

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

Mardi

31-01-2023

Après-midi

Dinsdag

31-01-2023

Namiddag

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

Abréviations dans la numérotation des publications :		Afkortingen bij de nummering van de publicaties :	
DOC 55 0000/000	Document parlementaire de la 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 beigeleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes :

Place de la Nation 2
1008 Bruxelles

Tél. : 02/ 549 81 60

Fax : 02/549 82 74

www.lachambre.be

e-mail : publications@lachambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :

Natieplein 2
1008 Brussel

Tel. : 02/ 549 81 60

Fax : 02/549 82 74

www.dekamer.be

e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Débat d'actualité sur la réforme des hospitalisations d'un jour et questions jointes de 1

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surcharge de travail dans les hôpitaux en raison du nombre élevé d'infections" (55032858C) 1

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surcharge des soins de première ligne et l'inquiétude des infirmiers à domicile" (55032891C) 1

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque de personnel hospitalier" (55032910C) 1

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de la liste des prestations chirurgicales pour l'hôpital de jour" (55033116C) 1

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les services de soins à domicile, l'inflation et l'intensification des hospitalisations de jour" (55033706C) 1

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La manifestation des soignants pour dénoncer la charge de travail élevée et le manque de personnel" (55033622C) 1

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

Questions jointes de 13

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "La pilule du lendemain" (55032547C) 13

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pilule du lendemain et les contraceptifs" (55032899C) 13

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La levée des freins financiers à la contraception" (55033707C) 13

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du

INHOUD

Actualiteitsdebat over de hervorming van de daghospitalisaties en toegevoegde vragen van 1

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werkdruk in de ziekenhuizen door de vele infecties" (55032858C) 1

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De overbelasting van de eerstelijnszorg en de bezorgdheid van thuisverpleegkundigen" (55032891C) 1

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De personeelstekorten in de ziekenhuizen" (55032910C) 1

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hervorming van de lijst met chirurgische verstrekkingen in daghospitalisatie" (55033116C) 1

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De thuisverplegingsdiensten, de inflatie en de intensifiëring van daghospitalisatie" (55033706C) 1

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betoging van het zorgpersoneel tegen de hoge werkdruk en de personeelstekorten" (55033622C) 1

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

Samengevoegde vragen van 13

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De morning-afterpil" (55032547C) 13

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De morning-afterpil en contraceptiva" (55032899C) 13

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het wegnemen van de financiële hinderpalen voor anticonceptie" (55033707C) 13

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitter van de

groupe Les Engagés, Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		Les Engagés-fractie, Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	15	Samengevoegde vragen van	15
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Le déploiement du numéro 1733" (55032582C)	15	- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De uitrol van het nummer 1733" (55032582C)	15
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le central d'urgence 112" (55032832C) <i>Orateurs: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	15	- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De noodcentrale 112" (55032832C) <i>Spreekers: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	15
Questions jointes de	17	Samengevoegde vragen van	17
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Les tests HPV et les frottis" (55032587C)	17	- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De HPV-tests en uitstrijkjes" (55032587C)	17
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage du papillomavirus" (55032909C) <i>Orateurs: Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	17	- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De HPV-screening" (55032909C) <i>Spreekers: Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	17
Questions jointes de	18	Samengevoegde vragen van	18
- Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Les substances chimiques présentes dans les jouets" (55032595C)	18	- Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "Chemische stoffen in speelgoed" (55032595C)	18
- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La présence de produits chimiques dans les jouets et l'adaptation de la réglementation en la matière" (55032923C) <i>Orateurs: Kathleen Pisman, Barbara Creemers, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	18	- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Chemische stoffen in speelgoed en de aanpassing van de toepasselijke regelgeving" (55032923C) <i>Spreekers: Kathleen Pisman, Barbara Creemers, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	18
Questions jointes de	21	Samengevoegde vragen van	21
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle nomenclature pour les soins de plaies à domicile" (55032788C)	21	- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe nomenclatuur voor wondzorg voor de thuisverpleegkundigen" (55032788C)	21
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La	21	- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De	21

modification de la nomenclature des soins de plaies pour les infirmiers à domicile" (55032856C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les nouvelles règles en matière de soins des plaies par des infirmiers à domicile" (55033616C) 21

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle nomenclature pour les soins de plaies" (55033700C) 21

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

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'application Coronalert" (55032827C) 26

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

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le trajet de soins post-covid" (55032830C) 27

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

Questions jointes de 28

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'efficacité des médicaments contre le cancer" (55032831C) 28

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les traitements onéreux contre le cancer" (55033279C) 28

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

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le report des soins dans certains hôpitaux" (55032833C) 30

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

Questions jointes de 32

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publicité des taux de décès liés au Covid-19 par 32

wijziging van de wondzorgnomenclatuur voor thuisverpleegkundigen" (55032856C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe regels inzake thuisverpleging voor wondverzorging" (55033616C) 21

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe nomenclatuur voor wondzorg" (55033700C) 21

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

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Coronalert-app" (55032827C) 26

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

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het zorgtraject voor postcovidpatiënten" (55032830C) 27

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

Samengevoegde vragen van 28

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De doeltreffendheid van kankermedicijnen" (55032831C) 28

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Dure kankerbehandelingen" (55033279C) 28

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

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitstel van zorg in sommige ziekenhuizen" (55032833C) 30

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

Samengevoegde vragen van 32

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De openbaarheid van de coronasterftecijfers per 32

hôpital" (55032835C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La transparence sur la durée d'hospitalisation et les décès liés au Covid-19 dans les hôpitaux" (55032850C)

32

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publicité des taux de décès causés par le Covid-19 par hôpital" (55032900C)

32

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

ziekenhuis" (55032835C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De transparantie over de ligduur en de overlijdens door COVID-19 in de ziekenhuizen" (55032850C)

32

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronasterfte per ziekenhuis" (55032900C)

32

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

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 31 JANVIER 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 31 JANUARI 2023

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 06 sous la présidence de Mme Frieda Gijbels.

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

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

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

(*En français*) De nombreux manifestants ce matin

De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.06 uur en voorgezeten door mevrouw Frieda Gijbels.

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

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

[01.01] **Sofie Merckx** (PVDA-PTB) (*Nederlands*): Vanmorgen heb ik samen met meer dan 22.000 mensen uit de zorgsector betoogd in Brussel.

(*Frans*) Veel van de demonstranten hebben

témoignaient qu'ils avaient choisi le métier des soins pour être auprès des patients et qu'aujourd'hui, ils étaient considérés comme des robots avec comme seul objectif la productivité. La pression sur le personnel est énorme.

Votre plan pour encourager les hospitalisations de jour s'inscrit dans l'objectif d'économies faites depuis 20 ans. J'attendais autre chose de vous. Le patient n'a pas le temps de se rétablir avant de rentrer chez lui. Cela intensifie le travail dans les hôpitaux et pour les soins à domicile.

Sur quels critères vous basez-vous pour dire qu'un tiers des opérations impliquant une hospitalisation de plusieurs jours pourraient se faire dans la journée? Avez-vous consulté le personnel et les syndicats? Ne craignez-vous pas de surcharger le personnel?

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

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

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

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

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

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

(Nederlands) Wij zouden graag de lijst krijgen met de hospitalisaties die via dagopname kunnen gebeuren. Op welke criteria is die lijst gebaseerd? Klopt het dat het plaatsen van een knie- of heupprothese via een dagopname moet gebeuren? Is er overlegd met de vakbonden? Zorgt dit niet voor een hogere druk op het ziekenhuispersoneel? Is er overlegd met de thuiszorg en de huisartsen, die hierdoor meer werk zullen krijgen? Veel hospitalisatieverzekeringen komen niet tussenbeide voor daghospitalisaties, maar wel bij een overnachting. Is er nagedacht over de extra kosten die dat met zich zal brengen voor de patiënten? Wat is het antwoord van de minister op de betoging van het zorgpersoneel deze voormiddag?

01.02 Kathleen Depoorter (N-VA): De werkdruk in de zorg is niet houdbaar. De beslissing van de minister om meer ingrepen met een daghospitalisatie te laten uitvoeren, zal de druk op de eerstelijnszorg nog doen toenemen. Ook de hervorming rond de zorg- en leerladder van de verpleegkundigen zal een effect hebben op de thuisverpleging. Is de minister zich wel bewust van de situatie?

Zal de minister in voldoende capaciteit voorzien voor de thuisverpleegkundige zorg? Is er overleg met de organisaties van thuisverpleegkundigen en met de patiëntenverenigingen? Is er praktijkondersteuning mogelijk voor de huisartsen, die eveneens extra lasten zullen krijgen? Als een patiënt die thuiskomt van het ziekenhuis, een huisarts nodig heeft, moet hij die kunnen vinden. Dat is niet evident. Is er een onderzoek gevoerd naar het geestelijk welzijn van de eerstelijnszorgverstrekkers? Zijn daar stappen nodig? Hoe wil de minister de veerkracht bij de

initiatives sont-elles nécessaires à cet égard? Comment le ministre entend-il accroître la résilience des infirmiers à domicile et des médecins généralistes?

Président: Thierry Warmoes

01.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Le secteur non marchand suit la grève nationale d'aujourd'hui, y compris le personnel de soins de santé. Le contexte sanitaire est difficile: les hôpitaux alertent du pic d'infections respiratoires qui menace les urgences de saturation. Le manque de personnel pousse des services hospitaliers à faire preuve d'ingéniosité: appel aux intérimaires, rappel de personnel en congé, renfort par du personnel affecté habituellement à des tâches logistiques ou administratives, sortie précipitée de patients et report d'opérations chirurgicales.

La situation est-elle sous contrôle ou faut-il se préoccuper? Quelles parties du pays sont-elles les plus touchées par cette surcharge? Que prévoit-on en cas de saturation généralisée? Que répondez-vous à ceux qui doivent sacrifier leurs congés, leur vie de famille et leur santé pour éviter la catastrophe? Quand la revalorisation promise deviendra-t-elle réalité?

01.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Comme le montre la manifestation d'aujourd'hui, la priorité de la politique de santé doit être de concrétiser un plan d'attractivité des soignants. Des propositions existent depuis des années. Il faut poser des actes. Reporter à la prochaine législature serait prendre un risque majeur pour la qualité des soins.

Les listes A et B de l'hospitalisation de jour ont été adaptées. Le taux d'ambulatoire tourne autour de 53 %. Comme dans d'autres pays, ne serait-il pas utile de fixer un objectif, en laissant de la marge aux hôpitaux pour choisir les modalités pour l'atteindre? Il faudrait garantir un financement pour les motiver, car un des effets pervers est d'amputer leur budget. Une prime de financement pourrait être prévue pour ceux qui atteignent ce taux.

L'impact financier sur les hôpitaux a-t-il été mesuré? On estime que 221 000 interventions basculeraient

thuiszorg en de huisartsen opkrikken?

Voorzitter: Thierry Warmoes

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

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

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

De A- en de B-lijst van daghospitalisaties werden aangepast. Het percentage ambulante zorg schommelt rond de 53 %. Zou het niet nuttig zijn om naar het voorbeeld van andere landen een streefcijfer vast te stellen en de ziekenhuizen enige bewegingsruimte te gunnen bij de keuze van de modaliteiten om dat doel te bereiken? Om hen daartoe te motiveren moet de financiering gegarandeerd worden, want één van de perverse neveneffecten van het ambulant maken van zorg is dat het ziekenhuisbudget een knauw krijgt. Voor de ziekenhuizen die dat streefcijfer halen zou er in een financieringspremie voorzien kunnen worden.

Werd de financiële impact op de ziekenhuizen gemeten? Naar schatting zou er voor

de l'hospitalisation à l'hôpital de jour.

221.000 ingrepen van een klassieke ziekenhuisopname op een daghospitalisatie overgestapt worden.

Vous dites que l'hospitalisation de jour compense les pénuries de soignants, mais cela reporte des soins sur l'extra-hospitalier. Il faut donc plus de médecins généralistes et d'infirmiers à domicile, mais les pénuries touchent aussi les maisons de repos et les soins à domicile. La coordination post-opératoire est-elle renforcée?

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

Sur le volet de la liste B tenant compte des spécificités de patients de plus de 75 ans et souffrant de maladies chroniques, contrairement à votre engagement lors de la discussion sur la réforme du financement des hôpitaux, on élude la dimension sociale des patients. Comment le justifiez-vous?

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

Prendra-t-on en compte la réalité complexe des personnes handicapées?

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

01.05 Els Van Hoof (cd&v): Selon la Wit-Gele Kruis (Croix Jaune et Blanche), les recettes provenant de l'État ne suffisent pas à faire face à l'augmentation des coûts salariaux. Le gouvernement mise, à juste titre, davantage sur les soins de proximité et ambulatoires, mais il en résulte une charge de travail accrue pour les soins infirmiers à domicile. Les soins à domicile sont toutefois confrontés à de plus en plus de difficultés en raison de la pénurie de personnel et de la hausse des salaires due à l'indexation. Les coûts sont insuffisamment compensés par les honoraires liés aux prestations médicales.

01.05 Els Van Hoof (cd&v): Volgens het Wit-Gele Kruis volstaan de inkomsten die het van de overheid krijgt niet om de stijgende loonkosten te kunnen betalen. De regering zet terecht meer in op nabije en ambulante zorg, maar dat betekent meer werk voor de thuisverpleging. De thuiszorg krijgt het echter steeds moeilijker door het personeelstekort en de stijgende lonen als gevolg van de indexering. De kosten worden onvoldoende gecompenseerd door de honoraria voor de medische prestaties.

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

De minister heeft al inspanningen gedaan, maar die zijn niet structureel. Het Wit-Gele Kruis zal in 2022 en dit jaar 38 miljoen euro moeten bijleggen uit de eigen reserves om de lonen te betalen. Die uitgaven betekenen een bedreiging voor het voortbestaan van de thuiszorgdiensten. Volgens het Kenniscentrum moet de financiering van de thuisverpleging structureel worden hervormd, net als de nomenclatuur, die volledig los staat van de realiteit. Zal de minister daar werk van maken?

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

Hoe zal de minister de thuisverpleegkundige organisaties met verpleegkundigen in loondienst, ondersteunen? Zijn er plannen om het indexeringsmechanisme voor de zorgverstrekkers in de thuisverpleging aan te passen? Is er in een tijdpad voorzien voor deze maatregelen?

01.06 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Le secteur des soins et de l'aide

01.06 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De zorg- en welzijnssector staan zeer

sociale est soumis à une très forte pression, qui pèse également sur les personnes qui y travaillent. C'est pourquoi nous devons continuer à investir et à réformer.

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

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

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

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

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

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

zwaar onder druk, wat ook weegt op de mensen die daar werken. Daarom moeten we blijven investeren en hervormen.

Het jaar 2023 wordt wegens de stijgende prijzen, de loonkosten en de energiefacturen een financieel bijzonder moeilijk jaar voor de werkgevers in de sector. Daarom heeft de federale regering beslist om een bedrag van 418 miljoen euro vrij te maken, zodat de sector deze moeilijke periode kan overbruggen. Dat bedrag gaat naar de volledige zorg- en welzijnssector, ook naar instellingen die onder de bevoegdheid van de gemeenschappen vallen. Meer bepaald gaat het om een uitstel van betaling van patronale bijdragen, voor een bedrag van 223 miljoen euro, en een extra injectie van 195 miljoen euro.

Daarnaast zoeken we elke dag opnieuw naar oplossingen voor de problemen die hier zijn aangehaald.

Het budget voor de thuisverpleging wordt met meer dan 8 % geïndexeerd. Begin 2024 volgt er opnieuw een belangrijke indexering. Het indexeringsmechanisme werkt weliswaar met vertraging, maar we garanderen dat die indexering in alle federale zorgsectoren wordt doorgevoerd. Daarnaast nemen we nog bijkomende maatregelen. Zo vloeit 9 miljoen euro van de zonet vermelde 418 miljoen euro naar de thuisverpleging; iets meer dan de helft van het bedrag betreft een betalingsuitstel om dit jaar te overbruggen.

We zullen ook 5 miljoen euro extra injecteren in de thuisverpleging als bijzondere compensatie voor de gestegen kosten door de trimestriële forfaitaire tegemoetkoming voor specifieke kosten van de thuisverplegingsdiensten te verhogen met ongeveer 2.000 euro. Het besluit ter zake zal op 6 februari worden goedgekeurd in het Verzekeringscomité.

In de hele federale zorgsector leggen we 100 miljoen euro extra op tafel voor wie geconventioneerd is, ter compensatie van de prijzen en kostenstijgingen. Daarvan vloeit 26 miljoen euro naar de thuisverpleging.

Alles samengeteld is er dus een inspanning van 40 miljoen euro voor de thuisverpleging in 2023, boven op het investeringsmechanisme, dat pas in 2024 met volle kracht zal doorwerken. We bekijken ook hoe we acute liquiditeitsproblemen met middelen uit het Zorgpersoneelfonds kunnen opvangen.

aigus de liquidités.

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

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

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

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

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

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

En ce qui concerne le nombre de médecins, nous avons considérablement élargi les nouveaux quotas pour les formations. Je ne comprends donc pas bien pourquoi la Flandre n'a pas suivi l'été dernier. Comme l'examen d'entrée en médecine et en dentisterie était trop strict, 163 jeunes de moins

Ten slotte heb ik aan het RIZIV gevraagd om te onderzoeken hoe we de bestaande prijsindexeringsmechanismen billijker en efficiënter kunnen maken.

We moeten de thuisverpleging echter ook vragen om in de spiegel te kijken en te hervormen waar nodig. Ik denk bijvoorbeeld aan de vele verplaatsingen van met elkaar concurrerende diensten in dezelfde regio. Kan dat niet efficiënter worden georganiseerd? Ook moet er aandacht zijn voor oneigenlijk gebruik en zelfs regelrechte fraude.

Wat de huisartsen betreft, zullen we grote investeringen doen in de huisartsenwachtposten. Zo heb ik in de begroting van 2023 3,29 miljoen euro vrijgemaakt om het oproepsysteem 1733 verder uit te rollen. De bedoeling is dat alle huisartsenwachtposten tegen midden 2024 zijn aangesloten op het triagenummer. Daarnaast hebben we de financiering van de weekwachten goedgekeurd. Verschillende projecten zijn reeds operationeel en nieuwe aanvraagdossiers behandelen we zo snel mogelijk.

Gisteren heeft het Verzekeringscomité van het RIZIV beslist om het onthaal in de huisartsenwachtposten in het weekend gedurende maximaal twaalf uur te versterken. Het bedrag dat daarvoor wordt toegekend, hangt af van de omvang van het cliënteel dat zich meldt bij de wachtpost. De bedoeling is om dat extra onthaal gedurende 16 weken te financieren voor wachtposten of organisaties van wachtposten met meer dan 10.000 contacten per jaar. Wachtposten met meer dan 20.000 contacten per jaar kunnen rekenen op 32 weken extra financiering. Het RIZIV zal daarover op 14 februari een definitieve beslissing nemen.

We hebben ook een budget van 16,5 miljoen euro klaarliggen om de huisartsenpraktijken in de breedte te ondersteunen. De precieze inzet van die middelen maakt nog voorwerp uit van overleg.

Ik denk dat de huisartsen het ermee eens zijn dat we de huisartsgeneeskunde echt moeten hervormen en beter organiseren. Daarover hoop ik in maart of april een definitief voorstel te doen.

Wat het aantal artsen betreft, hebben we de nieuwe quota voor de opleidingen aanzienlijk verruimd. Daarom begrijp ik niet goed waarom Vlaanderen die vorige zomer niet is gevolgd. Bij het ingangsexamen voor artsen en tandartsen was men te streng, waardoor men 163 jongeren minder heeft toegelaten

qu'autorisé par le quota fédéral ont été admis. J'espère que nous pourrions nous concerter avec le gouvernement flamand dans le nouvel organe interfédéral que nous voulons mettre en place.

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

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

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

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

(En français) Madame Fonck, vous avez la liste fournie par le secrétariat.

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

(En français) Je ne crois pas, Madame Fonck, qu'il

tot de opleidingen dan de federale quota toelieten. Ik hoop dat we hierover met de Vlaamse regering zullen kunnen overleggen in het nieuwe interfederale orgaan dat we willen oprichten.

De ziekenhuizen staan al enkele jaren onder een enorme druk. Het Hospital & Transport Surge Capacity Committee (HTSC) zal de capaciteit in de ziekenhuizen in kaart brengen, zodat we goed weten waar de knelpunten zitten.

Ondertussen nemen we punctuele maatregelen. Het basisbudget van de ziekenhuizen werd volledig geïndexeerd, er wordt 21 miljoen euro geïnvesteerd in technologie die het personeel kan helpen bij technische en administratieve taken en er is een eenmalig budget van meer dan 20 miljoen euro voor ondersteunend personeel.

Ook de ziekenhuizen zullen echter moeten hervormen. De hervorming van de daghospitalisaties is geen besparingsoperatie. Integendeel, de dagziekenhuizen krijgen een bijkomende toelage van 9 miljoen euro. Door mensen in het dagziekenhuis te behandelen in plaats van hen enkele dagen op te nemen, sparen de ziekenhuizen ook geld uit dat vervolgens kan worden ingezet voor een betere omkadering in het operatiekwartier. We nemen ook de perverse financiële prikkel weg die ziekenhuizen ertoe aanmoedigt om vanwege financiële redenen voor een klassieke hospitalisatie met overnachtingen te kiezen. Uiteindelijk moet de arts die keuze maken, in overleg met zijn team en de patiënt.

Het lijkt me geen goed idee om met becijferde doelstellingen te werken. We corrigeren het financieringsmechanisme en breiden de mogelijkheden uit om patiënten in het dagziekenhuis op te nemen. We koppelen daaraan een betere financiering, maar het gaat nooit om een verplichting.

(Frans) Mevrouw Fonck, het secretariaat heeft u de lijst bezorgd.

(Nederlands) In 2021 waren er ongeveer 195.000 gevallen voor de verstrekkingen die aan de A-lijst werden toegevoegd en 722.000 gevallen voor de verstrekkingen die aan de B-lijst werden toegevoegd, waarvan 89 % al in het dagziekenhuis wordt uitgevoerd. Ook daar gaat het niet om een verplichting, maar om de wijziging van het financieringssysteem.

(Frans) Mevrouw Fonck, mijns inziens is het niet

faillie un objectif chiffré.

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

(En français) Il faut envisager la dimension médicale d'un traitement mais aussi le contexte social qui détermine le choix entre l'hôpital de jour ou un séjour d'une ou deux nuits. Il faut donner des moyens aux hôpitaux recevant de nombreux patients précarisés.

C'est pourquoi j'ai demandé un avis au Conseil fédéral des établissements hospitaliers pour réformer le financement actuel du profil social des patients (sous-partie B8 du budget des moyens des hôpitaux). Ces critères datant de la période 2004-2009 doivent être adaptés.

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

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

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

nodig om een streefcijfer naar voren te schuiven.

(Nederlands) Deze lijst is gebaseerd op adviezen van experts en van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. In de pers werd dit geïnterpreteerd als een reactie op het personeelstekort, maar de maatregel werd al veel langer voorbereid. Er zijn inderdaad wel ziekenhuizen die hierdoor hun personeel efficiënter kunnen inzetten, maar het is geen wonderoplossing voor het personeelstekort in de zorg. Ook verschuift het de zorg naar de thuiszorg, maar dit zal geleidelijk gebeuren. We moeten ervoor zorgen dat de thuisverpleging en de eerste lijn dit aankunnen.

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

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

(Nederlands) De nodige financiële middelen moeten beschikbaar zijn en er moet een fundamentele reflectie zijn over het verpleegkundig beroep. We hebben tienduizenden verpleegkundigen met een HBO5-opleiding. Dat moet worden gevaloriseerd. We moeten deze opleidingen ook een nieuwe toekomst geven. Dat is de inzet van de discussie over de zorgladder. Voor iedereen moet de beste plaats gezocht worden en de talenten en competenties van elkeen moeten worden gewaardeerd. Na veel discussie heb ik daarover een akkoord in de federale regering. Het idee is om de mensen met een HBO5-opleiding als basisverpleegkundigen te blijven inzetten. Ik hoop de Europese Unie daarvan te kunnen overtuigen. Dan zullen we een taakaftakening voor de basisverpleegkundige maken die zorgt voor jobtevredenheid en zelfstandigheid.

Een werkgroep onder leiding van mevrouw Van Hecke denkt daarnaast na over de bredere aftakening van taken in de zorgsector.

De 18.000 betogers hebben recht op een goed debat en een reflectie over wat hen dagelijks bezighoudt.

01.07 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Vous n'avez pas indiqué si vous vous êtes concerté avec les syndicats. Il y a un décalage entre vos propos et le cri d'alarme des acteurs de terrain qui demandent un financement supplémentaire.

Vous dites que les hospitalisations de jour ne sont pas une mesure d'économie mais votre propre communiqué de presse précise qu'hospitaliser un patient coûte cher. Vous incitez financièrement les hôpitaux à faire sortir le patient le jour même. C'est donc une économie! Si l'hôpital est pénalisé pour avoir gardé le patient un jour supplémentaire, le patient sera mis à la porte et n'aura qu'à se débrouiller! Depuis 20 ans, cette évolution est en cours. Il faut sortir de cette logique productiviste et financer les hôpitaux selon leurs besoins. Donnez-leur les moyens d'améliorer la qualité des soins pour les patients et la qualité du travail du personnel.

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

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

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

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

01.09 Sophie Rohonyi (DéFI): Nous devons réinvestir dans un secteur des soins de santé sous pression. Les efforts budgétaires consentis par le gouvernement ne permettent pas de pallier le désinvestissement observé ces dernières

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

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

01.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Opnieuw heeft de minister eerst gecommuniceerd over de daghospitalisaties en dan pas nagedacht. Ondertussen zitten de mensen op het terrein met de zorgen.

De huisartsen pleiten nog steeds voor prestatiegeneeskunde, maar de minister legt dat naast zich neer. Zijn *New Deal* zal op korte termijn geen oplossing zijn.

Het kwijtschelden van het eerste kwartaal aan sociale bijdragen voor de thuisverpleegkundigen, is een beetje hulp, maar aan het aantrekkelijker maken van het beroep wordt niets gedaan. De minister gaat niet in op mijn voorstel om het statuut van de thuisverpleegkundigen gelijk te stellen aan dat van de logopedisten en kinesisten, maar komt zelf ook niet met een oplossing. Er zijn meer thuisverpleegkundigen nodig. Daar moeten we aan werken.

De federale quota voor artsen werden pas na het ingangsexamen gepubliceerd, zodat het onmogelijk was om de startquota nog aan te passen. Daardoor kan de minister nu met de vinger naar Vlaanderen wijzen. Hij geeft een federaal pardon aan de Franstalige Gemeenschap en heeft in de federale quota de ongelijke benadering opnieuw meegenomen. Het is schandalig dat de minister opnieuw deze vuile, politieke spelletjes speelt.

01.09 Sophie Rohonyi (DéFI): We moeten herinvesteren in de gezondheidszorgsector, die thans onder druk staat. De budgettaire inspanningen van de regering volstaan niet om de bezuinigingen van de jongste decennia te ondervangen, noch om

décennies, ni de soulager le personnel soignant épuisé. En l'absence de réinvestissement, d'aucuns parlent d'une nouvelle crise sanitaire, d'autres évoquent une voie sans issue. Malgré les recommandations de la commission spéciale Covid-19 et l'organisation d'un audit SPF Santé et INAMI, nous manquons de personnel et devons supprimer des lits. Aucune recommandation n'a donc été suivie.

Eu égard à la saturation des hôpitaux, nous avons besoin d'un plan d'action afin de pouvoir anticiper. Pour la revalorisation des soignants, vous dites attendre les résultats de la *task force* en charge. Au sein du personnel soignant, nombreux sont ceux qui considèrent que votre réforme IFIC fait fi de leur spécialisation. Enfin, concernant les hospitalisations de jour, vous annoncez vouloir tenir compte de la capacité sociale de chaque patient et ne pas mener de politique basée sur les chiffres. Je souhaite que vous appliquiez ce raisonnement à d'autres de vos mesures, car certaines maternités ou cliniques pas assez rentables sont menacées de fermeture.

Si vous ne diminuez pas la charge de travail des soignants, la qualité des soins en pâtira au détriment des patients.

01.10 Catherine Fonck (Les Engagés): Pour que le nécessaire virage ambulatoire s'effectue dans de bonnes conditions, des mesures d'accompagnement s'imposent. Il convient d'améliorer la qualité de soins en prenant en considération des facteurs tels que niveau social, âge ou comorbidité des patients. Vous avez demandé l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH). En outre, vos mesures doivent absolument tenir compte du volet handicap.

Qui dit qualité des soins, dit accompagnement des patients à l'issue de l'hospitalisation de jour. Or, de nombreux médecins généralistes refusent de prendre en charge de nouveaux patients. En outre, les mesures prises en matière de numéros INAMI dissuadent les jeunes de se lancer dans les études de médecine.

Avec les décisions INAMI, moins de jeunes se lanceront dans des études de médecine. Plus de 40 % des médecins ont plus de 55 ans en Belgique et partiront à la retraite d'ici une dizaine d'années. Du côté des infirmiers à domicile, la situation n'est pas vraiment meilleure que dans les hôpitaux. Mettre la pression sur les soins à domicile sans

het uitgeputte zorgpersoneel te ontlasten. Bij gebrek aan nieuwe investeringen gewagen sommigen van een nieuwe gezondheids crisis en anderen van een impasse. Ondanks de aanbevelingen van de Bijzondere Commissie COVID-19 en de organisatie van een audit van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, kampen we met een personeelstekort en moeten we het aantal bedden verminderen. Men heeft dus aan geen enkele aanbeveling gevolg gegeven.

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

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

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

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

Als gevolg van de beslissingen van het RIZIV zullen minder jongeren geneeskunde gaan studeren. Meer dan 40 % van de artsen in België is ouder dan 55 jaar en zal over een tiental jaar met pensioen gaan. De situatie met betrekking tot de thuisverpleegkundigen is niet bepaald beter dan die in de ziekenhuizen. Wanneer men de thuiszorg

revalorisation risque de mettre à mal la qualité des soins. Le manque d'accompagnement du virage ambulatoire est problématique.

La projection de 220 000 interventions chirurgicales en hospitalisation de jour plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle donnera 5 000 lits définancés, pour laquelle je ne vois pas trace de compensation. J'attends de voir le dispositif.

Vous n'aurez pas plus d'infirmiers demain avec une prime représentant 66 euros par mois, soit 35 euros net. Ce n'est pas une réponse raisonnable à la pénurie d'infirmiers. Votre répartition des tâches se fait en cascade: on refile des tâches des médecins aux infirmiers, eux-mêmes en pénurie, et il faut donc décharger ceux-ci de leur travail sur les aides-soignants.

Le Covid-19 a aggravé et mis en lumière une pénurie d'aides-soignants qui était bien antérieure. Mettre en place une *task force* et renvoyer la décision à la prochaine législature, c'est inconséquent au regard de la dégradation de la qualité des soins.

01.11 Els Van Hoof (cd&v): Les mesures temporaires apportent une solution temporaire, mais nous devons effectivement mener aussi à bien des réformes structurelles. Le ministre y travaille tous les jours et a demandé une évaluation à l'INAMI. Les 40 millions d'euros de moyens supplémentaires sont destinés à l'ensemble du secteur des soins à domicile, alors que l'ASBL flamande Wit-Gele Kruis est déficitaire à elle seule de 38 millions d'euros. Vingt-six des 100 millions d'euros destinés à la première ligne bénéficieront aux infirmiers à domicile. Les aides-soignants à domicile ne sont pas éligibles alors que nous avons besoin de tout le monde. Les honoraires doivent être adaptés en vue d'une réponse structurelle. Davantage de moyens doivent être débloqués pour ce secteur, car dans le modèle du ministre, nous devons pouvoir compter sur les soins à domicile.

01.12 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Je compatis avec les personnes qui sont descendues dans la rue aujourd'hui. Il ne s'agissait pas uniquement des infirmiers à domicile, mais également des travailleurs du secteur social. D'importants investissements supplémentaires ont déjà été réalisés, mais nous devons continuer à investir et à réformer. Toute réforme suscite des critiques. Une large concertation a été menée au sujet des hospitalisations de jour. Cela profite également aux patients. Le risque d'infections nosocomiales diminue. Bien entendu, davantage de soins à

zwaarder belast zonder herwaardering, dreigt dat ten koste te gaan van de zorgkwaliteit. Het gebrek aan begeleiding van de omschakeling naar ambulante zorg is problematisch.

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

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

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

01.11 Els Van Hoof (cd&v): Tijdelijke maatregelen bieden tijdelijk soelaas, maar we moeten inderdaad ook structureel hervormen. De minister werkt daar elke dag aan en heeft het RIZIV om een evaluatie gevraagd. De 40 miljoen euro aan bijkomende middelen zijn voor de hele sector van de thuiszorg, terwijl het Wit-Gele Kruis alleen al voor 38 miljoen euro in het rood gaat. Van de 100 miljoen euro voor de eerste lijn gaat er 26 miljoen euro naar de thuisverpleegkundigen. De zorgkundigen in de thuiszorg komen niet in aanmerking, maar we hebben wel iedereen nodig. Voor een structurele oplossing moeten de honoraria worden aangepast. Er moeten meer middelen worden uitgetrokken voor deze sector, want in het model van de minister moeten we op de thuiszorg kunnen rekenen.

01.12 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Ik heb begrip voor de mensen die vandaag op straat zijn gekomen. Dat waren niet alleen de thuisverpleegkundigen, ook de werknemers uit de social profit. Er wordt al flink extra geïnvesteerd, maar we moeten dat blijven doen en blijven hervormen. Bij elke hervorming komt er kritiek. Er is ruim overleg geweest over de daghospitalisaties. Ook de patiënt heeft daar baat bij. Het risico op ziekenhuisinfecties neemt af. Natuurlijk is er dan meer thuisverzorging nodig. We kunnen niet alles rechtzetten wat jarenlang is misgelopen, zeker niet omdat er ook nog eens de

domicile sont alors nécessaires. Nous ne pouvons pas résoudre tous les problèmes qui se sont posés pendant de nombreuses années, d'autant plus que nous avons été confrontés à la crise du Covid-19. Il s'agit d'une question de moyens supplémentaires, mais également de valorisation des professionnels des soins de santé. Enfin, il faut également réfléchir à des mesures d'urgence, telles que le recours temporaire à des retraités, des étudiants jobistes ou des volontaires.

01.13 Frank Vandenbroucke, ministre (*en français*): Concernant la question de Mme Fonck, le principe de base de cette réforme de l'hôpital de jour est que le budget des moyens des hôpitaux reste identique. Le budget est donc réparti sur l'activité justifiée.

Ensuite, pour compenser le déplacement des prestations qui génèrent un maxi-forfait, il y a un transfert budgétaire de l'INAMI vers la sous-partie B2 du budget des hôpitaux.

Enfin, j'ai revalorisé le financement de l'hôpital de jour à raison de 9 millions d'euros. On ne fait donc pas d'économies, mais on ajoute au contraire des moyens.

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

01.14 Catherine Fonck (Les Engagés): Vous dites qu'on modifiera les coefficients pour l'hôpital de jour. Si un hôpital fait 20 % d'interventions en hôpital de jour en plus, lors de la répartition du BMF entre les hôpitaux, il obtiendra moins. Votre coefficient le compensera-t-il? Si on veut motiver les hôpitaux à une ambulorisation réalisable en termes de qualité de soins, il faut modéliser le financement. Je ne vois pas clair sur la perte de BMF pour les hôpitaux faisant plus d'hospitalisation de jour.

Je serai attentive aux mesures d'accompagnement

coronacrisis was. Het gaat over extra middelen, maar ook over de waardering voor mensen met een zorgberoep. Ten slotte moet er ook gedacht worden aan noodmaatregelen, zoals de tijdelijke inzet van gepensioneerden, jobstudenten of vrijwilligers.

01.13 Minister Frank Vandenbroucke (*Frans*): Wat de vraag van mevrouw Fonck betreft, is het basisprincipe van deze ziekenhuishervorming dat het budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen identiek blijft. Het budget wordt dus verdeeld volgens de gerechtvaardigde activiteit.

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

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

(*Nederlands*) Ik heb daarstraks gezegd dat men in Vlaanderen 163 jonge mensen niet heeft laten beginnen, maar dat ging enkel om de mensen die de artsenopleiding wilden volgen. Er zijn ook nog 63 jonge mensen die niet met de tandartsopleiding konden starten omdat Vlaanderen strenger was dan het federale quotum. De Vlaamse regering wist al sinds maart 2022 wat wij zouden voorstellen. Er was voldoende tijd om dat aan te passen, maar men weigerde te overleggen. Ik hoop dat we nu wel tot echt overleg kunnen komen over die planning, waarbij we luisteren naar elkaars argumenten.

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

Ik zal toezien op de flankerende maatregelen die

des soignants pour le suivi des patients à domicile. Après une intervention, on peut aussi avoir de la kiné, des soins quotidiens pour une plaie, etc. Le coût pour le patient pourrait être plus élevé à domicile en assumant les tickets modérateurs.

Ceci nécessite de modifier le volet du maximum à facturer.

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

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

L'incident est clos.

02 Questions jointes de

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

02.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Pourriez-vous nous transmettre des données chiffrées concernant le recours aux pilules du lendemain et aux contraceptifs ces dernières années et les budgets correspondants?*

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

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

01.15 Kathleen Depoorter (N-VA): De minister begrijpt niet wat in overleg gaan betekent. Hij heeft een eenzijdig akkoord gesloten met de Franse Gemeenschap en heeft het akkoord dat in het regeerakkoord werd opgenomen gewoon geschrapt. Hij trekt zich niets meer aan van het responsabiliseringsmechanisme of van het te grote aantal studenten geneeskunde dat is afgestudeerd in de Franse Gemeenschap. De wet rond de aanbodbeheersing werd gepubliceerd op 30 juli 2022 en het Vlaamseingangsexamen vond plaats op 5 juli 2022. Hoe durft de minister te zeggen dat Vlaanderen zich had kunnen aanpassen? Hij wil alleen maar stoken! Hoeveel garanties heeft hij overigens dat de quota zullen worden nageleefd in Wallonië of dat deze regeling niet zal worden aangevochten?

01.16 Sofie Merckx (PVDA-PTB) (Nederlands): Er is misschien wel advies gevraagd aan experts, maar is er ook overleg gepleegd met het personeel en de vakbonden? Er bestaat heel wat ongerustheid over de plannen met de daghospitalisaties. Heeft de minister daar een akkoord over met de vakbonden?

Het incident is gesloten.

02 Samengevoegde vragen van

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

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

Comptez-vous adopter de nouvelles mesures améliorant encore leur accessibilité?

02.02 Laurence Zanchetta (PS): La Belgique est en haut du classement européen en matière de couverture contraceptive. Mon groupe plaide pour l'élargissement du remboursement de la contraception à toutes les femmes. Le prix de la contraception ne peut être un frein.

L'accord de gouvernement prévoyait la suppression des entraves à l'accès à la contraception. Une réflexion a-t-elle été menée sur la gratuité de contraceptifs pour toutes les femmes? Son coût a-t-il été estimé? Qu'en est-il de la réflexion sur la prise en charge financière de la contraception masculine?

02.03 Frank Vandenbroucke, ministre (en français): Une intervention supplémentaire est prévue dans le prix des contraceptifs et s'ajoute au remboursement classique. Ainsi, de nombreux contraceptifs de deuxième génération sont totalement gratuits.

Depuis avril 2020, l'intervention spécifique dans la contraception s'applique aux moins de 25 ans. L'intervention dans la contraception d'urgence a également été étendue à toutes les personnes et ne nécessite plus d'ordonnance.

Le volume et les dépenses liés à ces interventions supplémentaires s'élevaient à 168,7 millions de *defined daily doses* (DDD) et 15,7 millions d'euros en 2021, contre 80 millions de DDD et 6,7 millions d'euros en 2019.

La décision d'étendre la mesure à toutes les personnes bénéficiant d'une intervention majorée a été prise en septembre 2020. Le coût de son extension à toutes les personnes de 25 ans et plus peut être estimé à 27,3 millions d'euros. Le coût d'une extension à toutes les femmes est de 10,6 millions d'euros.

Cependant, il est important que ma politique se concentre sur les groupes vulnérables. Les personnes bénéficiant d'une intervention majorée sont donc prioritaires et peuvent déjà compter sur une intervention supplémentaire.

02.04 Catherine Fonck (Les Engagés): La gratuité des contraceptifs sans limite d'âge serait déjà d'application si la majorité n'avait pas voté des budgets repris à l'INAMI.

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

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

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

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

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

In 2021 werd er voor 168,7 miljoen *defined daily doses* (DDD) een extra tegemoetkoming uitbetaald, wat overeenstemt met een bedrag van 15,7 miljoen euro. In 2019 was dat nog 6,7 miljoen euro voor 80 miljoen DDD.

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

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

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

Des étapes importantes doivent encore être franchies. La limitation de l'âge dans l'accès aux contraceptifs n'est pas acceptable. Par ailleurs, la liste des contraceptifs ne les reprend pas tous, et d'autres dispositifs ne sont pas ou sont peu pris en considération. Votre réponse à cet égard ne permet pas d'en examiner l'impact financier, et vous ne montrez pas d'ouverture par rapport à ces questions importantes.

Des problèmes d'accessibilité se posent encore, pouvant entraîner des coûts supplémentaires évitables.

L'incident est clos.

03 Questions jointes de

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, Coopération au développement et Politique des Grandes Villes) sur "Le déploiement du numéro 1733" (55032582C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le central d'urgence 112" (55032832C)

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

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

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

Les postes des médecins de garde ne sont pas obligés de relier le numéro de garde ou leur poste de garde au numéro d'urgence 1733. Il y a 67 postes de

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

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

Het incident is gesloten.

03 Samengevoegde vragen van

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid) over "De uitrol van het nummer 1733" (55032582C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De noodcentrale 112" (55032832C)

03.01 Frieda Gijbels (N-VA): De noodcentrales kampen al een hele tijd met personeelsproblemen. De Limburgse noodcentrale moet oproepen beantwoorden uit Antwerpen en Vlaams-Brabant. Volgens de minister zou het personeelstekort tegen begin dit jaar opgelost zijn. Ook zou het nummer 1733 overal kunnen worden uitgerold. Daarvoor zijn extra operatoren nodig.

Hoe groot was het personeelstekort per provincie? Is het personeelstekort intussen opgelost? Wanneer zal het nummer 1733 in alle provincies volledig uitgerold zijn? Hoeveel extra personeel heeft de minister daarvoor kunnen werven? Worden de risico's opgevolgd die verbonden zijn aan het doorschakelen van oproepen naar andere provincies? Wat zijn desgevallend de vaststellingen?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): In Vlaanderen zit 60 % van de postcodes in fase 1 en 27 % in fase 2. In Wallonië zit 13 % van de postcodes in fase 1 en 87 % in fase 2. Ik zal de gedetailleerde tabel bezorgen via het secretariaat.

Huisartsenwachtposten zijn niet verplicht het wachtnummer of hun wachtpost te koppelen aan het noodnummer 1733. Er zitten 67 operationele

garde opérationnels en phase 1, 57 en phase 2 et toujours 25 en phase 0.

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

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

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

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

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

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

Tous les opérateurs se basent sur des protocoles stricts.

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

wachtposten in fase 1, 57 in fase 2 en 25 nog in fase 0.

De vermoede reden om niet in te stappen betreft wachtposten die onmiddellijk in fase 2 willen stappen. Mogelijk is de eenvoud onbekend waarmee men in fase 1 kan stappen. Misschien kan een onlangs verstuurd rondzendbrief deze groep overhalen.

Tijdens het begrotingsconclaaf heb ik een extra budget verworven voor de werving van 70 bijkomende operatoren binnen de noodcentrales, met het oog op de volledige uitrol van het nummer 1733. Het personeelsbeheer ervan is in handen van de FOD Binnenlandse Zaken. De FOD Volksgezondheid zal het budget via een protocolakkoord herverdelen naar Binnenlandse Zaken. Ondanks aanhoudende inspanningen van de FOD Binnenlandse Zaken kennen verschillende noodcentrales nog altijd een tekort aan operatoren. Voor duidelijke cijfers over wervingen en niet-ingevulde betrekkingen verwijs ik naar de minister van Binnenlandse Zaken.

De streefdatum voor een volledige uitrol van de 1733 in fase 2 is midden 2024. Daarvoor is in de nodige budgetten voorzien. De streefdatum is onder voorbehoud van de realisatie van de nodige wervingen.

Het nummer 1733 is een telefoonnummer met een normale zonale aanrekening. Bij heel wat abonnementsformules zit het inbegrepen in het abonnement, maar niet bij iedereen.

De medische directies van de 112-centra en de federale gezondheidsinspecties die onder de FOD Volksgezondheid vallen, volgen de kwalitatieve werking van de noodcentrales van dichtbij op. Ook de functionele leiding binnen de noodcentrales, die onder de FOD Binnenlandse Zaken valt, volgt de kwaliteit van de dienstverlening op.

Volgens beide diensten is een doorschakeling van oproepen naar een andere provincie bij lange wachttijden in een provincie te verkiezen boven het lang en mogelijk te lang laten wachten van een burger met een dringende hulpvraag.

Alle operatoren werken op basis van strikte protocollen.

03.03 Frieda Gijbels (N-VA): De minister had eerder onder meer op zijn webstek aangekondigd dat tegen begin dit jaar het nummer 1733 overal zou zijn uitgerold.

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

L'incident est clos.

04 Questions jointes de

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

04.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Le papillomavirus humain (HPV) est très contagieux. Pour en limiter la transmission et éviter les risques de cancer du col de l'utérus, les femmes de 25 à 64 ans sont invitées à réaliser un frottis qui n'est intégralement remboursé que tous les trois ans. En décembre, les ministres de la Santé ont défini une nouvelle politique: grâce à un budget de 40 millions d'euros, les femmes de 30 à 64 ans pourront bénéficier d'un test tous les cinq ans. Si celui-ci se révèle positif, le frottis classique suivra. Malgré l'invitation des autorités ou médecins, 40 % des femmes en Flandre et plus de 50 % à Bruxelles et en Wallonie ne réalisent jamais ces frottis.

Sur quelle base avez-vous déterminé cette nouvelle politique? Comment avez-vous défini la tranche d'âge des femmes et le délai de cinq ans? Quand ces tests seront-ils effectifs? Quel budget cela représente-t-il pour chaque niveau de pouvoir? Qu'en est-il du remboursement des tests? Un nouveau test HPV sera-t-il prévu dans l'année suivant le premier test positif? Ce test de vérification sera-t-il remboursé? Quel pourcentage de la population évite le dépistage? Avez-vous pris des mesures avec vos homologues pour encourager au dépistage?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Début décembre, la Conférence interministérielle de la Santé publique a décidé d'opter pour les tests HPV (papillomavirus humain) plutôt que pour la cytologie dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, sur la base des preuves scientifiques disponibles et des recommandations y afférentes tant du KCE que de l'OMS et de l'UE, qui affirment que le test HPV est plus efficace dans la lutte contre le cancer invasif du

De minister zegt niet hoeveel mensen er nog te kort zijn. Over de risico's van het doorschakelen van oproepen naar andere provincies zegt hij ook niets. Dit pijnpunt sleept al even aan. Wij blijven dit opvolgen.

Het incident is gesloten.

04 Samengevoegde vragen van

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

04.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Het humaan papillomavirus (HPV) is zeer besmettelijk. Om de overdracht van het virus te beperken en baarmoederhalskanker te voorkomen, worden vrouwen van 25 tot 64 jaar uitgenodigd om een uitstrijkje te laten maken. Dat wordt slechts eenmaal per drie jaar terugbetaald. In december hebben de ministers van Gezondheid een nieuw beleid uitgestippeld: dankzij een budget van 40 miljoen euro zullen vrouwen van 30 tot 64 jaar zich om de vijf jaar kunnen laten testen. Bij een positief resultaat kunnen ze een klassiek uitstrijkje laten maken. Ondanks de aansporing door de artsen en de overheid laat 40 % van de vrouwen in Vlaanderen en meer dan de helft van de vrouwen in Brussel en Wallonië nooit een dergelijk uitstrijkje maken.

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

04.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Begin december heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid beslist om voor baarmoederhalskankerscreening over te schakelen van cytologie naar HPV-testing (humaan papillomavirus), op basis van de beschikbare wetenschappelijke evidentie en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen zowel van het KCE als van de WHO en de EU, die stellen dat de HPV-test effectiever is in de strijd tegen invasieve

col de l'utérus. Pour les femmes âgées entre 30 et 64 ans, un test HPV est prévu tous les cinq ans; entre 25 et 29 ans, un examen cytologique reste recommandé tous les trois ans, étant donné qu'au sein de ce dernier groupe, les infections à papillomavirus humain sont fréquentes, mais disparaissent en général spontanément.

Les autorités fédérales prennent en charge les frais liés au dépistage du HPV et aux frottis. Au début de l'année 2024, la nomenclature INAMI sera modifiée pour faire de ce test HPV l'examen primaire dans le cadre du dépistage du col de l'utérus. Les entités fédérées inciteront au dépistage grâce à des campagnes de sensibilisation et aux autoprélèvements. Au cours du premier trimestre 2023, les mesures sur le terrain seront précisées avec les entités fédérées pour garantir la qualité du dépistage.

Présidente: Frieda Gijbels

04.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Le recours à ce test HPV relève d'une évidence scientifique autant que de recommandations européennes et internationales. Cette tranche d'âge permet en effet d'éviter le risque de faux positifs. Les femmes concernées attendent d'être remboursées et votre réforme ne sera mise en œuvre qu'en 2024. D'ici là, j'espère qu'une politique coordonnée permettra la prise en charge des coûts de ces tests à tous les niveaux de pouvoir. Comment veillerez-vous au respect de cette échéance? Nous devons aider les entités fédérées à sensibiliser les publics vulnérables à cette maladie. Le pouvoir fédéral doit assurer une prise en charge globale en cas de test positif, par exemple en incitant à réaliser un bilan IST.

L'incident est clos.

05 Questions jointes de

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

05.01 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Le 5 décembre, le SPF Économie a publié le résultat d'un contrôle par échantillonnage de jouets destinés à des enfants de moins de trois ans. Dix-huit des

baarmoederhalskanker. Voor vrouwen tussen 30 en 64 wordt elke 5 jaar een HPV-test gepland, tussen 25 en 29 blijft een cytologisch onderzoek om de 3 jaar aangewezen, omdat in die laatste groep HPV-infecties veel voorkomen, maar meestal spontaan verdwijnen.

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

Voorzitster: Frieda Gijbels

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

Het incident is gesloten.

05 Samengevoegde vragen van

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

05.01 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Op 5 december publiceerde de FOD Economie het resultaat van een steekproef ter controle van speelgoed voor kinderen jonger dan drie jaar.

articles contrôlés se sont révélés non conformes aux normes, et parmi ceux-ci, quatre présentaient par ailleurs un danger pour la santé.

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

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

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

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

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

Achttien van de producten bleken niet te voldoen aan de normen, waarvan er vier ook gevaarlijk zijn voor de gezondheid.

Wat vindt de minister van die studie? Welke maatregelen zal hij binnen zijn bevoegdheden nemen om consumenten en specifiek kinderen beter te beschermen tegen de gevolgen van speelgoed waarbij schadelijke producten kunnen vrijkomen?

05.02 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Uit een steekproef ter controle van speelgoed voor kinderen jonger dan drie jaar bleken achttien producten niet te voldoen aan de normen, waarvan er vier ook een gevaar opleverden voor de gezondheid. Die persistente polluenten in het lichaam van baby's, peuters en kleuters kunnen zorgen voor een brede waaier aan gezondheidsklachten en ziekten. De FOD Economie heeft waarschuwingen uitgestuurd naar de andere EU-lidstaten en vier artikelen werden meteen uit de handel gehaald.

Wat vindt de minister van de betrokken studie? Welke maatregelen zal hij binnen zijn bevoegdheid nemen om consumenten en specifiek kinderen beter te beschermen tegen dergelijk speelgoed? Hoe zal hij de Europese richtlijnen helpen aanscherpen?

05.03 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het is goed dat onze administraties markttoezichtcampagnes voeren, want niet alle producten zijn zonder risico's. De FOD Volksgezondheid zal weldra de Belgische markt controleren op de mogelijke aanwezigheid van bisfenol A in artikelen als speelgoed dat kinderen in de mond kunnen stoppen of in bakvormen. Ook de aanwezigheid van andere varianten als bisfenol B of bisfenol S zal men onderzoeken.

De staatssecretaris voor Consumentenbescherming is bevoegd voor de speelgoedwetgeving. Mijn administratie houdt uiteraard rekening met de meest kwetsbare bevolkingsgroepen bij het beoordelen van chemische producten met betrekking tot de volksgezondheid, maar onze acties zijn niet gericht op één soort product, zoals speelgoed. We hebben al initiatieven genomen als het NAPED (Nationaal Actieplan Hormoonverstoorders) om in samenwerking met de FOD Economie de stakeholders meer te sensibiliseren voor het vervangen van gevaarlijk geachte stoffen en om die vervanging op de langere termijn te bevorderen via de meest geschikte economische acties. Bisfenol S staat dankzij België op de kandidaat-lijst van de

Grâce à la Belgique, le bisphénol S figure sur la liste des substances candidates du règlement REACH, après sa classification antérieure comme substance toxique pour la reproduction de catégorie 1B en 2021.

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

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

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

De nouvelles mesures pourraient être ajoutées à la directive européenne 2009/48 pour accroître la sécurité des jouets sur le marché européen. Nous pourrions par exemple appliquer l'interdiction des CMR sur les jouets pour tous les âges, ainsi que pour tous les types de jouets où l'exposition n'est pas à exclure. En outre, d'autres classes de substances dangereuses devraient être instaurées. Toutes ces mesures suivent la direction annoncée par la Commission européenne dans sa communication Chemicals Strategy for Sustainability (CSS) de 2020, qui vise un environnement exempt de substances toxiques. Ce point est confirmé dans les conclusions du Conseil de mars 2021.

Je suis également favorable à ce que l'effet combiné potentiel de ces substances sur la santé soit pris en compte dans les évaluations des risques. En outre, la prévention doit s'appliquer à l'ensemble du cycle de vie des produits afin de minimiser l'exposition à des substances chimiques, y compris dans

REACH-verordening, na de eerdere classificatie Repro 1B in 2021.

Ik vraag mijn administratie om een strikt standpunt in te nemen om de blootstelling en de eventuele risico's voor kwetsbare groepen maximaal te beperken.

Mijn diensten zijn bevoegd voor het beheer van chemische producten qua risicobeoordeling en -beheersing en qua transversale wetgeving, met name de Europese REACH- en POP-verordeningen (*Persistent Organic Pollutants*). Zij zullen hun aanbevelingen bezorgen aan de FOD Economie met het oog op de herziening van de Europese richtlijn 2009/48/EG over de veiligheid van speelgoed.

De huidige Europese richtlijn 2009/48 stelt strikte grenswaarden vast voor gevaarlijke stoffen voor speelgoed voor kinderen jonger dan drie jaar en speelgoed dat bestemd is om in de mond te worden gestopt. Daaronder vallen de CMR-stoffen: stoffen die kankerverwekkend zijn, mutageen of giftig voor de voortplanting. Dat verbod moet strenger en uitgebreider, met ook de toepassing van het voorzorgsprincipe. Mijn diensten zullen samenwerken met de bevoegde diensten om de samenhang van de regelgevingsinstrumenten op Europees niveau te waarborgen. Het is essentieel dat de wetenschappelijke adviescomités en agentschappen op Europees niveau doeltreffend samenwerken, zowel op het vlak van de middelen als wat de samenhang van de regelgeving betreft.

Aan de Europese richtlijn 2009/48 zouden nieuwe maatregelen kunnen worden toegevoegd om de veiligheid te verhogen van speelgoed op de Europese markt. Men zou bijvoorbeeld het verbod op CMR kunnen toepassen op het speelgoed voor alle leeftijdsgroepen en ook voor alle soorten speelgoed waarbij blootstelling niet is uit te sluiten. Bovendien zouden ook andere klassen van gevaarlijke stoffen moeten worden ingevoerd. Al die maatregelen volgen de richting die de Europese Commissie heeft aangekondigd in haar CSS-mededeling 2020 (Chemicals Strategy for Sustainability) met het oog op een gifvrij milieu. In de conclusies van de Raad van maart 2021 is die bevestigd.

Ik steun ook dat het potentiële gecombineerde effect van die stoffen op de gezondheid in aanmerking wordt genomen bij risicobeoordelingen. Bovendien is ook preventie van toepassing op de hele levenscyclus van de producten om de blootstelling aan chemische stoffen, ook via het milieu, tot een

l'environnement. Je suis partisan d'un meilleur étiquetage des jouets et de mesures visant à améliorer le contrôle et la surveillance des produits sur le marché européen.

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

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

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 55032715C de M. Steven Creyelman est reportée.

06 Questions jointes de

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

06.01 Catherine Fonck (Les Engagés): La nomenclature des soins de plaies vient d'être modifiée pour les infirmiers à domicile. Le positif, c'est qu'avec une meilleure formation, la collaboration pourrait être renforcée avec le médecin. Le secteur des soins à domicile s'inquiète car l'infirmier devra rembourser ses prestations en cas de non-respect des procédures et risque une amende. Aucune période d'adaptation n'est prévue. Pour le secteur, le texte doit être amendé. De plus, les moyens pour respecter les exigences ne sont pas fonctionnels.

minimum te beperken. Ik ben voor een betere etikettering van speelgoed en voor maatregelen voor een betere controle en een beter toezicht op de producten op de Europese markt.

05.04 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Ik vind het vreemd dat ik weer naar de staatssecretaris voor Consumentenbescherming wordt verwezen en heb het gevoel dat ik niet vooruit raak. In het verbieden, aanscherpen en uitbreiden van de regels, met inbegrip van het voorzorgsprincipe, steunen wij de minister ten volle. Voorts vertrouwen de consumenten erop dat de overheid zulke schadelijke stoffen niet op de markt toelaat.

We moeten er ook voor zorgen de vervanging, die vaak even schadelijk is, voor te blijven, zodat we niet opnieuw dezelfde fouten maken als 20 jaar geleden.

Het incident is gesloten.

De **voorzitster**: Vraag nr. 55032715C van de heer Steven Creyelman wordt uitgesteld.

06 Samengevoegde vragen van

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

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

Aux questions des infirmiers, l'INAMI apporte des réponses vagues. Que se passe-t-il si l'infirmière-relais ne passe pas à temps ou si le médecin ne donne pas son avis? Les sanctions sont-elles uniquement prévues pour l'infirmier qui facture les soins de plaies? En cas de prescription du médecin au début de la prise en charge, faut-il le prévenir dans les 5 jours? En cours de traitement, la visite du médecin remplace-t-elle l'avis des 6 semaines?

Les représentants des infirmiers à domicile pensent que la concertation a été bâclée. De nouvelles discussions sont nécessaires pour préciser ou modifier certains points.

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

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

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

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

06.03 Laurence Zanchetta (PS): Dans les nouvelles directives transmises par l'INAMI aux infirmiers à domicile pour les soins de plaies, le remboursement est conditionné à l'envoi de photos au médecin tout au long du traitement. Des groupements contestent ces règles, parfois par voie judiciaire. Outre la charge administrative importante, il s'agit du traitement de données sensibles qui mettent mal à l'aise des patients, vu les zones du corps à photographier.

Quel est l'objectif de cette modification? Les photos doivent-elles être transmises au médecin prescripteur ou traitant? Comment doivent-elles être transmises? Un cadre sécurisé a-t-il été mis en place? Qu'en est-il du traitement de ces données de santé? Le consentement éclairé explicite du patient est-il requis? Si celui-ci refuse, quid de la poursuite des soins et du remboursement? L'avis de l'Autorité de protection des données (APD) a-t-il été sollicité?

Het RIZIV reikt vage antwoorden aan op de vragen van de verpleegkundigen. Wat gebeurt er als de referentieverpleegkundige niet op tijd langskomt of als de arts geen advies verstrekt? Wordt er alleen voor de verpleegkundige die de wondzorg factureert in sancties voorzien? Als de arts bij het begin van de behandeling een voorschrift aflevert, moet men hem of haar dan binnen de 5 dagen verwittigen? Als de arts tijdens de behandeling langskomt, vervangt dat huisbezoek dan het advies dat op het einde van week zes verstrekt moet worden?

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

06.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Sinds december 2022 is er een nieuwe regeling voor de thuisverpleging. Voor wondzorg is er geen voorschrift meer nodig, maar de verpleegkundige moet foto's nemen en die digitaal doorsturen. Er is daardoor enige bezorgdheid ontstaan over de privacy van de patiënten.

Hoe kwam deze beslissing tot stand? Werd er overlegd en met wie?

Het digitale platform zou nog te kampen hebben met kinderziektes. Wanneer zullen die opgelost zijn?

Hoe kan de privacy van de patiënten gegarandeerd worden? Is er een probleem als de foto's gemaakt worden met de persoonlijke gsm van de verpleegkundige?

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

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

La charge administrative pour les soignants a-t-elle été évaluée?

06.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre (*en français*): L'adaptation de la nomenclature des soins de plaie résulte d'une très longue concertation y compris entre l'INAMI et les représentants des infirmiers et des mutualités. Après son approbation en octobre 2021, elle a été soutenue par tous les acteurs, qui ont voulu laisser le temps à chacun de s'y préparer. Elle n'est entrée en vigueur qu'en décembre 2022. On a décidé du report vu la complexité de la réforme.

L'INAMI, le secteur des soins infirmiers et les organismes assureurs sont conscients des efforts pour sa mise en œuvre mais veulent une évolution des soins en améliorant le suivi des plaies, en valorisant les honoraires et en prenant en compte l'expertise infirmière.

Un suivi proactif des questions et des problèmes techniques est effectué et un monitoring des mesures est prévu. L'INAMI travaille à clarifier les inquiétudes du terrain; un document FAQ est disponible sur son site. Des concertations auront lieu prochainement avec les représentants des infirmiers et médecins. La Commission de conventions infirmiers-organismes assureurs pourra proposer des adaptations à cette nouvelle réglementation. Je renvoie à cette FAQ pour les questions ponctuelles.

La photographie de la plaie, élément de suivi dans le dossier infirmier, n'est à disposition que de l'infirmier, de l'infirmier-relais – quand un avis externe est demandé – et du médecin impliqué.

La nouvelle réglementation supprime la prescription par le médecin en reconnaissant le diagnostic de l'infirmier. La photographie a été proposée comme garantie pour un traitement optimal. Les directives stipulent qu'il faut informer le patient des raisons des photos. Le fait que les photos font partie du dossier de soins et doivent être partagées avec les médecins signifie qu'il ne faut aucun consentement éclairé distinct. Il faut une photo de la plaie et non du patient et elle n'est accessible qu'à ceux qui ont un lien thérapeutique avec le patient.

La communication avec le médecin vise à signifier le

het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit ingewonnen? Werden de administratieve lasten voor de zorgverleners geëvalueerd?

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

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

Vragen en technische problemen worden proactief opgevolgd, en de maatregelen zullen gemonitord worden. Het RIZIV levert inspanningen om de onrust op het terrein weg te werken. Zo staat er op zijn website een FAQ. Binnenkort wordt er overlegd met de vertegenwoordigers van de artsen en verpleegkundigen. De Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen kan voorstellen doen om aanpassingen door te voeren aan de nieuwe regelgeving. Ik verwijs u door naar de FAQ voor de specifieke vragen.

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

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

De mededeling aan de arts is bedoeld om het begin

début du traitement de la plaie, elle doit être sécurisée vu les données personnelles du patient. L'utilisation du eHealthBox est une possibilité, comme l'envoi postal. La photo prise au premier changement de pansement est ajoutée au dossier infirmier du patient et est à disposition du médecin. Ceci ne signifie pas qu'elle est envoyée systématiquement. Si le médecin a accès au dossier, il pourra la consulter; si elle est déposée dans le dossier électronique sur un hub, elle sera à disposition du médecin.

L'infirmier doit s'assurer que le médecin ait accès à une photo de la plaie pour un suivi ou un avis éventuel. Le dossier patient contient une photo de la plaie, renouvelée toutes les deux semaines en cas de soins de plaie complexe, prolongée une fois sept jours pour les plaies simples.

La photographie est un élément du dossier infirmier, uniquement accessible aux dispensateurs de soins impliqués dans le traitement de la plaie. La prise de la photo faisant partie de la prestation de soins, il ne faut pas demander au patient un consentement éclairé distinct. Pour cette raison, on n'a pas sollicité un avis à l'APD. Un refus de la photographie implique que le tarif est entièrement à charge du patient, une facturation à la mutuelle étant impossible. En cas de refus, le praticien tient tout de même à jour un dossier de soin de plaie.

Il subsiste des problèmes techniques dans l'envoi des données. En attendant de les régler, on tolère à titre exceptionnel que les infirmiers ne procèdent pas à la communication de ces données au médecin traitant.

Il est exceptionnellement toléré, jusqu'au 28 février, que les infirmiers ne fassent pas la communication et attestent les soins sur la base d'une prescription médicale conservée dans le dossier infirmier. La eHealthBox peut être un moyen de communication, mais son stockage est limité et les messages ne sont conservés que 90 jours. Il est conseillé d'utiliser un hub comme Vitalink pour sauvegarder la photo de manière sécurisée et la rendre directement accessible aux médecins ayant un lien thérapeutique avec le patient. Plusieurs logiciens infirmiers prévoient la communication avec les hubs, d'autres le font via les plateformes chiffrées. Un suivi envisagera les possibles améliorations.

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

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

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

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

Het is bij wijze van uitzondering toegelaten, tot 28 februari, dat de verpleegkundigen de gegevens niet doorsturen en de zorgverstrekking attesteren op basis van een medisch voorschrift dat in het verpleegkundig dossier bijgehouden wordt. De eHealthBox kan als communicatiemiddel fungeren, maar de opslagruimte is beperkt en de berichten worden slechts 90 dagen bewaard. Er wordt geadviseerd om een hub zoals Vitalink te gebruiken om de foto op beveiligde wijze op te slaan en direct toegankelijk te maken voor de artsen die in een therapeutische relatie staan tot de patiënt. Verscheidene verpleegkundige applicaties voorzien in de mogelijkheid van gegevensuitwisseling via de hubs, andere doen dat via de versleutelde platformen. In het kader van de opvolging zal er bekeken worden welke verbeteringen er mogelijk

zijn.

Les échanges d'information pour la prescription existaient déjà entre le médecin et l'infirmier. La nouvelle réglementation offre un système structuré. La photo dans le dossier infirmier améliore le suivi de la plaie, y compris pour les dispensateurs de soin externes, et réduit donc le temps de traitement. Les honoraires sont revalorisés pour les soins de plaie complexes, les cas rares et orphelins. Après maximum six semaines, une demande d'avis extérieur peut aider à mieux traiter la plaie.

En ce qui concerne la facturation, les hôpitaux ne peuvent actuellement pas notifier le message nécessaire, qui n'est pas encore prévu par les logiciels. Ce problème a été signalé en novembre, mais concerne peu de cas. Le groupe de travail en débattrait avec les organismes assureurs et le Collège intermutualiste national.

Cette réforme vise un meilleur suivi des soins de plaie en valorisant les honoraires et en reconnaissant l'expertise infirmière, et en supprimant l'obligation de prescription. Un dossier infirmier plus complet et une communication avec les médecins sont aussi requis pour un traitement et un suivi optimal. Ces éléments ont été proposés par les représentants du secteur afin de garantir la qualité des soins. Ce ne sont donc pas des moyens de contrôle.

06.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Il faut de la souplesse si la mesure exceptionnelle ne suffit pas jusqu'au 28 février. La photo fait partie intégrante du secret médical et il faut veiller à ce que l'INAMI ne l'utilise pas pour un contrôle, même a posteriori.

On aurait dû prévoir une période de battement de quelques mois, le temps que les patients soient informés et convaincus. Il n'est pas trop tard: on peut encore le faire. En outre, l'infirmier ne peut être sanctionné en cas de refus du patient sans risquer de perdre en qualité des soins et de provoquer des complications.

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

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

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

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

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

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

06.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Het is goed dat er nog wordt overlegd en dat is duidelijk ook nodig. Ik blijf vragen hebben bij de kwestie van de privacy. De foto wordt dan wel versleuteld verzonden, hij wordt ook altijd ergens opgeslagen op de gsm van de verpleegkundige. We moeten daar heel voorzichtig mee zijn. Het argument dat de foto deel uitmaakt van het wondzorgdossier is niet overtuigend. Het ware beter geweest om daarover

un argument convaincant. Il aurait été préférable de solliciter l'avis de l'APD à ce sujet.

het advies van de GBA te vragen.

06.07 Laurence Zanchetta (PS): Nous resterons vigilants au traitement donné à ce sujet sensible.

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

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

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

07.01 Frieda Gijbels (N-VA): In juni 2021 zei de minister dat er tot dan toe 1,3 miljoen euro was geïnvesteerd in de Coronalert-app.

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

Hoeveel heeft de app nu uiteindelijk gekost? Is de impact van de app op de volksgezondheid al onderzocht? Hoeveel keer lieten mensen zich testen vanwege een melding op de app? Hoeveel besmettingen, ziekenhuisopnames en overlijdens heeft men daardoor kunnen voorkomen?

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

07.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De Coronalert-app kostte ongeveer 2 miljoen euro. Op 31 oktober 2022 werd de app gedesactiveerd. Tussen september 2020 en eind oktober 2022 werd de app 4,2 miljoen keer gedownload. Volgens een schatting waren er tussen 1,5 en 2 miljoen actieve gebruikers.

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

Sinds januari 2021 werkte Coronalert als een enkele applicatie op Europees niveau met ongeveer 100 miljoen gebruikers in 19 landen. Via de app werden er 1,76 miljoen testresultaten ontvangen, waarvan er 340.000 positief waren.

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

In totaal hebben 123.000 gebruikers na een positieve test andere gebruikers verwittigd. We weten niet hoeveel mensen in totaal werden verwittigd, want die gegevens worden om privacyredenen niet verzameld. Naar schatting zouden echter 370.000 tot 600.0000 gebruikers een verwittiging voor een hoogrisicocontact hebben ontvangen en ongeveer twee keer zoveel voor een laagrisicocontact; Zij werden binnen de 4 tot 8 uur verwittigd, wat sneller is dan bij een manuele contactopsporing. Er werden ook méér contacten verwittigd dan bij manuele contactopsporing, omdat men via de app ook mensen kan verwittigen die men niet kent.

Je pense que cela nous a permis de limiter le nombre d'infections, mais ce ne sont que des supputations. Il est difficile de quantifier les

Ik denk dat we daarmee het aantal besmettingen hebben kunnen beperken, maar daarover kan men alleen maar gissen. Het is moeilijk om de

avantages sanitaires de l'application en termes d'infections, d'hospitalisations et de décès.

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

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

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

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

L'incident est clos.

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

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

Comment s'assure-t-on que le budget parvienne aux personnes qui en ont besoin? Comment peut-on

gezondheidswinst van de app in termen van besmettingen, ziekenhuisopnames en overlijdens te kwantificeren.

Een vergelijkbare app in Engeland en Wales verzamelde veel meer data. Op basis daarvan concludeerde een studie in het tijdschrift *Nature* dat in een periode van 3 maanden op het einde van 2020 tussen de 284.000 en 594.000 besmettingen en tussen de 4.200 en 8.700 doden zijn vermeden. Men kan die resultaten echter moeilijk naar België extrapoleren, omdat we een ander gezondheidssysteem hebben en we in de onderzochte periode nog niet over vaccins beschikten. Volgens de meest pessimistische schatting zijn er dankzij de app tienduizenden besmettingen en tientallen overlijdens vermeden.

Een gebruikersstudie van de KU Leuven en het Max Planck Institute toont aan dat de Coronalert-app de gebruikers toeliet hun eigen risico's beter in te schatten en hun gedrag aan te passen. Dat mensen daardoor meer controle kregen over hun eigen situatie is sowieso een positief aspect, ook al is het moeilijk in cijfers te vatten.

07.03 Frieda Gijbels (N-VA): Ik betreur dat er zo weinig onderzoek wordt gedaan. Andere landen hebben de effecten wel grondiger onderzocht. Ik heb het ook altijd jammer gevonden dat de overheid niet meer moeite heeft gedaan om het gebruik van de app te promoten.

Als ik de kosten deel door het aantal positieve testresultaten dat in de app werd gemeld, kom ik uit op een bedrag van 16 euro per positief testresultaat. Daaruit mogen we eigenlijk toch besluiten dat de app is mislukt.

Het incident is gesloten.

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

08.01 Frieda Gijbels (N-VA): Sinds 1 juli 2022 is er een tegemoetkoming in de eerstelijnszorg voor postcovidzorg aan patiënten. Recent zijn er in dat verband richtlijnen gepubliceerd over de diagnose, de opvolging en de revalidatie. Als er aanhoudende klachten zijn vanaf vier weken na een acute infectie kan er gesproken worden over een postcovidproblematiek. Dat is natuurlijk voor interpretatie vatbaar.

Hoe wordt er op toegezien dat het budget de juiste mensen bereikt? Hoe kan het onderscheid gemaakt

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

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

Le rôle de coordinateur des soins fait l'objet d'une évaluation. Il peut s'agir du médecin généraliste, qui peut par exemple déléguer des tâches à l'infirmier praticien. Dans les mois qui viennent, l'évaluation du trajet de soins sera mise au point et pourra, le cas échéant, servir de base à une adaptation de la réglementation.

L'incident est clos.

09 Questions jointes de

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

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

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

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre (en néerlandais): Une collecte de données efficace et

worden met aandoeningen met gelijkaardige symptomen, zoals CVS of fibromyalgie? Welke rol heeft de verpleegkundige in het multidisciplinaire team dat kan worden ingeschakeld in de postcovidzorg? Wanneer zullen de indicatoren voor de evaluatie beschikbaar zijn? Hoe wordt erop toegezien dat er geen overbodige onderzoeken gebeuren, maar dat er wel tijdig wordt doorverwezen?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): De huisarts is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose. De richtlijnen voor de opvolging en revalidatie in de eerste lijn werden gepubliceerd op de website van het Evidence Based Practice Net.

In een evaluatie wordt de rol van zorgcoördinator bekeken. Dat kan de huisarts zijn, die taken mag delegeren aan bijvoorbeeld de praktijkverpleegkundige. In de komende maanden wordt de evaluatie van het zorgtraject uitgewerkt. Op basis daarvan kan de regelgeving dan worden bijgestuurd.

Het incident is gesloten.

09 Samengevoegde vragen van

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

09.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Ongeveer de helft van de patiënten die tussen 2016 en 2018 het geneesmiddel Opdivo kregen, is binnen een jaar na de start van de behandeling overleden. In 2019 gaat het al om bijna 70 %. Voor Keytruda werd dezelfde vaststelling gedaan. Het gaat om een vrij dure behandeling van ongeveer 100.000 euro per jaar per patiënt. Beide geneesmiddelen behoren tot de immunotherapeutica en worden pas onder beperkte voorwaarden en in welbepaalde stadia van een ziekte terugbetaald.

Hoe interpreteert de minister deze cijfers van het InterMutualistisch Agentschap (IMA)? Is er wetenschappelijke evidentie om de immunotherapeutica bij agressieve tumoren eventueel sneller in het ziekteproces toe te passen en terug te betalen, met betere prognoses als gevolg?

09.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Een goede dataverzameling en de

l'analyse de ces données sont particulièrement importantes dans le cadre de l'élaboration de la politique. J'attache beaucoup d'importance à cette analyse de l'AIM.

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

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

Les évaluations de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) ont également révélé que toutes les indications enregistrées et/ou remboursables des immunothérapies dont il est question ne donnaient pas des résultats aussi satisfaisants dans les études cliniques et que, dans certains cas, l'avantage en termes de survie était plutôt limité. En outre, le remboursement de ces thérapies revêt un caractère conditionnel. En effet, elles sont soumises à un contrat. De nouvelles évaluations seront effectuées par la CRM à l'avenir. Une conséquence possible pourrait être qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour continuer à financer le remboursement d'une indication donnée.

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

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

La "survie" est un outil de mesure des résultats quantifiables. Parmi les patients ayant suivi une immunothérapie, 35,1 % sont décédés moins de 6 mois après le début du traitement. L'immunothérapie ayant, dans un premier temps, été introduite à des stades avancés de cancer, on peut

analyse daarvan zijn heel belangrijk bij het maken van beleid. Ik hecht veel belang aan deze analyse van het IMA.

De werkzaamheid van nieuwe kankermedicijnen is een aandachtspunt. Het uiteindelijke effect in de dagelijkse klinische praktijk is niet altijd hetzelfde als ingeschat op het moment van de marktvergunning. Studies die de resultaten in de klinische praktijk opvolgen, zouden meer moeten gebeuren. Voor immunotherapie zijn er eerder positieve effecten op de overleving vastgesteld voor bijvoorbeeld melanomen en gemetastaseerde longkanker. Voor andere kankertypes is het effect veel minder duidelijk.

De sterke toename van het aantal hiermee behandelde patiënten tussen 2016 en 2018 is waarschijnlijk voor een groot deel te wijten aan het feit dat er in die periode ook een toename geweest is van vergoedbare indicaties voor deze geneesmiddelen. Dat zou een waardevolle aanvulling kunnen zijn op de studie.

Ook uit de evaluaties van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) is gebleken dat niet voor alle geregistreerde en/of vergoedbare indicaties van de immunotherapieën waarvan sprake, even goede resultaten bekomen zijn in klinische studies en dat het overlevingsvoordeel in sommige gevallen eerder beperkt was. Bovendien kent de vergoeding van deze therapieën een conditioneel karakter. Ze zitten immers onder contract. Nieuwe evaluaties door de CTG zullen in de toekomst volgen. Een mogelijk gevolg kan zijn dat er onvoldoende evidentie is om de vergoeding van een bepaalde indicatie nog langer te financieren.

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

Het IMA-rapport gebruikte de IMA-data als enige bron, zonder gegevenskoppeling met het Kankerregister. Het was bijgevolg niet mogelijk om te weten welke kankerdiagnose de patiënt had.

'Overleving' is een heel harde uitkomstmaat. Van de patiënten overleed 35,1 % minder dan 6 maanden na de start van de immunotherapie. Aangezien immunotherapie eerst werd ingevoerd in geavanceerde stadia van kanker, kan een eerder hoge mortaliteit worden verwacht. Immunotherapie

s'attendre à une mortalité assez élevée. En outre, l'immunothérapie ne fonctionne pas chez tous les patients. Le défi consiste à mieux axer le traitement sur les patients qui pourront en tirer profit. Pour ce faire, nous avons besoin de meilleurs marqueurs préventifs.

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

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

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

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

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

L'incident est clos.

Président: Thierry Warmoes

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

slaat ook niet bij alle patiënten aan. De uitdaging bestaat erin de behandeling beter te richten op patiënten die er voordeel uit kunnen halen. Daarvoor hebben we betere preventieve merkers nodig.

Bij de recente KCE-studie werden de IMA-gegevens wel gekoppeld met het Kankerregister. In het KCE-rapport wordt geconcludeerd dat bij nieuwe oncologische medicijnen het effect op overleving en op de levenskwaliteit vaak onvoldoende bekend is als het op de markt komt en dat de uiteindelijke meerwaarde later zeer beperkt of zelfs afwezig blijkt te zijn. Bij de uitvoering van de KCE-studie was de introductie van immunotherapie nog eerder recent. De analyse later nog eens herhalen is dan ook aangewezen.

Een aantal agressieve tumoren is gevoelig voor immunotherapie. Deze identificeren of ze gevoelig maken voor immunotherapie is een belangrijke uitdaging voor de toekomst.

In België kennen we voor immunotherapie met PD-L1-remmers een uitzonderlijke vorm van vergoeding. We willen dat patiënten zoveel mogelijk kunnen profiteren van de nieuwste geneesmiddelen, maar we willen er ook voor zorgen dat de kosten die de bedrijven vragen, in overeenstemming zijn met de therapeutische waarde. Het zo efficiënt mogelijk inzetten van middelen is een van mijn prioriteiten. De evidentie voor deze uitzonderlijke en conditionele vorm van snelle terugbetaling wordt systematisch geëvalueerd door de CTG.

09.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Snelle toegang tot innovatie blijft voor Belgische patiënten een probleem.

In dit antwoord ontbreekt de mogelijkheid om actief een *pay for performance* in te lassen in de sector van immunotherapeutica van geavanceerde kankerbehandelingen. In geval van de beperking van de maatschappelijke kosten is een *pay for performance* zeker een mogelijkheid en moeten we er ook voor zorgen dat het bepalen van het DNA van de tumoren terugbetaald wordt.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: Thierry Warmoes

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

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

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

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

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

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

Aujourd'hui, seuls les soins non urgents et planifiables sont reportés. Cependant, comme il peut s'agir de soins importants, le HTSC demande que ces soins différés soient signalés à l'inspection d'hygiène fédérale afin qu'une solution puisse être recherchée avec les hôpitaux. L'unité Audit Hôpitaux

10.01 Frieda Gijbels (N-VA): Door de gelijktijdige circulatie van COVID-19, griep en RSV hebben de ziekenhuizen het momenteel zeer druk. Hier en daar moet niet-dringende zorg worden uitgesteld. Beschikken we over een gedetailleerd overzicht van waar welke zorg uitgesteld wordt? Waar zitten de knelpunten? Op welke wijze wordt het aantal beschikbare bedden gemonitord? Wordt enkel de niet-dringende zorg uitgesteld of komt er ook al dringende zorg in het gedrang?

Wat was de oorzaak van de oversterfte in de december 2022? Hoe snel kennen we de oorzaken van de sterfgevallen? Op welke manier wordt er voorzien in de opschaalcapaciteit in de ziekenhuizen?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Het uitstellen van zorg is niet nieuw, dat gebeurde voor de covidcrisis ook al. Tijdens de covidcrisis was het uitstel structureel en door de overheid opgelegd. Vandaag reguleren de ziekenhuizen opnieuw zichzelf. Wij moeten evenwel waakzaam zijn. Het *Hospital & Transport Surge Capacity* (HTSC)-comité volgt de situatie nauwgezet op.

De redenen voor het uitstellen van zorg verschillen per ziekenhuis. Het kan gaan om ziekte van een specialist zelf, om technische problemen, zoals een toestel dat in panne valt, om personeelstekort of om een grote instroom van andere aandoeningen waardoor er een tijdelijk gebrek is aan zorgcapaciteit. Ik heb geen gedetailleerd zicht op de redenen voor uitstel in elk individueel ziekenhuis.

Tijdens de covidpandemie heeft het HTSC het mandaat gekregen om het aantal gesloten bedden op te volgen. Sinds de zomer van 2022 daalt het aantal gesloten bedden. Vandaag zijn er 2.585 gesloten bedden in de ziekenhuizen en 157 gesloten ICU-bedden. De pieken in de zorg wegens bronchiolitis en griep vallen buiten het mandaat van het HTSC, maar men heeft gevraagd om de beschikbare bedden capaciteit tijdelijk gedetailleerder weer te geven door de beschikbaarheid van geriatrie bedden en bedden voor interne geneeskunde te registreren.

Vandaag wordt enkel niet-dringende, planbare zorg uitgesteld. Omdat het echter wel om belangrijke zorg kan gaan, vraagt het HTSC om deze uitgestelde zorg te melden aan de federale gezondheidsinspectie, zodat samen met de ziekenhuizen naar een oplossing kan worden gezocht. Het team Audit

continue d'analyser les soins reportés. L'augmentation graduelle du nombre de lits s'effectue par le biais du Surge Capacity Plan du HTSC. Après quelques évaluations, ce plan est au point, même si nous continuons à l'évaluer.

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

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

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

L'incident est clos.

11 Questions jointes de

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

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

Ziekenhuizen blijft de analyse maken van de opgelopen uitgestelde zorg. Opschaling gebeurt via het Surge Capacity Plan van het HTSC. Na enkele evaluaties staat dit plan op punt, al blijven we verder evalueren.

Sciensano volgt de oversterfte op via het project Belgian Mortality Monitoring (Be-MOMO). Sciensano heeft drie maanden nodig om de gegevens te verzamelen en te analyseren. Volgens Be-MOMO was er geen significante oversterfte begin december 2022. Voor de weken 49 en 50 was er slechts één signalering. Risicofactoren voor oversterfte zijn de lage temperaturen, de concentratie fijnstofdeeltjes en de toename van luchtweginfecties in de maanden november en december. Voor informatie over doodsoorzaken uit de overlijdensaktes lopen we 2 tot 3 jaar achter.

10.03 Frieda Gijbels (N-VA): Omdat er nog zorg uit de coronaperiode moet worden ingehaald, ligt het opnieuw uitstellen van zorg erg gevoelig. De vraag is hoe we de reguliere zorg zo veel mogelijk kunnen verzekeren. Het gaat niet enkel om beddenscapaciteit, de personeelsproblematiek is belangrijker.

Volgens de tabellen van Sciensano was er wel degelijk oversterfte in december. Ik hoop dat daarover snel duidelijkheid komt. We zouden ook veel sneller moeten weten wat de oorzaken van oversterfte zijn, zodat we kunnen ingrijpen.

Het incident is gesloten.

11 Samengevoegde vragen van

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

11.01 Frieda Gijbels (N-VA): Sciensano weigert nog steeds om data openbaar te maken over de verschillen in ligduur en mortaliteit ten gevolge van covid in de verschillende ziekenhuizen. Nochtans heeft de Commissie voor de toegang tot en het

documents administratifs a pourtant confirmé l'importance de la publication de ces données pour la population.

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

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

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

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

11.02 Catherine Fonck (Les Engagés): La transparence en matière de données de santé laisse à désirer. Sciensano a-t-il des données complètes sur les taux de décès dus au covid par hôpital? Si oui, qu'est-ce qui empêche leur divulgation? Il y a certes une réalité plurielle des patients, en fonction de l'âge, des comorbidités, etc. Mais il existe de scores de gravité pour définir le risque de mortalité, qui permettraient d'effectuer des comparaisons.

Vous évoquez l'*appropriate care*. Les indicateurs de performance devraient être rendus publics, car l'opacité ouvre la porte à toutes sortes d'interprétations.

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

Pour en revenir à votre question, je partage le souhait des auteurs de la question de mieux évaluer la qualité des soins de santé et de partager ces données avec le public de manière transparente. Je

hergebruik van bestuursdocumenten bevestigt dat de openbaarmaking van die gegevens van groot belang is voor de bevolking.

Tijdens de covidcrisis was de rapportage van gegevens inzake de ligduur en mortaliteit facultatief, waardoor er een onvolledig en vertekend beeld is ontstaan over de impact van de pandemie. De minister zou een KB hebben voorbereid om de ziekenhuizen te verplichten die gegevens openbaar te maken, maar dat zou on hold gezet zijn.

Klopt het dat de minister dat KB heeft opgesteld? Welke gegevens zouden de ziekenhuizen openbaar moeten maken? Waarom werd het KB on hold gezet? Is het sowieso geen goed idee om ziekenhuizen te laten rapporteren over hun processen en uitkomsten?

Wordt er gewerkt aan een eenvoudige, liefst geautomatiseerde manier van rapporteren? Worden bepaalde benchmarkingtools gebruikt?

Werd er een onderzoek opgestart naar de verschillen in ligduur en overlijdenspercentages in de ziekenhuizen? Zo ja, wanneer worden de resultaten verwacht?

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

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

11.03 Minister Frank Vandenbroucke (Nederlands): Ik wil eerst iets rechtzetten uit mijn antwoord op de vorige vraag van mevrouw Gijbels. Ik heb daarnet ietwat gedateerde cijfers gegeven voor week 49 en 50. In week 51 is er echter wel degelijk een vrij hoge oversterfte vastgesteld. Die informatie is ondertussen ook beschikbaar op de website van Sciensano.

Wat nu deze vraag betreft: ik deel de wens van de vraagstellers om de kwaliteit in de zorg beter te evalueren en die gegevens ook op een transparante manier te delen met het publiek. Ik ben daarover in

suis en concertation avec Sciensano à ce sujet. Il est notamment relevé que le nombre de décès en soi est un mauvais indicateur de la qualité des soins si ce chiffre n'est pas pondéré en fonction d'autres éléments qui influencent la mortalité. Il s'agit notamment des caractéristiques du patient lui-même, qui peut ou non avoir présenté une pathologie sous-jacente, par exemple.

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

Les hôpitaux étaient obligés de transmettre des chiffres quotidiens, mais ces chiffres ne comprenaient pas de données cliniques. Les données cliniques des patients covid ont été recueillies par Sciensano dans une *clinical survey*. Cependant, il s'agissait d'une collecte de données volontaire, à laquelle tous les hôpitaux n'ont pas participé. Les hôpitaux qui ont participé n'ont pas non plus enregistré tous leurs patients. Certains n'ont enregistré que les décès, tandis que d'autres n'ont pas enregistré les décès. Par conséquent, selon Sciensano, ces données ne peuvent pas servir d'échantillon représentatif.

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

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

Les deux systèmes de rapportage ont été développés pour la surveillance épidémiologique du Covid-19 sévère, et non pour l'évaluation comparative de la mortalité par hôpital. Les données

overleg met Sciensano. Zij wijzen er onder meer op dat het aantal sterfgevallen op zich een slechte indicator is voor de zorgkwaliteit als dat cijfer niet wordt gewogen met andere elementen die de mortaliteit beïnvloeden. Het gaat dan over kenmerken van de patiënt zelf, die bijvoorbeeld al dan niet een onderliggende aandoening kan gehad hebben.

Gewogen sterftcijfers of *standardized mortality rates* zijn wel een goede kwaliteitsindicator. Ik vind dat we die cijfers moeten berekenen en publiceren, maar Sciensano wil dat op dit ogenblik niet doen. Ze heeft daarvoor legitieme argumenten, die te maken hebben met het opzet van de gegevensinzameling inzake covid.

Ziekenhuizen werden verplicht dagelijks cijfers door te geven, maar die cijfers bevatten geen klinische data. De klinische data van covidpatiënten werden door Sciensano verzameld in een *clinical survey*. Dat ging echter om een vrijwillige gegevensverzameling, waaraan niet alle ziekenhuizen hebben deelgenomen. De ziekenhuizen die wel deelnamen, hebben ook niet al hun patiënten geregistreerd. Sommige hebben alleen de sterfgevallen geregistreerd, andere hebben geen sterfgevallen geregistreerd. Daarom zijn die gegevens volgens Sciensano niet bruikbaar als representatieve steekproef.

De epidemiologische surveillance van gehospitaliseerde covidpatiënten door Sciensano bestaat uit twee surveillancesystemen, de *surge capacity survey* en de *clinical hospital survey*. De eerste verzamelt geaggregeerde gegevens – aantal opnames, aantal overlijdens per ziekenhuis – zonder gedetailleerde, individuele patiënteninformatie, maar ze is verplicht. De tweede verzamelt wel individuele patiënteninformatie, zoals de leeftijd en het geslacht, maar ze is dan weer niet verplicht.

Sciensano heeft de gegevens per ziekenhuis niet beschikbaar gesteld voor het publiek op basis van de uitzonderingsgrond in artikel 27, § 1, 1° van de wet van 5 augustus 2006 betreffende de toegang van het publiek tot milieu-informatie. De Federale Beroepscommissie voor de toegang tot milieu-informatie was in een advies van oordeel dat met de openbaarmaking van de gegevens uit de *clinical hospital survey* schade zou kunnen worden toegebracht aan de volksgezondheid, omdat ziekenhuizen minder of anders zouden rapporteren. Daardoor zouden de gegevens de realiteit niet meer weerspiegelen.

De twee rapporteringssystemen werden ontwikkeld voor de epidemiologische monitoring van ernstige COVID-19, niet voor een mortaliteitsbenchmarking per ziekenhuis. Daarvoor ontbreken de nodige

nécessaires font défaut à cet effet. Le *surge capacity survey* ne permet pas de corriger le chiffre en fonction de l'âge, du sexe et des affections sous-jacentes, tandis que le *clinical hospital survey* n'est pas obligatoire et ne permet pas de corriger le chiffre sur la base de la gravité de la maladie lors d'une hospitalisation.

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

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

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

Je pense que nous devons absolument progresser à l'avenir, mais je demande également de la compréhension pour le fait que, pendant la période difficile que les hôpitaux ont traversée, ceux-ci se sont déjà beaucoup plaints de la surcharge de travail liée aux obligations d'enregistrement.

11.04 Frieda Gijbels (N-VA): Les données brutes nécessitent certes une interprétation plus poussée, mais on peut en déduire certaines tendances. Elles pourraient donner lieu à un examen plus approfondi et à un dialogue avec les hôpitaux concernés. On

gegevens. De *surge capacity survey* kan het cijfer niet corrigeren voor leeftijd, geslacht en onderliggende aandoeningen, terwijl de *clinical hospital survey* niet verplicht is en niet kan corrigeren voor de ernst van de ziekte bij opname in het ziekenhuis.

Uit een vergelijking van de twee *surveys* blijkt een onder- of overrapportage door de ziekenhuizen van de sterftecijfers in de *clinical hospital survey*. Die bias kan niet worden gecorrigeerd door het toevoegen van patiëntfactoren. Zonder informatie over de ernst van de ziekte kan men ook geen onderscheid maken tussen een ziekenhuis dat milde covidgevallen opneemt en een ziekenhuis dat kritisch zieke patiënten opneemt.

Wegens de dalende deelnamegraad aan de *clinical hospital survey* werd in de zomer van 2021, toen de zeer virulente deltavariant circuleerde, een KB voorbereid om de deelname aan de studie te verplichten. Ondertussen is de epidemiologische situatie opnieuw veranderd, met de minder ziekmakende omikronvariant en een toename van andere virale infecties zoals influenza en RSV, die niet worden opgevolgd in de *clinical hospital survey*. Andere surveillancesystemen zoals SARI volgen de circulatie van die virale respiratoire infectieziekten op. Om die reden hebben we besloten om meer te investeren in die surveillance gedurende het hele jaar en zijn we gestopt met de ontwikkeling van het KB. Het auditeren van ziekenhuizen en het opvolgen van de zorgkwaliteit vallen buiten het kader van de epidemiologische surveillance van Sciensano.

De FOD Volksgezondheid, het FAGG en het RIZIV hebben de Eenheid Audit Ziekenhuizen opgericht, die thematische audits in ziekenhuizen uitvoert om de doelmatigheid van de gezondheidszorg te verhogen. Deze eenheid heeft een tussentijds rapport gepubliceerd over de impact van de uitgestelde zorg door COVID-19. Er loopt momenteel geen audit over de kwaliteit van de zorg in het kader van de COVID-19-mortaliteit.

Ik vind dat we in de toekomst zeker vooruitgang moeten boeken, maar ik vraag ook begrip voor het feit dat de ziekenhuizen in de moeilijke periode die ze hebben doorgemaakt, al heel erg hun beklag deden over de registratieoverlast.

11.04 Frieda Gijbels (N-VA): De ruwe gegevens moeten inderdaad verder geïnterpreteerd worden, maar men kan daaruit wel bepaalde tendensen afleiden. Ze kunnen de aanleiding vormen voor verder onderzoek en dialoog met de betrokken

pourrait indiquer quel était l'état général des patients, quels protocoles ont été suivis et quels traitements ont été fructueux ou non. Je ne m'intéresse pas à un classement ou à un label de qualité, mais nous devrions être en mesure de tirer des enseignements pour l'avenir à partir des données disponibles.

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

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

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

11.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Il existe des outils permettant d'éviter de comparer des situations de patients qui n'ont rien à voir, en prenant en compte une série de critères. Je m'étonne aussi que Sciensano ne se soit livré à aucune publication scientifique à partir des données du Clinical Hospital Survey. Si on utilise ces données pour des publications, on ne peut arguer du fait qu'elles présentent des biais et des limites quand on vous renvoie à votre devoir d'analyse et de transparence...

En France, la Haute Autorité de Santé livre au public certaines données par hôpital, notamment sur la certification, les indicateurs qualité ou les complications survenant pour tel ou tel type d'acte chirurgical. Il ne s'agit pas d'imposer de nouvelles charges administratives aux hôpitaux mais de disposer d'indicateurs utiles en matière d'*appropriate care*.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 18 h 12.

ziekenhuizen. Men zou kunnen aangeven hoe de patiënten er in het algemeen aan toe waren, welke protocollen er werden gevolgd en welke behandelingen al dan niet succesvol waren. Het gaat mij niet om een rangschikking of een kwaliteitslabel, wel moeten we uit de beschikbare data lessen kunnen trekken voor de toekomst.

Ik ben een groot voorstander van het openbaar maken van data, want op die manier kunnen we ook het vertrouwen van de bevolking in de gezondheidszorg versterken. Men mag de mensen ook niet onderschatten: zij kunnen die cijfers heus wel begrijpen. De vrees dat ziekenhuizen hun cijfers anders zouden rapporteren bij openbaarmaking, is volgens mij evenmin een geldig argument.

Ik betreur ook dat er niets is gedaan met de cijfers die ziekenhuizen binnen hun eigen netwerken of systemen van benchmarking hebben verzameld.

Ten slotte begrijp ik niet dat Sciensano de macht heeft om de openbaarmaking van die gegevens tegen te houden, terwijl iedereen het erover eens is dat ze gepubliceerd moeten worden.

11.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Er bestaan instrumenten om te voorkomen dat appels met peren vergeleken worden door rekening te houden met een reeks criteria met betrekking tot de patiëntensituaties. Het verbaast me ook dat Sciensano geen wetenschappelijke informatie heeft gepubliceerd op basis van gegevens uit de Clinical Hospital Survey. Als men wetenschappelijke gegevens gebruikt voor publicaties, kan men niet aanvoeren dat ze een vertekend of beperkt beeld geven wanneer men u wijst op uw plicht tot analyse en transparantie...

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

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.12 uur.