

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

BEKNOPT VERSLAG

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE L'ÉGALITÉ DES
CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE
KANSEN

Mercredi

11-05-2022

Après-midi

Woensdag

11-05-2022

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 55 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 55 0000/000	Parlementair stuk van de 55 ^e 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	Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Commandes :	Bestellingen :
Place de la Nation 2	Natieplein 2
1008 Bruxelles	1008 Brussel
Tél. : 02/ 549 81 60	Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be	www.dekamer.be
e-mail : publications@lachambre.be	e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Débat d'actualité sur la vaccination contre le HPV, 1
interpellation et questions jointes de

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM 1
Affaires sociales et Santé publique) sur "La
déclaration du tribunal du travail relative au
remboursement de la vaccination contre le VPH"
(550002761)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke 1
(VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le
jugement portant sur la discrimination des garçons
en matière de vaccination contre le VPH"
(55026786C)

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM 1
Affaires sociales et Santé publique) sur "La
discrimination dont sont victimes les garçons dans
le cadre de la vaccination contre le VPH"
(55026816C)

- Séverine de Laveleye à Frank Vandenbroucke 1
(VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La
vaccination contre le HPV" (55026843C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM 1
Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin
HPV" (55027667C)

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

Motions 5

Question de Robby De Caluwé à Frank 5
Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé
publique) sur "Le régime transitoire prévu dans le
règlement européen 2019/6 relatif aux
médicaments vétérinaires" (55025645C)

Orateurs: **Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Robby De Caluwé à Frank 6
Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé
publique) sur "La pénurie d'infirmiers
pédiatriques" (55026358C)

Orateurs: **Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Robby De Caluwé à Frank 8
Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé

INHOUD

Actualiteitsdebat over HPV-vaccinatie, 1
interpellatie en toegevoegde vragen van

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke 1
(VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over
"De uitspraak van de arbeidsrechtbank inzake de
terugbetaling van de HPV-vaccinatie" (550002761)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke 1
(VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over
"Het vonnis over de discriminatie van jongens bij
HPV-vaccinatie" (55026786C)

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM 1
Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De
discriminatie van jongens bij HPV-vaccinatie"
(55026816C)

- Séverine de Laveleye aan Frank Vandenbroucke 1
(VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over
"De HPV-vaccinatie" (55026843C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke 1
(VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over
"Het HPV-vaccin" (55027667C)

Sprekers: **Dominiek Sneppe, Kathleen Depoorter, Séverine de Laveleye, Catherine Fonck**, voorzitter van de Les Engagés-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Moties 5

Vraag van Robby De Caluwé aan Frank 5
Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en
Volksgezondheid) over "De overgangsregeling in
de Europese verordening 2019/6 betreffende
diergeneesmiddelen" (55025645C)

Sprekers: **Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Robby De Caluwé aan Frank 6
Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en
Volksgezondheid) over "Het tekort aan
kinderverpleegkundigen" (55026358C)

Sprekers: **Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Robby De Caluwé aan Frank 8
Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en

publique) sur "Les médicaments et principes actifs stratégiques" (55026388C)

Orateurs: **Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Volksgezondheid) over "De strategische geneesmiddelen en actieve bestanddelen" (55026388C)

Sprekers: **Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le score ESMO dans l'appréciation de la plus-value thérapeutique d'un médicament par la CRM" (55026445C)

Orateurs: **Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ESMO-score bij de beoordeling van de therapeutische meerwaarde van een geneesmiddel door de CTG" (55026445C)

Sprekers: **Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de

10

Samengevoegde vragen van

10

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation (trop) importante de médicaments à un âge avancé" (55026519C)

10

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het (te) hoge geneesmiddelengebruik op oudere leeftijd" (55026519C)

10

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation de médicaments" (55026746C)

10

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het geneesmiddelengebruik" (55026746C)

10

- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation excessive et non judicieuse de médicaments par les personnes de plus de 75 ans" (55026846C)

10

- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het overmatig en ongepast medicatiegebruik bij 75-plussers" (55026846C)

10

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La polymédication chez les personnes de plus de 65 ans" (55027104C)

10

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Polymedicatie bij 65-plussers" (55027104C)

10

Orateurs: **Kathleen Depoorter, Robby De Caluwé, Gitta Vanpeborgh, Dominiek Snelpe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Sprekers: **Kathleen Depoorter, Robby De Caluwé, Gitta Vanpeborgh, Dominiek Snelpe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de

13

Samengevoegde vragen van

13

- Daniel Bacquellaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès aux traitements antiviraux" (55026527C)

13

- Daniel Bacquellaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegang tot antivirale behandelingen" (55026527C)

13

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pandémie de Covid-19" (55026943C)

13

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidpandemie" (55026943C)

13

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Paxlovid disponible en pharmacie" (55027149C)

13

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Paxlovid verkrijgbaar in de apotheek" (55027149C)

13

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique des groupes cibles pour le Paxlovid" (55027156C)	13	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het doelgroepbeleid voor Paxlovid" (55027156C)	13
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription des traitements antiviraux" (55027180C)	13	- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven van antivirale behandelingen" (55027180C)	13
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude en ligne sur le molnupiravir et le traitement du Covid-19 des immunodéprimés" (55027198C)	13	- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onlinestudie over molnupiravir en de covidbehandeling van mensen met een verzwakte immuniteit" (55027198C)	13
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription et le remboursement du Paxlovid, un médicament contre le Covid-19" (55027301C)	13	- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven en terugbetalen van het geneesmiddel Paxlovid tegen COVID-19" (55027301C)	13
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prévention du covid chez les patients immunodéprimés sévères grâce à l'Evusheld" (55027302C) <i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Sofie Merckx , présidente du groupe PVDA-PTB, Catherine Fonck , présidente du groupe Les Engagés, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	13	- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Evusheld voor de preventie van COVID-19 bij patiënten met een sterk verzwakt immuunsysteem" (55027302C) <i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter, Sofie Merckx , voorzitter van de PVDA-PTB-fractie, Catherine Fonck , voorzitter van de Les Engagés-fractie, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	13
Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins intégrés pour les patients et patientes souffrant d'ostéoporose" (55026733C) <i>Orateurs:</i> Gitta Vanpeborgh, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	20	Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Geïntegreerde zorg voor osteoporosepatiënten" (55026733C) <i>Sprekers:</i> Gitta Vanpeborgh, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	20
Questions jointes de	21	Samengevoegde vragen van	21
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La collaboration avec Vaccinopolis" (55026742C)	21	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De samenwerking met Vaccinopolis" (55026742C)	21
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La coopération avec Vaccinopolis" (55026783C) <i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	21	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De samenwerking met Vaccinopolis" (55026783C) <i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	21
Questions jointes de	23	Samengevoegde vragen van	23

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus d'aide dans une pharmacie de garde pour une question linguistique" (55026743C)	23	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het weigeren van hulp door apotheek van wacht omwille van taal" (55026743C)	23
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus d'assistance par une pharmacie de garde en raison de la langue du demandeur" (55026785C)	23	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het weigeren van hulp door een apotheek van wacht omwille van de taal van de hulpbehoevende" (55026785C)	23
- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque de connaissance du néerlandais des pharmaciens bruxellois" (55026790C) <i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Barbara Pas , présidente du groupe VB, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	23	- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebrek aan kennis van het Nederlands door de Brusselse apothekers" (55026790C) <i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter, Barbara Pas , voorzitter van de VB-fractie, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	23
Question de Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les implants auditifs" (55026747C) <i>Orateurs:</i> Maggie De Block , présidente du groupe Open Vld, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	25	Vraag van Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Implantaten bij gehoorverlies" (55026747C) <i>Sprekers:</i> Maggie De Block , voorzitter van de Open Vld-fractie, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	25
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La lecture de la carte d'identité électronique dans le cadre des soins à domicile" (55026782C) <i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	26	Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De scanning van de elektronische identiteitskaart bij thuisverzorging" (55026782C) <i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	26
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la thérapie d'augmentation" (55026787C) <i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	27	Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de augmentatietherapie" (55026787C) <i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	27
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cadre légal pour les infirmiers de pratique avancée concernant la pose de cathéters CCIP" (55026788C) <i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	29	Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het wettelijk kader voor verpleegkundig specialisten inzake het plaatsen van PICC-katheters" (55026788C) <i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	29
Questions jointes de	30	Samengevoegde vragen van	30
- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM	30	- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke	30

Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de lésions suspectes au niveau médical" (55026794C)

- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'expertise médicale en milieu hospitalier en vue de détecter les lésions de maltraitance" (55027488C)

Orateurs: **Valerie Van Peel, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un cadre juridique pour les sociétés proposant des technologies à domicile pour certaines maladies" (55026809C)

Orateurs: **Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'activation de la loi d'urgence concernant les activités de soins dans les hôpitaux" (55026810C)

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

Questions jointes de

- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes linguistiques dans le cadre de l'aide médicale urgente" (55026833C)

- Barbara Pas à Annelies Verlinden (Intérieur et Réformes institutionnelles) sur "Les problèmes linguistiques dans le cadre de l'aide médicale urgente" (55026836C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La connaissance de la langue des acteurs de l'aide médicale urgente" (55026942C)

Orateurs: **Barbara Pas**, présidente du groupe VB, **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les irrégularités linguistiques dans les hôpitaux bruxellois" (55026839C)

Orateurs: **Barbara Pas**, présidente du groupe

(VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medische letselherkenning" (55026794C)

- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medische expertise in ziekenhuizen om letsels door mishandeling te herkennen" (55027488C)

Sprekers: **Valerie Van Peel, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een wettelijk kader voor bedrijven die thuis technologie installeren voor welbepaalde aandoeningen" (55026809C)

Sprekers: **Robby De Caluwé, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De activering van de noodwet betreffende de zorgtaken in de ziekenhuizen" (55026810C)

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

Samengevoegde vragen van

- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De taalproblematiek in het kader van de dringende medische hulpverlening" (55026833C)

- Barbara Pas aan Annelies Verlinden (Binnenlandse Zaken en Institutionele Hervormingen) over "De taalproblematiek in het kader van de dringende medische hulpverlening" (55026836C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De taalkennis van de actoren van de dringende medische hulpverlening" (55026942C)

Sprekers: **Barbara Pas**, voorzitter van de VB-fractie, **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De taalwantoestanden in de Brusselse ziekenhuizen" (55026839C)

Sprekers: **Barbara Pas**, voorzitter van de

VB, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

VB-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de	37	Samengevoegde vragen van	37
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les accords avec les entités fédérées sur le financement de la dose de rappel" (55026841C)	37	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afspraken met de deelstaten over de financiering van de boosterprik" (55026841C)	37
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le montant de la facture de la crise du coronavirus par habitant" (55026941C)	37	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronafactuur per inwoner" (55026941C)	37
<i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le déploiement du Belgian Incident Tracking System (BITS)" (55026878C)	38	Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitrol van het Belgian Incident Tracking System (BITS)" (55026878C)	38
<i>Orateurs:</i> Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La révision de la nomenclature" (55026885C)	40	Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Nomenclatuurherziening" (55026885C)	40
<i>Orateurs:</i> Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	41	Samengevoegde vragen van	41
- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord relatif aux honoraires conclu avec les logopèdes" (55026887C)	41	- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het honoraria-akkoord met de logopedisten" (55026887C)	41
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le secteur de la logopédie" (55027457C)	41	- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De logopediesector" (55027457C)	41
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cri d'alarme lancé par les logopèdes" (55027672C)	41	- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De alarmbel van de logopedisten" (55027672C)	41
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La revalorisation du métier de logopède" (55027695C)	42	- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opwaardering van het beroep van logopedist" (55027695C)	42
<i>Orateurs:</i> Ellen Samyn, Frieda Gijbels, Sofie Merckx , présidente du groupe PVDA-PTB, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Ellen Samyn, Frieda Gijbels, Sofie Merckx , voorzitter van de PVDA-PTB-fractie, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	

Questions jointes de	45	Samengevoegde vragen van	45
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avenir de la Plateforme fédérale de Testing COVID-19" (55026956C)	45	- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toekomst van het Federaal Platform COVID Testing" (55026956C)	45
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avenir de la plateforme fédérale de testing" (55026932C)	45	- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toekomst van het federaal testplatform" (55026932C)	45
<i>Orateurs:</i> Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Spreekers:</i> Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	47	Samengevoegde vragen van	47
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La remise en question de la politique relative au CST par un rapport britannique" (55026945C)	47	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ondergraving van het CST-beleid door een Brits rapport" (55026945C)	47
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le CST" (55026967C)	47	- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het CST" (55026967C)	47
<i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Spreekers:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MERCREDI 11 MAI 2022

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

WOENSDAG 11 MEI 2022

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 31 sous la présidence de M. Robby De Caluwé.

Le texte en italiques est un résumé de la question préalablement déposée.

01 Débat d'actualité sur la vaccination contre le HPV, interpellation et questions jointes de
- Dominiek Sneepe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La déclaration du tribunal du travail relative au remboursement de la vaccination contre le VPH" (55000276I)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le jugement portant sur la discrimination des garçons en matière de vaccination contre le VPH" (55026786C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La discrimination dont sont victimes les garçons dans le cadre de la vaccination contre le VPH" (55026816C)
- Séverine de Laveleye à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre le HPV" (55026843C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin HPV" (55027667C)

01.01 Dominiek Sneepe (VB): Les infections par le virus du papillome humain (VPH) peuvent à terme entraîner plusieurs types de cancer, dont le cancer du col de l'utérus. Cependant, un quart des cancers liés au VPH surviennent chez les hommes. C'est pourquoi, depuis l'année scolaire 2019-2020, les filles et les garçons peuvent se faire vacciner gratuitement contre ce virus dans le cadre du programme de vaccination scolaire. Ceux qui ne

De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.31 uur en voorgezeten door de heer Robby De Caluwé.

De cursieve tekst is een samenvatting van de tekst die de vraagsteller vooraf heeft ingediend.

01 Actualiteitsdebat over HPV-vaccinatie, interpellatie en toegevoegde vragen van
- Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitspraak van de arbeidsrechtbank inzake de terugbetaling van de HPV-vaccinatie" (55000276I)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het vonnis over de discriminatie van jongens bij HPV-vaccinatie" (55026786C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De discriminatie van jongens bij HPV-vaccinatie" (55026816C)
- Séverine de Laveleye aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De HPV-vaccinatie" (55026843C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het HPV-vaccin" (55027667C)

01.01 Dominiek Sneepe (VB): Infecties met het humaan papillomavirus (HPV) kunnen op termijn verschillende soorten kankers uitlokken, onder meer baarmoederhalskanker. Een kwart van de HPV-gerelateerde kankers treedt echter bij mannen op. Om die reden kunnen meisjes en jongens zich sinds het schooljaar 2019-2020 via het schoolvaccinatieprogramma gratis laten inenten tegen de ziekte. Wie daarvoor niet in aanmerking

rentrent pas dans les conditions requises peuvent se procurer le vaccin auprès du pharmacien.

Toutefois, le remboursement par l'INAMI ne concerne aujourd'hui que les filles. Un garçon qui se procure le vaccin Gardasil 9 en pharmacie paie près de 135 euros, montant qui peut atteindre près de 400 euros puisque plusieurs doses sont nécessaires. Une fille dans la même situation paie 8 ou 12 euros. L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes a reçu une plainte d'un garçon concernant cette inégalité de traitement et a fait appel avec lui contre le refus de l'INAMI d'intervenir dans les frais. Le 30 mars 2022, le tribunal du travail de Bruxelles a jugé que les garçons étaient effectivement discriminés s'agissant du remboursement du vaccin contre le VPH.

Le ministre a précédemment indiqué que, lors d'une première phase, il souhaitait vacciner au moins 90 % des jeunes filles. Quel pourcentage avons-nous atteint à ce jour? Lors d'une deuxième phase, les garçons de première année secondaire de l'enseignement flamand et de deuxième année secondaire de l'enseignement wallon et bruxellois seront vaccinés. La vaccination passe par les PMS depuis 2019. Lors d'une troisième phase, les garçons qui étaient juste trop âgés en 2019 et n'ont pas encore 19 ans révolus seront vaccinés.

Une procédure est actuellement en cours au sein de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). Sa finalité est d'élargir le remboursement des vaccins aux garçons de 12 à 18 ans. Ce remboursement sera-t-il accéléré en raison du prononcé du tribunal? Le remboursement sera-t-il également élargi aux garçons et filles jusqu'à 26 ans?

01.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Les garçons qui n'ont pas droit à un vaccin gratuit, mais aussi les hommes homosexuels, qui courent un risque supérieur à celui des hommes hétérosexuels parce que leurs partenaires ne sont pas vaccinés, sont exclus du programme de vaccination actuel.

Le ministre tiendra-t-il compte du prononcé du tribunal? Prévoira-t-il un remboursement pour les catégories actuellement exclues?

01.03 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Le tribunal du travail de Bruxelles estime que le régime de remboursement de la vaccination contre le papillomavirus (HPV) déroge à la loi sur le genre et à la loi contre les discriminations, donnant raison au plaignant, un garçon dénonçant qu'il n'avait pas

komst, kan het vaccin bij de apotheker kopen.

Het RIZIV voorziet vandaag echter enkel in een terugbetaling voor meisjes. Een jongen die het vaccin Gardasil 9 aanschaft via de apotheek, betaalt daarvoor bijna 135 euro, wat kan oplopen tot bijna 400 euro, aangezien er meerdere dosissen nodig zijn. Een meisje in gelijkaardige omstandigheden betaalt 8 of 12 euro. Het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen ontving een klacht van een jongen over die ongelijke behandeling en ging samen met hem in beroep tegen de weigering van het RIZIV om alsnog tussen te komen in de kosten. Op 30 maart 2022 oordeelde de arbeidsrechtbank van Brussel dat jongens inderdaad worden gediscrimineerd bij de terugbetaling van het HPV-vaccin.

De minister stelde eerder dat hij in een eerste fase minstens 90 % van de jonge meisjes wil vaccineren. Welk percentage hebben we intussen al bereikt? In een tweede fase worden jongens uit het eerste jaar secundair onderwijs in Vlaanderen en uit het tweede jaar secundair onderwijs in Wallonië en Brussel gevaccineerd. Dat gebeurt sinds 2019 via de CLB's. In een derde fase worden jongens gevaccineerd die net te oud waren in 2019 en die nu nog geen 19 jaar zijn.

Momenteel loopt er in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) een procedure om de terugbetaling van de vaccins uit te breiden naar jongens van 12 tot 18 jaar. Komt die terugbetaling in een stroomversnelling door de uitspraak van de rechtbank? Wordt de terugbetaling ook uitgebreid voor jongens en meisjes tot 26 jaar?

01.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Jongens die geen recht hebben op een gratis vaccin maar ook homoseksuele mannen, die een groter risico lopen dan heteroseksuele mannen omdat hun partners niet gevaccineerd zijn, vallen uit de boot in het huidige vaccinatieprogramma.

Zal de minister rekening houden met de uitspraak van de rechtbank? Zal hij in een terugbetaling voorzien voor de categorieën die vandaag uit de boot vallen?

01.03 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): De arbeidsrechtbank te Brussel heeft geoordeeld dat de terugbetalingsregeling voor de vaccinatie tegen het humaan papillomavirus (HPV) in strijd is met de genderwet en de antidiscriminatiewetgeving en heeft de eiser – een jongen die een klacht indiende

droit au remboursement des vaccins contre le HPV contrairement aux filles de son âge. Le Conseil Supérieur de la Santé recommande de vacciner les filles et les garçons de 9 à 14 ans. Depuis 2019, un programme scolaire vaccine gratuitement les filles et les garçons. Ceux qui n'ont pu en bénéficier doivent acheter le vaccin en pharmacie mais l'INAMI ne le rembourse que pour les filles, le coût sans remboursement pouvant atteindre 406 euros.

omdat hij geen recht op terugbetaling van het HPV-vaccin heeft terwijl meisjes van zijn leeftijd dat wel hebben – in het gelijk gesteld. De Hoge Gezondheidsraad adviseert om meisjes en jongens van 9 tot 14 jaar te vaccineren. Sinds 2019 worden meisjes en jongens in het kader van een schoolvaccinatieprogramma gratis ingeënt. Wie de kans niet kreeg om daarvan gebruik te maken, moet het vaccin bij de apotheek kopen, maar het RIZIV betaalt het alleen voor meisjes terug, terwijl de prijs zonder terugbetaling tot 406 euro kan oplopen.

Rendez-vous les conditions de remboursement neutres du point de vue du genre? Envisagez-vous une vaccination de rattrapage pour les garçons?

Zult u de terugbetalingsvoorwaarden genderneutraal maken? Overweegt u een inhaalvaccinatie voor jongens?

01.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Le vaccin HPV est essentiel pour prévenir plusieurs types de cancer. L'avis du Conseil Supérieur de la Santé recommande d'élargir la prévention vaccinale contre les infections à papillomavirus au-delà du cancer du col de l'utérus et contre les verrues anogénitales. Sans dynamique dans le remboursement, les jeunes n'iront pas davantage se faire vacciner.

01.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Het HPV-vaccin is cruciaal om verschillende vormen van kanker te voorkomen. In het advies van de Hoge Gezondheidsraad wordt geadviseerd de preventie via vaccinatie tegen HPV-infecties uit te breiden tot meer dan alleen baarmoederhalskanker en anogenitale wratten. Als er geen schot in de zaak komt wat de terugbetaling betreft, zullen niet meer jongeren zich laten vaccineren.

La CIM s'est-elle saisie du sujet? Le remboursement sera-t-il élargi? Quelle est la stratégie de vaccination de rattrapage des filles jusque 26 ans, des immunodéprimés et des garçons et jeunes hommes?

Heeft de IMC de kwestie besproken? Zal de terugbetaling uitgebreid worden? Wat is de strategie voor de inhaalvaccinatie van meisjes en jonge vrouwen tot 26 jaar, mensen met een verminderde immuniteit en jongens en jonge mannen?

01.05 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Je vous renvoie à ma réponse du mois de janvier à ce sujet.

01.05 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Ik verwijst naar mijn antwoord hierover in januari.

La procédure au sein de la CRM concernant la vaccination de rattrapage pour les garçons est toujours en cours. Ces procédures prennent du temps parce qu'elles nécessitent une évaluation approfondie de la valeur thérapeutique, du besoin social et médical, du rapport coût/efficacité et de l'impact budgétaire. La CRM formule un avis en vue d'un usage efficace et optimal dans un cadre financier raisonnable et disponible. La procédure a pris du retard en raison de suspensions à la demande de la firme. J'attends l'avis au plus tard pour début août. La décision devra être prise au plus tard début septembre. Dès que je disposerai de l'avis, je prendrai une décision. Je pars du principe que la CRM tiendra compte du jugement rendu par le tribunal du travail et des avis du Conseil Supérieur de la Santé dans l'avis qu'elle rendra.

De procedure bij de CTG voor de inhaalvaccinatie bij jongens loopt nog. Die procedures zijn tijdrovend, omdat er een uitgebreide evaluatie nodig is van de therapeutische waarde, de maatschappelijke en medische nood, de kosteneffectiviteit en de budgettaire impact. De CTG formuleert een advies met het oog op een efficiënte en optimale aanwending binnen een aanvaardbaar en beschikbaar financieel kader. Door schorsingen op vraag van de firma liep de procedure vertraging op. Ik verwacht het advies uiterlijk begin augustus. De uiterlijke termijn voor de beslissing ligt begin september. Zodra ik over het advies beschik, zal ik een beslissing nemen. Ik ga ervan uit dat de CTG de uitspraak van de arbeidsrechtbank en de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad meeneemt in haar advies.

La vaccination de rattrapage est particulièrement importante pour le groupe pas trop grand de garçons qui, en 2019, étaient juste trop âgés pour

De inhaalvaccinatie is vooral belangrijk voor de niet al te grote groep jongens die in 2019 net te oud waren om in aanmerking te komen voor het gratis

pouvoir bénéficier du vaccin gratuit. L'objectif principal est d'atteindre une vaccination maximale des filles et des garçons en première et deuxième année de l'enseignement secondaire.

(En français) Concernant d'autres extensions de remboursement, les firmes responsables de la commercialisation des vaccins contre l'HPV peuvent soumettre une demande de remboursement à la CRM si elles disposent de nouvelles données scientifiques. En tenant compte de l'avis de la CRM, je pourrai alors décider d'étendre le remboursement.

Les informations concernant la vaccination sont partagées au niveau du groupe de travail chargé de la coordination de la politique de prévention au sein de la CIM Santé Publique.

01.06 Dominiek Sneppe (VB): Pourquoi l'entreprise a-t-elle invoqué une suspension? Je comprends que le ministre doive attendre l'avis de la CRM. Je souhaiterais que le remboursement soit étendu aux filles et garçons jusqu'à 26 ans au lieu de 19 ans. Des études ont montré que l'extension du remboursement de la vaccination contre le VPH génère effectivement des bénéfices en termes de santé. Il est temps d'évaluer la procédure, compte tenu de l'évolution des connaissances scientifiques. J'espère que la CRM formulera rapidement un avis favorable.

À l'appui de mon interpellation, je dépose une motion.

01.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Compte tenu du gain de santé et de la prévention du cancer, j'invite le ministre à agir et à revoir les modalités de remboursement. Il s'agit d'une situation dans laquelle tout le monde est gagnant.

01.08 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Il y a l'évidence scientifique de cancer chez les deux sexes et un tribunal qui acte la discrimination vaccinale. Il faut agir. Le coût de la prévention sera toujours inférieur à celui du traitement du cancer. Le public cible prioritaire, ce sont les femmes, mais ce cancer touche aussi les hommes. Et vacciner les hommes protège aussi les femmes.

01.09 Catherine Fonck (Les Engagés): La décision de septembre ne visera que les garçons et les jeunes hommes. L'autorisation de remboursement de l'extension du vaccin jusque 26 ans ne touchera que les filles et certains publics cibles. Pour le reste, vous dites que la firme doit se

vaccin. Het hoofddoel is de maximale vaccinatie van meisjes en jongens in het eerste en tweede jaar van het secundair onderwijs.

(Frans) Wat verdere uitbreidingen van de terugbetaling betreft, kunnen de bedrijven die verantwoordelijk zijn voor het vermarkten van HPV-vaccins bij de CTG een terugbetalingsaanvraag indienen indien ze over nieuwe wetenschappelijke gegevens beschikken. Op basis van het advies van de CTG kan ik dan beslissen de terugbetaling uit te breiden.

Informatie over de vaccinatie wordt uitgewisseld op het niveau van de werkgroep die belast is met de coördinatie van het preventiebeleid bij de IMC Volksgezondheid.

01.06 Dominiek Sneppe (VB): Waarom heeft de firma een schorsing ingeroepen? Ik begrijp dat de minister moet wachten op het advies van de CTG. Ik zou de tegemoetkoming willen uitbreiden tot meisjes en jongens tot 26 jaar, in plaats van tot 19 jaar. Uit studies blijkt dat de uitbreiding van de terugbetaalde vaccinatie tegen HPV wel degelijk gezondheidswinst oplevert. Het is tijd om de procedure te evalueren, gelet op het voortschrijdende wetenschappelijk inzicht. Ik hoop dat de CTG op korte termijn een gunstig advies formuleert.

Om mijn interpellatie kracht bij te zetten, dien ik een motie in.

01.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Gelet op de gezondheidswinst en het voorkomen van kanker, vraag ik dat de minister actie zou ondernemen en de terugbetalingsmodaliteiten zou herzien. Het gaat om een win-winsituatie.

01.08 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Er is wetenschappelijk bewijs dat HPV-gerelateerde kanker zowel bij mannen als bij vrouwen voorkomt en een rechtbank heeft geoordeeld dat er inderdaad sprake is van vaccinatiediscriminatie. Er moet iets ondernomen worden. Preventie zal steeds minder kosten dan de behandeling van kanker. De prioritaire doelgroep zijn de vrouwen maar die vorm van kanker treft ook mannen. Door de mannen te vaccineren beschermt men tevens de vrouwen.

01.09 Catherine Fonck (Les Engagés): De beslissing in september zal alleen betrekking hebben op jongens en jongemannen. Voor de uitgebreide terugbetaling van het vaccin voor meisjes tot 26 jaar en voor bepaalde doelgroepen ligt de bal volgens u in het kamp van de firma. Het

bouger. L'avis du CSS date de juillet 2017! Vous devez assumer vos responsabilités de santé publique et inclure les garçons jusqu'à 26 ans dans la mesure d'extension du remboursement.

01.10 Dominiek Snelpe (VB): Le ministre peut-il répondre à ma question concernant la suspension?

01.11 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Je n'ai pas la réponse, mais si je l'avais, je ne pourrais pas m'exprimer dans le cadre d'une procédure en cours.

Motions

Le **président**: En conclusion de cette discussion, les motions suivantes ont été déposées.

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Dominiek Snelpe et est libellée comme suit:
"La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de Mme Dominiek Snelpe
et la réponse du vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
- considérant que le tribunal du travail de Bruxelles a estimé, dans son jugement du 30 mars 2022, que le remboursement du vaccin contre le HPV est discriminant pour les garçons;
- compte tenu de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé;
- compte tenu de l'avis de l'ASBL Kom op tegen Kanker;

demande au gouvernement
d'adapter les conditions de remboursement du vaccin contre le HPV à la loi visant à lutter contre les discriminations et de les étendre à un âge maximum de 26 ans pour les garçons et les filles."

Une motion pure et simple a été déposée par Mme Karin Jiroflée.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

02 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le régime transitoire prévu dans le règlement européen 2019/6 relatif aux médicaments vétérinaires" (55025645C)

02.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Le 28 janvier 2022, le règlement européen 2019/6 relatif aux médicaments vétérinaires est entré en vigueur. Les médicaments qui ont été commercialisés sous

advies van de Hoge Gezondheidsraad dateert van juli 2017! U moet uw verantwoordelijkheden inzake volksgezondheid opnemen en de terugbetaling van het vaccin voor meisjes uitbreiden tot 26 jaar.

01.10 Dominiek Snelpe (VB): Kan de minister antwoorden op mijn vraag in verband met de schorsing?

01.11 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Ik weet het niet, maar zou daarover ook geen uitspraken doen in het raam van een lopende procedure.

Moties

De **voorzitter**: Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Dominiek Snelpe en luidt als volgt:
"De Kamer,
gehoord de interpellatie van mevrouw Dominiek Snelpe
en het antwoord van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
- overwegende dat de arbeidsrechtbank van Brussel in haar uitspraak van 30 maart 2022 oordeelde dat de terugbetaling voor het HPV-vaccin discriminerend is voor jongens;
- gelet op het advies van de Hoge Gezondheidsraad;
- gelet op het advies van Kom op tegen Kanker;

vraagt de regering
de terugbetalingsvoorwaarden voor het HPV-vaccin aan te passen aan de antidiscriminatiewet en uit te breiden naar een maximumleeftijd van 26 jaar voor jongens en meisjes."

Een eenvoudige motie werd ingediend door mevrouw Karin Jiroflée.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

02 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overgangsregeling in de Europese verordening 2019/6 betreffende diergeneesmiddelen" (55025645C)

02.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Op 28 januari 2022 trad de Europese verordening 2019/6 betreffende geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik in werking.

l'ancien règlement et ne satisfont pas au nouveau règlement peuvent être mis à disposition jusqu'au 29 janvier 2027. Il s'agit uniquement des lots de produits déjà commercialisés. Plus aucun nouveau lot ne peut être commercialisé dans les conditionnements existants, et ce, depuis le 28 janvier 2022. Cela signifie que 40 000 conditionnements de produits doivent être réenregistrés.

Pourquoi le règlement de transition ne porte-t-il pas sur les produits eux-mêmes mais sur les lots de produits? Que pense le ministre de cette interprétation? Quelles en sont les conséquences sur la disponibilité des médicaments vétérinaires sur le marché belge? Le ministre abordera-t-il ce point au sein des comités d'experts européens?

02.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): L'avis doctrinal formulé par la Commission européenne le 21 décembre 2021 concernant l'article 152, point 2 du règlement 2019/6 ne correspondait pas à l'interprétation donnée par les États membres. Comme l'interprétation de la Commission semblait entraînerait des problèmes de disponibilité, il a été demandé à la Commission de trouver une solution.

Le 2 mars 2022, la Commission européenne a publié une proposition de règlement visant à autoriser la commercialisation jusqu'au 29 janvier 2027 des médicaments vétérinaires dont l'emballage répond aux seules conditions du règlement précédant le règlement 2019/6. La Commission a déjà communiqué à ce sujet sur son site internet. La Belgique est favorable à cette solution.

L'incident est clos.

03 **Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'infirmiers pédiatriques" (55026358C)**

03.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): En Flandre, le bac post-bac en pédiatrie et néonatalogie a été supprimé en 2016 et a été remplacé par un postgraduat. Seules deux écoles proposent cette formation. La rémunération liée au titre professionnel particulier a été supprimée lors de l'instauration de la classification des fonctions de l'IFIC. La formation est devenue moins attrayante. Les hôpitaux éprouvent des difficultés à satisfaire au programme de soins pédiatriques, qui dispose que 75 % des infirmiers doivent disposer d'un titre professionnel en pédiatrie.

Geneesmiddelen die onder de vorige verordening in de handel zijn gebracht en niet aan de nieuwe verordening voldoen, mogen nog tot 29 januari 2027 beschikbaar worden gesteld. Het gaat enkel om de loten van de producten die al in de handel zijn gebracht. Nieuwe loten mogen sinds 28 januari 2022 niet meer in de handel worden gebracht in de bestaande verpakkingen. Dat betekent dat 40.000 productverpakkingen opnieuw moeten worden geregistreerd.

Waarom vallen niet de producten op zich maar wel de loten van de producten onder de overgangsregeling? Wat vindt de minister van die interpretatie? Wat zijn de gevolgen voor de beschikbaarheid van dierengeneesmiddelen op de Belgische markt? Zal de minister dit binnen Europese gremia aankaarten?

02.02 **Minister Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): De *legal opinion* die de Europese Commissie op 21 december 2021 gaf over artikel 152, punt 2 van de verordening 2019/6, kwam niet overeen met de interpretatie van de lidstaten. Omdat de interpretatie van de Commissie tot beschikbaarheidsproblemen zou leiden, werd aan de Commissie een oplossing gevraagd.

De Europese Commissie heeft op 2 maart 2022 een voorstel tot verordening uitgebracht dat ertoe strekt dat dierengeneesmiddelen in de handel mogen worden gebracht tot 29 januari 2027, ook al voldoet de verpakking enkel aan de vereisten van de regelgeving voorgaande aan verordening 2019/6. De Commissie heeft hierover al een communicatie op de website geplaatst. België steunt deze oplossing.

Het incident is gesloten.

03 **Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan kinderverpleegkundigen" (55026358C)**

03.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): In 2016 werd de banaba pediatrie en neonatologie afgeschaft en vervangen door een postgraduaat. Slechts twee scholen bieden deze opleiding aan. De vergoeding voor de bijzondere beroepstitel is bij de invoering van de IFIC-functieclassificatie verdwenen. De opleiding is minder aantrekkelijk geworden. Ziekenhuizen hebben het moeilijk om te voldoen aan het zorgprogramma pediatrie, dat bepaalt dat 75 % van de verpleegkundigen een beroepstitel pediatrie moet hebben.

Observe-t-on une difficulté à atteindre ce pourcentage dans des hôpitaux flamands? Les 43 millions d'euros que le ministre a dégagés pour les infirmiers spécialisés seront-ils également utilisés pour les infirmiers en pédiatrie et néonatalogie? Dans quelle mesure le projet pilote relatif aux soins pédiatriques à domicile pourrait-il être hypothéqué par un manque d'infirmiers? Le ministre va-t-il évoquer la question de la formation complémentaire avec le ministre flamand en charge de cette matière, M. Weyts?

03.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en *néerlandais*): Il y a une pénurie d'infirmiers à tous les niveaux. Pour la question demandant s'il y a des hôpitaux qui ne parviennent pas à satisfaire aux conditions du programme de soins pédiatriques, je vous renvoie vers les entités fédérées.

Mon arrêté royal sur le complément pour les infirmiers spécialisés a été soumis au contrôle budgétaire.

Les infirmiers spécialisés salariés au sein d'hôpitaux qui passent au système IFIC seront valorisés par un complément pour spécialisation. Les infirmiers disposant d'un titre professionnel particulier en pédiatrie et néonatalogie sont également concernés. Une valorisation est aussi prévue pour les infirmiers spécialisés salariés dans le domaine des soins à domicile. Parmi eux, les infirmiers à domicile spécialisés en diabétologie entrent en considération. Le système pour les infirmiers à domicile indépendants n'a pas changé. Ils ne sont pas salariés et ne sont donc pas concernés par l'application de l'IFIC.

Le projet "Soins pédiatriques à domicile" est en phase de développement. Ce n'est que lorsque l'appel du projet pilote aura été lancé que nous connaîtrons les thèmes mis en avant par les hôpitaux et que le contenu concret du projet pourra être déterminé.

Il ressort du rapport du KCE de 2019 que le mélange des qualifications du personnel infirmier dans les hôpitaux aigus s'est amélioré entre 2009 et 2016. Au service de pédiatrie, le pourcentage d'infirmiers titulaires d'un baccalauréat est passé de 86 % à 92 %. Pour l'année académique en cours, on constate un afflux important d'étudiants infirmiers. Une harmonisation entre l'autorité fédérale et les autorités régionales au sujet de la formation pour les infirmiers est effectuée en permanence.

Zijn er in Vlaanderen ziekenhuizen die dit percentage niet halen? Zal de 43 miljoen euro die de minister heeft uitgetrokken voor gespecialiseerde verpleegkundigen, ook worden gebruikt voor verpleegkundigen pediatrische en neonatologie? In welke mate komt het proefproject 'Thuiszorg kinderen' in het gedrang door een tekort aan verpleegkundigen? Zal de minister met Vlaams minister Weyts de vervolgoopleiding bespreken?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Er is op alle vlakken een tekort aan verpleegkundigen. Voor de vraag of er ziekenhuizen zijn die niet kunnen voldoen aan de voorwaarden van het zorgprogramma pediatrische, verwijs ik naar de deelstaten.

Mijn KB over het complement voor gespecialiseerde verpleegkundigen is voorgelegd aan de begrotingscontrole.

Loontrekkende gespecialiseerde verpleegkundigen in ziekenhuizen die de overstap maken naar IFIC, zullen worden gevaloriseerd via een specialisatiecomplement. Verpleegkundigen met de bijzondere beroepstitel pediatrische en neonatologie komen ook in aanmerking. Er wordt tevens in een valorisatie voorzien voor de gespecialiseerde loontrekkende verpleegkundigen in de thuisverpleging. Bij hen komen de thuisverpleegkundigen gespecialiseerd in diabétiologie in aanmerking. Het systeem voor zelfstandige thuisverpleegkundigen is niet veranderd. Zij zijn niet in loondienst en vallen dus niet onder de toepassing van IFIC.

Het project 'Thuiszorg Kinderen' zit in de ontwikkelingsfase. Pas wanneer de oproep van het pilootproject wordt gelanceerd, zal blijken welke topics vanuit de ziekenhuizen naar voren komen en kunnen we nagaan hoe het project concreet zal worden ingevuld.

Uit het KCE-rapport van 2019 blijkt dat de kwalificatiemix van verpleegkundigen in de acute ziekenhuizen tussen 2009 en 2016 is verbeterd. Op de dienst pediatrische steeg het percentage bachelorverpleegkundigen van 86 % naar 92 %. In het huidige academiejaar is er een grote instroom van studenten verpleegkundigen. Er is voortdurende afstemming tussen de federale en regionale overheden over de opleiding voor verpleegkundigen.

03.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Je me réjouis d'entendre que le gouvernement fédéral tâche de remédier aux pénuries par le biais du complément de spécialisation.

L'incident est clos.

04 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments et principes actifs stratégiques" (55026388C)

04.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Quelles démarches ont déjà été entreprises pour ramener la production de médicaments en Europe? Cette volonté s'inscrit-elle dans le plan pluriannuel conclu avec le secteur pharmaceutique?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Tant au niveau belge qu'au niveau européen, une analyse des dépendances stratégiques a été réalisée. Au niveau européen, il en a résulté une série de recommandations politiques.

Des mesures proactives visant à garantir l'accessibilité de médicaments essentiels ou critiques feront partie du plan pluriannuel que nous conclurons avec le secteur pharmaceutique. Il s'agit notamment de suivre les stocks afin de pouvoir résorber des pénuries à temps et d'assurer la viabilité économique afin de pouvoir maintenir des médicaments plus anciens essentiels sur le marché.

Au sein de la Commission européenne, la Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) a été créée dans le but de constituer la capacité de réaction nécessaire. La Belgique participe aux Important Projects of Common European Interest (IPCEI), qui visent à pallier l'échec du marché et à soutenir le renouvellement et le verdissement des technologies et processus de production.

04.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Le Commissariat Corona a formulé plusieurs recommandations qui ont trait au suivi des stocks stratégiques. Je suis ravi que ces recommandations servent à quelque chose. Nous devons également assurer un suivi de ce point à l'échelon européen.

L'incident est clos.

05 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé

03.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Ik ben blij te horen dat de federale regering de tekorten probeert aan te pakken via het specialisatiecomplement.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De strategische geneesmiddelen en actieve bestanddelen" (55026388C)

04.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Welke stappen zijn er al gezet om de productie van geneesmiddelen terug te halen naar Europa? Vormt dat een onderdeel van het meerjarenplan met de farmaceutische sector?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Zowel op Belgisch als op Europees niveau werd een analyse van strategische afhankelijkheden uitgevoerd. Op Europees niveau leverde dat al een reeks beleidsaanbevelingen op.

Proactieve maatregelen om de beschikbaarheid van essentiële of kritische geneesmiddelen te garanderen, zullen deel uitmaken van het meerjarenplan dat we zullen sluiten met de farmaceutische sector. Het gaat daarbij onder meer over de opvolging van de voorraden om tekorten tijdig te kunnen opvangen en over het verzekeren van de economische leefbaarheid om essentiële oudere geneesmiddelen op de markt te kunnen houden.

Binnen de Europese Commissie werd de Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA) opgericht om de nodige reactiecapaciteit op te bouwen. België neemt deel aan Important Projects of Common European Interest (IPCEI) dat het marktfalen wil aanpakken en de vernieuwing en vergroening van technologieën en productieprocessen wil ondersteunen.

04.03 Robby De Caluwé (Open Vld): De coronacommissie heeft een aantal aanbevelingen geformuleerd over de opvolging van de strategische voorraden. Ik ben blij dat er iets mee gedaan wordt. We moeten dat verder op Europese schaal aanpakken.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en

publique) sur "Le score ESMO dans l'appréciation de la plus-value thérapeutique d'un médicament par la CRM" (55026445C)

05.01 Robby De Caluwé (Open Vld): La Société européenne d'oncologie médicale (European Society for Medical Oncology – ESMO) attribue aux médicaments anticancéreux un score basé sur leur plus-value clinique: l'ESMO-MCBS (Magnitude of Clinical Benefit Score).

La CRM tient-elle compte du score ESMO dans son évaluation sur le remboursement des médicaments? Une évaluation est-elle d'ailleurs nécessaire s'il existe déjà un ESMO-MCBS? Arrive-t-il que la conclusion du CRM quant à l'efficacité d'un médicament diverge de celle de l'ESMO? Peut-on encore prendre au sérieux l'évaluation de la CRM?

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): L'ESMO-MCBS est un des volets de l'évaluation. Ce score facilite une évaluation objective, mais il a aussi ses limites. Les études dont la mise en œuvre ou l'analyse des données présentent des manquements peuvent conduire à des résultats tendancieux qui surestiment le bénéfice réel du médicament, ce qui peut ébranler l'ESMO, dont les intentions sont de fournir un score représentatif, et compromettre son intégrité.

Le score ESMO présente des lacunes. Aucun niveau de maturité spécifique n'est requis au niveau des données. La validité du bras de contrôle ne fait l'objet d'aucune vérification. Le score ESMO ne tient pas compte des études dans lesquelles l'avantage de survie a éventuellement été exagéré sur la base d'un traitement de qualité insuffisante après une progression de la tumeur. Le score ESMO ne tient pas non plus compte des études dans lesquelles les données relatives à la qualité de vie ne sont pas ou pas encore publiées.

Étant donné que le score ESMO n'évalue pas le bras de contrôle de l'étude clinique, il est possible que ce bras de contrôle soit inadapté ou incomplet, ou encore qu'il ne soit pas conforme à la pratique médicale belge. Le score ne tient pas non plus compte de l'ensemble du parcours de soins du patient et se focalise uniquement sur les indications spécifiques figurant dans l'étude clinique. Le score ESMO ne concerne ni la valeur financière d'un médicament, ni son impact budgétaire sur la sécurité sociale, pas plus que son rapport coût/efficacité par rapport au comparateur adéquat. Ces aspects entrent en ligne de compte dans l'étude de la CRM.

Volksgezondheid) over "De ESMO-score bij de beoordeling van de therapeutische meerwaarde van een geneesmiddel door de CTG" (55026445C)

05.01 Robby De Caluwé (Open Vld): De European Society for Medical Oncology (ESMO) geeft kankergeneesmiddelen een score op basis van hun klinische meerwaarde, de ESMO-MCBS (Magnitude of Clinical Benefit Score).

Houdt de CTG bij haar evaluatie over de terugbetaling van geneesmiddelen rekening met de ESMO-score? Is een evaluatie überhaupt nodig als er al een ESMO-MCBS bestaat? Komt het CTG soms tot een andere conclusie dan de ESMO over de werkzaamheid van een geneesmiddel? Kan de evaluatie door de CTG dan nog ernstig worden genomen?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): De ESMO-MCBS is een onderdeel van de evaluaties. De score maakt een objectieve evaluatie gemakkelijker, maar de score heeft ook zijn beperkingen. Studies met een gebrekkige implementatie of gegevensanalyse kunnen leiden tot bevoorrechte resultaten die het werkelijke voordeel overdrijven. Dat ondermijnt de intentie van de ESMO om een representatieve score te geven en kan de integriteit ervan in gevaar brengen.

De ESMO-score kampt met tekortkomingen. Er is geen specifiek maturiteitsniveau van de gegevens vereist. De geldigheid van de controlearm wordt niet gecontroleerd. De ESMO-score wijst niet op studies waarin het overlevingsvoordeel mogelijks is overdreven op basis van een substandaardbehandeling na tumorprogressie. De ESMO-score wijst ook niet op studies waarin gegevens over levenskwaliteit niet of nog niet zijn gepubliceerd.

Aangezien de ESMO-score de controlearm van het klinisch onderzoek niet evalueert, is het mogelijk dat die ongeschikt of onvolledig is of niet in overeenstemming met de Belgische medische praktijk. De score houdt ook geen rekening met het totale behandelingstraject van de patiënt, maar richt zich enkel op de specifieke indicaties in de klinische studie. De ESMO-score gaat niet over de financiële waarde van een geneesmiddel, de budgettaire impact op de sociale zekerheid en de kosteneffectiviteit in vergelijking met de geschikte comparator. Dat maakt net wél deel uit van het onderzoek van de CTG.

Il est déjà arrivé qu'aucune valeur ajoutée thérapeutique n'ait été reconnue pour une spécialité aux propriétés curatives revendiquées en raison de données particulièrement immatures. Il est également possible que le comparateur pris en compte dans le score ESMO soit inadapté à la pratique belge. Le travail de la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) est donc essentiel pour une interprétation correcte du score ESMO. Les manquements ont été reconnus par l'ESMO-MCBS Working Group, qui dit qu'ils seront pris en compte lors de nouvelles itérations.

L'incident est clos.

06 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation (trop) importante de médicaments à un âge avancé" (55026519C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation de médicaments" (55026746C)
- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation excessive et non judicieuse de médicaments par les personnes de plus de 75 ans" (55026846C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La polymédication chez les personnes de plus de 65 ans" (55027104C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Les personnes âgées consomment trop de médicaments, surtout dans la dernière phase de leur vie.

Comment le ministre entend-il optimiser la consommation de médicaments des personnes âgées? Quelles recommandations ou mesures envisagera-t-il pour inciter les médecins à un comportement plus réfléchi en matière de prescription? Prévoit-il des mesures spécifiques pour les personnes âgées de plus de 75 ans? Soutiendra-t-il les concertations entre les médecins et les pharmaciens sur la réduction de la consommation de médicaments? Lancera-t-il un nouveau projet pilote ou une proposition structurelle à cet effet?

06.02 Robby De Caluwé (Open Vld): *D'après une étude des Mutualités socialistes, un quart de l'ensemble des médicaments délivrés à leurs affiliés est destiné aux personnes de plus de 75 ans. Il s'agit souvent d'un usage insensé, comme des hypocholestérolémiants pour les patients palliatifs. Au cours de la dernière année de vie, la consommation de médicaments double, mais des*

Het is al gebeurd dat er geen meerwaarde werd erkend bij een specialiteit met een geclaimde curatieve eigenschap wegens extreem immature gegevens. Het is ook mogelijk dat de comparator die in de ESMO-score in aanmerking wordt genomen, ongeschikt is in vergelijking met de Belgische praktijk. Het werk van de CTG is dus essentieel voor een correcte interpretatie van de ESMO-score. De tekortkomingen zijn erkend door de ESMO-MCBS Working Group, die zegt er rekening mee te zullen houden bij nieuwe iteraties.

Het incident is gesloten.

06 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het (te) hoge geneesmiddelengebruik op oudere leeftijd" (55026519C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het geneesmiddelengebruik" (55026746C)
- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het overmatig en ongepast medicatiegebruik bij 75-plussers" (55026846C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Polymedicatie bij 65-plussers" (55027104C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Ouderen gebruiken te veel geneesmiddelen, zeker in de laatste levensfase.

Hoe wil de minister het geneesmiddelengebruik bij ouderen optimaliseren? Met welke aanbevelingen of maatregelen wil hij artsen aanzetten tot een meer doordacht voorschrijfgedrag? Plant hij specifieke maatregelen voor 75-plussers? Zal hij het overleg tussen artsen en apothekers over het afbouwen van medicatie ondersteunen? Zal hij hiervoor een nieuw proefproject of een structureel voorstel lanceren?

06.02 Robby De Caluwé (Open Vld): *Uit een studie van de Socialistische Mutualiteiten blijkt dat een kwart van alle afgeleverde geneesmiddelen aan hun leden naar 75-plussers gaat. Vaak gaat het om zinloos gebruik, zoals cholesterolverlagers voor palliatieve patiënten. Tijdens het laatste levensjaar verdubbelt het geneesmiddelengebruik, maar vaak worden bestaande voorschriften zonder evaluatie*

prescriptions existantes sont souvent prolongées en l'absence de toute évaluation. C'est pourquoi la mutualité demande d'évaluer plus souvent l'usage de médicaments auprès des personnes âgées, compte tenu des souhaits du patient et du stade de la vie auquel il se trouve. En outre, il conviendrait de stimuler la concertation entre les pharmaciens et les médecins, en renforçant le rôle du pharmacien.

Quelle est la réaction du ministre à ce propos? Se concertera-t-il avec les entités fédérées en ce qui concerne la prévention? Comment pouvons-nous veiller à ce que les schémas de médication des personnes âgées soient régulièrement évalués et adaptés aux besoins actuels du patient? Le conseil des soins des zones de première ligne peut-il renforcer la concertation entre les pharmaciens et les médecins en vue d'une consommation ad hoc de médicaments auprès des personnes âgées vivant à domicile?

06.03 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Près d'une personne de plus de 75 ans sur deux reçoit, au cours des trois derniers mois de sa vie, des médicaments pouvant être considérés comme inadaptés. Il s'agit notamment d'hypotenseurs, de médicaments contre le cancer ou d'hypocholestérolémians. L'étude plaide notamment pour un comportement prescriptif basé sur des preuves, une concertation multidisciplinaire entre les médecins et les pharmaciens, et des soins palliatifs accordant de l'attention à l'utilisation des médicaments. La lutte contre la surconsommation de médicaments fait également partie du plan du gouvernement visant à améliorer structurellement le financement des soins de santé.

Quelles recommandations de l'étude le ministre intégrera-t-il dans sa politique? Quelles actions sont entreprises pour lutter contre la surconsommation de médicaments?

06.04 Dominiek Snelpe (VB): Une enquête de santé menée par Sciensano avait déjà montré antérieurement qu'un quart des personnes âgées de 65 à 74 ans et environ 40 % des 75 ans et plus prennent plus de cinq médicaments par jour. L'étude des Mutualités socialistes montre aujourd'hui que ces chiffres continuent encore d'augmenter, ce qui est préoccupant pour les patients et onéreux pour l'assurance maladie.

Quelles initiatives ont-elles déjà été prises l'année dernière pour lutter contre la surconsommation de médicaments chez les personnes âgées? Quelles mesures seront encore déployées? Une concertation a-t-elle été menée avec les pharmaciens et les médecins généralistes à ce

verlengd. Daarom vraagt het ziekenfonds dat medicatiegebruik bij ouderen vaker wordt geëvalueerd, rekening houdend met de wensen van de patiënt en de levensfase waarin hij zich bevindt. Daarnaast zou het overleg tussen apothekers en artsen moeten worden gestimuleerd, met een versterking van de rol van de apotheker.

Wat is de reactie van de minister hierop? Zal hij hierover overleg plegen met de deelstaten op het vlak van preventie? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat medicatieschema's van ouderen regelmatig worden geëvalueerd en aangepast aan de actuele noden van de patiënt? Kan de zorgraad van eerstelijnszones het overleg tussen apothekers en artsen versterken met het oog op een gepast geneesmiddelengebruik bij thuiswonende ouderen?

06.03 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Bijna een op twee 75-plussers krijgt tijdens de laatste drie maanden van zijn leven medicatie die als ongepast kan worden beschouwd. Het gaat onder meer over bloeddrukverlagers, kankermedicatie of cholesterolverlagers. De studie pleit onder meer voor evidencebased voorschrijfgedrag, een multidisciplinair overleg tussen artsen en apothekers en palliatieve zorg met aandacht voor het geneesmiddelengebruik. De bestrijding van de overconsumptie van geneesmiddelen maakt ook deel uit van het plan van de regering om de financiering van de gezondheidszorg structureel te verbeteren.

Welke aanbevelingen uit de studie zal de minister opnemen in zijn beleid? Welke acties worden er ondernomen om de overconsumptie van geneesmiddelen aan te pakken?

06.04 Dominiek Snelpe (VB): Uit een gezondheidsenquête van Sciensano bleek eerder al dat een kwart van de 65- tot 74-jarigen en ongeveer 40 % van de 75-plussers meer dan 5 geneesmiddelen per dag slikt. Uit de studie van het socialistisch ziekenfonds blijkt nu dat die cijfers verder stijgen, wat problematisch is voor de patiënt en duur voor de ziekteverzekering.

Wat werd er het afgelopen jaar al ondernomen om het veelvuldig gebruik van geneesmiddelen bij ouderen tegen te gaan? Welke maatregelen zullen er nog worden uitgerold? Is daarover overleg gepleegd met de apothekers en huisartsen? Gaat de minister daarover ook in dialoog met de

sujet? Le ministre dialoguera-t-il également avec les entités fédérées à ce sujet?

06.05 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Je salue cette étude. L'optimisation de la consommation de médicaments est l'un des objectifs de santé de l'assurance maladie. L'Accord national médico-mutualiste comprend un engagement des prescripteurs sur l'usage raisonné et prudent de médicaments. La Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs a lancé quelques initiatives pour optimiser la consommation de médicaments.

Actuellement, les pharmaciens engagent déjà un dialogue d'accompagnement lors du lancement de certains traitements médicamenteux, comme par exemple pour l'asthme. La prescription rationnelle et l'utilisation sûre des médicaments constituent des objectifs importants dans le cadre de la concertation médico-pharmaceutique. Des discussions entre pharmaciens et organismes assureurs ont été lancées la semaine passée en vue de concrétiser certains projets.

La proposition visant à développer un programme de sevrage pour les benzodiazépines ne me paraît pas aisée à mettre en œuvre, mais elle mérite d'être examinée. L'INAMI se concertent actuellement avec la Belgian Psychotropics Expert Platform (BelPEP).

L'Observatoire des maladies chroniques évalue la fonction de pharmacien de référence.

J'espère que de nombreuses initiatives seront concrétisées d'ici la fin de l'année.

06.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Les bonnes intentions sont là, encore faut-il les mettre en œuvre. La proposition concernant le remboursement pour la désaccoutumance des psychotropes ainsi que pour la prévention des chutes peut générer des gains importants pour la santé.

06.07 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Je ne vous contredis pas et nous sommes en train d'examiner la question. J'ai juste dit que ce n'est pas évident.

06.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Cela devrait être réalisable d'un point de vue budgétaire, tout comme les programmes de méthadone.

06.09 Robby De Caluwé (Open Vld): Si la consommation de médicaments chez les personnes

deelstaten?

06.05 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Ik verwelkom deze studie. De optimalisatie van het geneesmiddelengebruik is een van de gezondheidsdoelstellingen voor de ziekteverzekering. In het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen werd een engagement van de voorschrijvers opgenomen over het oordeelkundig gebruik van geneesmiddelen. De overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen heeft enkele initiatieven opgestart om die optimalisatie van het geneesmiddelengebruik te concretiseren.

Bij de opstart van bijvoorbeeld astmamedicatie zijn er nu al begeleidende gesprekken door de apotheker. Tijdens het medisch-farmaceutisch overleg zijn het rationeel voorschrijven en het veilige gebruik van geneesmiddelen centrale doelstellingen. Vorige week zijn gesprekken opgestart tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen om enkele projecten concreet vorm te geven.

Het voorstel over een ontwenningprogramma voor benzodiazepinegebruik vind ik niet evident, maar wel de moeite om het te onderzoeken. Het RIZIV overlegt momenteel met het Belgian Psychotropics Expert Platform (BelPEP).

Het Observatorium voor chronische ziekten voert een evaluatie uit van de functie van huisapotheker.

Ik hoop dat tegen het einde van dit jaar heel wat initiatieven geconcretiseerd zijn.

06.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Er zijn goede intenties, maar ze moeten ook uitgevoerd worden. Met het voorstel over de terugbetaling voor de ontwenning van psychofarmaca kan een grote gezondheidswinst behaald worden, net als voor valpreventie.

06.07 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Ik spreek dat niet tegen en we zijn dat aan het bekijken. Ik heb alleen gezegd dat het niet evident is.

06.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Net als de methadonprogramma's moet dit budgettair haalbaar zijn.

06.09 Robby De Caluwé (Open Vld): Als het medicatiegebruik van ouderen regelmatig

âgées était évaluée régulièrement, cette consommation pourrait diminuer. Les médecins devraient se concentrer davantage sur la qualité de vie des personnes âgées dans la dernière phase de leur vie.

06.10 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): La surconsommation de médicaments est une situation où tout le monde est perdant, à la fois les patients et le secteur des soins de santé. Il est positif que des projets aient été lancés, mais nous attendons les résultats. Les pharmaciens de famille peuvent jouer un rôle important dans les soins de première ligne.

06.11 Dominiek Snelpe (VB): De nombreuses hospitalisations de personnes âgées sont dues à la consommation inappropriée de médicaments. Le médecin généraliste est le mieux placé pour remédier à cette situation. Il reste du pain sur la planche dans le domaine de la communication entre les spécialistes hospitaliers et le médecin généraliste. Une réduction de la consommation de médicaments bénéficierait tant aux personnes âgées qu'à l'assurance maladie.

L'incident est clos.

07 Questions jointes de

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès aux traitements antiviraux" (55026527C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pandémie de Covid-19" (55026943C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Paxlovid disponible en pharmacie" (55027149C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique des groupes cibles pour le Paxlovid" (55027156C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription des traitements antiviraux" (55027180C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude en ligne sur le molnupiravir et le traitement du Covid-19 des immunodéprimés" (55027198C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription et le remboursement du Paxlovid, un médicament contre le Covid-19" (55027301C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prévention du covid chez les patients immunodéprimés sévères grâce à l'Evusheld"

geëvalueerd wordt, kan het geneesmiddelengebruik dalen. Artsen zouden zich in de laatste levensfase meer moeten focussen op de levenskwaliteit van ouderen.

06.10 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Door overmatig medicatiegebruik verliest én de patiënt én de gezondheidszorg. Het is goed dat er projecten werden opgestart, maar het is nog wachten op de resultaten. Huisapothekers kunnen een belangrijke rol spelen in de eerstelijnszorg.

06.11 Dominiek Snelpe (VB): Veel hospitalisaties van ouderen zijn te wijten aan ongepast gebruik van geneesmiddelen. De huisarts is de eerste die hier iets aan kan doen. Op het vlak van communicatie tussen de specialisten in het ziekenhuis en de huisarts is er nog werk aan de winkel. Minder geneesmiddelen gebruiken is goed voor de ouderen én voor de ziekteverzekering.

Het incident is gesloten.

07 Samengevoegde vragen van

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegang tot antivirale behandelingen" (55026527C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidpandemie" (55026943C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Paxlovid verkrijgbaar in de apotheek" (55027149C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het doelgroepbeleid voor Paxlovid" (55027156C)
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven van antivirale behandelingen" (55027180C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onlinestudie over molnupiravir en de covidbehandeling van mensen met een verzwakte immuniteit" (55027198C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven en terugbetalen van het geneesmiddel Paxlovid tegen COVID-19" (55027301C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke

(55027302C)

(VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over
"Evusheld voor de preventie van COVID-19 bij
patiënten met een sterk verzwakt
immuunsysteem" (55027302C)

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): *L'utilisation du Paxlovid après une infection au Covid-19 peut permettre d'éviter des hospitalisations. Notre pays a acheté 10 000 doses, mais le groupe cible a été défini sensu stricto. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ce médicament devrait être administré aux patients contaminés présentant un risque élevé d'hospitalisation. Par ailleurs, les patients affaiblis par un traitement contre le cancer devraient pouvoir entrer en ligne de compte.*

Combien de patients le stock existant permet-il d'aider? Est-il possible d'acheter des doses additionnelles? Un budget a-t-il été dégagé à cet effet? Comment le ministre justifie-t-il qu'on se démarque de l'avis de l'OMS préconisant une extension du groupe cible? Le ministre envisage-t-il d'intégrer les cancéreux dans le groupe cible?

07.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB) (en néerlandais): L'OMS recommande le Paxlovid pour les personnes âgées non vaccinées et les patients immunodéprimés. Le médicament devrait être administré trois à cinq jours après les premiers symptômes, ce qui nécessite un système de tests performant. D'après Médecins Sans Frontières (MSF), les premiers stocks du médicament ont été achetés par 22 pays occidentaux. Seul un petit nombre de doses a été mis à disposition via le *patent pool*. Les premiers médicaments génériques ne sont attendus qu'en 2023. C'est pourquoi MSF demande d'appliquer également la dérogation ADPIC aux médicaments contre le covid.

En Belgique, le Paxlovid ne peut être administré qu'aux personnes immunodéprimées en soins ambulatoires, sur prescription d'un spécialiste. C'est compliqué et cela pose de nombreuses difficultés sur le terrain.

Pourquoi les critères de MSF n'ont-ils pas été suivis? Notre système de tests est-il suffisamment performant? Est-il exact que la Belgique paie 600 euros par dose? Quels efforts la Belgique consentira-t-elle pour diffuser le Paxlovid dans le monde?

07.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Une publication dans le *British Medical Journal* du 22 avril a amené à une révision des recommandations pour le Paxlovid qui, en Belgique,

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): *Het gebruik van Paxlovid na een covidbesmetting kan ziekenhuisopnames voorkomen. Ons land heeft 10.000 dosissen aangekocht, maar de doelgroep is nogal eng gedefinieerd. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) zou het geneesmiddel moeten worden ingezet voor besmette patiënten met een hoog risico op hospitalisatie. Daarnaast zouden patiënten die verzwakt zijn door een kankerbehandeling in aanmerking moeten kunnen komen.*

Hoeveel patiënten kunnen met de huidige stock geholpen worden? Is het mogelijk om bijkomende dosissen aan te kopen? Is daarvoor een budget vrijgemaakt? Hoe verantwoordt de minister dat wordt afgeweken van het advies van de WGO om de doelgroep uit te breiden? Overweegt de minister om de kankerpatiënten in de doelgroep op te nemen?

07.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB) (Nederlands): De WGO raadt Paxlovid aan voor ongevaccineerde ouderen en patiënten met een verzwakt immuunsysteem. Het middel zou drie tot vijf dagen na de eerste symptomen moeten worden toegediend, wat ook een performant testsysteem vereist. Volgens Artsen Zonder Grenzen (AZG) werden de eerste voorraden van het geneesmiddel door 22 westerse landen opgekocht. Slechts een klein aantal dosissen werd via de *patent pool* beschikbaar gesteld. De eerste generieke geneesmiddelen worden pas in 2023 verwacht. Daarom vraagt AZG dat ook voor covidmedicatie de TRIPS waiver wordt toegepast.

In België mag Paxlovid alleen worden toegediend aan ambulante immuungedeprimeerde personen, op voorschrift van een specialist. Dat is omslachtig en veroorzaakt heel wat moeilijkheden op het terrein.

Waarom werden de criteria van de WGO niet gevolgd? Is ons testsysteem voldoende performant? Klopt het dat België 600 euro per dosis betaalt? Welke inspanningen zal België leveren om Paxlovid wereldwijd te verspreiden?

07.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Naar aanleiding van een publicatie in het *British Medical Journal* van 22 april werden de aanbevelingen voor Paxlovid, waarvan het gebruik in België beperkt

est limité aux patients immunodéprimés sévères. C'est pourtant le meilleur choix en matière de traitement précoce pour toutes les personnes à risque élevé de maladie grave, y compris les patients âgés et atteints de comorbidités.

Ne serait-il pas logique d'élargir l'indication à ces patients?

Si on peut obtenir une réduction de 89 % des hospitalisations et de la mortalité chez les personnes à risque touchées par le Covid-19, il faut pour cela administrer ce traitement le plus vite possible, avec un délai le plus court possible après l'apparition des symptômes. Le texte légal n'a pas prévu que les officines hospitalières puissent disposer de ce médicament. Il faut donc passer par le spécialiste et aller le chercher dans une pharmacie classique. Or celles-ci n'ont pas reçu une information correcte à ce sujet.

Quand un patient se présente à l'hôpital parce qu'il a des symptômes, il voit un spécialiste, qui peut prescrire le médicament. Mais la pharmacie hospitalière n'en a pas à disposition. Elle doit demander l'accord de l'AFMPS pour commander le Paxlovid à Medista. La procédure est longue, alors que la clé est de tester, et en cas de résultat positif, de traiter rapidement.

En traitement préventif, l'Evusheld peut être administré chez les patients immunodéprimés sévères. Quand sera-t-il enfin disponible en Belgique?

Concernant le molnupiravir, je renvoie à ma question écrite:

Une étude clinique disponible sur le site de la Task Force-KCE médicaments antiviraux testerait le molnupiravir. Le molnupiravir (Lagevrio) est cependant moins efficace que les autres antiviraux disponibles pour protéger les patients avec comorbidités, et n'est pas approuvé par l'EMA.

Pourquoi la Belgique a-t-elle commandé du molnupiravir? Trouvez-vous cette communication en ligne adéquate? L'essai molnupiravir a-t-il fait l'objet d'un nouvel avis d'un comité d'éthique, compte tenu des autres traitements disponibles et de la situation épidémiologique actuelle? Le formulaire de consentement éclairé fournit-il les informations les plus récentes sur le molnupiravir?

werd tot personen met een ernstige immuundeficiëntie, herzien. Het is echter de beste keuze voor een vroegtijdige behandeling van alle mensen met een hoog risico op een ernstige aandoening, met inbegrip van bejaarde patiënten en patiënten met comorbiditeit.

Zou het niet logisch zijn de indicatie tot die patiënten uit te breiden?

Als men het aantal ziekenhuisopnames en het sterftecijfer bij risicopersonen met COVID-19 met 89 % wil doen dalen, moet men die behandeling zo spoedig mogelijk opstarten, en wel zo kort mogelijk na het optreden van de symptomen. De wettekst bepaalt niet dat de ziekenhuisapotheken over dit geneesmiddel moeten beschikken. Men moet het dus via de specialist aanvragen en bij een gewone apotheek gaan halen. De apotheken werden daarover echter niet correct ingelicht.

Wanneer een patiënt naar het ziekenhuis gaat met covidsymptomen, kan een specialist hem of haar het geneesmiddel voorschrijven. De ziekenhuisapothek heeft dat echter niet in voorraad en moet de toestemming van het FAGG vragen om Paxlovid te bestellen bij Medista. Die procedure duurt lang, terwijl het net van belang is dat patiënten snel behandeld worden na een positieve test.

Bij patiënten met een ernstig verzwakt immuunsysteem kan Evusheld als preventieve behandeling toegediend worden. Wanneer zal dat middel eindelijk beschikbaar zijn in België?

Wat molnupiravir betreft, verwijs ik naar mijn schriftelijke vraag:

Volgens een klinische studie op de website van de taskforce van het KCE die zich buigt over de therapeutische middelen tegen covid, is molnupiravir (Lagevrio) minder doeltreffend dan de andere beschikbare antivirale middelen om patiënten met onderliggende aandoeningen te beschermen. Het is bovendien niet goedgekeurd door het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA).

Waarom heeft België molnupiravir besteld? Acht u de communicatie online daarover adequaat? Werd de klinische proef met molnupiravir opnieuw voorgelegd aan een ethisch comité voor een nieuw advies, rekening houdend met de andere beschikbare middelen en de huidige epidemiologische situatie? Bevat het formulier voor de geïnformeerde toestemming de recentste informatie over molnupiravir?

07.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en *néerlandais*): Le 9 mai, nous disposons d'un stock de 19 072 conditionnements de Xevudy, 3 063 conditionnements de Veklury, 10 941 conditionnements de Lagevrio et 2 450 conditionnements de Paxlovid.

(*En français*) Le remdesivir permet d'éviter l'hospitalisation s'il est administré précocement. Cela implique l'administration d'un minimum de trois perfusions intraveineuses avec un jour d'intervalle entre chaque perfusion, ce qui rend son administration difficile chez un patient Covid-19 ambulatoire.

Le molnupiravir (Lagevrio) n'a pas encore reçu l'approbation de l'EMA, mais on a élaboré une procédure pour son utilisation précoce dans le cadre de foyers épidémiques dans les maisons de repos et de soins, et pour une utilisation dans le cadre d'un essai clinique en cours avec des médecins généralistes afin de recueillir des preuves supplémentaires.

Bien que les résultats de Paxlovid soient prometteurs dans une population à risque de développer une forme sévère de Covid-19, la *task force* a préféré tenir compte des incertitudes sur son efficacité, notamment le fait que le médicament a été testé sur des non vaccinés relativement jeunes, et que rien ne confirme son efficacité sur le variant omicron. Le Paxlovid contient un inhibiteur de la protéase pouvant provoquer de graves interactions, même à faible dose. Les résultats de l'étude clinique en cours au Royaume-Uni fourniront des données sur l'efficacité et la sécurité du Paxlovid dans un contexte réel et auprès d'une population largement vaccinée.

La *task force* recommande de réserver le Paxlovid aux personnes sévèrement immunodéprimées et aux formes graves de Covid-19. L'achat actuel de ce médicament devrait permettre de traiter 10 000 patients gravement immunodéprimés. L'OMS a recommandé son utilisation chez toutes les personnes risquant de développer une forme grave de Covid-19, sans définir plus précisément ce groupe et en l'absence de nouvelles données. Elle l'a fait pour tenir compte de l'environnement sanitaire des régions où la couverture vaccinale est faible et les soins hospitaliers moins accessibles.

07.04 **Minister Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Op 9 mei hadden we een voorraad van 19.072 verpakkingen Xevudy, 3.063 verpakkingen Veklury, 10.941 verpakkingen Lagevrio en 2.450 verpakkingen Paxlovid.

(*Frans*) Remdesivir maakt het mogelijk een ziekenhuisopname te voorkomen als het in een vroeg stadium toegediend wordt. Er moeten ten minste drie intraveneuze infusies toegediend worden met een interval van een dag tussen elke infusie, waardoor het moeilijk bij een ambulante COVID-19-patiënt gebruikt kan worden.

Molnupiravir (Lagevrio) werd nog niet door het EMA goedgekeurd maar er werd een procedure ontwikkeld voor het vroegtijdig gebruik ervan bij uitbraken in woonzorgcentra en voor gebruik in het kader van een lopende klinische proef met huisartsen om aanvullend bewijs te verzamelen.

Hoewel de resultaten van Paxlovid veelbelovend zijn bij een populatie die het risico loopt een ernstige vorm van COVID-19 te ontwikkelen, heeft de taskforce er de voorkeur aan gegeven rekening te houden met de onzekerheden over de werkzaamheid ervan, waaronder het feit dat het geneesmiddel getest werd bij betrekkelijk jonge niet-gevaccineerde personen, en dat de werkzaamheid ervan bij de omikronvariant niet bevestigd werd. Paxlovid bevat een proteaseremmer die ernstige interacties kan veroorzaken, zelfs bij een lage dosis. De resultaten van de lopende klinische studie in het Verenigd Koninkrijk zullen informatie opleveren over de werkzaamheid en veiligheid van Paxlovid in een reële omgeving en bij een grootschalig gevaccineerde populatie.

De taskforce adviseert Paxlovid voor te behouden voor personen met een ernstige immuundeficiëntie en ernstige vormen van COVID-19. Met de huidige aankoop van dit geneesmiddel zouden er 10.000 patiënten met een ernstige immuundeficiëntie behandeld kunnen worden. De WHO heeft het gebruik ervan aanbevolen voor alle personen die het risico lopen ernstige COVID-19 te ontwikkelen, zonder deze groep nader te omschrijven en in afwezigheid van nieuwe gegevens. Ze heeft dit gedaan om rekening te houden met de situatie op het vlak van de gezondheidszorg in regio's waar de vaccinatiegraad laag en de ziekenhuiszorg minder toegankelijk is.

La *task force* a d'abord limité l'usage de ce médicament aux patients gravement immunodéprimés en ambulatoire avant d'approuver l'utilisation précoce de nirmatrelvir/ritonavir chez des patients sévèrement immunodéprimés ayant contracté le Covid-19 lors d'une hospitalisation. Ceci n'est possible que pour les patients chez qui le covid a été identifié dans les cinq premiers jours et qui ne requièrent pas l'utilisation d'oxygène supplémentaire.

Les avis de la *task force* étant fondés sur les données cliniques disponibles, ils sont susceptibles d'être revus.

En cas de nouvel avis de la *task force* recommandant l'achat de doses supplémentaires du traitement, les Belges pourront recevoir les traitements à court terme, Pfizer ayant confirmé la faisabilité de cette option.

(En néerlandais) La *task force*, composée de spécialistes et de généralistes, a élaboré un système devant permettre un démarrage rapide du traitement au Paxlovid, notamment à l'aide d'un système adéquat de prescription et de distribution. La *task force* évaluera également en détail le système actuel et l'adaptera le cas échéant.

La communication avec les prescripteurs s'est déroulée par différents canaux, notamment au moyen d'une lettre électronique adressée aux associations de spécialistes susceptibles de prescrire du Paxlovid. En outre, un webinaire a été organisé sur les traitements disponibles pour les patients gravement immunodéprimés, et lors duquel les procédures de prescription ont également été expliquées. Une liste de patients éligibles à un traitement à l'Evusheld a également été communiquée. Une FAQ sera publiée sur le site internet du KCE pour répondre aux questions des médecins prescripteurs. De plus, les directives destinées aux généralistes et aux spécialistes sont régulièrement adaptées.

Après avoir sollicité l'avis de la *task force*, nous pourrions décider de nous procurer des traitements supplémentaires au Paxlovid. À ce moment-là, nous évaluerons les conséquences budgétaires dans le cadre de la provision corona.

Une accessibilité à l'échelle mondiale est particulièrement importante. En étroite collaboration avec la Commission européenne, nous offrons des vaccins pour contribuer ainsi à une politique

De taskforce heeft het gebruik van dit geneesmiddel aanvankelijk tot ambulante patiënten met een ernstige immuundeficiëntie beperkt, alvorens het vroegtijdig gebruik van nirmatrelvir/ritonavir goed te keuren bij patiënten met een ernstige immuundeficiëntie die tijdens hun ziekenhuisopname COVID-19 opgelopen hadden. Dit is enkel mogelijk voor patiënten bij wie COVID-19 binnen de eerste vijf dagen vastgesteld werd en aan wie er niet aanvullend zuurstof toegediend moet worden.

Daar de adviezen van de taskforce op de beschikbare klinische gegevens gebaseerd zijn, zijn ze voor herziening vatbaar.

In geval van een nieuw advies van de taskforce waarin de aankoop van bijkomende dosissen voor de behandeling wordt aanbevolen, zullen de Belgen de behandelingen op korte tijd kunnen krijgen, aangezien Pfizer de haalbaarheid van die optie heeft bevestigd.

(Nederlands) De taskforce, samengesteld uit specialisten en huisartsen, heeft een systeem uitgewerkt dat een snelle opstart van de behandeling met Paxlovid mogelijk moet maken, onder meer via een adequaat voorschrijf- en distributiesysteem. De taskforce zal het huidige systeem ook nauwgezet evalueren en indien nodig aanpassen.

De communicatie met de voorschrijvers verliep via verschillende kanalen, onder meer via een elektronische brief aan de verenigingen van specialisten die Paxlovid kunnen voorschrijven. Daarnaast werd er een webinar georganiseerd over de beschikbare behandelingen voor ernstig immuungecompromitteerde patiënten, waarbij ook de voorschrijfprocedures werden toegelicht. Er werd ook een lijst meegedeeld van patiënten die in aanmerking komen voor een behandeling met Evusheld. Op de website van het KCE wordt een FAQ gepubliceerd om vragen van voorschrijvende artsen te beantwoorden. Richtlijnen voor huisartsen en specialisten worden ook regelmatig aangepast.

Na een advies van de taskforce kunnen we beslissen om extra behandelingen met Paxlovid aan te kopen. Op dat moment zullen we de budgettaire gevolgen evalueren in het kader van de coronaprovisie.

Een wereldwijde toegankelijkheid is bijzonder belangrijk. In nauwe samenwerking met de Europese Commissie schenken we vaccins om also bij te dragen aan een rechtvaardig mondiaal

mondiale équitale de lutte contre la pandémie.

(En français) S'agissant d'Evusheld, 10 000 doses ont été commandées par le gouvernement. Elles seront utilisées auprès des patients immunodéprimés ne répondant pas suffisamment au schéma vaccinal. Ce traitement prophylactique devrait être possible en Belgique a priori à la fin du mois de mai. La *task force* Covid Therapeutics analyse un système de distribution adéquat et adapté aux spécificités d'Evusheld en collaboration avec l'AFMPS, le SPF Santé publique et les associations professionnelles.

Concernant le Lagevrio (molnupiravir), qui était le premier antiviral oral disponible, les premiers résultats étaient plus prometteurs que la deuxième étude de phase 3, c'est pourquoi son utilisation a été limitée aux études cliniques ou aux foyers épidémiques au sein de maisons de repos. Distribuer le Lagevrio pour ces essais cliniques est déjà possible. Une campagne de communication est lancée et l'utilisation du Lagevrio est essentielle pour documenter son efficacité chez les patients vaccinés.

Si l'EMA n'a pas encore approuvé le Lagevrio, ce n'est pas pour des raisons de sécurité: l'étude clinique et le site internet ont été approuvés par le comité d'éthique. Les candidats à l'essai sont informés du statut réglementaire des médicaments à l'étude et de la nécessité d'étudier davantage leur efficacité. Cela n'exclut pas que les patients à haut risque soient traités avec du Paxlovid ou un autre traitement. Alors que les interactions médicamenteuses limitent l'utilisation du Paxlovid, les effets à long terme de l'utilisation du Lagevrio, un mutagène, ne sont pas encore connus. Les deux médicaments ont donc des limites et des données supplémentaires sont nécessaires.

À notre connaissance, il n'existe pas de données comparatives entre les antiviraux. Un essai comparatif entre le Lagevrio et le Paxlovid est en cours au Royaume-Uni pour déterminer l'efficacité chez les patients vaccinés infectés par omicron. La *task force* continuera à réévaluer l'utilisation appropriée de tous les antiviraux et monoclonaux. On doit se baser sur des avis d'experts et tenir compte de tous les aspects.

07.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Il ne reste que 2 450 conditionnements de Paxlovid en stock, c'est-

pandemiebeleid.

(Frans) Wat Evusheld betreft, heeft de regering 10.000 dosissen besteld. Ze zullen gebruikt worden bij patiënten met een verzwakt afweersysteem, van wie het lichaam onvoldoende reageert op het vaccinatieschema. Dat preventieve geneesmiddel zou in ons land a priori eind mei verkrijgbaar moeten zijn. De taskforce Covid Therapeutics onderzoekt een geschikt verdeelsysteem dat is afgestemd op de specifieke kenmerken van Evusheld. Ze voert die analyse uit in samenwerking met het FAGG, de FOD Volksgezondheid en de beroepsverenigingen.

De eerste resultaten van Lagevrio (molnupiravir), het eerste orale antivirumiddel dat verkrijgbaar was, waren veelbelovender dan de tweede fase 3-studie. Daarom werd het gebruik ervan beperkt tot klinische studies en besmettingshaarden in woonzorgcentra. Lagevrio kan nu reeds verdeeld worden voor die klinische tests. Er werd een communicatiecampagne opgestart, en het gebruik van Lagevrio is cruciaal om de doeltreffendheid ervan bij gevaccineerde patiënten met bewijsmateriaal te kunnen staven.

Het Europees Geneesmiddelenbureau heeft Lagevrio nog niet goedgekeurd, maar dat is niet om veiligheidsredenen: het ethisch comité heeft de klinische studie en de website goedgekeurd. Patiënten die deelnemen aan de testfase worden geïnformeerd over het reglementaire statuut van de geneesmiddelen in kwestie en over de noodzaak om de doeltreffendheid ervan grondiger te bestuderen. Dat belet niet dat hoogrisicopatiënten behandeld kunnen worden met Paxlovid of een ander middel. Waar interacties met andere geneesmiddelen het gebruik van Paxlovid beperken, zijn de langetermijnaffecten van Lagevrio, een mutagene stof, nog niet bekend. Beide geneesmiddelen hebben dus beperkingen en er zijn bijkomende gegevens nodig.

Voor zover we weten, bestaan er nog geen vergelijkende gegevens voor antivirale middelen. In het Verenigd Koninkrijk is er een studie aan de gang waarbij Lagevrio en Paxlovid vergeleken worden om de werkzaamheid van die geneesmiddelen bij met de omikronvariant besmette patiënten te bepalen. De taskforce zal het gepaste gebruik van alle antivirale middelen en monoklonale antilichamen blijven herevalueren. Men moet zich op de adviezen van experts baseren en met alle aspecten rekening houden.

07.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Er zijn dus nog maar 2.450 verpakkingen Paxlovid in stock: dat is

à-dire beaucoup trop peu. Le ministre se retranche derrière l'avis de la *task force*, mais celui-ci date de décembre 2021 et est trop axé sur les vaccinations. Cet avis devrait être revu. En cas de nouvelle vague, les patients qui auront besoin de ce médicament devront pouvoir l'obtenir.

Pfizer prétend que toute nouvelle commande pourra être livrée rapidement, mais nous risquons d'assister à une pénurie mondiale de ritonavir, un composant essentiel du Paxlovid. Je crains donc une pénurie si nous lançons notre commande trop tard cet automne.

Pour la distribution du Paxlovid ou des vaccins, le ministre fait toujours confiance à Medista alors même qu'il existe des grossistes en produits pharmaceutiques qui sont très performants et pourraient réaliser très rapidement ces livraisons. Pourquoi n'opte-t-il pas pour cette solution aisée?

07.06 Sofie Merckx (PVDA-PTB) (en néerlandais): Quel prix a-t-il été payé pour le Paxlovid?

07.07 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le prix est convenu lors de négociations. Nous ne communiquons pas à ce sujet.

07.08 Sofie Merckx (PVDA-PTB) (en néerlandais): Je déplore ce manque de transparence. Apparemment, aucune leçon n'a été tirée de la saga des vaccins.

Le Paxlovid est la nouvelle vache à lait de Pfizer et a déjà fait augmenter ses bénéfices de 61 % au cours du premier trimestre. Le prix d'une dose s'élèverait à 600 euros, soi-disant en raison des coûts de développement élevés, mais il n'est pas du tout exact que la production de ce médicament a été précédée par des années de recherche. Si le prix est vraiment si élevé, je peux comprendre pourquoi la Belgique a commandé si peu de doses et pourquoi le médicament n'est quasi pas disponible dans les pays du tiers monde. C'est pourquoi nous continuons à plaider pour la levée des brevets, tant pour les vaccins que pour les médicaments.

07.09 Catherine Fonck (Les Engagés): L'OMS recommande le Paxlovid pour les patients fragiles, et vous préférez accélérer sur le molnupiravir, non validé par l'EMA et moins efficace. La commande de Paxlovid est manifestement insuffisante: on répète les erreurs du début de la crise covid.

veel te weinig. De minister verschuilt zich achter het advies van de taskforce, maar dat dateert van december 2021 en focuste te veel op de vaccinaties. Vandaag zou dat advies herzien moeten worden. Bij een nieuwe uitbraak moeten de patiënten die er nood aan hebben, het middel kunnen krijgen.

Pfizer beweert weliswaar dat bijbestellingen snel kunnen worden geleverd, maar er dreigt een wereldwijd tekort aan ritonavir, een essentieel bestanddeel van Paxlovid. Daarom vrees ik dat we bij een te late bestelling dit najaar wel degelijk met een tekort kunnen kampen.

Voor de distributie van Paxlovid of de vaccins valt de minister steeds terug op Medista, terwijl er heel performante groothandels in farmaceutische producten op de markt zijn die dat op een zeer snelle wijze zouden kunnen doen. Waarom kiest hij niet voor die gemakkelijke oplossing?

07.06 Sofie Merckx (PVDA-PTB) (Nederlands): Welke prijs werd er betaald voor Paxlovid?

07.07 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De prijs wordt bij onderhandelingen overeengekomen. Wij communiceren daarover niet.

07.08 Sofie Merckx (PVDA-PTB) (Nederlands): Ik betreur dat gebrek aan transparantie. Blijkbaar heeft men geen lessen getrokken uit de vaccinsaga.

Paxlovid is de nieuwe geldkoe van Pfizer, waardoor de winsten van het bedrijf in het eerste kwartaal al met 61 % zijn gestegen. Naar verluidt kost een dosis 600 euro, zogenaamd vanwege de hoge ontwikkelingskosten, maar er zijn helemaal geen jaren van onderzoek aan de productie van dit middel voorafgegaan. Als die prijs werkelijk zo hoog ligt, begrijp ik waarom België zo weinig dosissen heeft besteld en waarom het middel nauwelijks beschikbaar is in derdewereldlanden. Daarom blijven wij pleiten voor het opheffen van de patenten, zowel voor de vaccins als voor de medicatie.

07.09 Catherine Fonck (Les Engagés): De Wereldgezondheidsorganisatie adviseert het gebruik van Paxlovid bij kwetsbare patiënten en u verkiest om sneller te gaan op het stuk van molnupiravir, een middel dat niet door het EMA gevalideerd werd en minder werkzaam is. Er werd overduidelijk te weinig Paxlovid besteld: men herhaalt de fouten van in het begin van de

coronacrisis.

Il faut associer le terrain. Les infectiologues estiment la procédure trop complexe. On pourrait rendre le dispositif plus efficace. Pourquoi pas des mini-stocks de Paxlovid dans chaque hôpital? Les patients fragiles ne doivent pas être oubliés: tester-traiter est un axe majeur dans notre stratégie.

Men moet het terrein bij de beslissingen betrekken. De infectiologen vinden de procedure te complex. Men zou een en ander efficiënter kunnen maken. Waarom voorziet men niet in een minivoorraad Paxlovid in elk ziekenhuis? De kwetsbare patiënten mogen niet vergeten worden: het testen en behandelen is een zeer belangrijke pijler van onze strategie.

Concernant le Lagevrio, vous n'avez pas dit s'il y avait eu un nouvel avis du comité éthique.

Met betrekking tot Lagevrio hebt u niet gezegd of het ethisch comité daarover een nieuw advies verstrekt heeft.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins intégrés pour les patients et patientes souffrant d'ostéoporose" (55026733C)

08 Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Geïntegreerde zorg voor osteoporosepatiënten" (55026733C)

08.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): On estime qu'en Belgique, 680 000 personnes, en grande majorité des femmes, souffrent d'ostéoporose et présentent un risque élevé de fractures osseuses. Pourtant, 80 % des personnes qui se font une fracture ne sont pas diagnostiquées ni traitées. Celles qui souffrent de la maladie courent un risque élevé et évitable de se faire d'autres fractures. La maladie augmente le risque d'invalidité et de décès. Cette affection entraîne un coût important pour l'assurance maladie en raison du manque d'investissement dans la détection précoce et la prévention.

08.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Naar schatting 680.000 mensen in België, de grote meerderheid vrouwen, lijden aan osteoporose en lopen een groot risico op een botbreuk. Toch wordt 80 % van de mensen die een breuk oploopt, niet gediagnosticeerd en niet behandeld. Wie aan de ziekte lijdt, loopt een hoog en te vermijden risico op een volgende breuk. De ziekte verhoogt het risico op invaliditeit en sterfte. De aandoening kost de ziekteverzekering veel geld doordat er te weinig wordt ingezet op vroegdetectie en preventie.

Quels sont les plans du ministre en vue d'améliorer le recours aux soins intégrés pour les affections chroniques telles que l'ostéoporose? Quelle coopération existe-t-il avec les entités fédérées sur le plan de la détection précoce et de la prévention?

Welke plannen heeft de minister om beter in te zetten op geïntegreerde zorg voor chronische aandoeningen, zoals osteoporose? Welke samenwerking is er met de deelstaten op het vlak van vroegdetectie en preventie?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Dans ma note de politique générale, je souligne l'importance d'une vie saine, d'une alimentation équilibrée et d'exercices physiques réguliers pour prévenir l'ostéoporose, mais également d'autres maladies chroniques. Le Plan Fédéral Nutrition et Santé pour la période 2021-2030, auquel nous travaillons, vise une stratégie nationale pour prévenir les affections non transmissibles, telles que l'ostéoporose, en premier lieu en encourageant des habitudes alimentaires saines et une activité physique suffisante, et pour veiller à ce que les initiatives des autorités fédérales, des entités fédérées et du secteur privé soient correctement harmonisées.

08.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Mijn beleidsnota verwijst naar het belang van gezond leven, evenwichtige voeding en regelmatige lichaamsbeweging om osteoporose, maar ook andere chronische ziekten te voorkomen. Het Federale Voedings- en Gezondheidsplan voor de periode 2021-2030, waaraan wordt gewerkt, beoogt een nationale strategie om niet-overdraagbare aandoeningen, zoals osteoporose, in de eerste plaats te voorkomen, door gezonde eetgewoonten en voldoende fysieke activiteit aan te moedigen, en er ook voor te zorgen dat initiatieven van de federale overheid, de deelstaten en de privésector goed samenspreken.

Par ailleurs, un plan interfédéral de soins intégrés en Belgique est actuellement élaboré. La procédure de sélection d'un adjudicataire externe, pour nous aider, est toujours en cours. À partir de mi-2022, il devra soutenir la politique fédérale. Ce plan ne se concentre pas sur des affections spécifiques, mais vise à offrir de meilleurs soins intégrés à tous les citoyens et aux malades chroniques présentant une multimorbidité, aussi bien somatique que psychique, sur la base des expériences du plan actuel de soins intégrés pour les maladies chroniques.

L'objectif consiste notamment à intégrer des processus de soins très morcelés.

Un premier projet est attendu pour la fin 2023. Il est regrettable qu'il faille encore attendre aussi longtemps, mais il est important que le dispositif soit mis en place d'une façon correcte. En matière de lacunes de traitement, nous nous défendons mieux que nos voisins pour l'ostéoporose chez les femmes de plus de 70 ans. Nous devrions peut-être également accorder une attention suffisante à la prévention pure, soit une compétence des entités fédérées. Nous nous concerterons avec ces dernières pour mettre en place une bonne collaboration. Nous devons avoir une approche intégrée du problème de l'ostéoporose. Je n'ose encore rien annoncer. Des résultats concrets doivent être enregistrés pour la fin de la législature.

08.03 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Il faut engranger des avancées, en particulier sur le plan de la collaboration. J'espère également que le plan interfédéral pourra être mis en pratique de façon optimale.

L'incident est clos.

09 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La collaboration avec Vaccinopolis" (55026742C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La coopération avec Vaccinopolis" (55026783C)

09.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Pour en revenir à la question précédente, je renvoie à notre proposition de résolution n° 2630. Celle-ci offre une solution pour le plan de soins qui peut être mise en œuvre directement.

Récemment, le Vaccinopolis, un centre de test de

Daarnaast is er de opmaak van een interfederaal plan voor geïntegreerde zorg in België. De selectieprocedure voor een externe opdrachtnemer, die ons zal helpen, loopt nog. Vanaf midden 2022 moet hij het federale beleid ondersteunen. Het plan richt zich niet op specifieke aandoeningen, maar is bedoeld om betere geïntegreerde zorg te bieden aan alle burgers en chronisch zieken met multimorbiditeit, zowel somatisch als psychisch, voortbouwend op de ervaringen van het huidige plan voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken.

De doelstelling is onder meer de integratie van zeer versnipperde zorgprocessen.

Een eerste ontwerp wordt eind 2023 verwacht. Het is jammer dat dit nog zoveel tijd vraagt, maar het is belangrijk dat dit goed gebeurt. Inzake de *treatment gap* doen wij het voor osteoporose bij vrouwen ouder dan 70 jaar goed ten opzichte van onze buurlanden, waardoor we misschien ook wel voldoende aandacht moeten geven aan pure preventie. Dat is een bevoegdheid van de deelstaten. We zullen met hen overleggen over een goede samenwerking. We moeten het thema osteoporose geïntegreerd aanpakken. Ik durf nog niets aankondigen. Tegen het einde van deze regeerperiode moeten er concrete resultaten zijn.

08.03 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Zeker op het vlak van samenwerking moet er vooruitgang worden geboekt. Ik hoop ook dat het interfederaal plan heel goed zal kunnen worden omgezet in de praktijk.

Het incident is gesloten.

09 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De samenwerking met Vaccinopolis" (55026742C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De samenwerking met Vaccinopolis" (55026783C)

09.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Wat het vorige onderwerp betreft, wijs ik op ons voorstel van resolutie nr. 2630. Dat biedt een oplossing voor het zorgplan. We kunnen daarmee onmiddellijk aan de slag.

Onlangs werd nabij het UZAntwerpen Vaccinopolis

nouveaux vaccins, a ouvert ses portes à proximité de l'hôpital universitaire d'Anvers. Quels sont les projets concrets concernant les fins auxquelles sera utilisée cette nouvelle infrastructure de recherche? Combien de patients pourront-ils y être auscultés? Quelle est la participation des entreprises privées? Quelle est la répartition de l'apport financier entre le secteur public et les partenaires privés?

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en néerlandais): Vaccinopolis mènera à la fois des études ambulatoires et des études de provocation humaine. Il est toujours fait appel à des volontaires. Aucun patient malade ne sera traité.

Une étude ambulatoire – pour laquelle les participants ne séjournent donc pas dans le centre – est déjà en cours sous la direction du Pr. Pierre Van Damme. Une dizaine d'études de ce type sont réalisées chaque année.

Dans le cas d'une étude de provocation humaine, les participants se voient administrer un candidat vaccin ou un placebo et sont exposés à un agent pathogène atténué. Ces personnes séjournent à Vaccinopolis. Ces études de provocation peuvent accélérer considérablement le développement d'un vaccin. L'industrie est très intéressée par une coopération avec Vaccinopolis. Des discussions sont en cours en vue de tester un nouveau vaccin contre la coqueluche ainsi que la nouvelle génération de vaccins contre le Covid-19. Une approbation du comité éthique et de l'AFMPS est toujours requise.

Le nombre de participants recrutés chaque année dépend du nombre et du type d'études. Pour les études ambulatoires, le nombre de participants varie de quelques dizaines dans le cas d'une étude de phase 1 à plusieurs centaines dans le cas d'une étude de phase 3. Pour les études *challenge*, on compte 20 à 30 participants. L'objectif est de permettre à Vaccinopolis de continuer à se développer.

Le centre Vaccinopolis coopérera avec des instituts de recherche tels que le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), la Fondation Bill & Melinda Gates, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) et certaines entreprises. Le financement de la réalisation des essais cliniques sur les vaccins sera ainsi assuré. Les acteurs commerciaux ne participent pas au financement de l'infrastructure.

Vaccinopolis fera partie du futur écosystème d'innovation de l'UA. Il reposera sur une coopération intense et respectueuse entre des

geopend, waar de immuunrespons op nieuwe vaccins zal worden getest. Welke concrete plannen zijn er voor het inzetten van de nieuwe faciliteit? Hoeveel patiënten kunnen er onderzocht worden? Welke participatie met privébedrijven is er? Hoe is de financiële inbreng van de overheden en de private partners verdeeld?

09.02 **Minister Frank Vandenbroucke** (Nederlands): Vaccinopolis zal zowel ambulante studies uitvoeren als *human challenge studies*. Er wordt altijd gewerkt met vrijwillige deelnemers. Er worden geen zieke patiënten behandeld.

Er loopt reeds een ambulante studie – waarbij de deelnemers dus niet in het centrum verblijven – onder leiding van professor Pierre Van Damme. Jaarlijks wordt een tiental van dit soort studies uitgevoerd.

Bij een *human challenge study* krijgen de deelnemers een kandidaat-vaccin of een placebo en worden ze blootgesteld aan een afgezwakte ziekteverwekker. Deze mensen verblijven in Vaccinopolis. Deze *challenge studies* kunnen de vaccinontwikkeling ontzettend versnellen. De industrie heeft grote interesse voor samenwerking met Vaccinopolis. Er lopen besprekingen rond het testen van een nieuw kinkhoestvaccin en de nieuwe generatie covidvaccins. Er is altijd een goedkeuring nodig door het ethisch comité en het FAGG.

Hoeveel deelnemers per jaar worden gerekruteerd, hangt af van het aantal studies en de aard van de studies. Bij ambulante studies varieert het aantal deelnemers van enkele tientallen voor een fase-1-studie tot enkele honderden voor een fase-3-studie. Voor de *challenge studies* zijn er 20 tot 30 deelnemers. Het is de bedoeling Vaccinopolis verder te laten groeien.

Vaccinopolis zal samenwerken met onderzoeksinstellingen zoals het KCE, de Bill & Melinda Gates Foundation, CEPI en bepaalde bedrijven. Zij financieren de uitvoering van de klinische vaccinstudies. De commerciële spelers delen niet in de financiering van de infrastructuur.

Vaccinopolis zal deel uitmaken van het toekomstige innovatie-ecosysteem van de UA, waarin bedrijven en onderzoekers intensief en correct kunnen

entreprises et des chercheurs. Les autorités fédérales déboursent 13,5 millions d'euros, les autorités flamandes, 4 millions et l'UA, 11 millions.

09.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Est-il également possible de collaborer avec d'autres universités? Y a-t-il eu une procédure permettant à différentes universités de se porter candidates? Il s'agit d'une bonne initiative, mais il me paraît étrange qu'elle se focalise sur une seule université.

Si une étude est menée à propos du vaccin, l'AFMPS pourrait peut-être être impliquée dès le départ pour tous les accessoires médicaux. En effet, on se souvient qu'à un moment donné, il y avait trop peu de seringues pour les études cliniques.

L'incident est clos.

10 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus d'aide dans une pharmacie de garde pour une question linguistique" (55026743C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus d'assistance par une pharmacie de garde en raison de la langue du demandeur" (55026785C)
- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque de connaissance du néerlandais des pharmaciens bruxellois" (55026790C)

10.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Un patient a déposé plainte suite à l'impossibilité de se faire servir en néerlandais à la pharmacie de garde à Ganshoren. Finalement, un pharmacien à Asse l'a servi en néerlandais, mais c'est là encore une illustration du problème que les patients flamands rencontrent quotidiennement à Bruxelles. Pourtant, il est essentiel qu'on puisse obtenir des services en s'exprimant dans sa propre langue.

Le ministre est-il du même avis? Combien de plaintes ont été réceptionnées à ce sujet en 2020, en 2021 et en 2022? Comment le ministre compte-t-il s'atteler à ce problème dans la capitale?

10.02 Barbara Pas (VB): L'incident décrit par Mme Depoorter n'est certainement pas isolé. Un sondage de l'hebdomadaire *'t Pallieterke* révèle que quatre pharmaciens bruxellois sur cinq sont incapables de venir en aide aux patients néerlandophones dans leur propre langue, en dépit d'une réglementation claire en la matière. Comme l'ensemble des pharmacies doivent participer au

samenwerken. De federale overheid betaalt 13,5 miljoen euro, de Vlaamse overheid 4 miljoen euro en de UA 11 miljoen euro.

09.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Kan er ook met andere universiteiten worden samengewerkt? Is er een procedure geweest waarbij verschillende universiteiten zich kandidaat konden stellen? Het is een goed initiatief, maar ik vind het vreemd dat het zich richt naar één universiteit.

Als er een onderzoek naar het vaccin wordt gevoerd, kan het FAGG misschien onmiddellijk betrokken worden bij elk toebehoren. We herinneren ons immers dat er op een bepaald moment te weinig spuitjes waren voor klinische studies.

Het incident is gesloten.

10 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het weigeren van hulp door apotheek van wacht omwille van taal" (55026743C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het weigeren van hulp door een apotheek van wacht omwille van de taal van de hulpbehoevende" (55026785C)
- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebrek aan kennis van het Nederlands door de Brusselse apothekers" (55026790C)

10.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Een patiënt in Ganshoren diende klacht in omdat hij niet in het Nederlands terecht kon bij de apotheek van wacht. Uiteindelijk werd hij in Asse in het Nederlands geholpen, maar dit illustreert een probleem dat Vlaamse patiënten in Brussel dagelijks meemaken. Het is nochtans essentieel dat men in de eigen taal wordt geholpen.

Deelt de minister die mening? Hoeveel klachten hierover werden er in 2020, 2021, 2022 ontvangen? Hoe wil de minister dit probleem in de hoofdstad aanpakken?

10.02 Barbara Pas (VB): Het incident dat mevrouw Depoorter beschreef, is zeker niet alleenstaand. Uit een steekproef van het weekblad *'t Pallieterke* bleek dat vier van de vijf Brusselse apothekers Nederlandstalige patiënten niet in hun eigen taal kunnen helpen, ondanks de duidelijke regelgeving. Aangezien alle apotheken moeten participeren aan de wachtdienst, moeten de

service de garde, les pharmaciens bruxellois sont tenus de servir les patients néerlandophones en néerlandais conformément à législation en matière d'emploi des langues. D'après un avis précédent de la Commission permanente de Contrôle linguistique (CPCL), le service de garde des médecins généralistes à Bruxelles est soumis à la législation sur l'emploi des langues. On peut facilement établir une analogie avec le service de garde des pharmaciens.

Le ministre peut-il le confirmer? Quelle est sa réaction à ce sondage? Comment pense-t-il remédier au problème?

Président: Thierry Warmoes

10.03 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): À première vue, il semble que le raisonnement applicable au service de garde des médecins généralistes puisse également être appliqué aux pharmaciens. Toutefois, la législation sur l'emploi des langues ne relève pas de mes compétences. Je vous renvoie dès lors à Mme Verlinden.

Jusqu'à cette question, je n'ai pas eu connaissance de plaintes multiples de cette nature. La participation au service de garde est une obligation. Si cette plainte est déposée, elle sera traitée par l'administration compétente. Il serait également utile que l'AFMPS organise une garde bilingue avec les groupements professionnels.

Si je comprends bien Mme Pas, elle voudrait que chaque prestataire ou pharmacien de Bruxelles soit individuellement bilingue. Une telle exigence n'est pas évidente à appliquer étant donné qu'il faut disposer d'un nombre suffisant de pharmaciens.

10.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Le ministre minimise le problème. Dans ma pharmacie, on parle sept langues. Les pharmaciens bruxellois devraient parler les langues nationales officielles, c'est une lapalissade!

10.05 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Mme Depoorter devrait mieux m'écouter. J'ai simplement indiqué qu'il y a une différence entre la thèse selon laquelle chaque individu devrait être bilingue ou multilingue et une simple exigence qui est que chaque service de garde ou chaque pharmacie devrait pouvoir s'exprimer dans la langue de leurs clients.

10.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Les pharmaciens ne vendent pas des friandises. La différence entre un microgramme et une goutte

Brusselse apotheken Nederlandstalige patiënten conform de taalwet in het Nederlands kunnen bedienen. Uit een eerder advies van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht (VCT) bleek al dat de wachtdienst van huisartsen in Brussel onderhevig is aan de taalwetgeving. De analogie kan makkelijk worden doorgetrokken voor de wachtdienst van de apotheken.

Kan de minister dit bevestigen? Wat is zijn reactie op de steekproef? Hoe zal hij dit probleem verhelpen?

Voorzitter: Thierry Warmoes

10.03 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Op het eerste zicht lijkt het erop dat de redenering die geldt voor de wachtdienst van de huisartsen ook op de apothekers van toepassing zou kunnen zijn, maar taalwetgeving is niet mijn bevoegdheid. Ik verwijs daarom door naar minister Verlinden.

Tot voor deze vraag had ik geen weet van meerdere klachten van deze aard. Deelname aan de wachtdienst is een verplichting. Als de klacht wordt ingediend, zal ze behandeld worden door de bevoegde administratie. Het zou ook goed zijn dat het FAGG met de beroepsgroepen een tweetalige wacht organiseert.

Als ik mevrouw Pas goed begrijp, wil ze dat elke zorgverstrekker of apotheker in Brussel individueel tweetalig moet zijn. Dat is niet voor de hand liggend, want er moeten voldoende apothekers zijn.

10.04 Kathleen Depoorter (N-VA): De minister minimaliseert het probleem. In mijn apotheek worden zeven talen gesproken. Natuurlijk moeten de Brusselse apotheken de officiële landstalen spreken!

10.05 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Mevrouw Depoorter moet luisteren naar wat ik zeg. Ik wijs er alleen op dat er een verschil is tussen de stelling dat elk individu twee- of meertalig moet zijn en de vereiste dat de mensen in elke wachtdienst en apotheek in hun taal moeten worden bediend.

10.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Een apotheker verkoopt geen snoepjes. Het verschil tussen een microgram of een druppel kan dodelijke gevolgen

peut être fatale. Le ministre ne doit pas minimiser cet aspect. Les patients flamands doivent être servis correctement. Ce n'est pas la première fois que le ministre minimise les problèmes linguistiques. Lorsque je l'ai interrogé sur le Fonds des accidents médicaux (FAM), il a également déclaré qu'il faisait tout son possible pour que les patients et les prestataires de soins soient servis dans leur propre langue nationale, mais cela ne suffit pas. Ceci devrait être une priorité.

10.07 Barbara Pas (VB): Chaque pharmacie est tenue de participer au service de garde et dans ce cas, la législation linguistique est d'application. La législation linguistique est une règle d'ordre public, mais le ministre renvoie la balle dans le camp des organisations professionnelles. Si la législation linguistique n'est pas appliquée, c'est au gouvernement de la faire respecter. Je suis d'accord avec mes collègues: le ministre minimise le problème.

L'incident est clos.

11 Question de Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les implants auditifs" (55026747C)

11.01 Maggie De Block (Open Vld): Le KCE a formulé plusieurs recommandations concernant le remboursement des implants en cas de perte d'audition.

Où en est l'enregistrement des données des implants auditifs? Est-il tenu compte du registre central de traçabilité de l'AFMPS? Ces connaissances seront-elles mises à profit pour adapter le remboursement à terme? Le ministre envisage-t-il de conclure des accords tarifaires avec les fabricants et des conventions multidisciplinaires avec les hôpitaux?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): La Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs a discuté des avis du KCE l'année dernière. Elle a décidé d'investir prioritairement dans l'approfondissement des possibilités de remboursement des implants cochléaires, par exemple en abaissant le seuil pour la plus mauvaise oreille ou en prévoyant un implant cochléaire en cas de surdité unilatérale. Les dossiers sont constitués sur la base de critères tels que la valeur thérapeutique et les répercussions budgétaires. Il est possible qu'on décide, sur cette base, de procéder à un enregistrement des données, mais aucune décision n'a encore été prise sur ce point.

hebben. De minister moet dat niet minimaliseren. De Vlaamse patiënt moet correct bediend worden. Het is niet de eerste keer dat de minister de taalproblematiek minimaliseert. Bij mijn vraag over het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) zei hij ook dat hij het maximaal mogelijke doet om ervoor te zorgen dat patiënt en zorgverstrekker in hun eigen landstaal worden geholpen, maar dat is niet genoeg. Dit moet een prioriteit zijn.

10.07 Barbara Pas (VB): Elke apotheek moet aan de wachtdienst deelnemen en dan is de taalwetgeving van tel. De taalwetgeving is een regel van openbare orde, maar de minister schuift dit door naar de beroepsorganisaties. Als taalwetgeving niet wordt toegepast, is het aan de regering om dat af te dwingen. Ik sluit me aan bij mijn collega: de minister minimaliseert het probleem.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Implantaten bij gehoorverlies" (55026747C)

11.01 Maggie De Block (Open Vld): Het KCE formuleerde een aantal aanbevelingen over de terugbetaling van implantaten bij gehoorverlies.

Hoever staat het met de registratie van de gegevens van hoorimplantaten? Houdt die rekening met het Centraal Traceringsregister van het FAGG? Zal deze kennis gebruikt worden om op termijn de terugbetaling aan te passen? Overweegt de minister volumeprijsafspraken met de producenten en multidisciplinaire overeenkomsten met de ziekenhuizen?

11.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De adviezen van het KCE werden vorig jaar besproken door de Commissie terugbetaling implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. Er werd besloten om prioritair in te zetten op het uitdiepen van de mogelijkheden voor terugbetaling van cochleaire implantaten, zoals het verlagen van de drempelwaarde voor het slechtste oor of het voorzien van een cochleair implantaat bij unilaterale doofheid. De dossiers worden uitgewerkt op basis van criteria zoals de therapeutische waarde en de budgettaire weerslag. Het is mogelijk dat op basis van deze oefening wordt beslist om te werken met het registreren van gegevens, maar dat is nog niet beslist.

11.03 Maggie De Block (Open Vld): Il est important que notre approche de cet enregistrement soit moderne. Une telle réforme nécessite beaucoup de temps et de concertation, mais il est positif qu'elle soit d'ores et déjà inscrite à l'ordre du jour.

L'incident est clos.

12 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La lecture de la carte d'identité électronique dans le cadre des soins à domicile" (55026782C)

12.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Pendant la pandémie de coronavirus, la lecture de la carte d'identité électronique par les infirmiers à domicile a été mise en stand-by. Le ministre souhaite à présent réintroduire ce système. La lecture de l'eID prendrait à chaque fois deux minutes. La mesure a été instaurée à juste titre pour prévenir la fraude.

Quel est le taux d'adhésion à cette mesure sachant qu'elle est soutenue par deux associations? Est-il nécessaire de lire complètement l'eID à chaque fois? Le ministre ou les associations d'infirmiers à domicile ont-ils formulé d'autres propositions pour prévenir la fraude et mettre en place un système de traçage adéquat?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): L'INAMI a réalisé une estimation selon laquelle, en 2018, l'ensemble des organisations professionnelles d'infirmiers à domicile indépendants représentait environ un tiers des membres du nombre d'infirmiers à domicile indépendants. Manifestement, certains ne sont pas affiliés à une organisation ou sont affiliés à d'autres organisations.

Tous les cartels et organisations professionnelles qui le souhaitent peuvent se porter candidats. Chacun peut donc être un représentant au sein de la commission de conventions.

Depuis le 1^{er} octobre 2017, les infirmiers à domicile sont tenus de vérifier l'identité du patient en application du régime du tiers payant électronique. Les raisons du contrôle d'identité du patient sont liées à la lutte contre la fraude, mais également à la simplification administrative. Ce contrôle permet notamment une coopération efficace entre les infirmiers à domicile et les mutualités.

Il ne fait aucun doute que la grande majorité des

11.03 Maggie De Block (Open Vld): Het is belangrijk dat we op een moderne manier met die registratie omgaan. Zo'n hervorming vereist inderdaad veel tijd en overleg, maar het is positief dat het al op de agenda staat.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De scanning van de elektronische identiteitskaart bij thuisverzorging" (55026782C)

12.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Tijdens de covidpandemie werd het inlezen van de eID-kaart door de thuisverpleegkundige on hold gezet. De minister wil het nu opnieuw invoeren. Het zou telkens twee minuten duren om de eID in te lezen. De maatregel werd terecht ingeroepen om fraude te voorkomen.

Hoe gedragen is deze maatregel als twee verenigingen deze regel ondersteunen? Is het nodig om de eID telkens volledig in te lezen? Hebben de minister of de verenigingen voor thuisverpleegkundigen andere voorstellen gedaan om fraude tegen te gaan en een degelijk traceringsstelsel op te zetten?

12.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Het RIZIV heeft een inschatting gemaakt dat in 2018 de beroepsorganisaties van zelfstandige thuisverpleegkundigen samen ongeveer een derde van de leden vertegenwoordigde van het aantal zelfstandige thuisverpleegkundigen. Ongetwijfeld zullen sommigen niet bij een organisatie aangesloten zijn of bij andere organisaties aangesloten zijn.

Alle kartels en beroepsverenigingen die dat wensen, kunnen zich kandidaat stellen. Iedereen kan dus vertegenwoordiger zijn in de Overeenkomstencommissie.

Vanaf 1 oktober 2017 zijn thuisverpleegkundigen verplicht om de identiteit van de patiënt te verifiëren bij toepassing van de elektronische derde-betalersregeling. De redenen voor de identiteitscontrole van de patiënt hebben te maken met fraudebestrijding, maar ook met administratieve vereenvoudiging. Het zorgt onder meer voor een efficiënte samenwerking tussen thuisverpleegkundigen en ziekenfondsen.

De grote meerderheid van de verpleegkundigen

infirmiers travaillent correctement, mais ce système permet de rendre une fraude éventuelle beaucoup plus difficile. La méthode utilisant l'eID est la plus efficace et la plus rapide.

La réglementation ne contient aucune exception à l'obligation de vérifier l'identité du patient. La mesure fait cependant l'objet d'une évaluation permanente. On pourrait par exemple envisager une vérification par le biais d'itsme.

Je suis conscient que cela demande un effort des infirmiers et qu'ils sortent d'une période difficile, mais cette mesure s'est révélée utile. Nous examinerons s'il est éventuellement possible d'encre alléger la charge.

12.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Un tiers, c'est très peu. Une concertation a certes été menée, mais la décision n'est pas réellement soutenue. Les infirmiers à domicile doivent établir un état des patients et le transmettre chaque semaine. Cet outil pourrait également être utilisé pour combattre la fraude.

L'incident est clos.

13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la thérapie d'augmentation" (55026787C)

13.01 Kathleen Depoorter (N-VA): La thérapie d'augmentation s'indique pour les patients atteints d'emphysème et présentant un déficit grave en alpha-1-antitrypsine (DAAT). Le produit en question est fabriqué en Belgique depuis 2021, mais cette production est exclusivement destinée à l'exportation puisque la thérapie n'est pas remboursée pour tous les patients en Belgique. La European Respiratory Society a pourtant conclu en 2017 qu'il existait suffisamment de preuves que cette thérapie ralentit la progression de l'emphysème. Le Danemark a approuvé cette thérapie au mois de janvier.

Le ministre partage-t-il mon point de vue selon lequel l'analyse d'efficacité corrélée aux coûts n'est pas toujours la manière la plus précise d'évaluer l'incidence financière du recours aux médicaments orphelins? Envisage-t-il, dans ce cas, d'appliquer un autre modèle économique qui tienne compte de la valeur que peut représenter un patient traité pour la société? Où en est le dialogue entre Grifols et l'INAMI? Le ministre va-t-il envisager le remboursement des thérapies d'augmentation eu égard, également, aux risques que représenterait une éventuelle résurgence du covid à l'automne

werkt ongetwijfeld correct, maar met dit systeem maakt men eventuele fraude veel moeilijker. De methode met de eID is het efficiëntst en het snelst.

De regelgeving bevat geen uitzonderingen op de verplichting om de identiteit van de patiënt te verifiëren. De maatregel wordt wel voortdurend geëvalueerd. Er kan bijvoorbeeld worden nagedacht over de mogelijkheid tot verificatie via itsme.

Ik besef dat het een inspanning vraagt van de verpleegkundigen en dat ze uit een moeilijke periode komen, maar het is een nuttige maatregel geweest. We zullen bekijken of wij de last eventueel nog kunnen verlichten.

12.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Een derde is heel weinig. Er is overleg geweest, maar eigenlijk is het geen gedragen beslissing. De thuisverpleegkundige moet een status van de patiënten maken en die wekelijks doorsturen. Ook dat zou kunnen worden gebruikt om fraude tegen te gaan.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de augmentatietherapie" (55026787C)

13.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Augmentatietherapie is aangewezen voor patiënten met een ernstige alfa-1-antitrypsinedeficiëntie (AATD) en emfyseem. Sinds 2021 wordt het middel in België geproduceerd, maar de productie is exclusief op de export gericht, aangezien de therapie in België niet voor alle patiënten wordt terugbetaald. Nochtans concludeerde de European Respiratory Society in 2017 dat er voldoende bewijs is dat de therapie de afname van emfyseem vertraagt. Sinds januari is de therapie in Denemarken goedgekeurd.

Is de minister het met mij eens dat een analyse van de kostenefficiëntie niet altijd de meest nauwkeurige manier is om de financiële gevolgen van weesgeneesmiddelen te beoordelen? Overweegt hij in dit geval een ander economisch model toe te passen dat rekening houdt met de waarde die een behandelde patiënt voor de samenleving kan opleveren? Wat is de stand van zaken in de dialoog tussen Grifols en het RIZIV? Wil de minister de terugbetaling van augmentatietherapie overwegen, ook gelet op de risico's voor longpatiënten bij een eventuele

pour les patients atteints d'affections pulmonaires? En quoi diffère la décision prise par notre pays en matière de remboursement de celle prise par les pays qui remboursent bel et bien ce produit?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): En tant que thérapie d'augmentation pour augmenter la valeur sérique d'Alpha-1-antitrypsine, le Pulmolast n'est remboursé par l'INAMI que pour les patients qui ont déjà suivi un traitement précédemment. Les nouveaux patients ne peuvent plus bénéficier d'un remboursement.

Le remboursement du Respreeza a déjà été refusé à deux reprises, car sa plus-value clinique n'a pas pu être prouvée. Comme il s'agit d'un médicament de classe 1, une analyse pharmaco-économique doit être présentée. Je ne peux pas en exempter le fabricant pour des raisons juridiques puisque le médicament n'a pas le statut de médicament orphelin.

La firme Grifols n'a pas encore contacté l'INAMI ni la Commission de remboursement des médicaments (CRM). Si elle dispose de nouvelles données cliniques, il lui est loisible d'introduire un nouveau dossier.

Je ne peux envisager un remboursement que sur la base d'une proposition de la CRM. L'absence de plus-value thérapeutique démontrée ne peut être palliée qu'en fournissant des données à long terme.

Je ne commente pas les décisions de remboursements ailleurs en Europe. De nombreux pays ont, comme la Belgique, refusé le remboursement.

L'EMA délivre des autorisations de commercialisation, tandis que les États membres évaluent le médicament en vue d'un éventuel remboursement. Cela peut changer au plus tôt en 2024 ou 2025, lorsque devrait débiter la Health Technology Assessment européenne pour les médicaments orphelins.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Il n'en demeure pas moins que l'EMA a homologué ce médicament et que de nombreux patients souffrent de cette pathologie.

Notre pays est souvent plus strict que l'EMA en ce qui concerne les traitements pour les maladies orphelines. Nous exigeons des preuves scientifiques issues d'essais cliniques, mais il est souvent très difficile de réaliser ces études. Il s'agit

opflakking van covid in het najaar? Waarin verschilt het oordeel van ons land over de terugbetaling met landen waar het middel wel wordt terugbetaald?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Als augmentatietherapie voor de verhoging van serum alfa-1-antitrypsinewaarde wordt Pulmolast door het RIZIV alleen terugbetaald voor patiënten die vroeger al een behandeling volgden. Nieuwe patiënten komen inderdaad niet langer in aanmerking voor een terugbetaling.

De vergoeding van de specialisatie Respreeza is reeds twee keer geweigerd omdat de klinische meerwaarde niet kon worden bewezen. Daar het gaat om een geneesmiddel van klasse 1, moet er een farmaco-economische analyse worden voorgelegd. Ik kan de fabrikant daarvan om juridische redenen niet vrijstellen, aangezien het middel niet het statuut van weesgeneesmiddel heeft.

De firma Grifols heeft nog geen contact opgenomen met het RIZIV of de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG). Indien ze over nieuwe klinische gegevens beschikt, staat het haar vrij om een nieuw dossier in te dienen.

Ik kan een vergoeding alleen overwegen op basis van een voorstel van de CTG. Een gebrek aan aangetoonde therapeutische meerwaarde kan alleen worden verholpen door data op lange termijn te verschaffen.

Ik geef geen commentaar op beslissingen tot vergoeding elders in Europa. Vele landen hebben de vergoeding net als België geweigerd.

Het EMA levert handelsvergunningen af, terwijl de lidstaten het geneesmiddel evalueren met het oog op een eventuele terugbetaling. Dat kan ten vroegste in 2024 of 2025 veranderen, wanneer het Europese Health Technology Assessment voor weesgeneesmiddelen van start zou gaan.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Het blijft een feit dat het middel door het EMA is goedgekeurd en dat heel wat patiënten aan de aandoening lijden.

Ons land is vaak strenger bij behandelingen voor weesziekten dan het EMA. We eisen wetenschappelijke evidentie uit klinische proeven, maar het is vaak zeer moeilijk om die proeven uit te voeren. Het gaat immers om zeer zieke patiënten.

en effet de patients très malades. Qu'on le veuille ou non, cela soulève certaines questions d'ordre éthique.

Cet exemple montre que les patients atteints de maladies orphelines sont souvent abandonnés à leur sort. C'est pourquoi je me réfère une fois encore à ma proposition de résolution en matière de médicaments orphelins.

L'incident est clos.

14 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cadre légal pour les infirmiers de pratique avancée concernant la pose de cathéters CCIP" (55026788C)

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Comparés aux cathéters intraveineux, les cathéters CCIP nécessitent un remplacement moins fréquent lors de l'administration de médicaments par voie intraveineuse à un patient. Les cathéters intraveineux entraînent souvent des complications et doivent parfois être retirés prématurément. Les cathéters CCIP pourraient également être utilisés pour les soins à domicile.

Le ministre est-il au courant de la plus-value offerte par les cathéters CCIP? Est-il disposé à modifier la loi afin que la pose de cathéters CCIP puisse être réalisée par des infirmiers de pratique avancée et non plus exclusivement par des médecins? S'est-il déjà concerté avec les hôpitaux à ce propos? Quelle est la position du ministre concernant la nécessité d'une spécialisation en matière de *vascular access management* dans les hôpitaux belges? Quelles initiatives envisage-t-il dans ce domaine?

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Les cathéters CCIP sont posés en radiologie interventionnelle, aux soins intensifs ou au bloc opératoire sous anesthésie locale. Ils ont été développés pour l'administration de longue durée de médicaments agressifs pour les veines.

Le titre professionnel d'infirmier de pratique avancée a été instauré dans la législation de 2019, mais aucun arrêté d'exécution n'a été publié. Le type d'actes que les infirmiers seront autorisés à accomplir n'est pas encore déterminé non plus.

Dans le cadre légal existant, ce n'est pas l'endroit où le cathéter est inséré qui détermine qui peut le poser, mais l'endroit exact où aboutit l'extrémité du cathéter. Un cathéter dont l'extrémité se trouve dans une veine périphérique est un cathéter

Daarbij kan men toch ethische vragen stellen.

Dit voorbeeld toont aan dat patiënten met weesziekten nog vaak in de kou blijven staan. Daarom verwijs ik nogmaals naar mijn voorstel van resolutie inzake weesgeneesmiddelen.

Het incident is gesloten.

14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het wettelijk kader voor verpleegkundig specialisten inzake het plaatsen van PICC-katheters" (55026788C)

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): PICC-katheters kunnen langer op het lichaam van een patiënt blijven voor intraveneuze medicatietoediening dan iv-katheters. Die laatste zorgen vaak voor complicaties en moeten dan eventueel vroegtijdig verwijderd worden. Ook in de thuiszorg zouden PICC-katheters kunnen worden gebruikt.

Is de minister op de hoogte van de meerwaarde van PICC-katheters? Is de minister bereid de wet te wijzigen opdat ook verpleegkundig specialisten PICC-katheters mogen plaatsen en niet alleen artsen? Heeft hij daarover al met de ziekenhuizen overlegd? Wat is het standpunt van de minister over de noodzaak tot specialisatie inzake *vascular access management* in Belgische ziekenhuizen? Welke initiatieven plant hij daarrond?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): PICC-katheters worden geplaatst in de interventieradiologie, op intensieve zorgen of in het operatiekwartier onder plaatselijke verdoving. Ze werden ontwikkeld voor de langdurige toediening van medicatie die agressief is voor de aders.

De beroepstitel verpleegkundig specialist werd ingevoerd in de wetgeving van 2019, maar er werden geen uitvoeringsbesluiten gepubliceerd. Het soort prestaties dat ze zullen mogen uitvoeren, ligt ook nog niet vast.

In het bestaande wettelijke kader bepaalt niet de plaats waar de katheter wordt ingebracht wie hem mag plaatsen, maar de exacte plaats waar de top van de katheter terechtkomt. Een katheter waarvan het uiteinde zich bevindt in een perifere vene is een

périphérique. Un cathéter dont l'extrémité pénètre dans une veine centrale est un cathéter central. Le premier type peut être inséré par un infirmier, mais pas le second. Les cathéters CCIP font partie de la deuxième catégorie et ne peuvent donc être posés que par un médecin. Toutefois, un infirmier pourra le retirer sur prescription médicale.

La liste des actes infirmiers est la même pour tous les infirmiers, à l'exception des actes légalement définis qui doivent être accomplis par des infirmiers de pratique avancée.

La ligne CCIP ne figure pas sur la liste des exceptions. Il s'agit d'une donnée claire sur le plan juridique et il y a des raisons à cela.

Au sein de la *task force* interfédérale relative à l'échelle des soins, il existait un groupe de travail consacré à l'art infirmier de base et un groupe de travail consacré à l'art infirmier spécialisé. Dans un rapport, ce dernier groupe de travail a défini trois profils de fonction: infirmier spécialisé, infirmier de pratique avancée et infirmier chercheur clinicien. Ceux-ci n'ont pas encore été élaborés et je ne suis pas près de recevoir une proposition.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Ce que je souhaite, c'est une organisation optimale de la gestion vasculaire. Nous devons administrer des médicaments agressifs aux patients de la meilleure façon possible. Les cathéters CCIP peuvent constituer une solution de substitution à des traitements plus courts, mais il faut alors revoir le cadre juridique ainsi que la formation des infirmiers. Les infirmiers spécialisés sont tout à fait en mesure d'effectuer une telle intervention et ça serait mieux pour les patients.

L'incident est clos.

15 Questions jointes de

- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de lésions suspectes au niveau médical" (55026794C)
- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'expertise médicale en milieu hospitalier en vue de détecter les lésions de maltraitance" (55027488C)

15.01 Valerie Van Peel (N-VA): Des experts en matière de prévention de maltraitance et d'abus d'enfants soulignent le manque de connaissances en matière de détection des lésions après un abus

perifere katheter. Een katheter waarvan het uiteinde in een centrale vene terechtkomt, is een centrale katheter. Het eerste type mag door een verpleegkundige worden ingebracht, het tweede niet. PICC-katheters behoren tot het tweede type en mogen dus alleen door een arts worden geplaatst. Een verpleegkundige mag op medisch voorschrift wel de PICC-lijn verwijderen.

De lijst van verpleegkundige prestaties is dezelfde voor alle verpleegkundigen met uitzondering van de wettelijk bepaalde prestaties die door gespecialiseerde verpleegkundigen mogen worden uitgevoerd.

PICC-lijn staat niet in de lijst met uitzonderingen. Dat is juridisch een duidelijk gegeven en daar zijn ook redenen voor.

In de interfederale taskforce over de zorgladder was er een werkgroep basisverpleegkunde en een werkgroep specialisaties. De werkgroep specialisaties heeft in een rapport drie functieprofielen afgebakend: gespecialiseerd verpleegkundige, verpleegkundige-specialist en klinisch verpleegkundig onderzoeker. Die zijn nog niet uitgewerkt en men is nog lang niet zover om mij een voorstel te doen.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Het is me om het optimaal organiseren van het vasculair management te doen. We moeten patiënten op de beste manier agressieve medicijnen toedienen. PICC kan een alternatief zijn voor kortere therapieën, maar dan moeten het juridische kader en de opleiding van de verpleegkundigen worden aangepast. Gespecialiseerde verpleegkundigen kunnen deze handeling echt wel aan en voor de patiënten is het beter.

Het incident is gesloten.

15 Samengevoegde vragen van

- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medische letselherkenning" (55026794C)
- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medische expertise in ziekenhuizen om letsels door mishandeling te herkennen" (55027488C)

15.01 Valerie Van Peel (N-VA): Deskundigen inzake het voorkomen van kindermishandeling en -misbruik wijzen op de gebrekkige kennis van letselherkenning na misbruik of mishandeling. Het

ou une maltraitance. À mon avis, l'Expertisecentrum Kindermishandeling pourrait jouer un rôle plus important à cet égard, et il faudrait accorder davantage d'attention aux formations.

Quel rôle le ministre pourrait-il jouer à cet égard, notamment en ce qui concerne les conditions d'agrément, les formations et les initiatives hospitalières?

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Il est capital que le monde médical puisse identifier les lésions dues à des violences, non seulement lorsqu'il s'agit d'enfants, mais également dans le cas de violences sexuelles sur des adultes. D'une façon générale, les hôpitaux sont bien informés à ce sujet, même si l'expérience diffère probablement fortement d'un établissement à l'autre. Dans cette optique, un environnement multidisciplinaire est important pour les médecins et le personnel paramédical puisqu'il permet de déceler ces cas et d'intervenir lorsqu'il est question de maltraitance d'enfants. Nous faisons des progrès en matière d'organisation multidisciplinaire, même si tous les problèmes ne sont pas encore résolus.

Des cycles de formation sont régulièrement organisés depuis 2009 à la demande du ministre de la Santé publique pour les prestataires actifs en milieu hospitalier. Ces formations concernent la détection, le traitement et le suivi des victimes de violences intrafamiliales et sexuelles et de mutilations génitales féminines. Cette année, nous avons d'ailleurs une offre de formations de base consacrées à ces mutilations génitales féminines. Un trajet d'apprentissage en ligne sur les violences sexuelles a été développé durant la crise sanitaire pour les prestataires des hôpitaux. Je voudrais également développer un trajet de formation comparable pour les violences intrafamiliales ainsi que des modules spécifiques pour les groupes cibles que sont les personnes âgées et les enfants. J'attends d'en savoir davantage sur le succès de la formation. Quoi qu'il en soit, je tiendrai compte de la proposition formulée par Mme Van Peel.

15.03 Valerie Van Peel (N-VA): L'absence d'un relevé et de données est due à une implication trop faible. Il serait déjà fantastique que le ministre veuille développer quelque chose autour de cette problématique et je lui conseille, le cas échéant, d'impliquer le psychiatre Peter Adriaenssens. Si l'on voulait reprendre ce point dans les cycles de formation, on se confronterait, en Belgique, à un manque de personnes disposant de l'expertise adéquate, contrairement aux Pays-Bas.

L'incident est clos.

Expertisecentrum Kindermishandeling kan hierin volgens mij een grotere rol spelen en ook de opleidingen zouden meer aandacht mogen krijgen.

Welke rol zou de minister ter zake kunnen spelen, met name wat betreft de erkenningsvoorwaarden, de opleidingen en de initiatieven in de ziekenhuizen?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De medische herkenning van letsels die het gevolg zijn van geweld – niet alleen bij kinderen, maar ook van seksueel geweld bij volwassenen – is erg belangrijk. In het algemeen zijn ziekenhuizen wel goed op de hoogte, maar waarschijnlijk verschilt de ervaring toch sterk per ziekenhuis. In dat opzicht is een multidisciplinaire omgeving belangrijk voor medici en paramedici, zodat men kan detecteren en optreden als er sprake is van kindermishandeling. Qua multidisciplinaire organisatie maken we vorderingen, maar zijn alle problemen nog niet opgelost.

Sinds 2009 worden in opdracht van de minister van Volksgezondheid regelmatig opleidingscycli voor zorgverleners in ziekenhuizen georganiseerd over de detectie, behandeling en opvolging van slachtoffers van intrafamiliaal en seksueel geweld en van vrouwelijke genitale verminking. Dit jaar hebben we trouwens een aanbod van basisopleidingen over vrouwelijke genitale verminking. Tijdens de coronacrisis werd een online leerpad ontwikkeld over seksueel geweld voor zorgverleners in ziekenhuizen. Ik wil zo een leerpad ook ontwikkelen voor intrafamiliaal geweld, samen met specifieke modules over de doelgroepen ouderen en kinderen. Ik wacht nu op feedback over het succes van de opleiding. Ik neem het voorstel van mevrouw Van Peel alleszins mee.

15.03 Valerie Van Peel (N-VA): Het feit dat er geen overzicht en gegevens zijn, is het gevolg van onvoldoende inzet. Het zou al fantastisch zijn als de minister iets zou willen ontwikkelen rond deze problematiek en dan raad ik hem aan om psychiater Peter Adriaenssens daarbij te betrekken. Als men dat punt zou willen opnemen in de opleidingscycli, dan stoot men in België op een tekort aan mensen met de juiste expertise, in tegenstelling tot in Nederland.

Het incident is gesloten.

16 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un cadre juridique pour les sociétés proposant des technologies à domicile pour certaines maladies" (55026809C)

16.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Je crois fermement au traitement à domicile de certaines maladies. De nos jours, des entreprises privées fournissent la technologie nécessaire, à la demande des hôpitaux. Elles installent les appareils, donnent les instructions nécessaires aux patients et à leurs aidants proches et sont responsables de l'entretien et des réparations. Pour l'instant, il n'existe aucun cadre légal pour de tels services. Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) conseille entre autres de définir un cadre légal précis et des critères d'accréditation pour les appareils CPAP. Les entreprises qui respectent ce cadre et satisfont à ces critères, pourront intervenir sur la base d'une prescription médicale et seront remboursées par les mutuelles plutôt que par l'hôpital.

Le ministre est-il partisan d'un tel cadre légal et compte-t-il s'atteler à son élaboration?

16.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Les articles 63, 64 et 65 de la loi du 18 décembre 2016 portant des dispositions diverses en matière de santé ont créé, dans la loi du 15 décembre 2013 en matière de dispositifs médicaux, le cadre légal pour les entreprises qui installent et/ou entretiennent des technologies au domicile des patients. Conformément à l'article 59 de cette loi, ces entreprises doivent mettre en place, appliquer et maintenir un système d'autocontrôle. Dans ce cadre, l'entreprise peut utiliser les guides approuvés par l'AFMPS. Les procédures et règles pour ces approbations ont été définies dans un arrêté royal du 30 octobre 2018.

Dans un autre arrêté royal du 10 octobre 2021, d'autres dispositions de la même loi ont été concrétisées, notamment les principes sur lesquels doit reposer le système d'autocontrôle et les critères d'exemption pour les entreprises étrangères. Il existe donc bien un cadre légal pour ces entreprises. Nous plançons encore sur la poursuite de la concrétisation de ce cadre légal, notamment par le biais de l'élaboration de guides spécifiques pour certaines pathologies traitées à domicile au moyen de dispositifs.

À court terme, l'AFMPS, l'INAMI et les parties impliquées mèneront des discussions plus approfondies sur une éventuelle obligation générale d'application des guides. Les besoins en matière

16 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een wettelijk kader voor bedrijven die thuis technologie installeren voor welbepaalde aandoeningen" (55026809C)

16.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Ik geloof heel sterk in thuisbehandeling voor bepaalde aandoeningen. Vandaag leveren privébedrijven daarvoor de nodige technologie in opdracht van ziekenhuizen. Ze installeren apparaten, geven instructies aan de patiënt en de mantelzorgers, en ze zijn verantwoordelijk voor onderhoud en herstellingen. Momenteel is er geen wettelijk kader voor dat soort dienstverlening. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) adviseert onder andere om voor CPAP-apparatuur een precies wettelijk kader en accreditatiecriteria vast te leggen. De bedrijven die daaraan voldoen, zullen dan kunnen werken op basis van een medisch voorschrift en worden terugbetaald door de ziekenfondsen in plaats van door het ziekenhuis.

Is de minister gewonnen voor zo een wettelijk kader en wil hij daar werk van maken?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): De artikelen 63, 64 en 65 van de wet van 18 december 2016 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid creëerden in de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen het wettelijke kader voor bedrijven die bij de patiënt thuis technologie installeren en/of onderhouden. Conform artikel 59 van die wet moeten die ondernemingen een systeem van autocontrole instellen, toepassen en handhaven. De onderneming kan daarbij gebruik maken van door het FAGG goedgekeurde gidsen. De procedures en regels voor die goedkeuringen werden vastgelegd in een KB van 30 oktober 2018.

In een ander KB, van 10 oktober 2021, werden andere bepalingen van dezelfde wet verder geconcretiseerd, met name de principes waarop het autocontrolesysteem moet berusten en de vrijstellingscriteria voor buitenlandse ondernemingen. Er is dus wel degelijk een wettelijk kader voor deze bedrijven. Aan de verdere concretisering van dat wettelijke kader wordt nog gewerkt, met name via de uitwerking van specifieke gidsen voor bepaalde medische aandoeningen die thuis worden behandeld met hulpmiddelen.

Op korte termijn zullen het FAGG, het RIZIV en de betrokken stakeholders verdere besprekingen voeren over een mogelijke algemene verplichting van de gidsen. Ook zullen de registratiebehoeften

d'enregistrement de ces entreprises seront également abordés. Dès que ce cadre légal sera entièrement prêt, l'assurance maladie évoluera dans un contexte différent et ces entreprises pourront probablement, dans certains cas, être rétribuées directement par les mutualités.

Pour le diagnostic et le traitement de l'apnée du sommeil, le KCE recommande en effet de conférer un rôle explicite à des sociétés spécialisées pouvant être directement rétribuées par les mutualités. Dans ce rapport, le KCE préconise une réforme qui aille plus loin que le seul fait de donner un rôle à des entreprises spécialisées. L'INAMI s'emploie actuellement à concrétiser toutes les propositions contenues dans le rapport du KCE. L'obligation, pour les entreprises qui fournissent des services dans le domaine de l'apnée du sommeil, d'appliquer un guide approuvé par l'AFMPS ainsi que l'enregistrement de ces entreprises par l'AFMPS nécessitent donc encore l'élaboration d'arrêtés royaux.

16.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Je retiens surtout que la réglementation est évolutive, ce qui est une bonne chose pour les patients.

L'incident est clos.

17 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'activation de la loi d'urgence concernant les activités de soins dans les hôpitaux" (55026810C)

17.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Les hôpitaux sont toujours dans une situation difficile en raison du manque de personnel. Zorgnet-Icuro a une nouvelle fois demandé l'activation de la loi d'urgence sur les tâches de soins.

Le ministre est-il prêt à l'activer, afin que les infirmiers soient secondés par des volontaires ou des aides-soignants, qui s'acquitteraient de certaines tâches de soins?

17.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Après une longue période d'efforts intenses, la pression sur le personnel soignant reste très importante. La loi d'urgence du 6 novembre 2020 est une loi très spécifique élaborée en conséquence de la pandémie. L'an dernier, la loi du 4 novembre 2020 relative à la stratégie de test et à la vaccination a également été modifiée. Cette loi a pour conséquence que des mesures dérogatoires s'appliquent encore à l'offre de personnel dans les hôpitaux jusqu'au 1^{er} juillet 2020. Le Conseil des ministres peut les prolonger de six mois. Par

van die bedrijven worden besproken. Als dit wettelijke kader helemaal rond is, is er wel een andere context voor de ziekteverzekering en kunnen die bedrijven in bepaalde gevallen waarschijnlijk rechtstreeks door de ziekenfondsen worden vergoed.

Voor de diagnose en behandeling van slaapapneu beveelt het KCE inderdaad aan om ter zake een expliciete rol te geven aan gespecialiseerde bedrijven die rechtstreeks door de ziekteverzekering kunnen worden vergoed. In het rapport wordt wel gepleit voor een hervorming die verder gaat dan alleen maar een rol voor gespecialiseerde bedrijven. Het RIZIV werkt momenteel aan de concretisering van alle voorstellen in het KCE-rapport. De verplichting dat bedrijven die diensten verlenen in het domein van slaapapneu, gebruikmaken van een door het FAGG goedgekeurde gids en de registratie door het FAGG van die bedrijven, moeten dus nog nader worden geregeld in KB's.

16.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Ik onthoud vooral dat de regelgeving een *work in progress* is. Dat is alvast een goede zaak voor de patiënt.

Het incident is gesloten.

17 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De activering van de noodwet betreffende de zorgtaken in de ziekenhuizen" (55026810C)

17.01 Kathleen Depoorter (N-VA): De ziekenhuizen zitten nog steeds in een moeilijke situatie door personeelstekort. Zorgnet-Icuro vroeg opnieuw de activering van de noodwet zorgtaken.

Is de minister daartoe bereid, zodat verpleegkundigen worden bijgestaan door vrijwilligers of zorgkundigen om bepaalde zorgtaken over te nemen?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Na een lange periode van grote inspanningen blijft de druk op het zorgpersoneel nog altijd zeer hoog. De noodwet van 6 november 2020 is een zeer specifieke wet die tot stand is gekomen als gevolg van de pandemie. Vorig jaar werd ook de wet inzake de test- en vaccinatiestrategie van 4 november 2020 gewijzigd. Die wet heeft tot gevolg dat er nog uitzonderingsmaatregelen van toepassing zijn voor het aanbod van personeel in de ziekenhuizen tot 1 juli 2022. De ministerraad kan dat met 6 maanden

ailleurs, des mesures ont été prises en matière de travail étudiant.

Je demanderai à la CIM si la législation dérogatoire en matière de stratégie de test et de vaccination doit être prolongée de six mois. Par ailleurs, je pense que nous n'avons pas besoin de loi d'urgence actuellement, mais que nous devons tout faire pour réduire la pression sur les soins. Je crains qu'il s'agisse d'un problème structurel profond au niveau de l'offre de personnel.

Au sein du groupe de travail consacré à l'attractivité du métier d'infirmier, j'entends définir, en concertation avec les partenaires sociaux, un agenda qui sera probablement principalement axé sur les actions qui pourraient être entreprises au cours de la prochaine législature pour lutter contre la pénurie sur le marché de l'emploi. Nous ne solutionnerons pas ce problème à l'aide d'une loi d'urgence.

17.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Structurellement, nous ne pouvons effectivement pas résoudre ce problème à l'aide d'une loi d'urgence. Toutefois, à l'heure actuelle, des soins doivent encore être reportés par manque de personnel soignant. Le ministre se doit de chercher une solution en concertation avec le personnel infirmier afin de garantir les soins. Durant la pandémie, nous avons pu constater que la délégation de certaines tâches peut contribuer à cet objectif.

L'incident est clos.

18 Questions jointes de

- Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes linguistiques dans le cadre de l'aide médicale urgente" (55026833C)
- Barbara Pas à Annelies Verlinden (Intérieur et Réformes institutionnelles) sur "Les problèmes linguistiques dans le cadre de l'aide médicale urgente" (55026836C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La connaissance de la langue des acteurs de l'aide médicale urgente" (55026942C)

18.01 Barbara Pas (VB): Depuis longtemps, principalement le long de la frontière linguistique, les personnes qui doivent faire appel à de l'aide médicale urgente sont confrontées à des équipes dont aucun membre ne connaît le néerlandais. Dans certains cas, cette situation a des conséquences très fâcheuses. Le précédent

verlengen. Daarnaast zijn er ook nog maatregelen genomen inzake studentenarbeid.

Ik zal in de IMC de vraag stellen of de uitzonderingswetgeving over de test- en vaccinatiestrategie met 6 maanden verlengd moet worden. Daarnaast denk ik dat wij nu geen noodwet nodig hebben, maar dat we er alles aan moeten doen om de druk op de zorg te verminderen. Ik vrees dat dit een diep structureel probleem is van het aanbod aan personeel.

In de werkgroep over de attractiviteit van het verpleegkundig beroep wil ik samen met de sociale partners een agenda ontwikkelen die waarschijnlijk vooral gericht zal zijn op wat er in de komende regeerperiode kan gebeuren tegen de krapte op de arbeidsmarkt. Dat krijgen we met een noodwet niet opgelost.

17.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Structureel kunnen we dat inderdaad niet oplossen met een noodwet. Vandaag moet er echter nog steeds zorg worden uitgesteld omdat er onvoldoende zorgpersoneel is. De minister moet samen met de verpleegkundigen een oplossing zoeken om de zorg te garanderen. Tijdens de pandemie hebben we gemerkt dat het helpt als bepaalde taken worden overgenomen.

Het incident is gesloten.

18 Samengevoegde vragen van

- Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De taalproblematiek in het kader van de dringende medische hulpverlening" (55026833C)
- Barbara Pas aan Annelies Verlinden (Binnenlandse Zaken en Institutionele Hervormingen) over "De taalproblematiek in het kader van de dringende medische hulpverlening" (55026836C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De taalkennis van de actoren van de dringende medische hulpverlening" (55026942C)

18.01 Barbara Pas (VB): Al geruime tijd krijgen mensen die een beroep moeten doen op dringende medische hulpverlening, zeker aan de taalgrenzen, te maken met ploegen waarvan niemand een woord Nederlands kent. In sommige gevallen heeft dat erg kwalijke gevolgen. De vorige regering had zich voorgenomen om de problematiek aan te pakken.

gouvernement s'était engagé à s'atteler à ce problème. Cet engagement figurait même dans l'accord de gouvernement.

Je n'attendrai pas qu'un incident se produise pour demander au ministre quel est l'état d'avancement de ce dossier.

Disposons-nous déjà d'une législation satisfaisante pour faire en sorte que les habitants de Flandre et de Bruxelles qui font appel à l'aide médicale urgente puissent en toutes circonstances bénéficier de cette aide en néerlandais? Si ce n'est pas encore ou pas encore suffisamment le cas, le ministre prendra-t-il lui-même une initiative en ce sens?

18.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Le ministre n'est pas très regardant en ce qui concerne la législation linguistique. Il s'avère que les patients de la capitale ont très difficilement accès à de l'aide urgente, à des soins ou à de l'aide non urgente dans leur propre langue.

Que compte faire le ministre pour remédier à ce problème?

18.03 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le gouvernement précédent a cherché un ancrage légal de l'aspect linguistique dans la loi relative à l'aide médicale urgente et dans la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé mais s'est chaque fois heurté au principe d'égalité.

L'arrêté royal du 18 juillet 1966 prévoit que tous les SMUR de tous les hôpitaux situés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale ainsi que les ambulances des pompiers bruxellois doivent pouvoir garantir le bilinguisme. Cet arrêté royal s'applique entièrement aux hôpitaux publics, alors que pour les hôpitaux privés et universitaires, il ne s'applique que lorsque ces hôpitaux exercent une mission de service public qui dépasse les limites d'une entreprise privée et que la loi ou une autorité publique leur a assignée dans l'intérêt général. C'est le cas en ce qui concerne l'organisation d'un service d'urgence et/ou d'un SMUR reconnu par le service public compétent. À cet égard, le rôle linguistique du personnel est de moindre importance, le bilinguisme doit être garanti, ce qui nous ramène à la distinction entre le service rendu et l'individu.

Il en va autrement des SMUR et des services d'ambulances situés au-delà de la frontière linguistique, Étant donné qu'ils sont situés sur un territoire unilingue, ils engagent du personnel unilingue.

Het stond zelfs in het regeerakkoord.

Ik wil niet wachten op een incident om de minister de huidige stand van zaken te vragen.

Is er al een bevredigende wettelijke regeling die ervoor kan zorgen dat mensen in Vlaanderen, inclusief Brussel, die een beroep doen op dringende medische hulpverlening, ook steeds in het Nederlands kunnen worden geholpen? Mocht dat nog niet of niet voldoende het geval zijn, zal de minister dan zelf een initiatief nemen?

18.02 Kathleen Depoorter (N-VA): De minister neemt het niet zo nauw met de taalwetgeving. Het blijkt dat patiënten in de hoofdstad heel moeilijk dringende hulp, zorg en gewone hulp kunnen krijgen in de eigen taal.

Wat zal de minister doen om het probleem te verhelpen?

18.03 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De vorige regering heeft gezocht naar een wettelijke verankering van het aspect taal in de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening en in de wet op de beroepsuitoefening, maar botste telkens op het gelijkheidsbeginsel.

Volgens het KB van 18 juli 1966 moeten alle mugs van alle ziekenhuizen gelegen binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de ziekenwagens van de Brusselse brandweer tweetaligheid garanderen. De openbare ziekenhuizen vallen er helemaal onder, de private en universitaire ziekenhuizen vallen enkel onder dat KB wanneer zij een publieke opdracht uitoefenen die de grenzen van een privaat bedrijf te buiten gaat en die de wet of de openbare macht ze hebben toevertrouwd in het belang van het algemeen. Dat is zo bij de organisatie van een door de bevoegde overheidsdienst erkende spoedgevallendienst en/of een mug. De taalrol van het personeel hierbij is van ondergeschikt belang, de tweetaligheid moet worden gegarandeerd, waarmee we terug zijn bij het verschil tussen de dienstverlening en het individu.

Voor de mugs en de ziekenwagendiensten over de taalgrens liggen de kaarten anders. Aangezien zij in eentalig gebied gelegen zijn, werven zij hun personeel eentalig.

Le code de déontologie des prestataires de soins de santé prévoit qu'ils doivent s'efforcer au maximum de traiter et d'informer le patient dans la langue de ce dernier. De nombreux prestataires, en particulier dans le domaine de l'aide médicale urgente, ne ménagent pas leurs efforts pour y parvenir au mieux, même lorsqu'ils doivent intervenir au-delà de la frontière linguistique ou que le patient parle une autre langue que nos trois langues nationales.

18.04 Barbara Pas (VB): Des minutes peuvent sauver une vie, au même titre qu'une bonne communication. Les situations dans lesquelles aucun membre de l'équipe ne maîtrise la langue du territoire linguistique peuvent entraîner la mort. Veiller à ce qu'au moins un membre d'une équipe qui part en intervention le long de la frontière linguistique soit capable de communiquer avec les patients et de les comprendre dans les deux langues est une condition très importante que le ministre devrait tout de même pouvoir imposer.

L'incident est clos.

19 Question de Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les irrégularités linguistiques dans les hôpitaux bruxellois" (55026839C)

19.01 Barbara Pas (VB): La problématique de l'emploi des langues dans les hôpitaux bruxellois est complexe. Le bilinguisme est de mise dans les hôpitaux publics, les hôpitaux privés n'étant soumis à aucune obligation linguistique, sauf aux urgences. Les obligations linguistiques sont massivement bafouées, depuis des décennies d'ailleurs.

Le ministre reconnaît-il le problème? Est-il disposé à en mesurer l'ampleur et à déterminer les points névralgiques? Les hôpitaux privés tombent-ils sous le coup de dispositions légales à cet égard? Le ministre estime-t-il qu'un certain bilinguisme est souhaitable dans les hôpitaux privés? Envisage-t-il d'élaborer des dispositions légales? Agira-t-il pour mettre fin au non-respect des règles dans les hôpitaux publics? Quelle solution préconise-t-il?

19.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Les irrégularités linguistiques dans les hôpitaux bruxellois ne datent pas d'hier. Toutefois, la législation linguistique dans les hôpitaux est de la compétence de ma collègue, Mme Verlinden. Si elle veut entamer un dialogue, je suis certainement prêt à le faire. Le Vlaams Meldpunt Taalklachten est une compétence de mon collègue flamand, M. Beke.

De deontologische code van de gezondheidszorgbeoefenaar stelt dat hij zijn patiënt zoveel mogelijk in zijn eigen taal dient te bejegenen en te informeren. Veel gezondheidszorgbeoefenaars, zeker die in de dringende geneeskundige hulpverlening, doen hun uiterste best om dat zo goed mogelijk op te volgen, ook als zij worden ingezet over de taalgrens of als de patiënt een andere taal spreekt dan onze drie landstalen.

18.04 Barbara Pas (VB): Minuten kunnen van levensbelang zijn. Hetzelfde geldt voor goede communicatie. Wanneer geen enkel lid van het team de taal van het taalgebied machtig is, kan dat levensgevaarlijk zijn. Ervoor zorgen dat minstens een iemand van een ploeg die uitrijdt aan de taalgrens de beide talen begrijpt en met patiënten kan communiceren, is een zeer belangrijke voorwaarde, die de minister toch op een of andere manier zou moeten kunnen verankeren.

Het incident is gesloten.

19 Vraag van Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De taalwantoestanden in de Brusselse ziekenhuizen" (55026839C)

19.01 Barbara Pas (VB): Het taalprobleem in de Brusselse ziekenhuizen is complex. Openbare ziekenhuizen moeten tweetalig zijn, private ziekenhuizen hebben geen taalverplichtingen, behalve op de spoedgevallendienst. De taalverplichtingen worden op grote schaal niet nageleefd en dat is al decennia zo.

Erkent de minister het probleem? Is hij bereid het in kaart te brengen? Zijn er wettelijke regelingen van toepassing op de private ziekenhuizen? Acht de minister een zekere tweetaligheid ook daar wenselijk? Overweegt hij een wettelijke regeling uit te werken? Zal hij de niet-naleving van de regels in de openbare ziekenhuizen aanpakken? Welke oplossing ziet hij?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het taalgebruik in de Brusselse ziekenhuizen is een oud zeer. De taalwetgeving in de ziekenhuizen is echter een bevoegdheid van mijn collega Verlinden. Als zij in dialoog wil gaan, ben ik daar zeker toe bereid. Het Vlaams Meldpunt Taalklachten is dan weer een bevoegdheid van mijn Vlaamse collega Beke.

Pour autant que je sache, il n'existe aucune législation régissant le bilinguisme dans les hôpitaux privés, sauf pour l'aide médicale urgente. En revanche, la loi sur les droits des patients prévoit que la communication avec les patients doit se dérouler dans une langue claire et compréhensible.

Depuis la sixième réforme de l'État, la compétence fédérale d'imposer des conditions aux hôpitaux est très limitée.

19.03 Barbara Pas (VB): Mme Verlinden a tort de se retrancher derrière l'accord de gouvernement. Le problème demeure et cet immobilisme est inacceptable. Le vice-gouverneur a déjà évoqué il y a plusieurs années les manœuvres entreprises par les hôpitaux pour ne plus devoir satisfaire à la législation linguistique. Nous savons depuis plusieurs décennies que l'autorité de Bruxelles qui doit veiller au respect de la législation linguistique néglige cette mission. J'espère que le ministre va insister auprès de Mme Verlinden pour qu'elle résolve enfin ce problème. Il est parfaitement possible d'organiser une surveillance administrative dédiée à cette tâche à l'échelon fédéral. Le ministre indique cependant clairement que ne devons pas attendre d'actions de sa part.

L'incident est clos.

20 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les accords avec les entités fédérées sur le financement de la dose de rappel" (55026841C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le montant de la facture de la crise du coronavirus par habitant" (55026941C)

20.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Lorsque j'ai interrogé en son temps le ministre sur la répartition des coûts de la dose de rappel, 527 millions d'euros étaient inscrits dans les recettes des entités fédérées, bien que le ministre n'était pas en mesure de confirmer qu'il existait un accord sur ce point. Aujourd'hui, ce montant s'est subitement mué en 302 millions d'euros et la raison invoquée est que le coût des vaccins COVAX serait supporté par l'échelon fédéral. Dans le même temps, les recettes affichent un montant de 123,9 millions d'euros pour les tests. Quels sont finalement les accords conclus avec les entités fédérées?

Selon *De Standaard*, 3 160 euros ont été dépensés par habitant pour lutter contre la pandémie de coronavirus. Quels accords ont été conclus avec les

Bij mijn weten is er geen wetgeving die tweetaligheid in de private ziekenhuizen regelt, behalve dan voor de dringende medische hulpverlening. De wet op de patiëntenrechten bepaalt wel dat de communicatie met de patiënten in een duidelijke en begrijpelijke taal moet gebeuren.

Sinds de zesde staatshervorming is de federale bevoegdheid om voorwaarden op te leggen aan de ziekenhuizen heel beperkt.

19.03 Barbara Pas (VB): Mevrouw Verlinden verschuilt zich onterecht achter het regeerakkoord. De problematiek blijft wat hij is en dat kan niet. De vicegouverneur heeft er jaren geleden al op gewezen welke manoeuvres de ziekenhuizen uithalen om niet meer aan de taalwetgeving te moeten voldoen. We weten nu al decennia dat de Brusselse autoriteit die moet toezien op de naleving van de taalwetgeving dat niet doet. Ik hoop dat de minister er bij zijn collega Verlinden op zal aandringen dit eindelijk op te lossen. Het kan perfect om een apart administratief toezicht te organiseren vanuit de federale overheid. De minister geeft echter duidelijk te kennen dat we van hem ook geen actie moeten verwachten.

Het incident is gesloten.

20 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afspraken met de deelstaten over de financiering van de boosterprik" (55026841C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronafactuur per inwoner" (55026941C)

20.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Toen ik de minister eerder vroeg naar de verdeling van de kosten van de boosterprik, was er 527 miljoen euro ingeschreven in de ontvangsten van de deelstaten, al kon de minister niet bevestigen dat er een akkoord over was. Nu blijkt dat plots veranderd te zijn in 302 miljoen euro, met als uitleg dat de COVAX-vaccins federaal gedragen zouden worden. Tegelijkertijd staat bij de ontvangsten 123,9 miljoen euro ingeschreven voor testen. Welke afspraken werden er nu concreet gemaakt met de deelstaten?

Volgens *De Standaard* is er 3.160 euro per inwoner uitgegeven om de coronapandemie te bestrijden. Welke afspraken zijn er hierover gemaakt met de

entités fédérées à cet égard et quelle est l'estimation pour le futur? En ce qui concerne les 825 millions d'euros supplémentaires de la provision corona, a-t-on tenu compte d'une dose de rappel supplémentaire?

20.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): La provision de 825 millions d'euros doit servir à couvrir les dépenses de l'INAMI, du SPF Santé publique, du KCE et de Sciensano. La manière dont cette provision sera finalement utilisée dépendra des accords en matière de charges financières de la campagne de vaccination et des dépiages dans le futur.

Nous avons formulé des propositions et sollicité l'avis des entités fédérées. Je pars du postulat que la charge financière de la campagne de vaccination doit être répartie et que la clé de répartition 80-20 ne peut plus s'appliquer puisque, après le 30 novembre, la responsabilité principale a été endossée par les entités fédérées. Le 20 avril 2022, une première réunion préliminaire a eu lieu à ce sujet avec le SPF Budget et le SPF Santé publique. Si aucun accord n'a encore été trouvé, il est urgent de parvenir à un consensus.

20.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): C'est déjà la troisième fois que le ministre jongle avec de "l'argent corona" et inscrit certaines recettes ou dépenses sans accord préalable. Ce faisant, il enjolive le budget. Je sais que le budget n'est ni une priorité ni une spécialité du gouvernement fédéral, mais on ne peut tout de même pas inscrire des montants qui n'ont pas fait l'objet d'un accord?

L'incident est clos.

21 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le déploiement du Belgian Incident Tracking System (BITS)" (55026878C)

21.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): En 2019, les services d'aide médicale urgente ont commencé à développer un nouveau système d'enregistrement, le Belgian Incident Tracking System (BITS), répondant ainsi à une des recommandations formulées par la commission Attentats terroristes. Le déploiement dans les hôpitaux devait avoir lieu progressivement à partir du mois d'avril 2022.

Tous les hôpitaux sont-ils disposés à participer? Qu'advient-il des hôpitaux qui ne disposent pas du matériel informatique adéquat à cet effet? Des formations seront-elles organisées? Les ambulances seront-elles équipées de tablettes? Qu'advient-il des incidents nécessitant le

deelstaten en wat is de raming voor de toekomst? Werd er voor de 825 miljoen euro extra in de coronaprovisie rekening gehouden met een bijkomende boosterprik?

20.02 **Minister Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): De provisie van 825 miljoen euro dient voor uitgaven door het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, het KCE en Sciensano. Hoe deze provisie uiteindelijk zal worden aangewend, zal afhangen van de afspraken inzake de financiële lasten van de vaccinatiecampagne en het testen in de toekomst.

Wij deden voorstellen en de deelstaten gaven hun mening. Ik ga ervan uit dat de financiële last van de vaccinatiecampagne verdeeld moet worden en dat de 80-20 sleutel niet langer kan gelden omdat de hoofdverantwoordelijkheid na 30 november bij de deelstaten is komen te liggen. Op 20 april 2022 was er hierover een eerste inleidende vergadering met de FOD's Begroting en Volksgezondheid. Er is nog geen akkoord, maar dat moet er dringend komen.

20.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dit is al de derde keer dat de minister goochelt met coronageld en zonder akkoord bepaalde ontvangsten of uitgaven inschrijft. Zo smukt hij de begroting op. Ik weet dat de begroting een prioriteit noch een specialiteit is voor de federale regering, maar er kunnen toch geen bedragen ingeschreven worden waarover er geen akkoord is?

Het incident is gesloten.

21 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitrol van het Belgian Incident Tracking System (BITS)" (55026878C)

21.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): De diensten voor dringende medische hulpverlening zijn in 2019 gestart met de ontwikkeling van een nieuw registratiesysteem, het Belgian Incident Tracking System (BITS). Dat was een van de aanbevelingen van de commissie Terroristische Aanslagen. Vanaf april 2022 zou er gestart worden met de geleidelijke uitrol in de ziekenhuizen.

Willen alle ziekenhuizen meewerken? Wat gebeurt er met ziekenhuizen die daarvoor niet de juiste hardware hebben? Komen er opleidingen? Krijgen de ziekenwagens tablets? Wat gebeurt er met grensoverschrijdende incidenten?

passage d'une frontière?

21.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Le BITS sert entre autres à garder une trace du trajet des victimes en cas de catastrophe. Les véhicules de l'aide médicale urgente sont équipés de bracelets BITS et non de tablettes ou d'autre matériel informatique.

Les principaux intervenants dans la gestion d'un incident peuvent consulter l'application BITS sur n'importe quel appareil. Cette application leur permet également de scanner les bracelets des victimes. Les tâches administratives d'enregistrement sont confiées à la Croix-Rouge.

Le déploiement dans les hôpitaux abritant un service d'urgence agréé a démarré en avril 2021. Durant la crise du coronavirus, il n'était pas toujours évident de planifier des séances d'information, des formations ou des tests, de sorte que le projet a pris du retard. D'ici la fin de cette année, le système devra être entièrement déployé dans les hôpitaux et être prêt à être utilisé lors d'incidents et de catastrophes, du moins au niveau de la chaîne de secours médicale et psychosociale qui précède l'hospitalisation.

Les membres du personnel des hôpitaux peuvent suivre une séance d'information, bénéficier d'un e-learning, d'un environnement de test et d'un test, après quoi ils sont ajoutés comme utilisateur actif du BITS. Sur l'application BITS, ils peuvent voir le flux de patients entrants et enregistrer l'arrivée de ces patients dans l'application. Dans une seconde phase, le BITS sera relié au système informatique de l'hôpital. Le lancement est prévu début 2023.

L'application et les procédures peuvent être ajustées et améliorées en permanence. Les évolutions au sein du BITS sont suivies par le SPF Santé publique en coopération avec la commission provinciale pour l'aide médicale urgente et le groupe de travail Plan d'urgence hospitalier. Une évaluation est effectuée après chaque utilisation du système.

Pour conclure, il est possible d'ajouter des hôpitaux étrangers au BITS.

21.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ce système peut permettre des progrès considérables sur le terrain. J'espère qu'il sera utilisé et intégré facilement. Il convient de faire preuve de proactivité en matière d'incidents transfrontaliers. Il ne faut pas attendre qu'une catastrophe se produise pour mettre en œuvre de tels dispositifs.

21.02 **Minister Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): Het BITS dient onder meer om bij een ramp het traject van de slachtoffers te kunnen bijhouden. Voertuigen voor dringende hulpverlening worden uitgerust met BITS-polsbanden, maar niet met extra tablets of andere hardware.

De sleutelfiguren binnen het beheer van een incident kunnen de BITS-applicatie raadplegen op eender welk toestel. Via deze applicatie kunnen ook de polsbandjes van de slachtoffers gescand worden. De administratieve registratietaken worden toevertrouwd aan het Rode Kruis.

De uitrol in ziekenhuizen met een erkende spoedgevallendienst is gestart in april 2021. Tijdens de coronacrisis was het niet altijd eenvoudig om infosessies, opleidingen of testmomenten te plannen. Daardoor heeft het project vertraging opgelopen. Tegen eind dit jaar moet het systeem volledig uitgerold zijn in de ziekenhuizen en klaar voor implementatie bij incidenten en rampen, althans voor wat de prehospital medische en psychosociale hulpverleningsketen betreft.

De ziekenhuizen kunnen een infosessie, een e-learning en testomgeving en begeleid testmoment volgen, waarna ze als actief gebruiker in het BITS worden toegevoegd. Zij krijgen op de BITS-applicatie een zicht op de aankomende stroom van patiënten en ze registreren de aankomst van deze patiënten in de applicatie. In een tweede fase zal het BITS aan het informaticasysteem van het ziekenhuis gekoppeld worden. De start van deze ontwikkeling is gepland voor begin 2023.

De applicatie en de procedures kunnen continu worden bijgestuurd en verbeterd. De evoluties binnen het BITS worden bewaakt door de FOD Volksgezondheid in samenwerking met de provinciale commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening en de werkgroep Ziekenhuisnoodplan. Na elk gebruik van het BITS volgt er een evaluatie.

Er is tot slot een mogelijkheid om ook buitenlandse ziekenhuizen toe te voegen aan het BITS.

21.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dit systeem kan een behoorlijke vooruitgang op het terrein betekenen. Ik hoop dat het vlot geïntegreerd en gebruikt zal worden. Grensoverschrijdende incidenten moeten proactief bekeken worden. We moeten niet wachten op een ramp om zulke zaken te implementeren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La révision de la nomenclature" (55026885C)

22 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Nomenclatuurherziening" (55026885C)

22.01 Frieda Gijbels (N-VA): M. Colin, administrateur général de l'INAMI, affirme dans le *Journal du Médecin* de mars 2022 que la révision de la nomenclature est en phase finale pour diverses disciplines. Il indique également que dans d'autres pays, les biologistes cliniques sont souvent des salariés et que cette piste devrait également être envisagée dans notre pays. Le ministre envisage-t-il d'engager les biologistes cliniques comme salariés? Réfléchit-il à cette possibilité pour d'autres disciplines médicales?

22.01 Frieda Gijbels (N-VA): In *De Artsenkrant* van maart 2022 zegt de heer Colin, administrateur-generaal van het RIZIV, dat de herziening van de nomenclatuur voor verscheidene disciplines in de finale fase zit. Hij vermeldt ook dat klinisch biologen in andere landen vaak in loondienst werken en suggereert dat denkspoor ook voor ons land. Overweegt de minister loondienst voor klinisch biologen? Overweegt hij het ook voor andere medische disciplines?

Quel est le bilan des travaux sur la nomenclature pour l'anatomopathologie, la médecine nucléaire, la biologie moléculaire, la génétique et la biologie clinique? La nomenclature obsolète de la dentisterie sera-t-elle également révisée?

Wat zijn de bevindingen over de nomenclatuur van de anatoom-pathologie, de nucleaire geneeskunde, de moleculaire biologie, de genetica en de klinische biologie? Komt er ook een herziening van de verouderde nomenclatuur van de tandheekkunde?

22.02 Frank Vandenbroucke, ministre (*en néerlandais*): Je pense que deux thématiques ont été confondues; la révision de la nomenclature et le débat sur le salariat des médecins.

22.02 Minister Frank Vandenbroucke (*Nederlands*): Ik denk dat er twee kwesties verward worden: de nomenclatuurherziening en een debat over loondienst voor artsen.

La révision de la nomenclature vise notamment à aplanir les différences déraisonnables de revenus entre les médecins généralistes et spécialistes et entre les différents médecins spécialistes. Cette question est cependant totalement étrangère à celle du salariat et de la condition d'indépendant.

De nomenclatuurherziening heeft onder meer als bedoeling om de onredelijke inkomensverschillen tussen huisartsen en specialisten en die tussen artsen-specialisten onderling uit te vlakken. Dat heeft echter niets te maken met het afwegen van werken in loondienst tegenover werken als zelfstandige.

Dans la nomenclature révisée, il faut opérer une distinction entre les honoraires qui couvrent les prestations d'un médecin et les honoraires qui couvrent les coûts de ces prestations médicales non couvertes par d'autres sources. Cette distinction est un objectif important qui nécessite bon nombre de recherches.

De nomenclatuurherziening moet een onderscheid maken tussen de honoraria die de verstrekkingen door een arts dekken en de honoraria die de kosten voor de uitvoering van die medische verstrekkingen die niet gedekt worden door andere bronnen, dekken. Die opsplitsing is een belangrijk doel dat veel onderzoek vereist.

La révision de la nomenclature s'effectue en plusieurs phases. La première phase est descriptive, c'est-à-dire que les prestations sont à nouveau décrites. La deuxième phase comporte deux volets. Dans la première partie, une échelle de valeur relative comparative est établie pour la partie professionnelle des prestations médicales des médecins, en fonction de la durée, de la complexité et du risque de l'acte médical. Dans la deuxième partie, les coûts de fonctionnement sont inventoriés.

De nomenclatuurherziening verloopt in verschillende fasen. De eerste fase is descriptief, waarbij de omschrijving van de verstrekkingen wordt overgedaan. De tweede fase heeft twee delen. In het eerste deel wordt een vergelijkende relatieve waardeschaal opgesteld voor het eigen vergoedingsgedeelte van de medische prestaties voor de artsen, op basis van de tijdsduur, de complexiteit en het risico van de medische akte. In het tweede deel worden de werkingskosten in kaart gebracht.

Le premier volet de la deuxième phase a été confié à un groupe de travail de la Commission nationale médico-mutualiste. Dans ce cadre, une étude préliminaire a été réalisée, qui a montré que dans un certain nombre de pays, les biologistes cliniques sont des salariés. La question de savoir si la révision de la nomenclature vise à faire des médecins des salariés, est toutefois d'un tout autre ordre. Je ne puis rien dire à ce sujet actuellement et il en va de même pour toutes les autres spécialités citées dans la question. En anatomie pathologique, en médecine nucléaire, en biologie moléculaire et en génétique, seuls des ajustements limités ont été apportés dans la première phase, la nomenclature étant généralement jugée satisfaisante.

La nomenclature de la radiothérapie fera l'objet d'une refonte beaucoup plus importante étant donné son caractère obsolète, mais je n'y vois pas davantage de lien avec un débat sur le salariat. La nomenclature est tout aussi dépassée dans de nombreuses autres disciplines, mais nous n'avons pas encore entamé ces chantiers et nous ne les avons pas encore planifiés.

22.03 Frieda Gijbels (N-VA): Je ne m'attendais pas à lire des propos sur le salariat des médecins dans une interview sur la révision de la nomenclature. Cette notion semblait presque déjà acquise alors qu'elle ne me paraît pas souhaitable. Si le système de soins de santé n'a pas vacillé durant la crise sanitaire, c'est précisément grâce à l'ardeur au travail et à l'opiniâtreté des médecins qui ont l'habitude de travailler dur. Nous continuons à croire dans la médecine à la prestation. Le salariat ne favorise pas la qualité des soins de santé et entraîne des listes d'attente. Nous devons apprécier à sa juste valeur l'entrepreneuriat en santé, car il contribue à la qualité, à l'innovation et à l'engagement. Il va de soi que nous pouvons y ajouter des objectifs de qualité et que la collaboration interdisciplinaire doit avoir toutes ses chances.

L'incident est clos.

23 Questions jointes de

- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord relatif aux honoraires conclu avec les logopèdes" (55026887C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le secteur de la logopédie" (55027457C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le cri d'alarme lancé par les logopèdes" (55027672C)

Het eerste deel van de tweede fase is toevertrouwd aan een werkgroep van de nationale commissie artsen-ziekenfondsen. In het kader daarvan is een voorstudie gebeurd, waaruit bleek dat klinisch biologen in een aantal landen in loondienst werken. De vraag of de nomenclatuurherziening tot doel heeft om artsen in loondienst te laten werken is echter van een andere orde. Ik kan daar nu niets over zeggen en dat geldt ook voor alle andere specialismen uit de vraag. Binnen de anatoompathologie, de nucleaire geneeskunde, de moleculaire biologie en de genetica heeft men in de eerste fase maar beperkte aanpassingen gedaan, omdat die nomenclatuur over het algemeen als bevredigend wordt beoordeeld.

De nomenclatuur van de radiotherapie zal veel grondiger worden herwerkt omdat ze verouderd is, maar ook daar is geen verband met een debat over loondienst. In veel andere disciplines zitten we eveneens met verouderde nomenclatuur, maar daar zijn we nog niet aan begonnen en het staat ook niet meteen op de agenda.

22.03 Frieda Gijbels (N-VA): Ik had niet verwacht dat men het in een interview over de herziening van de nomenclatuur zou hebben over loondienst voor artsen. Het concept leek bijna al verworven, terwijl het mij niet wenselijk lijkt. De gezondheidszorg heeft in de coronacrisis standgehouden net door de werklust en de gedrevenheid van artsen die het gewend zijn om hard te werken. Wij blijven in prestatiegeneskunde geloven. Loondienst is niet bevorderlijk voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en creëert wachtlijsten. Zorgondernemerschap moeten we koesteren, want het draagt bij aan kwaliteit, innovatie en gedrevenheid. Uiteraard mogen er kwaliteitsdoelen aan worden gekoppeld en moet interdisciplinaire samenwerking alle kansen krijgen.

Het incident is gesloten.

23 Samengevoegde vragen van

- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het honoraria-akkoord met de logopedisten" (55026887C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De logopediesector" (55027457C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De alarmbel van de logopedisten" (55027672C)

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La revalorisation du métier de logopède" (55027695C)

23.01 Ellen Samyn (VB): Comme aucun accord sur les honoraires n'a pu aboutir avec les logopèdes, de nombreux logopèdes décident d'augmenter eux-mêmes leurs tarifs. Chaque jour, quatre logopèdes arrêtent leur pratique professionnelle parce que ce n'est plus faisable financièrement.

Quand le ministre conclura-t-il une nouvelle convention d'honoraires? Combien de logopèdes sont-ils actuellement actifs? Quelle mesure directe le ministre peut-il prendre pour empêcher la confusion à propos des tarifs?

23.02 Frieda Gijbels (N-VA): *Une enquête de la VVL (Vlaamse Vereniging voor Logopedisten – l'association flamande des logopèdes) montre que près de 60 % des répondants indiquent qu'exercer en pratique indépendante n'est pas viable financièrement. Près de 35 % des répondants envisagent de se déconventionner, 30 % envisagent d'arrêter d'exercer leur profession de logopède et 71 % disent devoir refuser des patients ou les mettre sur une liste d'attente.*

Pourquoi une nouvelle convention n'a-t-elle toujours pas été conclue? Que fera le ministre pour améliorer la situation dans ce secteur?

23.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB) (en néerlandais): La semaine dernière, les logopèdes sont descendus dans la rue à Bruxelles pour protester contre la charge de travail trop élevée, la sous-rémunération et le manque de valorisation. Il y a eu des témoignages de logopèdes qui ont cessé leurs activités parce que leur situation n'était plus tenable.

Pourquoi la nouvelle convention avec l'INAMI fait-elle toujours défaut? Le ministre entend-il honorer l'accord conclu entre les organismes assureurs et les logopèdes visant à porter les honoraires à 33,40 euros? Combien de logopèdes sont actifs dans notre pays? Qu'en est-il des listes d'attente pour les enfants ayant besoin de logopédie? Combien d'enfants ont fait appel aux services d'un logopède en 2021?

23.04 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le nombre de logopédistes actifs s'élevait à 10 229 fin 2019, à 10 805 fin 2020, et à 11 442 fin 2021. Cette augmentation est assez significative.

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opwaardering van het beroep van logopedist" (55027695C)

23.01 Ellen Samyn (VB): Door het uitblijven van een honoraria-akkoord met de logopedisten besluiten tal van logopedisten hun tarieven zelf op te trekken. Dagelijks stoppen vier logopedisten, omdat het financieel niet meer haalbaar is.

Wanneer zal de minister een nieuw honoraria-akkoord afsluiten? Hoeveel logopedisten zijn er momenteel actief? Welke directe maatregel kan de minister nemen om de ontstane prijsverwarring tegen te houden?

23.02 Frieda Gijbels (N-VA): *Uit een enquête van de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten (VVL) blijkt dat bijna 60 % aangeeft dat een zelfstandige praktijk niet financieel leefbaar is. Bijna 35 % overweegt zich te deconventioneren, 30 % overweegt uit het logopedische beroep te stappen en 71 % zegt patiënten te moeten weigeren of op een wachtlijst te zetten.*

Waarom is er nog steeds geen nieuwe conventie afgesloten? Wat zal de minister doen om de situatie binnen de sector te verbeteren?

23.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB) (Nederlands): Vorige week kwamen logopedisten in Brussel op straat tegen de hoge werkdruk, onderbetaling en onderwaardering. Er waren getuigenissen van logopedisten die gestopt zijn met hun eigen praktijk, omdat het niet meer haalbaar is.

Waarom is er nog steeds geen nieuwe conventie met het RIZIV? Gaat de minister het akkoord dat er wel is tussen de ziekenfondsen en de logopedisten om het honorarium tot 33,40 euro op te trekken, honoreren? Hoeveel logopedisten zijn er in ons land actief? Hoe staat het met de wachtlijsten voor kinderen die logopedie nodig hebben? Hoeveel kinderen deden in 2021 een beroep op een logopedist?

23.04 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het aantal logopedisten bedroeg eind 2019 10.229, eind 2020 10.805 en eind 2021 11.442. Dat is een vrij belangrijke stijging.

Si nous voulons offrir la sécurité tarifaire aux patients, il faudra établir une convention entre les associations professionnelles de logopédistes et les organismes assureurs. Une convention est dans l'intérêt de tous.

Le 5 mai, j'ai reçu les associations professionnelles de logopédistes. L'objectif budgétaire ne répond pas à leurs attentes. Je peux le comprendre. Ils veulent une augmentation substantielle de leurs honoraires, mais cela ne correspond pas du tout à l'objectif budgétaire convenu pour les soins de santé. Ces fonds ne sont pas disponibles aujourd'hui, bien que nous consentions un investissement important. Le budget consacré à la logopédie a déjà fait l'objet d'un investissement important au fil des ans. En valeur nominale, il s'agit d'une augmentation de plus de 50 % sur une période de six ans.

Je souhaite examiner avec les associations professionnelles si elles pourraient conclure un accord dans ce cadre et le soumettre à leurs membres. Sur cette base, une sécurité tarifaire pourrait dès lors être organisée. Si une convention est conclue, en 2022, ces associations pourront bénéficier d'un apport supplémentaire unique et temporaire de plus de 2 millions d'euros. Cela correspond à une augmentation moyenne de 1,4 % de tous les honoraires afin de compenser l'augmentation rapide des prix. Nous ne pouvons plus augmenter davantage le budget.

Avant les vacances parlementaires d'été, je souhaite me réunir avec les représentants du secteur pour un brainstorming approfondi sur la façon dont ils envisagent l'avenir de la profession et ce qu'il convient de faire pour y arriver. Il ne sera cependant pas possible de dégager des moyens supplémentaires dans l'immédiat.

23.05 Ellen Samyn (VB): Beaucoup de logopèdes quittent la profession parce qu'elle n'est plus viable financièrement, ce qui a pour effet de créer des listes d'attente chez les logopèdes qui continuent d'exercer. Les jeunes qui ont besoin d'un accompagnement en logopédie en font les frais.

Les logopèdes demandent environ 5 euros supplémentaires par séance d'une demi-heure. J'espère que le ministre prêtera enfin oreille à leurs doléances cet été.

23.06 Frieda Gijbels (N-VA): Le ministre indique qu'il n'y a plus d'argent. Il ressort cependant d'une étude de l'université de Gand que les dépenses abusives dans le secteur des soins de santé

Als wij patiënten tariefzekerheid willen bieden, dan moet er een conventie tot stand komen tussen de beroepsvereniging van de logopedisten en de verzekeringsorganisaties. Een conventie is in het belang van iedereen.

Ik heb de beroepsverenigingen van logopedisten ontvangen op 5 mei. De begrotingsdoelstelling beantwoordt niet aan hun verwachtingen. Ik heb daar begrip voor. Zij willen een zeer aanzienlijke verhoging van het honorarium, maar dat past helemaal niet binnen de afgesproken begrotingsdoelstelling voor gezondheidszorg. Dat geld is er vandaag niet, hoewel wij een grote investering doen. Over de jaren heen is er al een grote investering gebeurd in het budget voor logopedie. In nominale euro's gaat het over een periode van zes jaar om een stijging met meer dan 50 %.

Ik wil met de beroepsverenigingen bekijken of ze binnen dat kader een akkoord kunnen sluiten dat ze aan hun leden kunnen voorleggen, op grond waarvan dan tariefzekerheid kan worden georganiseerd. Als er een conventie is, kunnen zij in 2022 een eenmalige tijdelijke extra injectie van meer dan 2 miljoen euro genieten. Dat is een gemiddelde verhoging van 1,4 % voor alle honoraria om de snelle stijging van de prijzen te compenseren. Wij kunnen het budget niet nog meer verhogen.

Ik wil voor het zomerreces vergaderen met de vertegenwoordigers van de sector voor een zeer grondige brainstormsessie over hoe zij de toekomst van het beroep zien en wat daarvoor moet gebeuren. Nu met extra geld komen, gaat echter niet lukken.

23.05 Ellen Samyn (VB): Veel logopedisten verlaten het beroep omdat het financieel niet meer houdbaar is, wat zorgt voor wachtlijsten bij de overblijvende logopedisten. De jongeren die logopedische begeleiding nodig hebben, zijn daarvan de dupe.

De logopedisten vragen ongeveer 5 euro extra per sessie van een half uur. Ik hoop dat de minister deze zomer eindelijk naar hun verzuchtingen zal luisteren.

23.06 Frieda Gijbels (N-VA): De minister zegt dat er geen geld meer is. Volgens een studie van de Universiteit Gent is er nochtans 3 miljard euro aan onterechte uitgaven in de gezondheidszorg. Daar

s'élèvent à 3 milliards d'euros. Voilà où il faut aller chercher l'argent. Il faut lutter contre la surconsommation et investir davantage dans la prévention. Cela n'est possible qu'en transférant les compétences en matière de soins de santé aux Communautés. Nous n'en avons toutefois plus entendu parler.

23.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB) *(en néerlandais)*: On n'a pas les moyens pour financer une augmentation de 5 euros, mais il y aurait par contre de la marge pour une augmentation moins importante?

Certes, le budget a été augmenté, mais les listes d'attente n'ont pas disparu. De nombreux élèves éprouvant des difficultés d'apprentissage doivent pouvoir faire appel aux services d'un logopède. Ils sont aujourd'hui dépourvus d'aide. Par ailleurs, une contribution personnelle supplémentaire de 5 euros est pour de nombreuses familles inabordable.

23.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre *(en néerlandais)*: En 2016, les dépenses frôlaient encore la barre des 100 millions d'euros. En 2021, l'objectif budgétaire avait été fixé à 143,7 millions d'euros, soit une hausse de 44 % en cinq ans.

En raison de la pandémie, les dépenses ne se sont finalement chiffrées qu'à 137,5 millions d'euros. Pour 2022, l'objectif est porté à 151 millions d'euros, en ce compris l'injection unique en cas de conclusion d'une convention. Il s'agit tout de même d'une augmentation importante de 7,4 millions d'euros par rapport à 2021.

Les logopèdes jugent ce montant insuffisant. Une convention permet certaines augmentations mais il faut une volonté de parvenir à un consensus.

J'ai encore signé hier des arrêtés pour supprimer des prestations superflues. Nous sommes donc en train de réaliser ces exercices d'efficience, mais l'argent ne tombe pas du ciel.

23.09 **Frieda Gijbels** (N-VA): Il est évident qu'il faut réduire la surconsommation, mais je songe à un autre exercice d'efficience: la communautarisation des soins de santé.

23.10 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB) *(en néerlandais)*: Selon les chiffres dont je dispose, 5,6 millions de séances ont eu lieu en 2021. Une augmentation du budget de 7 millions d'euros représente donc environ 1 euro de plus par séance, certainement si le nombre de séances augmente avec la dissipation de la crise sanitaire.

moet het geld gehaald worden. We moeten de overconsumptie bestrijden en meer investeren in preventie. Dat kan alleen door de bevoegdheid voor gezondheidszorg over te hevelen naar de Gemeenschappen. Daarvan hebben we echter niets meer vernomen.

23.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB) *(Nederlands)*: Er is geen geld voor een verhoging met 5 euro, maar is er wel een marge voor een kleinere verhoging?

Het budget is weliswaar gestegen, maar de wachtlijsten blijven. Er zijn heel veel leerlingen met een leerachterstand die hulp nodig hebben van een logopedist. Zij blijven vandaag in de kou staan. Een bijkomende eigen bijdrage van 5 euro is voor veel gezinnen ook echt onoverkomelijk.

23.08 Minister **Frank Vandenbroucke** *(Nederlands)*: In 2016 lagen de uitgaven nog net onder de grens van 100 miljoen euro. In 2021 was de budgettaire doelstelling vastgelegd op 143,7 miljoen euro, een stijging met 44 % op vijf jaar tijd.

Door de pandemie heeft men uiteindelijk slechts 137,5 miljoen euro uitgegeven. Voor 2022 stijgt de doelstelling naar 151 miljoen euro, inclusief de eenmalige injectie als men een conventie afsluit. Dat gaat toch om een belangrijke toename met 7,4 miljoen euro in vergelijking met 2021.

De logopedisten vinden dat niet genoeg. Met een conventie zijn enige verhogingen mogelijk, maar men moet tot overeenstemming willen komen.

Ik heb gisteren nog besluiten ondertekend om overbodige verstrekkingen af te schaffen. We zijn dus bezig met die efficiëntieoefeningen, maar het geld valt niet uit de hemel.

23.09 **Frieda Gijbels** (N-VA): Het is evident dat men de overconsumptie wil wegwerken, maar ik heb het over een andere efficiëntieoefening: de communautarisering van de zorg.

23.10 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB) *(Nederlands)*: Volgens mijn cijfers vonden er in 2021 5,6 miljoen sessies plaats. Een stijging van het budget met 7 miljoen euro komt dus neer op ongeveer 1 euro extra per sessie, zeker als het aantal sessies met het uitdoven van de coronacrisis toeneemt.

23.11 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): Cela représente une augmentation de 13 millions d'euros par rapport aux dépenses réelles de 2021. Avec un tel cadre budgétaire, on devrait tout de même pouvoir parvenir à un accord?

23.12 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB) (*en néerlandais*): Si tant le nombre de sessions que les tarifs augmentent, il n'est pas logique de travailler avec une enveloppe fermée. Le ministre devrait écouter les logopédistes et revoir ses plans.

L'incident est clos.

Le **président**: La question n° 55026923C de M.Patrick Prévot est reportée.

24 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avenir de la Plateforme fédérale de Testing COVID-19" (55026956C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avenir de la plateforme fédérale de testing" (55026932C)

24.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Lors de la crise du coronavirus, la plateforme fédérale de testing a été mise en place pour l'analyse des tests PCR. La question se pose de savoir si cette plateforme de testing constitue toujours une valeur ajoutée aujourd'hui et si son coût – 2,16 millions d'euros par mois – est toujours justifié.

Combien de tests ont été effectués par chaque laboratoire fédéral au cours des dernières semaines et des derniers mois? À quelle hauteur cette plateforme a-t-elle été surfinancée au cours des derniers mois? La plateforme fédérale de testing peut-elle encore jouer un rôle utile justifiant son maintien? Comment la suppression progressive du financement sera-elle organisée? Quelle est l'indication pour un test PCR aujourd'hui? Quel est le rôle du médecin généraliste?

24.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en néerlandais*): L'accord conclu entre l'INAMI et les laboratoires de la plate-forme fédérale de *testing* a été conclu pour deux ans et prendra fin en octobre 2022. Initialement, il avait été demandé à chaque laboratoire d'effectuer jusqu'à 7 000 tests par jour. Pour ce faire, ils ont bénéficié d'une indemnité de démarrage unique ainsi que d'une indemnité mensuelle fixe et d'une indemnité variable en fonction du nombre de tests effectués. À partir d'octobre 2021, l'indemnité fixe a été réduite afin de

23.11 **Minister Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): In vergelijking met de feitelijke uitgaven in 2021 gaat het om een verhoging met 13 miljoen euro. Met zo'n budgettair kader moet het toch mogelijk zijn tot een akkoord te komen?

23.12 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB) (*Nederlands*): Als zowel het aantal sessies als het tarief stijgt, is het niet logisch met een gesloten enveloppe te werken. De minister moet luisteren naar de logopedisten en zijn plannen herzien.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55026923C van de heer Patrick Prévot wordt uitgesteld.

24 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toekomst van het Federaal Platform COVID Testing" (55026956C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toekomst van het federaal testplatform" (55026932C)

24.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Tijdens de coronacrisis werd het federaal testplatform opgericht voor de analyse van PCR-tests. De vraag rijst of dat testplatform vandaag nog een meerwaarde is en of de kosten – 2,16 miljoen euro per maand – nog wel gerechtvaardigd zijn.

Hoeveel tests heeft elk federaal labo de jongste weken en maanden uitgevoerd? Hoeveel werd er de voorbije maanden overgefinancierd? Is het bestaan van het federaal testplatform nog nuttig? Hoe wordt de afbouw gepland? Wat is vandaag nog de indicatie voor een PCR-test? Wat is de rol van de huisarts?

24.02 **Minister Frank Vandenbroucke** (*Nederlands*): De overeenkomst tussen het RIZIV en de labo's van het federaal testplatform werd gesloten voor twee jaar en loopt ten einde in oktober 2022. Aanvankelijk werd gevraagd om tot 7.000 tests per dag per labo uit te voeren. Daarvoor ontvingen ze een eenmalige startvergoeding en een maandelijkse vaste en variabele vergoeding op basis van het aantal uitgevoerde tests. De vaste vergoeding werd vanaf oktober 2021 verlaagd en in overeenstemming gebracht met een dagelijks

refléter la moyenne quotidienne de 750 tests.

Nous constatons aujourd'hui que le nombre de tests effectivement réalisés ne cesse de diminuer. Pour la période de novembre 2021 à janvier 2022, le minimum de 750 tests par jour et par laboratoire a été atteint. En février 2022, nous avons observé une nouvelle baisse et seule la moitié des laboratoires ont atteint le minimum de 750 tests par jour. En mars, un seul laboratoire affichait encore un résultat supérieur à ce minimum.

Actuellement, les laboratoires analysent les échantillons provenant de 38 centres de dépistage et de tri. Ils sont également utilisés à des fins de contrôle et de recherche de foyers de contamination. Compte tenu de l'évolution de la pandémie et de la modification des directives en matière de dépistage, les centres de test sont aujourd'hui peu utilisés et bon nombre d'entre eux fermeront dans les semaines et les mois à venir.

Les laboratoires jouent un rôle essentiel dans la détection de variants et les analyses du génome.

Le RMG a proposé un nouveau modèle de directives en matière de test, basé sur les trois niveaux du baromètre corona et dépendant des caractéristiques du variant en circulation. Ce modèle devrait nous permettre de disposer d'une ligne de conduite plus simple et plus prévisible pour les directives en matière de dépistage. Il inclut également les autotests et les tests antigéniques rapides. Le scénario de dépistage complet appliqué lors des vagues précédentes, durant lesquelles nous avons surtout misé sur les tests PCR, ne sera réutilisé que dans un nombre limité de cas de figure.

Il est donc clair que la capacité minimale que l'on a exigée de la plate-forme fédérale peut à présent être réduite. Diverses options ont été examinées: une fermeture complète, une fermeture partielle ou une réduction de la capacité et du financement. Il a été décidé de maintenir l'ensemble des 8 plates-formes opérationnelles, de réduire le financement fixe à 200 tests par jour à partir du 1er avril 2022 et de garantir une capacité de 20 000 tests par jour pour tous les laboratoires combinés. Il convient également de garantir une capacité de dépistage par le biais d'équipes mobiles et de centres de test.

L'indemnité mensuelle fixe passe de 270 000 euros à 72 000 euros par site. Cette somme correspond à l'estimation du coût du personnel nécessaire pour faire fonctionner la plateforme.

gemiddelde van 750 testen.

We stellen nu vast dat het aantal effectief uitgevoerde tests verder afneemt. Voor de periode november 2021-januari 2022 werd het minimum van 750 tests per dag per labo bereikt. In februari 2022 merkten we een verdere daling op en werd in slechts de helft van de labo's het minimum van 750 tests per dag gehaald. In maart zat nog maar één labo boven het minimum.

Momenteel analyseren de labo's stalen van 38 est- en triagecentra en ze worden ook ingezet voor clusteronderzoek en screenings. Gezien de evolutie van de pandemie en de gewijzigde testrichtlijnen worden de testcentra nog maar weinig gebruikt en zal een groot aantal de komende weken en maanden sluiten.

De labo's zijn cruciaal in het opsporen van varianten en het uitvoeren van genoomanalyses.

De RMG heeft een nieuw model van testrichtlijnen voorgesteld op basis van de drie niveaus van de coronabarometer en afhankelijk van de kenmerken van de circulerende variant. Dit zou een eenvoudiger en voorspelbaarder richtsnoer moeten bieden voor de testrichtlijnen. Hierbij wordt ook ingezet op zelftests en snelle antigeentests. Het volledige testscenario dat wij hebben toegepast in de voorbije golven, waarbij vooral PCR-tests werden ingezet, zal slechts in een beperkt aantal scenario's opnieuw gebruikt worden.

Het is dus duidelijk dat de gevraagde minimumcapaciteit van het federaal platform nu verminderd kan worden. Er werden verschillende opties onderzocht, zoals de volledige sluiting, een gedeeltelijke sluiting of een vermindering van capaciteit en financiering. Er werd besloten om alle 8 platformen open te houden en de vaste financiering te verlagen naar 200 tests per dag vanaf 1 april 2022 en het verzekeren van een capaciteit van 20.000 tests per dag voor alle labo's samen. Er moet ook een staaflafnamecapaciteit verzekerd worden via mobiele equipes en testcentra.

De maandelijkse vaste vergoeding wordt verminderd van 270.000 euro naar 72.000 euro per site. Dat komt overeen met de geschatte personeelskosten om het platform te laten functioneren.

Dans les laboratoires hors plateforme fédérale, le suivi de la capacité continue à s'effectuer sur la base d'un tableau de bord. Aucune garantie de capacité minimale n'est prévue en l'espèce.

Les lignes directrices actuelles en matière de tests prévoient que les tests PCR seront surtout pratiqués sur les patients symptomatiques. Les médecins généralistes se verront à nouveau confier un rôle plus important dans la prescription de tests.

24.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mon groupe estime que cette plateforme fédérale de dépistage n'était pas nécessaire. Les laboratoires avaient la capacité nécessaire pour se charger de ces tâches.

24.04 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Je m'étonne que Mme Gijbels maintienne que cette plateforme n'était pas nécessaire. Quelle aurait été la situation sans ce dispositif fédéral?

24.05 Frieda Gijbels (N-VA): Les laboratoires existants auraient été capables d'accroître leur capacité.

24.06 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Ils ont eux-mêmes indiqué qu'il n'était pas possible d'augmenter cette capacité.

24.07 Frieda Gijbels (N-VA): Je dispose d'autres informations à ce sujet. Les autres laboratoires ne pourront pas disposer de cette expérience. Il s'agit d'une véritable gabegie. Ces laboratoires ont reçu des forfaits pendant beaucoup trop longtemps si l'on prend en considération le faible nombre de tests qu'ils ont réalisés. Je ne comprends pas cette décision de maintenir ouverts tous ces laboratoires. Ce sont des millions d'euros qui partent ainsi en fumée, alors qu'il y a trop peu de moyens pour d'autres politiques!

L'incident est clos.

25 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La remise en question de la politique relative au CST par un rapport britannique" (55026945C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le CST" (55026967C)

25.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Le 14 avril, les autorités britanniques ont publié le *COVID-19 vaccine surveillance report*. Les conclusions de ce rapport suggèrent qu'on se fait vacciner contre le

In de labo's buiten het federaal platform blijft de monitoring van de capaciteit doorlopen aan de hand van een dashboard. Hier zijn nergens garanties ingebouwd voor een minimale capaciteit.

De huidige testrichtlijn houdt in dat voornamelijk symptomatische patiënten een PCR-test krijgen. Huisartsen krijgen opnieuw een belangrijkere rol in het voorschrijven van de tests.

24.03 Frieda Gijbels (N-VA): Volgens mijn fractie was dit federaal testplatform niet eens nodig. De labo's konden het aan.

24.04 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het verbaast mij dat mevrouw Gijbels erbij blijft dat het niet nodig was. Wat zou er niet gebeurd zijn zonder dat federale systeem?

24.05 Frieda Gijbels (N-VA): Men had de bestaande labo's kunnen opschalen.

24.06 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Die gaven zelf aan dat een opschaling niet mogelijk was.

24.07 Frieda Gijbels (N-VA): Daarover heb ik andere informatie gekregen. De ervaring wordt nu weggehaald bij de andere labo's. Er is ontzettend veel geld weggegooid. Die labo's hebben veel te lang forfaits gekregen voor het beperkte aantal tests dat ze deden. Ik begrijp niet dat er nu gekozen wordt om alle labo's open te houden. Dat zijn toch weggegooiden miljoenen? En dat terwijl er te weinig geld is voor andere zaken.

Het incident is gesloten.

25 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ondergraving van het CST-beleid door een Brits rapport" (55026945C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het CST" (55026967C)

25.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Op 14 april heeft de Britse overheid het Britse *COVID-19 vaccine surveillance report* gepubliceerd. De conclusies suggereren dat men een covidvaccin

coronavirus pour réduire le risque de développer des symptômes sévères de la maladie. La protection de l'entourage de la personne joue un rôle moins important. L'efficacité vaccinale est jugée relativement faible, tant au niveau de la transmission qu'au niveau de l'immunité. J'ai entendu les mêmes propos lors de la session technique de Sciensano hier.

Comment le ministre interprète-t-il les chiffres? Quel impact les conclusions auront-elles sur la politique menée en matière du CST?

25.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre (en néerlandais): Jusqu'à présent, l'efficacité des vaccins est effectivement moindre pour le variant omicron que pour les variants précédents. La protection contre la contamination et les symptômes légers semble diminuer rapidement mais une dose booster permet de maintenir à un niveau très élevé leur efficacité contre les formes sérieuses de Covid-19 et la mortalité. Les données les plus récentes indiquent que le risque d'hospitalisation et de séjour en soins intensifs est respectivement 67 % et 53 % plus faible chez les personnes de 65 ans et plus qui ont reçu une dose booster, par rapport aux personnes du même âge qui présentent un schéma vaccinal complet sans la dose booster. Il y a donc un effet très bénéfique au niveau des hospitalisations et des séjours en soins intensifs.

Un autre aspect concerne l'effet sur la contagiosité et les symptômes légers. C'est là que débute la discussion sur le CST et que Mme Depoorter tire des conclusions bien trop hâtives. Il existe deux arguments valables pour le CST ou ses variantes. Le premier est que si l'on prend une décision ferme qui rend l'utilisation de cet instrument obligatoire à un moment donné, davantage de personnes se feront vacciner. C'est donc une sorte de *nudging*. Il existe de nombreuses preuves empiriques de ce phénomène. En Belgique, c'est moins le cas parce que nous avons introduit le CST progressivement et de manière trop hésitante selon moi.

Une autre question est de savoir si la population et les soins de santé sont protégés par le CST. D'un point de vue théorique, c'est clairement le cas. Dans le cas de figure où des personnes se rassemblent dans des espaces fermés et qu'elles ne changent pas de comportement si leur CST est demandée, il est évident qu'une certaine circulation du virus aura moins d'impact. Cela dépend également de l'efficacité des vaccins et de la circulation du virus.

L'erreur que nous avons commise en introduisant le CST est que nous avons donné l'impression qu'il

neemt om het eigen risico op ernstige ziekte te verkleinen. Het is echter minder van belang voor personen in de omgeving. Men heeft het over de vaccinatie-effectiviteit, die men toch wel vrij laag gaat schatten in transmissie, evenals in immuniteit. In de technische sessie van Sciensano van gisteren hoorde ik hetzelfde.

Hoe interpreteert de minister de cijfers? Welke gevolgen hebben de conclusies voor het gevoerde CST-beleid?

25.02 **Minister Frank Vandenbroucke** (Nederlands): De effectiviteit van de vaccins tot nu toe is inderdaad beperkter bij de omikronvariant dan bij de vorige varianten. De bescherming inzake besmetting en milde symptomen lijkt sneller af te nemen, maar met een booster is hun werkzaamheid wat ernstige COVID-19 en mortaliteit betreft, nog steeds zeer hoog. Het risico van hospitalisatie en opname op intensieve zorg ligt volgens de recentste gegevens 67 % en 53 % lager bij mensen van 65 jaar en ouder na een boosterdosering, tegenover mensen van dezelfde leeftijd na volledige vaccinatie zonder booster. Qua hospitalisatie en intensieve zorgen is er dus een zeer gunstig effect.

Een andere kwestie is het effect op de besmettelijkheid en op milde symptomen. Daar start de discussie over het CST en trekt mevrouw Depoorter veel te snel conclusies. Voor het CST of varianten ervan zijn er twee valabele argumenten. Eén argument is dat als men een krachtige beslissing neemt waardoor mensen op een bepaald ogenblik dat instrument moeten gebruiken, meer mensen zich zullen laten vaccineren. Dat is dus een soort van nudging. Er bestaat hiervoor veel empirisch bewijs. In België is dat minder het geval omdat wij het CST stapsgewijs en naar mijn gevoel te aarzelend hebben ingevoerd.

Een andere vraag is of de mensen en de gezondheidszorg worden beveiligd door het CST. Vanuit theoretisch standpunt is dat duidelijk het geval. Stel dat mensen samenkomen in gesloten ruimtes, waarbij we ervan uitgaan dat hun gedrag niet verandert indien er een CST wordt gevraagd, dan is het overduidelijk dat een bepaalde viruscirculatie minder impact zal hebben. Een en ander hangt ook af van de werkzaamheid van de vaccins en de viruscirculatie.

De fout die we maakten bij de introductie van het CST, is dat we de indruk hebben gegeven dat het

offrait une sécurité absolue, ce qui a encouragé à adopter des comportements nettement moins rigoureux. C'est comme si un patient prenant des statines pensait pouvoir dès lors manger des frites et de la mayonnaise chaque jour.

Il faut donc plus que le CST pour assurer la sécurité. Il y a de bonnes raisons de penser que le CST ne fera pas une grande différence. Il en va tout autrement si, en cas de pandémie grave s'accompagnant d'une énorme circulation du virus, nous voulons intervenir rapidement pour maintenir le secteur de l'horeca ouvert. C'est pourquoi le CST ne doit pas être jeté à la poubelle mais plutôt mis de côté.

25.03 Kathleen Depoorter (N-VA): En Belgique, le CST n'a pas eu d'impact majeur sur le taux de vaccination: en Flandre, celui-ci était déjà supérieur à 80 % lorsque le CST a été introduit, et en Wallonie et à Bruxelles le gain réalisé n'a pas été spectaculaire non plus. En outre, le ministre compare les données avec et sans CST en partant du principe que les comportements ne changeront pas. Ce faisant, il admet en réalité son erreur. En tant que scientifiques, on savait dès le départ qu'on allait droit dans le mur s'il fallait juste montrer un laissez-passer pour ensuite ne plus devoir respecter aucune mesure de précaution.

En cas de circulation accrue du virus, nous devons en effet inciter nos concitoyens à la prudence, même s'ils sont vaccinés. Après tout, on se fait vacciner surtout pour éviter de tomber malade. En revanche, le ministre a tout à fait tort de se cramponner au CST et à l'idée que celui-ci empêchera une nouvelle vague. En outre, il ne tient pas compte de l'immunité hybride grâce à laquelle, par exemple, les prestataires de soins qui sont tombés malades plusieurs fois après une seule vaccination sont mieux protégés que les personnes ayant un CST "valide".

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 19 h 58.

een absolute veiligheid biedt, waardoor mensen werden aangezet om zich veel losser te gedragen. Dat is zoals een patiënt die statines inneemt en dan vindt dat hij elke dag frieten met mayonaise mag eten.

Er is dus meer nodig dan enkel het CST als we voor veiligheid willen zorgen. Er zijn goede redenen om te stellen dat het CST niet veel verschil zal maken. Het is iets anders als we te maken hebben met een ernstige pandemie met een enorme viruscirculatie en we snel willen ingrijpen om het horecaleven te laten doorgaan. Daarom moet het CST dus niet in de vuilbak, maar moet het aan de kant worden gelegd.

25.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Het CST had in België geen grote impact op de vaccinatiegraad: in Vlaanderen bedroeg die al meer dan 80 % toen het CST werd ingevoerd, en ook in Wallonië en Brussel maakte het niet veel verschil. Bovendien vergelijkt de minister gegevens met en zonder CST in de veronderstelling dat de mensen zich niet anders zullen gedragen. Zo geeft hij eigenlijk zijn fout toe. Als wetenschappers wisten we dat het niet goed kon aflopen als mensen een pasje toonden en dan geen voorzorgsmaatregelen meer hoefden te volgen.

Als er een verhoogde viruscirculatie is, moeten wij de mensen inderdaad aanmanen tot voorzichtigheid, ook al zijn ze gevaccineerd. Men vaccineert zich immers vooral om niet zelf ziek te worden. Maar de minister zit helemaal fout door te blijven vasthouden aan het CST en aan het idee dat dit zal voorkomen dat we met z'n allen nog ziek worden. Bovendien houdt hij geen rekening met de hybride immuniteit, waardoor bijvoorbeeld zorgverleners die meermaals ziek werden na eenmalige vaccinatie beter beschermd zijn dan personen met een 'geldig' CST.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.58 uur.