels inzake thuisverpleging voor wondverzorging" (55033616C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe nomenclatuur voor wondzorg" (55033700C)

06.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, une modification de la nomenclature des soins de plaies vient d'entrer en vigueur pour le secteur des infirmiers à domicile. Voyons d'abord l'aspect positif des choses! L'infirmier devient en effet leur pilote, avec pour conséquence une meilleure formation. L'occasion se présente pour une collaboration étroite et renforcée entre le médecin – généraliste ou spécialiste – et cette profession, hormis pour certains soins bien précis.

En revanche, pour les soins à domicile, le secteur est inquiet – tant du côté des indépendants que des salariés –, puisque l'infirmier devra rembourser l'intégralité de ses prestations facturées en cas de non-respect des procédures, risquant même une amende. Tous s'accordent à relever qu'aucune période d'adaptation n'a été prévue afin qu'ils s'adaptent à ces nouvelles procédures, alors que leurs représentants en avaient exprimé la demande.

De même, ils estiment que le texte doit être amendé. Plusieurs procédures doivent être détaillées, voire corrigées, tandis que certains actes ne sont pas pris en compte. Enfin, les moyens techniques pour respecter les exigences qu'il impose ne sont pas à 100 % fonctionnels.

Aux questions précises qu'ont posées les infirmiers, les réponses de l'INAMI restent vagues, notamment sur plusieurs points: que se passe-t-il si l'infirmière-relais ne passe pas à temps, si le médecin ne donne pas son avis ou que la consultation est reportée? Les sanctions sont-elles uniquement prévues pour l'infirmier qui facture les soins de plaies? En cas de prescription du médecin au début de la prise en charge, faut-il le prévenir malgré tout dans les cinq jours? En cours de traitement, la visite du médecin remplace-t-elle l'avis nécessaire au bout des six semaines? Que se passe-t-il si la demande d'avis reste sans réponse? Voilà quelques exemples de questions auxquelles les

06.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): De nomenclatuur voor de wondzorg werd onlangs gewijzigd voor de thuisverpleegkundigen. Het positieve aspect is dat ze beter opgeleid zullen worden en zo de samenwerking met de arts versterkt kan worden. Anderzijds is de thuiszorgsector ongerust, aangezien de verpleegkundige zijn of haar verstrekkingen zal moeten terugbetalen als de procedures niet nageleefd worden en men in dat geval zelfs een boete riskeert. Er wordt niet in een overgangsperiode voorzien. Voor de sector moet de tekst geamendeerd worden. Bovendien zijn de technische middelen om aan de vereisten te voldoen niet helemaal functioneel.

Het RIZIV reikt vage antwoorden aan op de vragen van de verpleegkundigen. Wat gebeurt er als de referentieverpleegkundige niet op tijd langskomt of als de arts geen advies verstrekt? Wordt er alleen voor de verpleegkundige die de wondzorg factureert in sancties voorzien? Als de arts bij het begin van de behandeling een voorschrift aflevert, moet men hem of haar dan

réponses apportées sont trop vagues. Le ressenti des représentants des infirmiers à domicile est que la concertation avec le terrain a été bâclée.

Monsieur le ministre, si je m'adresse à vous aujourd'hui à propos d'une réforme dont les grandes lignes me semblent aller dans le bon sens, c'est tout simplement pour favoriser de nouvelles discussions en vue d'apporter de la clarté et, si nécessaire, de modifier des aspects techniques. L'objectif est que, demain, les patients soient bien suivis, que des infirmiers ne soient pas injustement lésés et que la réforme soit exécutée du mieux possible, tant pour les soignants que pour les patients.

binnen de vijf dagen verwittigen? Als de arts tijdens de behandeling langskomt, vervangt dat huisbezoek dan het advies dat op het einde van week zes verstrekt moet worden?

De vertegenwoordigers van de thuisverpleegkundigen zijn van mening dat het overleg afgeraffeld werd. Men moet naar de onderhandelingstafel terugkeren om bepaalde punten te preciseren of te wijzigen.

06.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, sinds december 2022 is de nieuwe regelgeving voor de thuisverpleging van toepassing. Een van de opvallende punten daarin is de wondzorg. Er is geen voorschrift meer nodig, maar toch zijn er nog voorwaarden aan gekoppeld. Het is goed dat opleiding en dergelijke hierin meegenomen zijn.

Ik maak me echter toch wat zorgen over de digitale foto's die doorgestuurd moeten worden. Naar aanleiding van de persberichten daarover heb ik contact opgenomen met een aantal thuisverpleegkundigen. Ook zij melden mij dat het vaak over heel intieme foto's gaat, die via een digitaal platform gedeeld moeten worden. Ze maken zich zorgen over de privacy van hun patiënten.

Hoe kwam de beslissing tot stand om die opvolging digitaal aan te laten geven? Met welke actoren werd er overlegd? Het digitale systeem zelf zou nog wat kinderziektes hebben. Tegen wanneer zouden deze van de baan zijn?

Hoe kunt u het respecteren van de privacyregels voor de patiënten garanderen? Is er effectief een probleem op het vlak van privacyregelgeving wanneer de verpleegkundige bijvoorbeeld met haar eigen toestel foto's maakt en deze doorstuurt?

Er is wat weerstand bij huisartsen, maar ook bij de thuisverpleegkundigen zelf. Graag had ik een stand van zaken gekregen.

06.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Depuis décembre 2022, une nouvelle réglementation relative aux soins infirmiers à domicile est d'application. Les soins de plaies ne doivent plus faire l'objet d'une prescription, mais l'infirmier doit prendre des photos et les transmettre par voie numérique. La protection de la vie privée des patients suscite, de ce fait, des préoccupations.

Comment cette décision a-t-elle vu le jour? S'est-on concerté et avec qui?

La plateforme numérique serait encore confrontée à des problèmes de rodage. Quand ces problèmes seront-ils réglés?

Comment la protection de la vie privée des patients peut-elle être garantie? Est-ce problématique si les photos sont réalisées à l'aide du téléphone portable personnel de l'infirmier?

06.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, j'ai récemment pu prendre connaissance des nouvelles directives transmises par l'INAMI aux infirmières et infirmiers à domicile concernant les soins de plaie. Alors qu'auparavant, la prescription était la condition au remboursement des soins de plaie, l'arrêté royal du 3 octobre 2022 a conditionné ce remboursement à l'envoi de photos au médecin tout au long du traitement.

Cependant, il nous revient que certains groupement et associations contestent ces nouvelles règles, parfois même par la voie judiciaire. D'abord, parce qu'elles constituent, selon les professionnels de terrain, une nouvelle charge administrative importante, mais surtout parce qu'elles relèvent d'un nouveau traitement de données à caractère sensible qui mettent par ailleurs mal à l'aise certains patients en raison des zones du corps qui doivent être photographiées.

06.03 **Laurence Zanchetta** (PS): In de nieuwe richtlijnen die het RIZIV aan thuisverpleegkundigen heeft bezorgd over wondzorg wordt de terugbetaling afhankelijk gesteld van het verzenden van foto's naar de arts gedurende de hele behandeling. Een aantal verenigingen vecht die regels aan, soms bij de rechter. Naast de administratieve rompslomp gaat het over de verwerking van gevoelige gegevens waardoor de patiënt zich ongemakkelijk kan voelen, afhankelijk van de te fotograferen lichaamsdelen.

Monsieur le ministre, quel est l'objectif de cette modification? À quel médecin précisément ces photos doivent-elles être transmises? S'agit-il du médecin prescripteur ou du médecin traitant?

Par quels moyens informatiques doivent-elles être transmises? Un cadre sécurisé a-t-il été mis en place à cette fin?

Qu'en est-il du traitement de ces photos et de ces données de santé après leur transmission au médecin?

Un consentement éclairé explicite du patient est-il requis? Qu'en est-il si celui-ci refuse que des photos soient prises, notamment pour ce qui est de la poursuite des soins et du remboursement?

Ce nouveau traitement et ce transfert de données de santé revêtent clairement un caractère sensible. L'avis de l'Autorité de protection des données (APD) a-t-il été sollicité à ce sujet?

Enfin, la charge administrative qu'entraînent ces nouvelles dispositions pour les soignants a-t-elle été évaluée au regard de la cadence de travail à laquelle ces derniers doivent déjà faire face aujourd'hui?

Je vous remercie pour vos réponses.

Met welk doel werd die wijziging doorgevoerd? Moeten de foto's naar de voorschrijvende of naar de behandelende arts verzonden worden? Hoe moeten ze bezorgd worden? Werd daar een beveiligd kader voor opgezet? Hoe worden die gezondheidsgegevens verwerkt? Moet de patiënt expliciet zijn geïnformeerde toestemming geven? Hoe zit het met de verdere zorg en terugbetaling als de patiënt die toestemming weigert te geven? Werd het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit ingewonnen? Werden de administratieve lasten voor de zorgverleners geëvalueerd?

06.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Chères collègues, je tiens à souligner que cette adaptation de la nomenclature des soins de plaie est le fruit d'années de concertation et de préparation au cours desquelles l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) s'est régulièrement coordonné avec les acteurs concernés, notamment des représentants des organisations concernées, notamment des représentants des organisations professionnelles des infirmiers et des mutualités.

Lorsque cette adaptation a finalement été approuvée par la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, elle a fait l'objet du soutien de l'ensemble des acteurs qui, conscients des changements qu'elle apportait, ont voulu laisser le temps à chacun - les organismes assureurs, les infirmiers de terrain, les fournisseurs des logiciels - de s'y préparer. C'est la raison pour laquelle, alors que l'adaptation a été approuvée en première instance en octobre 2021, elle n'est entrée en vigueur que le 1er décembre 2022. C'est aussi avec mon soutien que nous avons décidé de prendre un peu de recul et de retarder cette réforme complexe.

De manière générale, l'INAMI, le secteur des soins infirmiers à domicile et les organismes assureurs se rendent compte que ce changement de nomenclature est complexe et que sa mise en œuvre nécessite des efforts importants de la part de beaucoup, mais il vise à faire évoluer les soins en améliorant le suivi des plaies, en valorisant les honoraires et en prenant en compte l'expertise et le diagnostic infirmier. À ce titre, un suivi proactif des questions, des inquiétudes et problèmes techniques signalés est effectué et un monitoring des mesures est prévu.

L'INAMI travaille d'ailleurs actuellement à apporter une série de clarifications sur des éléments qui suscitent des inquiétudes sur le terrain. Un document de type foire aux questions (FAQ) est déjà disponible sur le site de l'INAMI et sera prochainement mis à jour avec une série de clarifications complémentaires. À ce titre, des concertations auront probablement lieu dans les prochaines semaines avec des représentants des praticiens de l'art infirmier et des médecins, notamment.

06.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: De aanpassing van de wondzorgnomenclatuur is het resultaat van ampel overleg, onder meer tussen het RIZIV en de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen en de ziekenfondsen. Na de goedkeuring van de gewijzigde nomenclatuur in oktober 2021 genoot ze de steun van alle actoren, die iedereen de tijd wilden geven om zich erop voor te bereiden. De nieuwe nomenclatuur is pas in december 2022 in werking getreden. Dat uitstel kwam er door de complexiteit van de hervorming.

Het RIZIV, de sector van de verpleegkunde en de verzekeringsinstellingen zijn zich bewust van de inspanningen die nodig zijn voor de implementering van de nomenclatuur. Ze willen echter streven naar een evolutie van de zorg door de opvolging van wonden te verbeteren, de honoraria op te trekken en rekening te houden met de expertise van de verpleegkundigen.

Vragen en technische problemen worden proactief opgevolgd, en de maatregelen zullen gemonitord worden. Het RIZIV levert inspanningen om de onrust op het terrein weg te werken. Zo staat er op zijn website een FAQ. Binnenkort

La Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs pourra par la suite discuter et proposer d'éventuelles adaptations nécessaires à cette nouvelle réglementation.

Je vous renvoie également à cette FAQ et à son adaptation pour quelques questions très ponctuelles. Permettez-moi à présent de passer en revue quelques éléments mis en avant dans les questions, qui me semblent importants pour notre débat.

Premièrement, en ce qui concerne la photographie, la photographie de la plaie est un élément de suivi dans le dossier infirmier. Elle n'est à la disposition que de l'infirmier ou de son équipe en cas de passage de différents infirmiers auprès du patient, de l'infirmière relais en matière de soins de plaie lorsqu'un avis externe est demandé et du médecin impliqué dans le soin de plaie.

Soulignons que la nouvelle réglementation supprime la nécessité de prescription par le médecin en reconnaissant l'expertise et les diagnostics de l'infirmier.

La photographie de la plaie a été proposée par les représentants du secteur comme garantie de la qualité des soins, notamment à partir des études sur les soins *Evidence Based*, pour un traitement et un suivi optimaux.

Les directives en matière de photographie de la plaie stipulent clairement: "Informez le patient de la raison pour laquelle les photos sont prises. Le fait que la réglementation explique explicitement que les photographies font partie du dossier des soins de plaie et doivent être partagées avec les médecins impliqués signifie qu'en principe aucun consentement éclairé distinct n'est nécessaire. Tenez compte de la vie privée lorsque vous prenez les photos."

Il s'agit donc bien d'une photo de la plaie (non du patient) qui fait partie du dossier infirmier. Elle n'est accessible qu'aux personnes ayant un lien thérapeutique avec le patient. Le médecin impliqué dans le soin de plaie n'a pas de traitement complémentaire à faire des données disponibles.

En ce qui concerne la communication envers les médecins, son objectif est de signifier le début de traitement de la plaie. Elle doit se faire de manière sécurisée puisqu'elle contiendra des données à caractère personnel relatives à la santé du patient. L'utilisation de la eHealthBox pour la communication est une possibilité - j'y reviendrai plus tard - ainsi que celle de l'envoi postal.

La photo prise au premier changement de pansement est ajoutée au dossier infirmier du patient et mise à disposition du médecin impliqué dans les soins de plaie. Cela ne signifie pas l'envoi systématique de la photo. Si le médecin a accès au dossier du patient lors d'une consultation, il pourra consulter la photo de la plaie. Si elle est chargée dans le dossier électronique du patient sur un *hub* - le Réseau Santé Wallon, le Réseau Santé Bruxellois ou Vitalink -, elle est également en principe à disposition du médecin.

L'infirmier doit s'assurer que le médecin ait accès à une photo de la plaie pour un suivi ou un avis éventuel. L'infirmier signifie le début du traitement au médecin de manière directe, sécurisée et vérifiable. Le dossier patient contient une photo de la plaie, renouvelée toutes les

wordt er overlegd met de vertegenwoordigers van de artsen en verpleegkundigen. De Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen kan voorstellen doen om aanpassingen door te voeren aan de nieuwe regelgeving. Ik verwijs u door naar de FAQ voor de specifieke vragen.

De foto van de wonde, die voor de opvolging aan het verpleegdossier wordt toegevoegd, is alleen beschikbaar voor de verpleegkundige, de betrokken arts en – wanneer er een extern advies wordt gevraagd – de referentieverpleegkundige.

Volgens de nieuwe regels is er geen doktersvoorschrift meer nodig omdat de diagnose van de verpleegkundige erkend wordt. Het nemen van foto's werd voorgesteld om een optimale behandeling te garanderen. De richtsnoeren bepalen dat de patiënt geïnformeerd moet worden over de redenen voor de foto's. Doordat de foto's deel uitmaken van het zorgdossier en met artsen moeten worden gedeeld is er geen afzonderlijke geïnformeerde toestemming vereist. Er moet een foto genomen worden van de wonde, niet van de patiënt, en de foto is alleen toegankelijk voor degenen die een therapeutische relatie met de patiënt hebben.

De mededeling aan de arts is bedoeld om het begin van de wondbehandeling aan te geven. Die mededeling moet op een veilige manier verlopen aangezien ze persoonlijke gegevens van de patiënt bevat. De eHealthBox is een mogelijk communicatiekanaal, evenals verzending per post. De foto die bij de eerste verbandwissel gemaakt wordt, wordt toegevoegd aan het verpleegdossier van de patiënt en is beschikbaar voor de arts. Dat betekent niet dat de foto systematisch verzonden wordt. Als de arts toegang heeft tot het dossier van de patiënt, zal hij de foto kunnen raadplegen; als de foto in het elektronische dossier van de patient op een hub is opgeslagen, zal ze voor de arts beschikbaar zijn.

deux semaines en cas de soin de plaies complexes, prolongée une seule fois de sept jours en cas de soin de plaies simples. L'infirmier s'assure que les photos sont à disposition du médecin impliqué dans le soin de la plaie.

En ce qui concerne le consentement éclairé du patient, la photographie de la plaie est un élément du dossier infirmier uniquement accessible aux dispensateurs de soins impliqués dans le soin de plaie. La prise de photos fait partie de la prestation de soins, de sorte qu'aucun consentement éclairé distinct n'est à demander. Le consentement du patient découle du fait qu'il accepte d'être soigné par l'infirmier concerné.

Un refus de la photographie implique que le tarif est entièrement à charge du patient, en l'absence d'une possibilité de facturation à sa mutuelle. En cas de refus du patient, nous ne voulons pas le pénaliser "davantage". Le praticien de l'art infirmier tient, même dans le cadre d'un refus, un dossier de soin de plaie à jour.

S'agissant de la communication avec le médecin impliqué dans le soin de plaie et de l'ajout d'une photographie au dossier infirmier, il n'y a donc pas systématiquement de transfert de données de santé, les éléments étant mis à disposition dans le dossier infirmier du patient.

Comme je viens de le dire, l'idée est que, sur base du fait qu'il y a eu un consentement éclairé au niveau de la prestation, il ne faut pas demander un consentement éclairé distinct pour la photographie. Cela explique aussi que l'avis de l'Autorité de protection des données n'a pas été sollicité dans ce cas précis.

Y a-t-il encore des choses à améliorer? Oui, des problèmes techniques liés à l'envoi des données existent encore. L'INAMI a reçu différents signaux concernant l'impossibilité pour certains infirmiers de communiquer de manière sécurisée avec le médecin impliqué dans le soin de la plaie à partir de leur logiciel.

Pendant cette période où il n'est pas encore techniquement possible de respecter l'obligation de communication au médecin traitant, qui se substitue à l'obligation de prescription, il est exceptionnellement toléré que les infirmiers ne procèdent pas à cette communication et attestent qu'ils sont en possession d'une prescription médicale qui est conservée dans le dossier infirmier. Cette exception prendra fin le 28 février.

La eHealth box peut être un moyen de communication, qui a ses limites. Le stockage est limité et il y a un délai de 90 jours pour la conservation des messages. À vrai dire, il est conseillé d'utiliser un hub comme le Réseau Santé Wallon et Réseau Santé Bruxellois Vitalink. Cela permet non seulement de sauvegarder la photo de manière sécurisée, mais aussi de la rendre accessible directement aux médecins ayant un lien thérapeutique avec le patient.

Plusieurs logiciels infirmiers prévoient déjà la communication via les hubs, et d'autres logiciels permettent la communication via les plates-formes chiffrées de bout en bout comme Helena. Une analyse et un monitoring seront réalisés pour voir les pistes d'amélioration du système en concertation avec les représentants du secteur, la commission informatique de l'INAMI, la plate-forme eHealth et les fournisseurs de logiciels.

Concernant la charge administrative supplémentaire, dans le passé,

De verpleegkundige moet ervoor zorgen dat de arts toegang heeft tot een foto van de wonde voor opvolging of voor een eventueel advies. Het patiëntendossier bevat een foto van de wonde, die elke twee weken vernieuwd wordt in geval van een complexe wonde en één keer verlengd wordt met zeven dagen in geval van een eenvoudige wonde.

De foto is een onderdeel van het verpleegkundig dossier, dat alleen toegankelijk is voor de zorgverstrekkers die betrokken zijn bij de behandeling van de wonde. Aangezien de foto deel uitmaakt van de zorgverstrekking, moet men de patiënt geen aparte geïnformeerde toestemming vragen. Daarom werd er geen advies gevraagd aan de GBA. Als de patiënt weigert een foto te laten nemen, is het tarief volledig te zijnen laste, aangezien er dan niet gefactureerd kan worden aan het ziekenfonds. In geval van een weigering houdt de zorgverstrekker niettemin een wondzorgdossier bij.

Er blijven zich technische problemen voordoen bij het versturen van de gegevens. Totdat die opgelost zijn, wordt uitzonderlijk aanvaard dat de verpleegkundigen die gegevens niet aan de behandelende arts meedelen.

Het is bij wijze van uitzondering toegelaten, tot 28 februari, dat de verpleegkundigen de gegevens niet doorsturen en de zorgverstrekking attesteren op basis van een medisch voorschrift dat in het verpleegkundige dossier bijgehouden wordt. De eHealthBox kan als communicatiemiddel fungeren, maar de opslagruimte is beperkt en de berichten worden slechts 90 dagen bewaard. Er wordt geadviseerd om een hub zoals Vitalink te gebruiken om de foto op beveiligde wijze op te slaan en direct toegankelijk te maken voor de artsen die in een therapeutische relatie staan tot de patiënt. Verscheidene verpleegkundige applicaties voorzien in de

les contacts et les échanges d'informations entre l'infirmier et le médecin existaient déjà pour la prescription. La nouvelle réglementation remplace cette procédure par un système plus structuré. La photographie dans le dossier infirmier permet d'avoir un suivi plus efficace de la plaie, y compris pour les dispensateurs de soins externes ayant une relation thérapeutique avec le patient, les médecins ou les infirmiers-relais en matière de soin de plaies. La tenue d'un dossier infirmier de la plaie plus complet vise à améliorer la qualité des soins et à réduire le temps de traitement. Cela est couplé à une valorisation des honoraires pour les soins de plaies complexes et les cas rares et orphelins. La demande d'un avis extérieur sur la plaie après un maximum de six semaines de soins de plaies complexes est également un élément de qualité des soins, pour conseiller ou pour orienter le traitement de la plaie. En cas de détérioration ou de *statu quo* ne répondant pas aux objectifs du traitement, cet avis peut être donné par un infirmier relais en matière de soins de plaie ou par un médecin. Dans ce cadre et en cas de contrôle, l'infirmier pourra justifier ou motiver un éventuel retard dans le passage de l'infirmier-relais ou du médecin.

En ce qui concerne la facturation, il y a en ce moment une impossibilité d'envoi de la notification, le message 0000, par les hôpitaux car les logiciels des hôpitaux ne l'ont pas encore prévu. Ce problème a été signalé en novembre dernier et n'était pas connu auparavant. Cela concerne un nombre limité de cas. Il doit encore être discuté en groupe de travail avec le Collège Intermutualiste National et les organismes assureurs.

Pour conclure, je rappellerai que cette réforme a pour objectif d'assurer un meilleur suivi des soins de plaie en valorisant les honoraires et tout en reconnaissant l'expertise et le diagnostic infirmier, en supprimant la nécessité d'une prescription. Dans ce cadre, un dossier infirmier plus complet et une communication avec les médecins sont requis pour un traitement et un suivi optimal.

Notons enfin que ces éléments ont été proposés par les représentants du secteur comme des garants de la qualité des soins et pas simplement comme des éléments de contrôle pour d'éventuels fraudes ou usages abusifs.

06.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie. Une série d'éléments de clarification doivent être finalisés. Vous avez cité quelques problèmes techniques.

Je vous demande suffisamment de souplesse car la mesure tampon exceptionnelle prendra fin le 28 février. Je vous demande d'être attentif car si cette mesure ne devait pas suffire, il conviendra de faire preuve de souplesse pour éviter des soucis sur le terrain. Par ailleurs, j'insiste

mogelijkheid van gegevensuitwisseling via de hubs, andere doen dat via de versleutelde platformen. In het kader van de opvolging zal er bekeken worden welke verbeteringen er mogelijk zijn.

De gegevensuitwisseling voor het voorschrift was al mogelijk tussen de arts en de verpleegkundige. De nieuwe reglementering biedt een gestructureerd systeem. De foto in het verpleegkundig dossier zorgt voor een betere opvolging van de wondverzorging, ook voor de externe zorgverstrekkers, waardoor de behandeltijd verkort wordt. De honoraria worden opgetrokken voor complexe wondverzorging, zeldzame gevallen en weesgevallen. Na maximaal zes weken kan een aanvraag om extern advies helpen om de wond beter te verzorgen.

Wat de facturatie betreft, kunnen de ziekenhuizen het noodzakelijke bericht niet verzenden, want de software staat dat nog niet toe. Dat probleem werd in november gesignaleerd, maar het gaat over weinig gevallen. De werkgroep zal dat met de verzekeringsinstellingen en met het Nationaal Intermutualistisch College bespreken.

Deze hervorming strekt tot een betere opvolging van de wondzorg, waarbij de erelonen verhoogd worden, de verpleegkundige expertise erkend wordt en het verplichte voorschrift afgeschaft wordt. Een vollediger verpleegkundig dossier en communicatie met de artsen zijn ook vereisten voor een optimale behandeling en opvolging. Die aspecten werden door de vertegenwoordigers van de sector voorgesteld om de zorgkwaliteit te garanderen. Dat zijn dus geen controlemiddelen.

06.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Men zal zich soepel moeten opstellen als de uitzonderlijke maatregel, die op 28 februari afloopt, niet toereikend blijkt. De foto maakt integraal deel uit van het medisch geheim en men moet erover waken dat het RIZIV deze niet

sur le fait que la photo fait partie intégrale du secret médical et ne peut donc en rien être utilisée comme moyen de contrôle de l'INAMI, y compris *a posteriori* ou par rapport à certains remboursements, etc. Je peux être en phase avec cette manière de faire, mais à condition qu'on soit dans du secret médical pur et dur, infirmier bien sûr, etc. Il ne peut jamais être question d'un outil de contrôle de l'INAMI parce que là, on entre dans une autre configuration.

Troisièmement, s'agissant du refus du patient, cela a été décidé en octobre 2021 et c'est d'application depuis décembre 2022. Reconnaissons que les patients viennent seulement d'en entendre parler. Peut-être qu'il aurait été bon, pour un certain nombre de patients qu'il faudra sans doute davantage convaincre que les infirmiers, de prévoir une période de quelques mois avant l'application de la sanction. Il s'agit de soins de plaies complexes et le pire serait qu'un patient ne fasse plus soigner ses plaies par l'infirmier en charge. Là , on y perd parce qu'il y aura des complications majeures et des risques d'hospitalisation.

J'aurais peut-être temporisé quelques mois, le temps que les patients soient convaincus et que le système soit en place. Il n'est pas trop tard, vous pouvez toujours le décider pour qu'on évite d'avoir des soucis demain.

Par ailleurs, il est important de rappeler que l'infirmier ne peut pas être sanctionné s'il y a un refus du patient car alors on y perd encore plus par rapport à la qualité des soins, au risque de complication, de surinfection voire d'amputation. Monsieur le ministre, soyez aussi attentif à ces enjeux!

gebruikt voor controle, ook niet a posteriori.

Men had een overgangsperiode van enkele maanden moeten inbouwen, zodat de patiënten de tijd kregen om ingelicht en overtuigd te worden. Het is nog niet te laat: dat kan nog altijd. Bovendien mag de verpleegkundige geen sanctie opgelegd krijgen als de patiënt weigert. Anders dreigt de kwaliteit van de zorg erop achteruit te gaan en dreigen er complicaties op te treden.

06.06 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, er is dus effectief nog heel wat af te stemmen. Dat geeft u zelf ook aan.

Het is goed dat er nog wordt overlegd, maar ik blijf bezorgd over die foto's en de bescherming van de privacy van de patiënten. Die foto staat immers effectief op de gsm van de verpleegkundige. Collega Fonck haalde daarnet al aan dat deze foto's niet bij controles a posteriori mogen worden gebruikt. Ik ben daar nog niet gerust in. Er kunnen ook fouten voorkomen. U zegt dat de patiënt niet herkenbaar is, wat uiteraard klopt, maar een wonde op een meer intieme plaats fotograferen heeft toch een impact. Die foto wordt dan wel versleuteld verzonden, maar hij wordt ook ergens op de gsm van de verpleegkundige opgeslagen. We moeten daar echt voorzichtig mee zijn.

U hebt geen advies gevraagd aan de Gegevensbeschermingsautoriteit, maar u overtuigt mij niet met uw argumentatie dat de foto deel uitmaakt van het wondzorgdossier. Dit is namelijk een volledig nieuw gegeven, waarbij intieme foto's worden verzonden tussen een verpleegkundige en een arts. Ik had liever gehad dat u daar op veilig had gespeeld en de *go-ahead* van de privacy-autoriteit in ons land had gevraagd. Ik vind het jammer dat dit niet is gebeurd en ik ben helemaal niet gerustgesteld door uw antwoord.

06.06 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Il est positif que des concertations soient encore organisées et il est clair qu'elles seront nécessaires. Je continue de m'interroger sur la protection de la vie privée. La photo est, certes, encryptée avant d'être envoyée, mais elle demeure toujours stockée quelque part sur le GSM de l'infirmier. Nous devons faire preuve d'une grande prudence. L'argument selon lequel la photo fait partie du dossier soins de plaie n'est pas un argument convaincant. Il aurait été préférable de solliciter l'avis de l'APD à ce sujet.

06.07 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse et ses éléments complets mais nous resterons particulièrement attentifs à ce traitement de données vu leur caractère sensible.

06.07 **Laurence Zanchetta** (PS): We zullen de wijze waarop deze gevoelige kwestie behandeld wordt nauwlettend volgen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

07 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Coronalert-app" (55032827C)
07 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'application Coronalert" (55032827C)

07.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, uit het antwoord op mijn vraag in juni 2021 bleek dat er tot dan toe bijna 1,3 miljoen euro was besteed aan de Coronalert-app. Op de website die het aantal aanmeldingen op de Coronalert-app registreert, wordt gemeld dat er 123.000 positieve testresultaten werden doorgegeven via de app.

Wat is de eindrekening van de Coronalert-app? Is onderzocht wat de impact ervan was op de volksgezondheid? Hoeveel keer is de Coronalert-app gebruikt als reden om zich te laten testen? Hoeveel besmettingen, ziekenhuisopnames en overlijdens heeft men daarmee kunnen voorkomen?

07.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): En juin 2021, le ministre avait affirmé que jusque-là, un montant de 1,3 million d'euros avait été investi dans l'app Coronalert.

Combien a coûté cette app en définitive? Son impact sur la santé publique a-t-il déjà été évalué? Combien de fois des personnes se sont-elles fait tester à la suite d'une notification via l'app? Combien de contaminations, d'hospitalisations et de décès ont ainsi pu être évités?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de eindafrekening bedroeg ongeveer 2 miljoen euro.

De recentste cijfers over de impact van de Coronalert-app dateren van 31 oktober 2022, aangezien Coronalert dan werd gedesactiveerd. De cijfers zijn publiek beschikbaar op de website. Coronalert is actief geweest van eind september 2020 tot eind oktober 2022. Het totale aantal downloads van Coronalert bedraagt 4,2 miljoen. Het aantal actieve gebruikers kan enkel geschat worden. Die gegevens werden niet verzameld om de privacy van de burgers te beschermen. Tussen december 2020 en maart 2022 waren er tussen 1,5 en 2 miljoen actieve gebruikers. Sinds januari 2021 heeft Coronalert gewerkt als één enkele applicatie op het Europese niveau met ongeveer 100 miljoen gebruikers in negentien landen. Er zijn 1,76 miljoen testresultaten in Coronalert ontvangen, waarvan 340.000 positieve resultaten. De ontvangst zelf van die testresultaten verliep snel en efficiënt.

In totaal hebben 123.000 gebruikers na een positieve test andere gebruikers verwittigd. Hoeveel mensen verwittigd zijn, is ons niet bekend. Die gegevens werden niet verzameld om de privacy van de burgers te beschermen. Op basis van soortgelijke applicaties in andere landen kan men inschatten dat 370.000 tot 600.000 gebruikers een verwittiging voor een hoogrisicocontact hebben ontvangen en ongeveer twee keer zoveel een verwittiging voor een laagrisicocontact. Hoog- en laagrisicocontacten werden binnen vier tot acht uur verwittigd, wat sneller is dan bij manuele contactopsporing.

Er worden potentieel meer contacten verwittigd dan bij manuele contactopsporing, omdat men bij Coronalert ook contacten kan verwittigen die men niet kent, bijvoorbeeld contacten in het openbaar vervoer. Ik denk dat dit een positieve bijdrage in het beperken van het aantal besmettingen heeft opgeleverd, maar daarover kan men alleen maar gissen. Het is moeilijk om de gezondheidswinst in termen van besmettingen, ziekenhuisopnames, overlijdens kwantitatief te identificeren, mevrouw Gijbels.

Een vergelijkbare applicatie in Engeland en Wales, de NHS COVID-19-app, verzamelde veel meer data. Op basis daarvan concludeerde een studie in het befaamde tijdschrift *Nature* dat in een periode van

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'app Coronalert a coûté environ 2 millions d'euros. Elle a été désactivée le 31 octobre 2022. Entre septembre 2020 et fin octobre 2022, l'app a été téléchargée 4,2 millions de fois. Selon une estimation, on a recensé entre 1,5 et 2 millions d'utilisateurs actifs.

Depuis janvier 2021, Coronalert était la seule application à l'échelon européen, avec environ 100 millions d'utilisateurs dans 19 pays. Quelque 1,76 million de résultats de test ont été reçus via l'app, dont 340 000 étaient positifs.

Au total, 123 000 utilisateurs ont averti d'autres utilisateurs après un test positif. Nous ne savons pas combien de personnes au total ont été averties, ces données n'étant pas collectées parce qu'elles relèvent de la vie privée. Selon les estimations, toutefois, entre 370 000 et 600 000 utilisateurs au total auraient été avertis d'un contact à haut risque et environ le double d'un contact à faible risque. L'avertissement a été envoyé dans un délai de 4 à 8 heures, ce qui est plus rapide que le délai usuel en cas de traçage manuel des contacts. Un plus grand nombre de contacts ont également été avertis qu'en cas de traçage manuel étant donné que l'app permet également d'avertir des personnes que l'on ne

drie maanden op het einde van 2020 tussen de 284.000 en 594.000 besmettingen en tussen de 4.200 en 8.700 doden zijn vermeden. Dat is natuurlijk een indrukwekkend resultaat, maar het is moeilijk om dat naar België te vertalen, omdat het gaat over een ander gezondheidssysteem en een kortere periode waarin nog geen vaccins beschikbaar waren. De meest pessimistische schatting concludeert dat er dankzij Coronalert tienduizenden besmettingen zijn vermeden en tientallen levens werden gered.

Daarnaast heeft een gebruikersstudie van de KU Leuven in samenwerking met het Max Planck Institute in Saarbrücken aangetoond dat Coronalert gebruikers toeliet om hun eigen risico's beter in te schatten en hun gedrag daaraan aan te passen. Zelfs als is de impact van de empowerment daarvan moeilijk in cijfers te vertalen, ik denk dat het feit dat men mensen een beetje meer controle geeft over hun eigen situatie, gewoon een positief aspect van zo'n applicatie is.

connaît pas.

Je pense que cela nous a permis de limiter le nombre d'infections, mais ce ne sont que des supputations. Il est difficile de quantifier les avantages sanitaires de l'application en termes d'infections, d'hospitalisations et de décès.

Une application similaire en Angleterre et au Pays de Galles a recueilli beaucoup plus de données. Sur cette base, une étude parue dans la revue *Nature* conclut qu'au cours d'une période de 3 mois à la fin de 2020, entre 284 000 et 594 000 infections et entre 4 200 et 8 700 décès ont pu être évités. Cependant, il est difficile d'extrapoler ces résultats à la Belgique, car nous avons un système sanitaire différent et nous ne disposions pas encore de vaccins pendant la période étudiée. Selon l'estimation la plus pessimiste, des dizaines de milliers d'infections et des dizaines de décès ont été évités grâce à l'application.

Une étude menée auprès des utilisateurs par la KU Leuven et l'Institut Max Planck montre que l'application Coronalert a permis aux utilisateurs de mieux évaluer leurs propres risques et d'adapter leur comportement. Le fait que cela ait permis aux citoyens de mieux maîtriser leur propre situation est de toute façon un aspect positif, même s'il est difficile à quantifier.

07.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het is altijd jammer dat er weinig onderzoek wordt gedaan naar wat het precies heeft opgeleverd. Het gaat inderdaad om schattingen. In andere landen is daarnaar meer doorgedreven onderzoek gebeurd.

Ik geloof ook in het systeem en de empowerment die het met zich kan meebrengen. Het is belangrijk dat mensen daarover kunnen beschikken, maar ik heb het altijd jammer gevonden dat de overheid daaraan niet meer aandacht heeft gegeven. Het werd gelanceerd en men heeft weinig moeite gedaan om mensen te overtuigen om het te gebruiken.

U zegt dat de eindkosten 2 miljoen bedragen. Als ik dan kijk naar hoeveel positieve testresultaten in Coronalert werden aangemeld, met name 123.000, dan komt men tot 16 euro voor een positief testresultaat. Dat is toch heel veel. Ik denk dat we toch mogen zeggen dat Coronalert mislukt is. Dat had men veel beter kunnen inzetten. 2 miljoen euro is toch genoeg geld om daarmee zorgvuldig om te gaan.

07.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Je regrette que si peu de recherches soient menées. D'autres pays ont étudié les effets de manière plus approfondie. J'ai également toujours regretté que le gouvernement n'ait pas fait plus d'efforts pour promouvoir l'utilisation de l'application.

En divisant le coût par le nombre de résultats positifs signalés dans l'application, j'obtiens un chiffre de 16 euros par résultat positif. Sur cette base, je pense que nous pouvons conclure que l'application était un échec.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

08 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het zorgtraject voor postcovidpatiënten" (55032830C)
08 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le trajet de soins post-covid" (55032830C)

08.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Sinds 1 juli voorziet het RIZIV in een tegemoetkoming in de eerstelijnszorg voor patiënten in een gepersonaliseerd zorgtraject post-covid. Die overeenkomst loopt tot einde juni van dit jaar. De huisarts is daarbij de spilfiguur die de zorg bepaalt en die ook beslist welke disciplines er worden voorgeschreven. De artsspecialist kan een patiënt met bevestigde post-coviddiagnose ook doorverwijzen naar de huisarts. Er zijn dan twee trajecten mogelijk: eentje waarbij de patiënt nood heeft aan één zorgverlener of eentje met meer zorgverleners binnen een multidisciplinair team. In dat teamoverleg tussen arts en eerstelijnzorgverleners zal een zorgcoördinator worden aangeduid, die de regie in handen neemt.

Aanvankelijk bestond er geen duidelijke richtlijn omtrent het stellen van de diagnose post-covid en werd er gewerkt met de definitie van de WHO, die stelt dat symptomen minstens twee maanden aanwezig moeten zijn en niet verklaard kunnen worden door een alternatieve diagnose. Recent werden er echter ook richtlijnen gepubliceerd over de diagnose, opvolging en revalidatie door het *Evidence Based Practice Net*. Daar spreekt men van aanhoudende klachten vanaf vier weken na een acute infectie om van post-covid te spreken.

De diagnostische criteria zijn ruim en voor interpretatie vatbaar. Hoe zal er worden op toegezien dat het budget de juiste mensen bereikt? Hoe wilt u bijvoorbeeld het onderscheid maken met aandoeningen met gelijkaardige symptomen als CVS of fibromyalgie? Momenteel wordt de verpleegkundige niet betrokken bij het multidisciplinaire team. Welke rol ziet u voor de verpleegkundige weggelegd als lid van deze equipe? Kan die ook de rol van zorgcoördinator op zich nemen? De evaluatie zal gebeuren aan de hand van indicatoren. Wanneer zijn die beschikbaar?

Op welke manier zal worden opgevolgd dat de richtlijnen die naar voren worden geschoven door het *Evidence Based Practice Net* worden geïmplementeerd en dat er enerzijds geen overbodige onderzoeken als medische beeldvorming gebeuren, maar dat anderzijds wel correct gebruik wordt gemaakt van een stroomdiagram en ook tijdig wordt doorverwezen? Zijn de richtlijnen compatibel met het zorgtraject dat al eerder werd afgesproken, of moet dat worden bijgestuurd, bijvoorbeeld de wachttijd na de acute infectie om te kunnen spreken van post-covid?

08.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Depuis le 1er juillet 2022, il existe une intervention dans les soins de première ligne dans le cadre de la prise en charge postcovid des patients. Des directives concernant le diagnostic, le suivi et la rééducation ont récemment été publiées à cet égard. Si les symptômes persistent à partir de quatre semaines après une infection aiguë, on peut parler d'une problématique postcovid. Ceci est, bien sûr, sujet à interprétation.

Comment s'assure-t-on que le budget parvienne aux personnes qui en ont besoin? Comment peut-on établir la distinction avec des affections caractérisées par des symptômes similaires, comme le SFC ou la fibromyalgie? Quel est le rôle de l'infirmier dans l'équipe multidisciplinaire qui peut être impliquée dans les soins postcovid? Quand les indicateurs d'évaluation seront-ils disponibles? Comment veille-t-on à ce qu'il n'y ait pas d'examens superflus, mais que les patients soient néanmoins pris en charge à temps?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitster, voor het stellen van de diagnose post-COVID-19 is de huisarts verantwoordelijk. Ondertussen is de Belgische richtlijn voor de opvolging en revalidatie van patiënten met aanhoudende klachten na COVID-19 in de eerste lijn gepubliceerd op de website van het Evidence Based Practice Net (Ebpnet).

In die evaluatie zal ook de rol van zorgcoördinator bekeken worden. De huisarts kan die rol opnemen, waarbij de overeenkomst toelaat dat hij die taken delegeert aan bijvoorbeeld de praktijkverpleegkundige. In de komende maanden wordt in overleg met onder meer CEBAM, Eb-

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le médecin généraliste est responsable du diagnostic. Les directives relatives au suivi et à la revalidation en première ligne ont été publiées sur le site internet de l'Evidence Based Practice Net.

Le rôle de coordinateur des soins fait l'objet d'une évaluation. Il peut s'agir du médecin généraliste, qui peut par exemple déléguer des

practicenet en de ziekenfondsen de evaluatie van het zorgtraject uitgewerkt. Het is de bedoeling om in het voorjaar de evaluatie van de overeenkomst aan te vatten. Op basis daarvan zullen wij de regelgeving al dan niet bijsturen.

Met betrekking tot de richtlijnen en het faciliteren van de implementatie van de richtlijn, wij hebben binnen het EBP-netwerk een aanbesteding uitgeschreven. Bij de uitwerking van de evaluatie zal de opvolging van deze richtlijn zo maximaal mogelijk meegenomen worden. U zegt het terecht, er zijn nog enkele aandachtspunten voor de verschillen tussen het zorgtraject en de richtlijn, die mee moeten worden genomen in de evaluatie, zoals de wachttijd na een acute infectie.

Vermits de overeenkomst slechts voorzien is tot 30 juni van dit jaar en de evaluatie in het voorjaar plaatsvindt, zal een eventuele bijsturing van de overeenkomst pas na de evaluatie gebeuren.

08.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het lijkt mij duidelijk. Ik zal het met aandacht opvolgen. Het is inderdaad belangrijk dat het CEBAM voor die evaluatie zal instaan. Ik ben benieuwd naar de bevindingen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

tâches à l'infirmier praticien. Dans les mois qui viennent, l'évaluation du trajet de soins sera mise au point et pourra, le cas échéant, servir de base à une adaptation de la réglementation.

09 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De doeltreffendheid van kankermedicijnen" (55032831C)
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Dure kankerbehandelingen" (55033279C)
09 Questions jointes de
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'efficacité des médicaments contre le cancer" (55032831C)
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les traitements onéreux contre le cancer" (55033279C)

09.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag gaat over Opdivo en Keytruda, medicijnen die in 2016 hun intrede deden. Het gaat om een vrij dure behandeling van ongeveer 100.000 euro per jaar per patiënt. De outcome was voorzien als vrij spectaculair.

Van het Intermutualistisch Agentschap hebben wij vernomen dat, op basis van de analyse van gegevens van ruim 9.000 Belgische kankerpatiënten, ongeveer de helft van de patiënten die tussen 2016 en 2018 Opdivo kregen binnen een jaar na de start van de behandeling is overleden. In 2019 gaat het om bijna 70 %. Voor Keytruda werd dezelfde vaststelling gedaan. Beide geneesmiddelen behoren tot de immunotherapeutica en worden pas onder beperkte voorwaarden en in welbepaalde stadia van een ziekte terugbetaald.

Mijnheer de minister, hoe interpreteert u de cijfers van het Intermutualistisch Agentschap? Welke conclusie trekt u uit die analyses? Welke analyses werden er precies uitgevoerd en wat waren de beoordelingscriteria?

Er loopt momenteel een klasse 1-studie naar de criteria en de outcome van immunotherapeutica. Heel belangrijk daarin vind ik het stadium waarin de terugbetaling toegekend wordt.

09.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): À peu près la moitié des patients qui se sont vu administrer le médicament Opdivo entre 2016 et 2018 sont décédés moins d'un an après le début du traitement. En 2019, ce taux atteint près de 70 %. Le même constat a été dressé pour Keytruda. Il s'agit d'un traitement assez cher, puisqu'il coûte environ 100 000 euros par an et par patient. Les deux médicaments relèvent de l'immunothérapie et ne sont remboursés qu'à des conditions limitées et à des stades bien définis d'une maladie.

Comment le ministre interprète-t-il ces chiffres de l'Agence intermutualiste? Existe-t-il des preuves scientifiques appuyant un recours plus précoce à l'immunothérapie contre des tumeurs agressives, et

Mijnheer de minister, is er wetenschappelijke evidentie om de immunotherapeutica bij agressieve tumoren eventueel sneller in het ziekteproces toe te passen en terug te betalen, met betere prognoses als gevolg? In de commissie voor Gezondheid heb ik al eens het voorbeeld van een triple borstcarcinoom aangehaald, waar terugbetaling van immunotherapie pas in de fase van vergevorderde uitzaaiingen wordt voorzien. Kan onderzocht worden of het beter is om die innovatieve therapieën misschien vroeger in het ziekteproces terug te betalen?

De **voorzitster**: De heer Prévot is niet aanwezig.

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Een goede dataverzameling en de analyse daarvan zijn heel belangrijk bij het maken van beleid. Ik hecht daarom ook veel belang aan het feit dat in deze analyse van het IMA, die vooral gericht was op het onderzoeken van sociaaleconomische en/of regionale verschillen, alle inkomensniveaus op een nagenoeg gelijkwaardige manier toegang blijken te hebben tot immunotherapie met PD-L1-remmers. Daarenboven stelt het IMA in zijn conclusie dat er in België geen grote regionale verschillen zijn in het gebruik van immunotherapie.

Mevrouw Depoorter verwijst naar het aantal overleden patiënten aangehaald in de conclusies. De werkzaamheid van nieuwe kankermedicijnen, wat de overleving en levenskwaliteit betreft, is inderdaad echt een aandachtspunt. We zien dat het uiteindelijke effect in de dagelijkse klinische praktijk niet altijd hetzelfde is als ingeschat op het moment van de marktvergunning. Studies die de resultaten in de klinische praktijk opvolgen, zouden dus meer moeten gebeuren. Meer bepaald zijn er voor immunotherapie eerder positieve effecten op de overleving vastgesteld voor bijvoorbeeld melanomen en gemetastaseerde longkanker. Voor andere kankertypes is het effect veel minder duidelijk.

Dat er tussen 2016 en 2018 door het IMA een sterke toename is opgemerkt in het aantal patiënten dat met deze geneesmiddelen behandeld is, zal waarschijnlijk voor een groot deel te wijten zijn aan het feit dat er ook een toename geweest is in die periode van vergoedbare indicaties voor deze geneesmiddelen. Dat blijkt eigenlijk niet uit het rapport van het IMA, maar het zou een waardevolle aanvulling kunnen zijn op de studie, niet alleen naar verdeling van patiëntenaantallen over de verschillende indicaties, maar ook naar de overlevingsdata.

Het is bekend, ook uit de evaluaties die door de CTG zijn gemaakt, dat niet voor alle geregistreerde en/of vergoedbare indicaties van de immunotherapieën waarvan sprake even goede resultaten verkregen bleken te zijn in klinische studies en dat het overlevingsvoordeel in sommige gevallen eerder beperkt was. Dat werd meegenomen in de waardebepaling van de geneesmiddelen en de verschillende indicaties. Bovendien kent de vergoeding van deze therapieën een conditioneel karakter, ze zitten onder contract. Dat betekent dat nieuwe evaluaties door de CTG in de toekomst zullen volgen. Een mogelijk gevolg kan zijn dat er onvoldoende evidentie blijkt om de vergoeding van een bepaalde indicatie nog langer te financieren door het onevenwicht tussen het therapeutische voordeel en de kosten. Het is dan al voorgekomen dat er indicaties geschrapt worden uit de terugbetaling.

We dringen er als overheid overigens op aan dat er bij een marktvergunning op Europees niveau of bij terugbetalingsbeslissingen op nationaal niveau voldoende gegevens beschikbaar moeten zijn om de meerwaarde van nieuwe geneesmiddelen beter te kunnen beoordelen,

un remboursement de celle-ci, permettant de meilleurs pronostics?

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Une collecte de données efficace et l'analyse de ces données sont particulièrement importantes dans le cadre de l'élaboration de la politique. J'attache beaucoup d'importance à cette analyse de l'AIM.

L'efficacité des nouveaux médicaments contre le cancer constitue un point d'attention. L'effet final dans la pratique clinique quotidienne n'est pas toujours le même que l'effet évalué au moment de l'autorisation de mise sur le marché. Les études qui suivent les résultats dans la pratique clinique devraient être plus fréquentes. Pour l'immunothérapie, l'on constate des effets plutôt positifs sur la survie, par exemple pour les mélanomes et les cancers du poumon métastasés. Pour d'autres types de cancer, l'effet est beaucoup moins évident.

La nette augmentation du nombre de patients traités avec ce type de médicaments entre 2016 et 2018 s'explique probablement en grande partie par le fait qu'au cours de cette période, l'on a également assisté à une hausse des indications remboursables pour ces médicaments. Il pourrait s'agir d'un précieux complément à l'étude.

Les évaluations de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) ont également révélé que toutes les indications enregistrées et/ou remboursables des immunothérapies dont il est question ne donnaient pas des résultats aussi satisfaisants dans les études cliniques et que, dans certains cas, l'avantage en termes de survie était plutôt limité. En outre, le remboursement de ces thérapies revêt

zoals het vermijden van surrogaatuitkomsten en onvolledige resultaten. Dat is ook een Europees debat dat wij vanuit België echt willen voeren.

U vraagt welke analyses werden uitgevoerd en volgens welke criteria. Het IMA-rapport gebruikte de IMA-data als enige bron, zonder gegevenskoppeling met het Kankerregister. In de analyse was het dus niet mogelijk om te weten welke kankerdiagnose de patiënt had. De analyse bekijkt het aantal patiënten per jaar dat immunotherapie opstart, met aandacht voor leeftijd, geslacht en inkomen, zijnde de statistische sector waar mensen wonen en de provincie. Ook de combinatie met andere behandelingen, zoals chemo, radiotherapie en chirurgie, werd bekeken, maar is wel moeilijk te interpreteren bij gebrek aan kankerdiagnose.

Overleving is natuurlijk een heel harde uitkomstmaat. Iets meer dan een derde van de patiënten - 35,1 % - overleed minder dan 6 maanden na de start van de immunotherapie. Aangezien immunotherapie eerst werd ingevoerd in geavanceerde stadia van kanker, kan een eerder hoge mortaliteit worden verwacht. Immunotherapie slaat ook niet bij alle patiënten aan. De uitdaging bestaat erin de behandeling beter te richten op patiënten die er voordeel uit kunnen halen. Daarvoor hebben we betere preventieve merkers nodig, zodat we op voorhand beter kunnen inschatten voor welke patiënten deze dure therapie effectief zal zijn.

Bij de recente KCE-studie, het rapport nr. 343, over innovatieve oncologische geneesmiddelen, werden de IMA-gegevens wel gekoppeld met het Kankerregister, wat een meer verfijnde analyse per kankertype en -stadium toelaat, met een observatie van de evolutie van de overleving over de jaren heen. In het KCE-rapport is geconcludeerd dat bij nieuwe oncologische medicijnen het effect op overleving en kwaliteit van leven vaak onvoldoende bekend is als het op de markt komt en de uiteindelijke meerwaarde later zeer beperkt of zelfs afwezig blijkt.

Specifiek voor immunotherapie zijn er een aantal voorbeelden waar er in de praktijk wel een positieve invloed op de overleving wordt gezien, bijvoorbeeld huidkanker – melanoom – en gemetastaseerde longkanker. Jammer genoeg is, ondanks een duidelijke verbetering in de vijfjaarse overleving, de prognose echter nog steeds niet echt goed. Voor meer recente indicaties zal het effect nog moeten blijken.

Bij de uitvoering van de KCE-studie was de introductie van immunotherapie nog eerder recent. Het zou wellicht nuttig zijn eenzelfde analyse te herhalen in de komende jaren met het toenemende gebruik van immunotherapie.

Tenslotte vraagt u of er wetenschappelijke evidentie is om de immunotherapeutica bij agressieve tumoren eventueel sneller in het ziekteproces toe te passen en terug te betalen, met betere prognoses als gevolg. Een aantal agressieve tumoren zijn inderdaad gevoelig aan immunotherapie. Deze gevoelige tumoren identificeren of ze gevoelig maken voor de immunotherapie is een belangrijke uitdaging voor de toekomst.

In België hebben we voor deze PD-L1-remmers een uitzonderlijke vorm van vergoeding met als doel de therapie te kunnen aanwenden zodra er een goedkeuring is door het EMA. We willen natuurlijk altijd het beste doen, zodat patiënten kunnen profiteren van de nieuwste geneesmiddelen die op de markt beschikbaar zijn, maar we willen er ook

un caractère conditionnel. En effet, elles sont soumises à un contrat. De nouvelles évaluations seront effectuées par la CRM à l'avenir. Une conséquence possible pourrait être qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour continuer à financer le remboursement d'une indication donnée.

Nous insistons sur la nécessité, au moment de l'autorisation de mise sur le marché à l'échelon européen ou de la décision de remboursement au niveau national, de disposer de suffisamment de données afin de mieux pouvoir juger de la plus-value de nouveaux médicaments.

Le rapport de l'AIM a été étayé uniquement par les propres données de l'AIM qui non pas été croisées avec le Registre du cancer. Il n'a dès lors pas été possible de savoir de quel cancer souffrait le patient.

La "survie" est un outil de mesure des résultats quantifiables. Parmi les patients ayant suivi une immunothérapie, 35,1 % sont décédés moins de 6 mois après le début du traitement. L'immunothérapie ayant, dans un premier temps, été introduite à des stades avancés de cancer, on peut s'attendre à une mortalité assez élevée. En outre, l'immunothérapie ne fonctionne pas chez tous les patients. Le défi consiste à mieux axer le traitement sur les patients qui pourront en tirer profit. Pour ce faire, nous avons besoin de meilleurs marqueurs préventifs.

Dans l'étude qu'il a menée récemment, le KCE a, quant à lui, croisé les données de l'AIM avec le Registre du cancer. Le rapport du KCE conclut que les effets des nouveaux médicaments oncologiques sur la survie et sur la qualité de vie ne sont souvent pas suffisamment connus au moment de la commercialisation et que la plus-value finale s'avère plus tard très limitée, voire inexistante. Lorsque le KCE a mené son étude, l'immunothérapie avait été introduite depuis peu de temps. Il conviendrait dès

voor zorgen dat de kosten die bedrijven vragen in overeenstemming zijn met de therapeutische waarde.

Dat geldt voor alle geneesmiddelen waarvoor om vergoeding wordt verzocht. Het zo efficiënt mogelijk inzetten van middelen op dit gebied is een van mijn prioriteiten. De evidentie voor deze uitzonderlijke en conditionele vorm van snelle terugbetaling wordt dan ook systematisch geëvalueerd door de CTG.

lors de répéter l'analyse ultérieurement.

Certaines tumeurs agressives sont réceptives à l'immunothérapie. Un défi important pour l'avenir consiste à les identifier ou les rendre réceptives à l'immunothérapie.

En Belgique, les inhibiteurs de PD-L1 font l'objet d'une forme particulière de remboursement. Nous souhaitons que les patients puissent bénéficier autant que possible des médicaments les plus récents, mais nous souhaitons également que les coûts demandés par les entreprises soient en adéquation avec la valeur thérapeutique. L'optimisation des moyens constitue l'une de mes priorités. Les éléments qui appuient cette forme exceptionnelle et conditionnelle de remboursement rapide sont systématiquement évalués par la CRM.

09.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, snelle toegang tot innovatie blijft voor Belgische patiënten een probleem. U zegt dat u er een prioriteit van wilt maken.

Wat ik mis in uw betoog, is de mogelijkheid om actief een *pay for performance* in te lassen in de sector van immunotherapeutica van geavanceerde kankerbehandelingen. Eigenlijk moeten we naar gepersonaliseerde medicijnen voor onze patiënten, die geënt zijn op het DNA van de tumor. Dan kunnen we veel sneller kijken welk medicijn de patiënt effectief vooruit zal helpen.

Als u het heeft over de beperking van de maatschappelijke kosten, dan ben ik het er met u over eens dat we daar aandachtig voor moeten zijn. Maar dan is een *pay for performance* zeker een mogelijkheid, en moeten we er ook voor zorgen dat het bepalen van het DNA van de tumoren terugbetaald wordt.

U kent het GeNeo-project. Daarin werkt men aan de verschillende protocollen die gevolgd moeten worden. Toch blijf ik hier weinig beweging in zien, terwijl dit onze patiënten effectief zou kunnen helpen.

Heel vaak raken agressieve tumoren jongere patiënten. Deze jongere patiënten hebben vaak pas in een vergevorderd stadium van hun ziekte toegang tot immunotherapie. Dat is een zeer grote gemiste kans, zeker als hun leven een andere wending zou kunnen krijgen door innovatie.

Voorzitter: Thierry Warmoes.
Président: Thierry Warmoes.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

09.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): L'accès rapide à l'innovation reste compliqué pour les patients belges.

Dans sa réponse, le ministre n'évoque pas la possibilité d'instaurer le principe de la rémunération au rendement dans le secteur de l'immunothérapie pour des traitements avancés contre le cancer. Dans le cas de la limitation des coûts sociaux, la rémunération au rendement constitue certainement une possibilité, et nous devons également faire en sorte que le séquençage de l'ADN des tumeurs soit remboursé.

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over

"Het uitstel van zorg in sommige ziekenhuizen" (55032833C)
10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le report des soins dans certains hôpitaux" (55032833C)

10.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, een aantal virussen heeft een tijdje geleden gelijktijdig gecirculeerd. Dat gebeurt ook nu nog, namelijk met RSV, influenza en COVID-19. Het is dus erg druk voor de eerstelijnszorg maar ook in de ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij niet-dringende zorg hebben moeten uitstellen. Nochtans zou het aantal gesloten bedden vrij stabiel zijn.

De heer Van der Auwera geeft aan dat een fijnmazig planningssysteem per ziekenhuis nodig zou zijn om de ziekenhuisbezetting te kunnen optimaliseren.

Wat zijn de redenen voor het uitstel van zorg? Bestaat daarvan een gedetailleerd beeld per ziekenhuis? Is er een zicht op het aantal gesloten bedden per afdeling? Waar liggen de knelpunten vooral?

Op welke manier wordt het aantal beschikbare bedden gemonitord? Gebeurt dat op dezelfde manier als tijdens de covidcrisis, dus via het HTSC?

Gaat het vooral over het uitstellen van niet-dringende zorg of komt ook dringende zorg in het gedrang? Op welke manier wordt dat opgevolgd? Hoeveel zorg moest worden uitgesteld? Op welke manier wordt dat opgevolgd?

Er werd begin december 2022 ook oversterfte gerapporteerd. Waaraan is die te wijten? Hoe snel kennen wij de oorzaak van sterfgevallen? Die laatste vraag heb ik eerder al gesteld en ze is ook beantwoord.

Ik heb nog een bijkomende vraag. Op welke manier werd er voorzien in opschaalcapaciteit in de ziekenhuizen? Staat die ondertussen op punt? Heeft dat zijn nut al bewezen?

10.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Vu la circulation concomitante du Covid-19, de la grippe et du RSV, la charge de travail dans les hôpitaux est très élevée pour l'instant, au point que certains soins non urgents doivent parfois être reportés. Disposons-nous d'un relevé détaillé des hôpitaux où des soins doivent être reportés et des soins concernés? Où se situent les goulots d'étranglement? Comment s'effectue le monitoring du nombre de lits disponibles? Les soins reportés sont-ils uniquement des soins non urgents ou certains soins urgents sont-ils également compromis?

Quelle est la cause de la surmortalité enregistrée en décembre 2022? Combien de temps faudra-t-il pour connaître les causes des décès? Comment la capacité des hôpitaux à faire face à une intensification de la charge de travail est-elle organisée?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, uitstel van zorg is op zich natuurlijk geen nieuw gegeven. Toen ik de presentatie van de hervorming van het dagziekenhuis in Gasthuisberg in Leuven bijwoonde, heeft de CEO van Gasthuisberg dat ook goed uitgelegd. Ook voor de covidpandemie werd er regelmatig zorg uitgesteld. Tijdens de eerste golven van de covidpandemie was er natuurlijk een gestructureerd, opgelegd uitstel van zorg, wat iets heel anders was dan wat wij in de jaren voordien hadden meegemaakt. Vandaag zitten wij in een situatie waarin elk ziekenhuis zichzelf opnieuw reguleert, hoewel ik van mening ben dat wij waakzaam moeten blijven. Dat is ook wat het HTSC dagelijks opvolgt.

De redenen voor het uitstel van zorg verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis. Het kan zijn dat de agenda van een specialist dient te worden gewijzigd, omdat hij of zij al dan niet door eigen ziekte of afwezigheid moet overgaan tot die wijziging. Het kan gaan om technische en/of logistieke problemen in het ziekenhuis, bijvoorbeeld een panne van een toestel. Het kan gaan om personeelstekort in het ziekenhuis wegens ziekte, verlof of gewoon omdat het personeelsbestand niet ingevuld raakt. Het kan gaan om een te grote instroom van andere aandoeningen, waardoor er een tijdelijk gebrek is aan beschikbare zorgcapaciteit.

Ik heb in de huidige situatie, waarin er opnieuw een regulier eigen be-

10.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le report de soins n'est pas un phénomène nouveau. Il existait déjà avant la crise du covid. Durant cette crise, le report était structurel et imposé par les autorités. À présent, les hôpitaux s'autorégulent à nouveau. Nous devons toutefois rester vigilants. Le comité *Hospital & Transport Surge Capacity* (HTSC) suit la situation de près.

Les raisons du report de soins diffèrent d'un hôpital à l'autre: spécialiste malade, problèmes techniques, par exemple un appareil qui tombe en panne, manque de personnel ou nombre important de patients admis pour d'autres pathologies entraînant un manque temporaire de capacités au niveau des soins. Je ne dispose pas d'une vue détaillée des raisons des reports dans chaque hôpital.

heer is binnen de ziekenhuizen, geen gedetailleerd zicht op welke oorzaak in welk ziekenhuis al dan niet voor uitstel van zorg zorgt.

Hoe wordt dit gemonitord? Wel, tijdens de covidpandemie heeft het HTSC het mandaat gekregen om deze pandemie op te volgen. De gesloten bedden worden als globaal cijfer per ziekenhuis en als specifiek cijfer inzake ICU opgevolgd sinds november 2021. De piek in gesloten bedden werd gehaald in december 2021 voor het beddenhuis, met in totaal 3.961 gesloten bedden, en voor de ICU tijdens de zomervakantie van augustus 2022, met 228 gesloten bedden. Sinds de zomer van vorig jaar vertoont het aantal gesloten bedden een traag dalende tendens. Vandaag tellen wij 2.585 gesloten bedden in het ziekenhuis en 157 gesloten ICU-bedden.

Een belangrijk gegeven is echter dat de pieken waarmee de ziekenhuizen vandaag geconfronteerd worden, onder meer door bronchiolitis en griep, eigenlijk buiten het mandaat van het HTSC vallen en dus buiten de covidcijfers die wij opvolgen met het HTSC. Nochtans heeft het HTSC de ziekenhuizen gevraagd om de beschikbare beddencapaciteit tijdelijk gedetailleerder weer te geven, dit door specifiek de beschikbaarheid van bedden voor geriatrie en voor interne geneeskunde te registreren. Wij hopen dat wij daardoor een beter zicht krijgen op de huidige situatie en die ook beter kunnen aansturen.

Gaat het dan vooral over uitstel van niet-dringende zorg of komt ook de dringende zorg in het gedrang, vroeg u. Ik meen dat het vandaag gaat om niet-dringende, planbare zorg. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat die niet ernstig is. Het kan om medisch belangrijke zorg gaan. Dat is ook de reden waarom het HTSC de ziekenhuizen gevraagd heeft om uitstel van niet-dringende, planbare maar medisch belangrijke zorg telkens te melden aan de federale gezondheidsinspectie, zodat deze samen met de ziekenhuizen naar oplossingen kan zoeken.

Om hoeveel zorg gaat het en hoe wordt dat opgevolgd? Wel, nog eens, elk ziekenhuis beheert vandaag opnieuw zijn eigen zorgaanbod. Het is het team Audit Ziekenhuizen dat voor de inschatting van de opgelopen uitgestelde zorg de analyse blijft maken.

Hoe voorziet men in opschaalcapaciteit? Volgens het Surge Capacity Plan van het HTSC, dat in de afgelopen drie jaar meerdere malen in uitvoering gebracht is. Het werd op basis van evaluaties ook meermaals bijgestuurd. Ik meen dat dit plan nu op punt staat, maar het is natuurlijk iets wat nooit definitief klaar is. Ik meen dat bij elke uitrol opnieuw geëvalueerd moet worden waar er verbetering mogelijk is.

Ik kom vervolgens bij de oversterfte. Sciensano volgt binnen het project Belgian Mortality Monitoring de oversterfte op. Sciensano heeft minstens drie maanden nodig om de benodigde gegevens uit de overlijdensaktes te kunnen verzamelen en tot analyses en conclusies te kunnen komen. De monitoring via Be-MOMO meldt geen significante oversterfte begin december 2022. Voor woensdag 7 december, week 49, en donderdag 15 december, week 50, wordt er slechts één signalering gemeld. Een aantal risicofactoren kan van invloed zijn op de oversterfte. Ten eerste, de minimumtemperaturen in Ukkel daalden van 8 tot 18 december gedurende ongeveer tien dagen onder de 0°C. Ten tweede, de gemiddelde concentraties van fijnstofdeeltjes over 24 uur overschreed de Europese informatiedrempel van 15 december tot en met 18 december. Ten derde, infecties van de luchtwegen namen snel toe vanaf half november voor RSV, vanaf 5 december voor COVID-19 en vanaf 12 december voor influenza.

Pendant la pandémie du coronavirus, le comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) a été mandaté pour surveiller le nombre de lits fermés. Depuis l'été 2022, le nombre de lits fermés est en baisse. Aujourd'hui, il y a 2 585 lits fermés dans les hôpitaux et 157 lits fermés dans les unités de soins intensifs. Les pics de soins dus à la bronchiolite et à la grippe ne relèvent pas du mandat du HTSC, mais il lui a été demandé de détailler temporairement la capacité de lits disponibles en enregistrant la disponibilité des lits gériatriques et de médecine interne.

Aujourd'hui, seuls les soins non urgents et planifiables sont reportés. Cependant, comme il peut s'agir de soins importants, le HTSC demande que ces soins différés soient signalés à l'inspection d'hygiène fédérale afin qu'une solution puisse être recherchée avec les hôpitaux. L'unité Audit Hôpitaux continue d'analyser les soins reportés. L'augmentation graduelle du nombre de lits s'effectue par le biais du Surge Capacity Plan du HTSC. Après quelques évaluations, ce plan est au point, même si nous continuons à l'évaluer.

Sciensano assure la surveillance de la surmortalité par le biais du projet Belgian Mortality Monitoring (Be-MOMO). Sciensano a besoin de trois mois pour collecter et analyser les données. Selon Be-MOMO, aucune surmortalité significative n'a été observée début décembre 2022. Pour les semaines 49 et 50, un seul signalement a été reçu. Les facteurs de risque de surmortalité sont les basses températures, la concentration de particules fines et l'augmentation des infections des voies respiratoires au cours des mois de novembre et de décembre. Pour obtenir des informations sur les causes de décès mentionnées sur les certificats de décès, nous devons attendre 2 à 3 ans.

Voor de informatie over doodsoorzaken uit de overlijdensaktes lopen we helaas twee tot drie jaar achter.

10.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, uitstel van zorg is niet nieuw, zegt u. Dat is ook zo, maar vandaag ligt dat extra gevoelig, zeker omdat er nog zorg moeten worden ingehaald uit de coronaperiode. Het probleem moet wel in kaart worden gebracht, zodat tijdig kan worden gezien of er een structureel probleem is. Daar zijn we het wel over eens.

Ik mis toch nog wat fijnmazigheid. Voor de opschalingsplannen verwijst u naar het HTSC-plan, maar daar gaat het eerder om een afschalingsplan dat bepaalt welke zorg wanneer moet worden uitgesteld. Ik wil echter weten hoe we de zorg kunnen verzekeren, ook als er een bepaald probleem is. Hoe kunnen we de reguliere zorg, gepland of niet-gepland, zoveel mogelijk verzekeren?

Beddencapaciteit is niet alles, de personeelsproblematiek is vandaag veel belangrijker. Ik hoop dat die mee in rekening wordt gebracht wanneer er naar de capaciteit in de ziekenhuizen gekeken wordt.

Omtrent de oversterfte krijg ik toch heel tegenstrijdige signalen. U zegt dat er in december geen probleem was, maar in het laatste rapport van Sciensano wordt er gezegd dat er een opmerkelijk hoge oversterftepiek was in december. Ik weet dus nooit wie ik moet geloven. Ik ben naar de grafieken aan het turen maar weet niet wat er van aan is.

Ik hoop dat daarover toch eens duidelijkheid wordt verschaft. Ook het feit dat we pas na zo'n lange tijd weten welke oorzaken aan de basis van de sterftecijfers liggen, zou moeten worden aangepakt. Dat zou veel sneller moeten gaan, zodat er ingegrepen kan worden als er bijzonderheden te melden zijn.

10.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Sachant que nous devons encore résorber un arriéré de soins datant de la période covid, un nouveau report de soins est un sujet très sensible. La question est de savoir comment assurer autant que possible les soins classiques. Il ne s'agit pas uniquement d'une question de capacité en termes de lits, le problème du manque de personnel est plus important.

Selon les tableaux de Sciensano, une surmortalité a bel et bien été observée en décembre. J'espère que des éclaircissements seront apportés rapidement sur ce point. Nous devrions également pouvoir connaître beaucoup plus rapidement les causes d'une surmortalité afin de pouvoir intervenir.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

11 Samengevoegde vragen van
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De openbaarheid van de coronasterftecijfers per ziekenhuis" (55032835C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De transparantie over de ligduur en de overlijdens door COVID-19 in de ziekenhuizen" (55032850C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronasterfte per ziekenhuis" (55032900C)
11 Questions jointes de
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publicité des taux de décès liés au Covid-19 par hôpital" (55032835C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La transparence sur la durée d'hospitalisation et les décès liés au Covid-19 dans les hôpitaux" (55032850C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publicité des taux de décès causés par le Covid-19 par hôpital" (55032900C)

De **voorzitter**: De heer De Caluwé is verontschuldigd.

11.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de covidcrisis heeft aangetoond dat er, op zijn zachtst gezegd, geen reflex bestond naar transparantie met betrekking tot de samenstelling van allerlei organen, rapporten en cijfers, maar daar hebben wij het al eerder over gehad. Dat is een heikel punt, maar dat geldt eveneens voor de transparantie over de verschillen in ligduur en de overlijdenspercentages

11.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Sciensano refuse toujours de publier des statistiques sur les différences de durée d'hospitalisation et de mortalité dues au Covid-19 dans les différents hôpitaux. La

ten gevolge van covid in de verschillende ziekenhuizen.

Sciensano weigert nog steeds om die data openbaar te maken, terwijl er wel degelijk verschillen bestaan en het van belang is dat wij weten waardoor die kunnen worden verklaard. De Commissie voor de toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten heeft indertijd bevestigd dat het openbaar maken van die documenten van groot belang is voor de bevolking. De rapportage van gegevens omtrent ligduur en mortaliteit was tijdens de covidcrisis facultatief, waardoor er een onvolledig en misschien ook vertekend beeld is ontstaan van de impact van de pandemie. U zou nu een KB klaar hebben om de ziekenhuizen te verplichten gegevens openbaar te maken, maar dat zou on hold zijn gezet.

Klopt het dat u dat KB hebt gemaakt? Over welke gegevens gaat het dan? Welke gegevens zouden de ziekenhuizen openbaar moeten maken?

Wat is er de reden voor dat het KB on hold werd gezet? Denkt u niet dat het sowieso een goed idee is om ziekenhuizen te vragen om te rapporteren over hun processen en uitkomsten, ook buiten de covidcrisis?

Wordt er gewerkt aan een eenvoudige manier van rapporteren, het liefst geautomatiseerd? Zo ja, op welke manier? Worden bepaalde benchmarkingtools ingezet en zo ja, welke? Zo neen, waarom niet? Werd er een onderzoek opgestart naar de verschillen in ligduur en de overlijdenspercentages in de ziekenhuizen? Zo ja, waar en wanneer worden die resultaten verwacht? Zo neen, waarom niet?

Commission d'accès aux et de réutilisation des documents administratifs a pourtant confirmé l'importance de la publication de ces données pour la population.

Lors de la crise sanitaire, la transmission des données relatives à la durée d'hospitalisation et à la mortalité était facultative, ce qui a créé une image biaisée et incomplète de l'impact de la pandémie. Le ministre aurait préparé un arrêté royal obligeant les hôpitaux à publier ces données, mais ce dernier aurait été mis en suspens.

Est-il exact que le ministre a rédigé cet arrêté royal? Quelles données les hôpitaux devraient-ils rendre publiques? Pourquoi l'arrêté a-t-il été mis en suspens? N'est-ce pourtant pas une bonne idée que les hôpitaux fassent des rapports sur leurs procédures et résultats?

Un travail est-il mené pour aboutir à des rapports simples, de préférence automatisés? Des outils de *benchmarking* sont-ils utilisés?

Une enquête a-t-elle été ouverte sur les différences de durées d'hospitalisation et de taux de mortalité dans les hôpitaux? Dans l'affirmative, quand les résultats en sont-ils attendus?

11.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, le topo vient d'être dressé par ma collègue, mais je trouve qu'à l'inverse d'autres pays, il y a une sorte de frilosité en Belgique sur ce que je considère être un devoir de transparence au niveau des données en matière de santé et de soins de santé.

A-t-on, oui ou non, du côté de Sciensano, des données complètes relatives aux taux de décès covid-19 par hôpital? Si oui, qu'est-ce qui empêche d'avoir non seulement un certain degré d'analyse mais également de transparence sur ces données?

Cela n'aurait évidemment aucun sens de dire brutalement: "Voilà le taux de mortalité par hôpital pour les patients covid-19", puisque d'un patient à l'autre admis à l'hôpital, il y a une réalité très plurielle en fonction de l'âge, de la comorbidité éventuelle, de la présence ou non d'autres maladies, du stade d'évolution du covid, de sa gravité à l'admission. Cependant, il existe une série de scores qui sont utilisables en la matière - notamment des scores de gravité, par exemple pour définir le risque de mortalité -, ce qui permettrait dès lors d'établir d'importantes comparaisons.

11.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): De transparantie op het gebied van gezondheidsgegevens laat te wensen over. Heeft Sciensano volledige gegevens over het aantal coronadoden per ziekenhuis? Zo ja, waarom worden ze niet openbaar gemaakt? De patiënten behoren weliswaar tot verschillende categorieën, volgens hun leeftijd, onderliggende aandoeningen enz., maar er bestaan 'ernstscores' om het risico op overlijden te bepalen, op basis waarvan de cijfers vergeleken kunnen worden.

U hebt het over *appropriate care*. De prestatie-indicatoren moeten openbaar gemaakt worden, want gebrek aan transparantie zet de

Vous parlez régulièrement d'*appropriate care*. Les indicateurs de performance médicale peuvent, me semble-t-il, être utilisés et rendus publics, notamment en ce qui concerne le covid-19. Je trouve qu'en fait, le refus laisse la place à toute interprétation, ce qui est également problématique.

Je voudrais vous entendre par rapport à ces différentes questions. Je vous remercie.

11.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik wil nog even zeggen dat ik wat gegeneerd ben door wat mevrouw Gijbels heeft gezegd over mijn vorige antwoord met betrekking tot de oversterfte. Mevrouw Gijbels, ik heb gezegd dat ik u cijfers gaf voor week 49 en week 50. Ik heb evenwel een ietwat gedateerd antwoord gegeven. De informatie is afkomstig van Sciensano, maar ze dateert van 10 januari. In week 51 is een vrij hoge oversterfte vastgesteld. Dat is uitvoerig geanalyseerd en ook in de pers verschenen. Ik gaf dus een wat gedateerd antwoord. Dat is mijn fout, want ik had bij de voorbereiding moeten opmerken dat ik het moest laten actualiseren. Voor de cijfers van de oversterfte op basis van de Be-MOMO-analyse verwijs ik dus naar de informatie die ondertussen op de website van Sciensano staat.

Mevrouw Gijbels, mevrouw Fonck, ik hoor in uw vraag een duidelijke wens om de kwaliteitsevaluatie van de zorg in onze ziekenhuizen goed te doen. Ik steun die ook. Ik vind dat wij effectief inspanningen moeten doen om dat op een transparante manier te rapporteren aan het publiek. Ik ben het daarmee eens. Ik discussieer daarover ook met de verantwoordelijken van Sciensano, om daarin vooruitgang te boeken. Ik zal u zeggen wat ik als elementen krijg in mijn overleg daarover met Sciensano.

Ten eerste, een sterfgeval of een aantal sterfgevallen is op zichzelf een slechte indicator van kwaliteit van zorg als dat cijfer niet gewogen wordt samen met andere elementen die het overleven beïnvloed hebben. Ik meen dat dit juist is. Het gaat dan over de kenmerken van de patiënt zelf, hoe fragiel de patiënt was op het moment van besmetting met covid en of de patiënt onderliggende aandoeningen had die het overleven mogelijk hebben beïnvloed.

Gewogen sterftecijfers noemt men *standardized mortality rates*. Deze zijn een goede kwaliteitsindicator van zorg. Ik had die eigenlijk ook graag gepubliceerd gezien. Principieel vind ik dat wij daarvoor moeten gaan. Dat is een eerste belangrijk punt. Ik heb aan Sciensano gevraagd of het mogelijk was om deze *standardized mortality rates* te berekenen en te publiceren. Sciensano heeft mij gezegd dat op dit ogenblik niet te willen doen. Het heeft daar argumenten voor gegeven die legitiem zijn. Deze hebben te maken met het opzet van de gegevensverzameling omtrent covid.

Ziekenhuizen werden verplicht dagelijks cijfers door te geven. Die noemen wij de *surge*-gegevens. Deze bevatten echter alleen cijfermateriaal en geen klinische data. De klinische data van covidpatiënten werden door Sciensano verzameld in de *clinical survey.* Dit was echter een vrijwillige gegevensverzameling en niet alle ziekenhuizen hebben daaraan deelgenomen. Bij de ziekenhuizen die wel hebben deelgenomen aan de *clinical survey,* hebben niet alle ziekenhuizen al hun patienten geregistreerd in de *survey*. Een aantal ziekenhuizen heeft alleen de sterfgevallen geregistreerd, wat hun SMR natuurlijk zeer nadelig zou laten uitvallen. Andere hebben geen sterfgevallen geregistreerd,

deur open voor allerlei interpretaties.

11.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Permettez-moi tout d'abord de corriger un point de ma réponse à la question précédente de Mme Gijbels. Je viens de donner des chiffres quelque peu datés pour les semaines 49 et 50. En revanche, pour la semaine 51, une surmortalité assez élevée a effectivement été enregistrée. Entretemps, ces informations sont également disponibles sur le site web de Sciensano.

Pour en revenir à votre question, je partage le souhait des auteurs de la question de mieux évaluer la qualité des soins de santé et de partager ces données avec le public de manière transparente. Je suis en concertation avec Sciensano à ce sujet. Il est notamment relevé que le nombre de décès en soi est un mauvais indicateur de la qualité des soins si ce chiffre n'est pas pondéré en fonction d'autres éléments qui influencent la mortalité. Il s'agit notamment des caractéristiques du patient lui-même, qui peut ou non avoir présenté une pathologie sous-jacente, par exemple.

Les taux de mortalité pondérés ou *standardized mortality rates* constituent toutefois un bon indicateur de qualité. Je pense que nous devrions calculer et publier ces taux, mais Sciensano ne veut pas le faire pour le moment. Ses arguments, légitimes, sont liés à la conception même de la collecte de données sur le Covid-19.

Les hôpitaux étaient obligés de transmettre des chiffres quotidiens, mais ces chiffres ne comprenaient pas de données cliniques. Les données cliniques des patients covid ont été recueillies par Scienscano

wat de SMR dan weer zeer gunstig zou maken.

De gegevens binnen de *clinical survey* zijn dus volgens Sciensano niet bruikbaar als representatieve steekproef. Als die uitleg juist is, klopt dat ook. Ze zijn niet exploiteerbaar om tot een publiceerbare SMR te komen. De epidemiologische surveillance van gehospitaliseerde COVID-19-patiënten door Sciensano bestaat uit twee surveillancesystemen: de *surge capacity* en de *clinical hospital survey*. De *surge capacity* verzamelt geaggregeerde gegevens – aantal opnames, aantal overlijdens per ziekenhuis – zonder gedetailleerde, individuele patiënteninformatie, maar is verplicht. De *clinical hospital survey* verzamelt wel individuele patiënteninformatie, dus ook leeftijd, geslacht, onderliggende aandoeningen en zo, maar is niet verplicht.

Sciensano heeft tot heden de gegevens per ziekenhuis niet beschikbaar gesteld voor het publiek op basis van de uitzonderingsgrond in artikel 27 § 1, 1 van de wet van 5 augustus 2006 betreffende toegang van het publiek tot milieu-informatie. In een ter advies voorgelegd geval was de Federale Beroepscommissie van mening dat door de openbaarmaking van de gevraagde gegevens van de *clinical hospital survey* schade zou kunnen worden toegebracht aan de volksgezondheid, omdat ziekenhuizen minder rapporteren of hun gegevens anders rapporteren. Hierdoor zou de rapportering van gehospitaliseerde COVID-19-patiënten de realiteit niet meer weerspiegelen.

De twee surveillancesystemen werden immers methodologisch ontwikkeld voor de epidemiologische monitoring van ernstige COVID-19-gevallen, niet voor een mortaliteitsbenchmarking per ziekenhuis. Er ontbreken dus gegevens om de benchmarking uit te voeren. *Surge capacity* kan niet corrigeren voor leeftijd, geslacht en onderliggende aandoeningen en de *hospital survey* is niet verplicht en kan niet corrigeren voor de ernst van de ziekte bij opname in het ziekenhuis. Er is dus een probleem van *missing* bias.

Door de twee *surveys* te vergelijken werd aangetoond dat het merendeel van de ziekenhuizen ofwel een overrapportering ofwel een onderrapportering deed van de sterftecijfers in de *clinical hospital survey*. Zelfs door te corrigeren voor patiëntenfactoren wordt die bias niet gecorrigeerd. Zonder informatie over de ernst van de ziekte kan men geen onderscheid maken tussen een ziekenhuis dat milde COVID-19-gevallen opneemt, met bijgevolg lage sterftecijfers, en een ziekenhuis dat kritiek zieke patiënten opneemt, met hoge sterftecijfers. De ziekte-ernst bij opname is natuurlijk een zeer belangrijke predictor voor de ligduur in ziekenhuizen.

Wegens de dalende deelnamegraad van de ziekenhuizen aan de *clinical hospital survey* werd in de zomer van 2021, toen de zeer virulente deltavariant circuleerde, gewerkt aan een KB om de deelname te verplichten om de epidemiologische situatie duurzaam te kunnen volgen. De epidemiologische situatie is ondertussen weer veranderd. We hebben nu de minder ziekmakende omikronvariant. We zien ook een toename van andere virale respiratoire pathogenen zoals influenza en RSV, die we niet volgen met de *cinical hospital survey*. Andere surveillancesystemen zoals de SARI-surveillance volgen de circulatie van deze virale respiratoire infectieziekten. Daarom hebben we besloten om meer te investeren in die surveillance gedurende het hele jaar en de uitbreiding van het aantal ziekenhuizen van zes naar tien. We zijn dus gestopt met de ontwikkeling van dat KB.

Het auditeren van ziekenhuizen en de systematische opvolging van de

dans une *clinical survey*. Cependant, il s'agissait d'une collecte de données volontaire, à laquelle tous les hôpitaux n'ont pas participé. Les hôpitaux qui ont participé n'ont pas non plus enregistré tous leurs patients. Certains n'ont enregistré que les décès, tandis que d'autres n'ont pas enregistré les décès. Par conséquent, selon Sciensano, ces données ne peuvent pas servir d'échantillon représentatif.

La surveillance épidémiologique des patients covid hospitalisés par Sciensano se compose de deux systèmes de surveillance, la *surge capacity survey* et la *clinical hospital survey*. La première collecte des données agrégées – nombre d'hospitalisations, nombre de décès par hôpital – sans informations détaillées et individualisées sur les patients, mais elle est obligatoire. La seconde collecte des informations individualisées sur les patients, comme l'âge et le sexe, mais celle-ci n'est pas obligatoire.

Sur la base du motif d'exception prévu à l'article 27, §1er, 1°, de la loi du 5 août 2006 relative à l'accès du public à l'information en matière d'environnement, Sciensano n'a pas mis les données par hôpital à la disposition du public. Dans un avis, la Commission fédérale de recours pour l'accès aux informations environnementales a estimé que la divulgation des données du *clinical hospital survey* pourrait nuire à la santé publique, car elle pourrait amener les hôpitaux à rapporter moins de cas ou à les rapporter différemment. En conséquence, les données ne refléteraient plus la réalité.

Les deux systèmes de rapportage ont été développés pour la surveillance épidémiologique du Covid-19 sévère, et non pour l'évaluation comparative de la mortalité par hôpital. Les données nécessaires font défaut à cet effet. Le *surge capacity survey* ne permet pas de corriger le chiffre en fonction de l'âge, du sexe et des affections sous-jacentes, tandis que le *clinical hospital survey* n'est pas obligatoire et

kwaliteit van zorg vallen buiten het kader van de epidemiologische surveillance die Sciensano uitvoert. De FOD Volksgezondheid, het FAGG en het RIZIV hebben de eenheid Audit Ziekenhuizen opgericht. Deze eenheid voert thematische audits in ziekenhuizen uit om de doelmatigheid van de gezondheidszorg en het optimale gebruik van de beschikbare middelen te verhogen. Deze eenheid heeft onder meer een tussentijds rapport gepubliceerd over de impact van uitgestelde zorg van COVID-19, maar er loopt nu geen audit van de kwaliteit van de zorg in het kader van de COVID-19-mortaliteit.

Is er een agenda voor de toekomst? Zeker. Vraag ik enig begrip voor het feit dat de ziekenhuizen in een moeilijke periode al heel erg klaagden over registratieoverlast, wat heeft geleid tot het feit dat wij niet met dat KB zijn doorgegaan? Ja, ik vraag daar enig begrip voor, maar ik blijf zelf enigszins op mijn honger. Ik denk dat we op dat vlak in de toekomst nog vooruitgang moeten boeken.

ne permet pas de corriger le chiffre sur la base de la gravité de la maladie lors d'une hospitalisation.

Une comparaison des deux enquêtes montre un sous- ou un surrapportage par les hôpitaux des taux de mortalité dans le *clinical hospital survey*. Ce biais ne peut être corrigé par l'ajout de facteurs liés au patient. De même, sans information sur la gravité de la maladie, il est impossible d'établir une distinction entre un hôpital admettant des cas de covid légers et un hôpital admettant des patients présentant un risque vital.

En raison de la baisse du taux de participation au *clinical hospital survey*, un arrêté royal a été préparé à l'été 2021, lorsque le variant hautement virulent delta circulait, afin de rendre obligatoire la participation à l'étude. Entre-temps, la situation épidémiologique a encore changé, avec le variant moins pathogène omicron et une augmentation d'autres infections virales comme la grippe et le VRS, qui ne sont pas suivies dans le *clinical hospital survey*. D'autres systèmes de surveillance, comme SARI, permettent de suivre la circulation de ces maladies infectieuses respiratoires virales. Pour cette raison, nous avons décidé d'investir davantage dans cette surveillance tout au long de l'année et nous avons abandonné l'élaboration de l'arrêté royal. L'audit des hôpitaux et le contrôle de la qualité des soins ne relèvent pas de la surveillance épidémiologique de Sciensano.

Le SPF Santé publique, l'AFMPS et l'INAMI ont mis en place l'Unité Audit Hôpitaux, qui réalise des audits thématiques dans les hôpitaux afin d'accroître l'efficacité des soins de santé. Cette unité a publié un rapport intermédiaire relatif à l'impact des soins différés en raison du Covid-19. Il n'y a actuellement aucun audit en cours sur la qualité des soins dans le contexte de la mortalité Covid-19.

Je pense que nous devons absolument progresser à l'avenir, mais je

demande également de la compréhension pour le fait que, pendant la période difficile que les hôpitaux ont traversée, ceux-ci se sont déjà beaucoup plaints de la surcharge de travail liée aux obligations d'enregistrement.

11.04 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. U geeft aan dat de ruwe cijfers weinig bruikbaar zijn en gekaderd moeten worden. Om ze juist te kunnen interpreteren, is er inderdaad randinformatie nodig. Zelfs uit ruwe gegevens kunnen echter wel tendensen worden gehaald. De cijfers moeten een aanleiding zijn om verder te onderzoeken en na te kijken hoe het gegaan is in die verschillende ziekenhuizen en om met die ziekenhuizen te gaan praten. Zij kunnen best wel wat randvoorwaarden aangeven en meedelen hoe de patiënten er in het algemeen aan toe waren, welke protocollen werden gevolgd en welke behandelingen al dan niet succesvol waren. Zulke zaken moeten worden onderzocht. Het gaat mij er niet om dat er een rangschikking wordt gemaakt of kwaliteitslabels worden toegekend. Wel vraag ik dat de beschikbare data zodanig worden gebruikt dat we conclusies kunnen trekken voor de toekomst, waardoor we beter voorbereid zijn op een volgende gezondheidscrisis.

Over het algemeen ben ik een grote voorstander van het publiek maken van data en gegevens, want het gaat niet alleen om transparantie, maar ook om het behoud van het vertrouwen van de bevolking, wat net zo belangrijk is. In een gezondheidscrisis moet u de bevolking immers mee hebben, aangezien de bevolking allerlei inspanningen dient te leveren. In dat opzicht is het niet goed als het vertrouwen wordt beschadigd. Ik vind het ook geen goed argument te stellen dat de mensen de cijfers niet zullen begrijpen, want ik denk dat de mensen niet mogen worden onderschat. Het idee dat ziekenhuizen anders zullen rapporteren als cijfers bekendgemaakt worden, is volgens mij evenmin een geldig argument.

U hebt begrip voor het argument van de registratieoverlast, maar ik begrijp dat minder, want de registratieoverlast wordt eigenlijk opgelegd door de overheid. Sommige ziekenhuizen rapporteerden al cijfers in eigen netwerken of systemen van benchmarking, maar met die cijfers werd helemaal niets gedaan. Dat vind ik echt kwalijk. Nogmaals, ik ben een grote voorstander van het openbaar maken van zoveel mogelijk data. De Commissie voor de toegang tot en het hergebruik van bestuursdocumenten heeft dat ook aangegeven. Ik begrijp niet goed dat Sciensano de macht heeft om die publicatie tegen te houden, als iedereen het erover eens is dat die gegevens publiek gemaakt moeten worden.

11.04 **Frieda Gijbels** (N-VA): Les données brutes nécessitent certes une interprétation plus poussée, mais on peut en déduire certaines tendances. Elles pourraient donner lieu à un examen plus approfondi et à un dialogue avec les hôpitaux concernés. On pourrait indiquer quel était l'état général des patients, quels protocoles ont été suivis et quels traitements ont été fructueux ou non. Je ne m'intéresse pas à un classement ou à un label de qualité, mais nous devrions être en mesure de tirer des enseignements pour l'avenir à partir des données disponibles.

Je suis très favorable à la publication de données, car c'est ainsi que nous pouvons également renforcer la confiance de la population dans les soins de santé. Il ne faut pas non plus sous-estimer les citoyens: ils peuvent parfaitement comprendre ces chiffres. La crainte que les hôpitaux communiquent leurs chiffres différemment s'ils étaient divulgués n'est pas non plus un argument valable à mon avis.

Je regrette également que rien n'ait été fait avec les chiffres collectés par les hôpitaux au sein de leurs propres réseaux ou dans leurs systèmes de benchmarking.

Enfin, je ne comprends pas pourquoi Sciensano est en mesure d'empêcher la divulgation de ces données alors que tout le monde s'accorde pour dire qu'elles doivent être publiées.

11.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Existe-t-il des biais et des limites par rapport à ces récoltes de données? C'est une évidence. Mais il existe aussi des outils avec des scores qui peuvent éviter de devoir comparer la situation d'un patient qui n'a rien à voir avec celle d'un autre. Je rappelle que la comorbidité, l'âge, le stade de gravité, la durée d'hospitalisation préalable, le séjour

11.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Er bestaan instrumenten om te voorkomen dat appels met peren vergeleken worden door rekening te houden met een reeks criteria met betrekking tot de patiëntensituaties. Het verbaast me

antérieur en maison de repos, etc. sont autant de critères qui doivent être pris en compte. D'ailleurs, si je me réfère aux données du *Clinical Hospital Survey*, cela veut dire que Sciensano n'a fait aucune publication scientifique en tenant compte de ces données? Je suis quand même un peu étonnée! On ne peut pas faire des publications scientifiques et dire, quand il y a un devoir d'analyse et de transparence, qu'il y a des biais et des limites. C'est effectivement le cas, mais on ne peut pas utiliser des données scientifiques lorsque celles-ci sont utilisées pour d'autres publications. Le devoir d'analyse et de transparence est donc important. D'ailleurs, le refus laisse peut-être la place à des interprétations très erronées, ce qui est dommage.

Si je me réfère à la situation d'autres pays, je ne parle pas ici seulement de publications en première page de gazettes qui feraient des classements avec des tops mondiaux ou avec des tops internes à quelques pays. Mais prenons l'exemple de la France où il y a la Haute Autorité de Santé qui met à disposition du public de manière transparente un certain nombre de données par hôpital. Je pense ici, par exemple, à des données relatives à la certification, à des indicateurs qualité, à des pourcentages de complications qui surviennent pour tel ou tel type d'acte chirurgical. Cette façon de faire est assez saine.

Il ne s'agit pas d'augmenter plus encore les charges administratives des hôpitaux qui pourraient être limitées, tout comme celles des soignants. Il s'agit simplement d'avoir un certain nombre de données. Et quand il est question d'*appropriate care*, il faut pouvoir faire preuve de transparence sur ce volet, en tenant compte d'un certain nombre d'indicateurs.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 18 h 12.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.12 uur.

ook dat Sciensano geen wetenschappelijke informatie heeft gepubliceerd op basis van gegevens uit de Clinical Hospital Survey. Als men wetenschappelijke gegevens gebruikt voor publicaties, kan men niet aanvoeren dat ze een vertekend of beperkt beeld geven wanneer men u wijst op uw plicht tot analyse en transparantie...

In Frankrijk verstrekt de hoge gezondheidsraad (Haute Autorité de santé) het publiek bepaalde gegevens van elk ziekenhuis, met name over de certificatie, kwaliteitsindicatoren of de incidentie van complicaties bij een of ander type chirurgische handeling. Het is niet de bedoeling om ziekenhuizen nieuwe administratieve lasten op te leggen, maar om over bruikbare indicatoren inzake *appropriate care* te beschikken.