

COMMISSION DE LA SANTÉ ET
DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 24 MAI 2022

DINSDAG 24 MEI 2022

Après-midi

Namiddag

De behandeling van de vragen vangt aan om 15.26 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Nathalie Muylle.

Le développement des questions commence à 15 h 26. La réunion est présidée par Mme Nathalie Muylle.

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

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

01 Actualiteitsdebat over de apenpokken en toegevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Uitbraken van apenpokken" (55027993C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het virus van monkeypox" (55027996C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De apenpokken" (55028025C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het apenpokkenvirus" (55028039C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De apenpokken" (55028044C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het apenpokkenvirus" (55028076C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De apenpokken" (55028105C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De apenpokken" (55028098C)

01 Débat d'actualité sur la variole du singe et questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'apparition de cas de variole du singe" (55027993C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le virus de la variole du singe" (55027996C)
- Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La variole du singe" (55028025C)
- Sofie Merckx à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le virus de la variole du singe" (55028039C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La variole du singe" (55028044C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le virus de la variole du singe" (55028076C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La variole du singe" (55028105C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La variole du singe" (55028098C)

01.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het lijkt alsof wij van de

ene crisis in de andere rollen. Er zijn een aantal gevallen van apenpokken vastgesteld in Europa. Dat zorgt voor een zekere bezorgdheid. Uiteraard moeten wij opletten dat wij niet aan paniekzaaierij doen, maar het virus blijkt een besmettelijke ziekte te zijn, die nu ook slachtoffers in ons land maakt.

Ik had graag een aantal feitelijke vragen aan u gesteld.

Hoeveel gevallen er ondertussen zijn, hebben wij vernomen. In welke mate hebt u op dit moment echter een zicht op de factoren die aan de basis liggen, maar ook op de wijziging van het virus ten opzichte van de stammen die in Afrika zijn gevonden? Er is vandaag nog een publicatie verschenen, waarin enige bezorgdheid wordt geuit over dat andere genoom en waarin wordt gewaarschuwd dat, indien er nog heel wat gevallen zouden bijkomen, het virus een blijver zou kunnen zijn in Europa. Hoe schat u die waarschuwingen in? Is het genoom volledig bepaald? Is het doorgegeven aan de labo's?

Het klinisch lab in onze gemeente gaf aan dat het nog geen officieel schrijven van de RAG had ontvangen. Ondertussen is er wel een communicatie naar de huisartsen gegaan. In welke mate kan u echter al precies zijn in alle communicaties?

Ik had graag van u ook het volgende vernomen. Hoe zit het met de stock en de voorraden van Vistide (cidofovir), dat kan worden gebruikt voor de behandeling van apenpokken? Zult u extra vaccins bestellen? Overweegt u eventueel een vaccinatie bij risicogroepen of bij personen die samenleven met iemand bij wie apenpokken zijn vastgesteld?

01.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, is er een referentiecentrum voor infectieziekten zoals de apenpokkenziekte? Welke instanties volgen die op, naast het Instituut voor Tropische Geneeskunde?

De RAG heeft reeds een eerste keer hierover vergaderd. Wat is zijn visie op de besmettingen met het virus? Welk draaiboek wordt gebruikt voor de aanpak ervan?

Op welke manier en via welke kanalen worden de zorgverstrekkers ingelicht? Worden bepaalde doelgroepen ingelicht, bijvoorbeeld de bezoekers van het Darklands Festival, waaraan de infectie wordt gelinkt? Wordt de doelgroep in het bijzonder op de hoogte gehouden en wordt hij aangemaand tot waakzaamheid?

Zijn er al meer gegevens bekend over de wijze van overdracht, de besmettelijkheid, de virulentie en de *infection fatality rate*?

Welke preventieve adviezen worden er verstrekt? Worden er specifieke preventieve adviezen gegeven aan zorgverstrekkers met betrekking tot bepaalde doelgroepen?

Welke laboratoria kunnen met het apenpokkenvirus werken? Welke labo's doen PCR-analyses? Wordt er ook aan *sequencing* gedaan? Indien ja, door welk centrum? Wat zijn de resultaten hiervan? Welke therapie kan er worden toegepast?

01.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, face à la circulation de ce virus *monkey pox*, la variole du singe, dans des pays où ce virus est habituellement absent, et face au diagnostic de nombreux cas à l'échelle européenne, dans des pays – je le redis – où ce virus est normalement absent, nous sommes évidemment invités à prendre un certain nombre de mesures, au-delà bien sûr de tout ce qui est réalisé aujourd'hui en matière de séquençage, de détermination des variants, des mutations, des comportements de transmission etc., sur le plan scientifique.

J'aborderai quatre volets si vous le permettez. Ils concernent ce que j'ai déposé et ce qui me semble, avec l'actualité, important de compléter.

Premièrement, il n'y avait pas d'informations disponibles en ligne alors que les autres pays avaient déjà réagi dès jeudi dernier, le 19 mai, pour définir exactement les cas et permettre d'avoir des procédures de signalement centralisées, avoir la définition des cas contact, avoir la référence des laboratoires en capacité d'assurer le diagnostic par PCR, avoir les mesures d'isolement claires pour les cas suspects et pour les cas contact, et connaître les procédures d'isolement.

Il y a eu quelques informations dirigées vers les soignants. Il me semble important d'avoir des informations

complètes en ligne qui soient en permanence actualisées. Ce n'est pas encore le cas sur le site de Sciensano. J'ai vérifié ce matin. Ne serait-il pas fondamental de le faire?

Deuxièmement, l'isolement est un enjeu majeur. À ce propos, certains préconisent un isolement hospitalier pour tous les cas avérés. Pourquoi? Parce qu'il est fondamental d'éviter l'établissement de nouveaux réservoirs et de réservoirs animaux permanents en dehors de l'Afrique, ce qui serait vraiment un problème majeur de santé publique. On sait qu'à domicile, il peut y avoir une contamination via les égouts, les ordures ménagères, vers les rats, les animaux de compagnie, et vers le bétail. Il faut vraiment envisager de manière très précoce le volet *one health*. Est-ce bien pris en considération au niveau des autorités belges? Par rapport à cela, la décision d'avoir un isolement hospitalier systématique a-t-elle bien été prise? Il y a peu de cas pour le moment. On a donc intérêt à pratiquer cette approche *one health*.

Troisièmement, pour ce qui est des cas contacts... Ai-je déjà épuisé mon temps de parole? Monsieur le ministre, j'avais encore des questions sur le vaccin et notamment sur la *ring vaccination*, la vaccination en anneau. A-t-on encore les doses? Le Conseil supérieur de la santé avait déterminé qu'on avait dix millions de doses, en tout cas en 2015.

Quatrièmement, quid des traitements potentiels Tecovirimat et Brincidofovir, vaccins et traitement? Existe-t-il une approche européenne? Je vous remercie.

01.04 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik zal proberen niet te veel in herhaling te vallen en ik heb ook nog een aantal andere vragen. De huisartsen hebben effectief gisteren een brief gekregen, maar die is pas om 12.40 u aangekomen per mail. Dat is natuurlijk vrij laat. Hoe verklaart u die late mail, aangezien er al het hele weekend informatie beschikbaar was?

Waarom is er geen informatie op de website van Sciensano te vinden? Voor veel mensen en zorgverstrekkers is het vandaag een reflex om op die site te kijken. Daar staat echter niets op.

Waarom hebt u ervoor gekozen om met enkele referentiecentra te werken? De huisarts kan op die manier dus niets doen behalve iemand naar de spoeddienst sturen, die de betrokkene dan vervolgens naar een referentiecentrum moet doorsturen indien er een vermoeden is. Waarom kunnen huisartsen niet zelf een PCR-test doen?

Welke precieze maatregelen werden er getroffen naar aanleiding van de uitbraak op het Darklands Festival? Kunt u daar iets dieper op ingaan? Hoeveel bezoekers waren er op het festival en kwamen dus potentieel met het virus in contact? Werden er daarvoor inspecteurs voor hygiëne ingeschakeld? Werden er eventueel ook contacttracers ingeschakeld? Wat zijn de richtlijnen van de WHO en het ECDC?

Hoe zit het met de strategische stock van pokkenvaccins? Waarom hebt u er voor gekozen om voorlopig geen vaccins toe te dienen aan mensen die een risicocontact hadden met een persoon die met het pokkenvirus besmet was?

Ten slotte, wat mij opviel, was de manier waarop zo sterk de nadruk werd gelegd op mannen die seks hebben met mannen. Er is inderdaad een uitbraak geweest op het Darklands Festival, maar niet alle personen die naar dat festival gaan, zijn homoseksueel. Er stond vanochtend ook een artikel in *De Morgen* over het risico van stigmatisering van die personen en van onderdiagnose daardoor. Wat is uw mening daarover? Hoe kunnen wij daar volgens u tegen ingaan? Kan u dat verduidelijken?

01.05 Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de voorzitter, ik zal het kort houden. De meeste vragen zijn al gesteld en ik zal dus verwijzen naar mijn ingediende vraag.

De laatste weken verspreidt het apenpokkenvirus zich wereldwijd. Ook in België hebben we twee bevestigde gevallen. Het apenpokkenvirus is verwant met de pokken (small pox) die we in onze contreien kenden tot 1980. Toen werd de vaccinatiecampagne stilgelegd omdat het virus uitgeroeid was door de doeltreffende vaccins. Stalen van de pokken waren nog enkel aanwezig in 2 labo's, waarvan één in de VS en één in Rusland.

Op dit moment (20/5) is het nog koffiedik kijken over het verder verloop van dit virus. Maar ik had daar toch graag een stand van zaken over.

Wat is de huidige stand van zaken in België i.v.m. besmettingen, behandeling, pathologie, ...?

Hoe en door wie wordt de uitbraak van het apenpokkenvirus gemonitord?

Zijn er linken tussen de verschillende gevallen?

Er zijn nog veel "als", "zou" en "misschien/waarschijnlijk": wat weten we al zeker?

Hebben we geneesmiddelen ter beschikking in België? Hoeveel, welke, ...?

Is er voldoende testmateriaal beschikbaar?

01.06 Sophie Rohonyi (DéFI): *La variole du singe a déjà été détectée dans plusieurs pays. En Belgique, quatre cas positifs ont déjà été recensés, la quatrième personne contaminée ayant, par ailleurs, un lien avec l'événement à Anvers auquel au moins deux autres personnes infectées avaient participé.*

Si selon le virologue Van Ranst, l'on ne sait pas encore si cette augmentation sera linéaire ou exponentielle, vous avez de votre côté affirmé que nous ne nous dirigeons pas vers une explosion de cas, tout en n'excluant pas non plus l'achat de potentiels vaccins adaptés à la variole du singe.

En conséquence Monsieur le Ministre:

Est-il possible qu'un cluster se soit créé lors de l'événement anversoïis dont proviennent 3 des quatre personnes infectées? Pourquoi ne pas recommander aux personnes présentes à cet événement de se faire tester?

Sur quelles bases affirmez-vous que notre pays ne connaîtra pas d'explosions de cas?

Sur quelles bases confirmez-vous que cette situation ne présente qu'un faible risque pour la population? Pouvez-vous préciser quelle en est l'étendue et en quoi consiste ce faible risque?

Les services d'urgences ont-ils la capacité de personnel nécessaire pour recevoir tous les patients potentiellement contaminés? Ne faudrait-il pas étendre la capacité de testing? Par ailleurs, ce testing se fait-il uniquement via des tests PCR?

En quoi consistent les instructions qui ont été données aux médecins et aux hôpitaux?

Confirmez-vous que la transmission du virus serait davantage exacerbée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes? Ce lien de corrélation a-t-il été vérifié?

Les femmes enceintes, les enfants et les immunodéprimés représentent-ils une population davantage à risque face à ce virus?

Pour quelles raisons les contacts à haut risques ne doivent-ils pas, de façon préventive, se faire tester?

Via quels canaux de communication comptez-vous fournir les informations et recommandations concernant ce virus à la population?

Les vaccins contre la variole que nous possédons actuellement seraient-ils efficaces contre ce variant de la variole? A combien s'élève notre stock stratégique de vaccins?

Quelle est la firme avec laquelle l'Union Européenne est en train de discuter au sujet d'un vaccin adapté à ce variant? S'agirait-il du premier vaccin spécifique contre la variole du singe?

Sur quels fondements vous basez-vous pour estimer qu'il n'est pas encore question de procéder, même préventivement, à une vaccination, à tout le moins des personnes plus vulnérables?

Quand se réunira à nouveau le groupe d'experts chargé de cette question?

De **voorzitster**: Collega Zanchetta is niet aanwezig.

01.07 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de minister, de collega's hebben de situatie reeds zeer goed geschetst. Op basis van het plan van aanpak is het voor mij ook duidelijk hoe dit zal verlopen. Ik was ook bezorgd toen ik las over de gevaren, ook voor jonge kinderen, zwangere vrouwen en ongeboren leven. Het virus kan voor geboortedefecten zorgen. Ook al gaat het om uitzonderlijke gevallen, het is toch belangrijk om te bekijken.

Mijnheer de minister, graag had ik uw plan van aanpak vernomen.

De collega's vroegen ook naar de internationale en Europese aanpak. Ik wil mij daarbij aansluiten. Wij staan voor een vrij drukke zomer. Er zijn veel evenementen en er zal de komende weken en maanden ook heel veel gereisd worden. Een Europese en internationale aanpak is dus nodig. Graag had ik ook op dat vlak uw plan van aanpak vernomen. Is er reeds overleg opgestart? Hoe zal dit verlopen?

De **voorzitster**: Zijn er collega's die geen vraag hadden ingediend, die ook het woord vragen? Dat kan in de vragenronde of in de repliek.

01.08 Hervé Rigot (PS): Madame la présidente, je me permets d'excuser Mme Zanchetta, qui a dû retourner en commission de la Justice.

Des recommandations ont-elles été formulées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par les instances européennes concernant le virus de la variole du singe? L'hypothèse de transmission par aérosol serait à exclure. Que sait-on aujourd'hui des modes de contamination de ce virus? Avons-nous plus d'informations à donner à nos concitoyens?

Quelles recommandations ont-elles été données aux médecins et hôpitaux dans notre pays pour leur permettre d'anticiper et d'avoir dès à présent les bonnes attitudes? Une stratégie est-elle prête pour limiter la propagation du virus, dans notre pays mais également au niveau européen?

Comment comptez-vous informer les citoyens sur les mesures à prendre en cas de symptômes? Les citoyens, on l'a vu avec le covid-19, ont besoin d'une information claire et rapide. Dans les recommandations durant la crise du covid-19, un bon canal de communication était demandé. Avez-vous déjà mis en place un tel canal de communication, notamment en ce qui concerne les mesures que devront prendre les citoyens en cas de symptômes, dont la mise en quarantaine?

Les laboratoires cliniques sont-ils tous aptes à réaliser l'analyse des tests aujourd'hui?

Qu'en est-il de la vaccination? Dispose-t-on de suffisamment de doses de vaccins traditionnels pour lutter efficacement contre la variole du singe? Dispose-t-on d'un stock stratégique?

Enfin, le Pr. Emmanuel André a déclaré qu'il était nécessaire d'intensifier la surveillance des maladies au niveau international, et qu'il fallait arrêter de considérer que nous serions épargnés par les maladies "tropicales". Comment améliorer cette surveillance? Je dépasse quelque peu le débat du jour mais ma collègue Zanchetta souhaitait que je puisse relayer cette question. Je vous remercie.

01.09 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitster, geachte leden, monkeypox is een sylvatische zoönose met incidentele infecties bij de mens, die gewoonlijk sporadisch voorkomt in beboste delen van Centraal- en West-Afrika. Ze wordt veroorzaakt door het monkeypoxvirus dat behoort tot de familie van de orthopoxvirussen, waartoe ook het variolavirus behoort.

Er zijn twee genetisch verschillende varianten van het virus: de Centraal-Afrikaanse (Congo Basin clade) en de West-Afrikaanse.

Buiten Afrika zijn menselijke apenpokken zeldzaam. De overdracht van mens op mens is ook beperkt. De langste gedocumenteerde keten van overdracht hield zes generaties in. De ziekte kan overgedragen worden via contact met lichaamsvloeistoffen, kwetsuren op de huid of op inwendige slijmvliesoppervlakken, zoals in de mond of in de keel, ademhalingsdruppels en besmette voorwerpen. Mogelijke overdracht via aerosolen kan niet worden uitgesloten, maar dat weten we vandaag niet. Dat is een heel belangrijk verschil met het COVID-19-verhaal, dat nog vers in ons hoofd zit.

De incubatietijd – de tijd tussen de besmetting en de symptomen – is gewoonlijk 7 tot 14 dagen, maar kan variëren van 5 tot 21. Monkeypox wordt tijdens de incubatieperiode niet als besmettelijk beschouwd, maar een overdracht twee dagen of meer voor het begin van de symptomen kan niet worden uitgesloten en moet nader worden bestudeerd.

Voor de meeste mensen is monkeypox een zelflimiterende ziekte die meestal twee à vier weken duurt en een volledig herstel inhoudt, maar in sommige gevallen kan het ernstiger zijn en is een ziekenhuisopname nodig. De ernst van de ziekte wordt beïnvloed door de besmettingsweg.

Er is tot nu toe nog nooit een geval van monkeypox zonder direct reisverband met een endemisch gebied buiten Afrika gemeld. Dat is dan ook hoogst ongebruikelijk. Ook transmissie onder de MSM-gemeenschap, dat wil zeggen mannen die seks hebben met mannen, is nog nooit eerder gemeld. The UK Health Security Agency classificeerde de gebeurtenis als ongebruikelijk voor het gebied, het seizoen of de populatie.

De reden van de huidige uitbraak is nog niet gekend.

De gevallen gerapporteerd in Europa hebben doorgaans een zeer mild ziekteverloop met weinig of geen systematische symptomen. Op dit ogenblik hebben we vier bevestigde gevallen, allemaal met milde klachten. Die patiënten hebben voorlopig alleen een symptomatische behandeling nodig gehad.

Verscheidene internationale en nationale organen monitoren het apenpokkenvirus. Internationaal zijn er de Wereldgezondheidsorganisatie en het ECDC. Ook wordt het internationaal meldings- en registratiesysteem Early Warning and Response System op Europees niveau gebruikt.

Nationaal hebben we dan het nationale Focal Point, met de Risk Assessment Group (RAG) en de Risk Management Group (RMG). De RAG evalueert de risico's, de RMG stelt concrete acties voor. Daarnaast zijn er op nationaal vlak ook nog Sciensano, de federale en de regionale gezondheidsadministraties, terwijl het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen, het Rega Instituut en het UZ in Leuven de diagnose stellen.

L'ECDC a formulé un avis intérimaire ce 23 mai pour établir une définition du cas. Je renvoie à son site.

Tous les médecins ont été informés de la physiopathologie de la variole du singe, des symptômes, de l'évolution de la maladie, de la période d'incubation, des diagnostics à utiliser, etc. ainsi que des mesures à prendre pour les cas suspects et confirmés et leurs contacts à risque.

Au moment où je vous parle a lieu une réunion du Risk Assessment Group (RAG) et du Risk Management Group (RMG), ce dernier s'occupant de tout ce qui est opérationnel. Peut-être que des recommandations adaptées ou nouvelles seront émises. Je ne peux pas devancer les décisions. Toutes les informations en provenance des instances internationales, comme l'ECDC, sont prises en compte.

Er is ook een advies gevraagd aan de Hoge Gezondheidsraad met betrekking tot de vaccinatie en op Europees niveau wordt onderzocht wat de mogelijkheden zijn inzake *therapeutics*. Zoals u weet, schat de RAG op dit moment de algemene impact op de Belgische volksgezondheid als laag in, maar er kunnen wel casussen en clusters voorkomen bij mannen die seks hebben met mannen, maar ook bij anderen, onder meer bij personen met frequente seksuele contacten.

Ik heb het al eerder gezegd, ook op tv, men moet correct zijn in hoe men hierover communiceert. Monkeypox is geen seksueel overdraagbare ziekte. Voor zover we weten, wordt het niet overgedragen via sperma, maar via de soorten lichaamsvocht die ik noemde, bijvoorbeeld druppels. Met andere woorden, het feit dat we de ziekte nu in verschillende landen in Europa in gemeenschappen van homoseksuele mannen zien, zegt niets over waar het virus zich beweegt en hoe het zich kan voortbewegen. Mevrouw Merckx, we moeten inderdaad goed uitkijken dat men dit niet verkeerd capteert in een samenleving waar homofobie nog bestaat, helaas en ten onrechte.

Als men vaststelt dat in een bepaalde gemeenschap een besmetting rondgaat, dan is het efficiënt om die gemeenschap daarvan op de hoogte te brengen en een doelgerichte actie op te zetten. Dat is ook wat we gedaan hebben, publiek maar ook achter de schermen. Omdat we het festival Darklands detecteerden als een plaats waar er blijkbaar besmettingen geweest zijn, is er contact opgenomen met de festivalorganisatoren met de vraag om de deelnemers te informeren over het risico van besmetting. De

organisatoren van Darklands hebben dat volgens mij op een zeer correcte manier opgepikt en ze hebben informatie verstrekt aan de mensen die ze konden bereiken.

Vrijdag is er ook sensibilisatie geweest van de deelnemers van de Belgian Pride door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie of Cocom. Dat lijkt me gewoon evidente dienstverlening, dit mag met stigmatisering niets te maken hebben.

Wat het testen betreft, moet men goed beseffen dat er wordt getest op basis van het feit dat iemand kwetsuren en blaasjes heeft. De test veronderstelt namelijk dat je het vocht in die blaasjes kunt capteren. Men kan dus eigenlijk niet testen voordat die symptomen zich manifesteren. Dat is natuurlijk een belangrijke limiet voor wat preventief mogelijk is.

On a demandé quelle était la définition des contacts à haut risque. Les contacts à haut risque sont les contacts familiaux et les partenaires sexuels des cas confirmés et les soignants qui ont eu un contact non protégé avec un patient avec des lésions cutanées.

La recommandation actuelle est la suivante: les contacts à haut risque doivent surveiller leur santé pendant vingt et un jours après l'exposition et consulter un service d'urgence si des lésions cutanées apparaissent. Ces contacts doivent éviter tout contact proche, notamment sexuel, avec d'autres personnes pendant vingt et un jours. Les cas suspects doivent être placés en isolement de contact direct et indirect en attendant le diagnostic et doivent s'abstenir de tout contact sexuel. Les cas confirmés doivent être mis en isolement pour contact direct et indirect jusqu'à la guérison complète des lésions cutanées et surtout s'abstenir de tout contact sexuel.

Il s'agit des recommandations actuelles mais je ne peux exclure que le RMG décide de les adapter.

Il faut un maximum d'uniformité en ce qui concerne les recommandations. Au niveau de l'Europe, il y a déjà quelques disparités. Je crois que le rôle de l'ECDC est important.

Er zijn geen geneesmiddelen beschikbaar voor immuungecompromitteerde personen en cidofovir is op dit moment niet beschikbaar, maar de therapeutica kunnen op korte termijn worden opgeschaald, onder andere via de Europese Unie. Tecovirimat SIGA werd onlangs door het EMA goedgekeurd voor de behandeling van orthopoxvirussen, waaronder dus ook het apenpokkenvirus. Het is echter nog niet verkrijgbaar in België. Onderzoek bij verschillende diersoorten heeft aangetoond dat Tecovirimat effectief is bij de behandeling van door orthopoxvirussen veroorzaakte ziekten, maar gegevens over de effectiviteit bij de behandeling van menselijke gevallen van apenpokken zijn niet voorhanden. Uit klinisch onderzoek bij mensen is gebleken dat het middel veilig is en goed wordt verdragen, met slechts geringe bijwerkingen. Behandeling met Tecovirimat kan worden overwogen voor immuungecompromitteerde patiënten, indien beschikbaar.

Er zijn concrete discussies lopend over de beschikbaarheid en de eventuele aankoop van het vaccin op Europees niveau. Er werd ook advies aan de Hoge Gezondheidsraad gevraagd over de plaats van vaccinatie in deze strategie. Ik herhaal dat het pokkenvaccin werkzaam is tegen apenpokken.

Je répète qu'on préfère ne pas communiquer d'informations sur le nombre exact de vaccins disponibles en Belgique car ceux-ci font partie des mesures antiterroristes. Il n'y a en tout cas pas de problème de stock, vraiment pas! Nous avons suffisamment de vaccins disponibles.

Ook onze testcapaciteit is voldoende. Om de diagnose te stellen, is een BSL-3-labo nodig. Slechts een beperkt aantal laboratoria voldoet daaraan. Diagnostiek kan uitgevoerd worden door het Instituut voor Tropische Geneeskunde en het Rega Instituut in Leuven. Daarvoor moet men een PCR toepassen op een wisser van de letsels. Er is op Europees niveau een lijst beschikbaar van andere labo's waarop een beroep kan worden gedaan, indien nodig. Het is steeds mogelijk om beroep te doen op internationale labo's.

Ziekenhuizen, met name de diensten spoedgevallen, werden geïnformeerd over de diagnostiek en de behandeling. De aanbeveling op het moment – die kan nog evolueren – luidt dat men zich met symptomen begeeft naar de spoedgevallendienst.

Wij zijn natuurlijk ook in voortdurend overleg met de verschillende beroepsgroepen in de zorg, onder meer ook de huisartsen. De vraag rijst of wij de aanbeveling voor personen met symptomen om zich tot de spoedgevallendienst van een ziekenhuis te wenden, behouden dan wel of we die aanbeveling wijzigen.

De informatie werd verstuurd naar artsen in eerste en tweede lijn, spoedgevallendiensten, gespecialiseerde ziekenhuizen en labo's, via verschillende kanalen. Dat wordt gecoördineerd door de RMG.

De gemeenschappen hebben zich tot specifieke doelgroepen gericht, rechtstreeks of via relevante organisaties. Sciensano communiceerde reeds met gespecialiseerde centra ter sensibilisering en informatie. Wij zullen op basis van het RAG-advies van vandaag en de RMG-bijeenkomst bijkomende maatregelen formuleren en communiceren ten aanzien van de zorgverleners, indien nodig.

Die zullen ook gepubliceerd worden op een specifieke webpagina van Sciensano, met als titel 'monkeypox'. Ik dacht eerlijk gezegd dat die reeds bestond. Ik heb hier een adres met als laatste deel monkeypox.aspx.

Le 20 mai, une communication officielle a été faite à l'ensemble de la population.

De communicatie aan de bevolking verloopt via de FOD Volksgezondheid en de regionale gezondheidsadministraties.

Wat de procedure betreft, zitten we nu in een normaal en geregeld schema. We volgen de procedure die vastgelegd is door het internationale gezondheidsreglement van de Wereld Gezondheidsorganisatie, opgenomen in een protocolakkoord van 2018. Het National Focal Point, ondersteund door de RAG en de RMG, volgt nationale en internationale gezondheidsdreigingen op. De RAG doet de risicoanalyse, de RMG het risicobeheer. In de RMG zijn ook de deelstaten vertegenwoordigd.

Wat surveillance in het algemeen betreft, heeft Sciensano recent een voorstel ingediend bij de federale en regionale gezondheidsautoriteiten, met in een eerste fase een integratie van de opgezette systemen die specifiek waren voor COVID-19 in bredere systemen, en op langere termijn een automatische extractie van testresultaten uit klinische labo's naar een selectie van andere infectieziekten en gezondheidsgegevens die relevant zijn voor de volksgezondheid. Daarbij komt ook het opzetten van een digitale infrastructuur met automatische data-extractie naar huisartsen en ziekenhuizen, met de bedoeling om een snellere detectie te hebben van signalen.

Dat is een voorstel van Sciensano. Daar moet nog over gepraat worden, maar het is wel de bedoeling dat we dit in de loop van juni 2022 agenderen op de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

01.10 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, informeren en sensibiliseren is inderdaad heel belangrijk. Onze burgers weten nog hoe slecht de informatie bij het begin van de covidcrisis was. Wij zijn niet gebaat bij enige vorm van paniek.

Ik heb echter nog een bezorgdheid. Voor de testcapaciteit verwijst u naar het Instituut voor Tropische Geneeskunde en naar het Rega Instituut. Wanneer ik luister naar het klinisch lab in mijn gemeente, hoor ik dat het er ook wel klaar voor is. Ik zou u willen aanmoedigen om niet dezelfde fout te maken als bij het begin van de covidcrisis. Decentraliseer dus alstublieft.

De RAG komt vandaag samen. Laat die dus het protocol delen en ervoor zorgen dat de huisartsen terecht kunnen bij het lab waarmee ze gewoonlijk samenwerken om de stalen te analyseren. In het andere geval zal u immers opnieuw blauwe krokodillen zien verschijnen op de voorschriften van de huisartsen. Zij zijn meer dan administratief personeel, zij zijn klinisch geschoold om met allerlei crisissen om te gaan.

U stelde over de pokkenvaccinatie dat het goed is indien er voldoende vaccins zijn. Ik heb vernomen dat andere landen vandaag extra vaccins zullen bestellen. Wij moeten er zeker voor zorgen dat wij voldoende voorraad in huis hebben, voor het geval het noodzakelijk zou zijn om de jongere mensen die nog geen pokkenvaccin hebben ontvangen toch te vaccineren. U hebt het aangehaald, vaccinatie beschermt voor 80 %.

Inzake tecovirimat of cidofovir verwijst u naar een Europese *joint procurement*. Ik wil er graag op wijzen dat de *joint procurement* van de virusremmers die voor de covidvirussen noodzakelijk zijn, nog niet gelukt is. Indien u dus snel over medicijnen wil beschikken, kunt u misschien al bilateraal gaan onderhandelen met de firma's, zodat wij niet opnieuw de laatste van de klas zijn.

01.11 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, samen met u hoop dat ik dat dit virus binnen de perken

blijft. Goede communicatie is inderdaad belangrijk, maar op de startpagina van de website van Sciensano is alleszins nog niets te vinden over monkeypox. Ik heb dan altijd de neiging om de website rivm.nl te checken en daar staat het wel als eerste punt op de startpagina. Gelet op de bestaande bezorgdheid bij de burgers moet daar de nodige aandacht aan besteed worden.

01.12 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik heb een link die werkt. Mogelijk is er iets niet in orde met de organisatie van de website van Sciensano waardoor u het niet gemakkelijk vindt, maar ik zal u die link via het commissiesecretariaat bezorgen.

01.13 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, daarmee toont u net aan waar het probleem zit, want dat komt telkens terug. U hebt immers al eerder ingewikkelde links gedictieerd. Daarom is dat een aandachtspunt.

01.14 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, daar ben ik het mee eens. Ik zal dat ook doorgeven.

01.15 **Frieda Gijbels** (N-VA): We hebben hier opnieuw te maken met een zoönose. Dat moet volgens mij toch een belletje doen rinkelen. Op dat aspect wijst het ITG ook, dat een verband legt met de helaas nog altijd bestaande consumptie van bushmeat of brousse vlees. Dat moet goed op de voorgrond worden gehouden. U dient dat te bespreken met uw collega-ministers die mee verantwoordelijk zijn. Brousse vlees betreft namelijk meerdere bevoegdheden, met name douane, voedselveiligheid, leefmilieu en volksgezondheid. Volgens mij moet dat zelfs op Europees of internationaal niveau worden besproken, zodat daar echt aandacht naar blijft gaan.

Die zoönoses moeten we volgens mij echt zien als een serieuze bedreiging voor onze samenleving. Het aspect van het brousse vlees is volgens mij niet bijkomstig, maar juist één van de oorzaken, zowel bij de coronapandemie als nu met die monkeypox.

01.16 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'insiste. L'information va être en permanence actualisée, de sorte qu'en un seul clic, tous les soignants doivent pouvoir disposer facilement des informations. Ne répétons pas les erreurs du passé avec le covid-19. La même information doit être actualisée à différents niveaux – au niveau de Sciensano, des Régions, etc. – car nous avons connu des informations divergentes et cela ne va pas.

Deuxièmement, le traçage est un enjeu majeur, et j'espère que son efficacité est bien garantie. De même, il faut garantir une capacité de test suffisante qui livre des résultats rapidement, afin de nous permettre de prendre les décisions d'isolement qui s'imposent, le cas échéant.

Selon moi, votre réponse laisse en suspens des questions essentielles, notamment concernant l'isolement des cas confirmés en milieu hospitalier afin d'éviter toute survenue de réservoirs animaux qui n'existent pas sur le territoire européen et qu'il faut absolument éviter.

Ensuite, à la question de la vaccination en anneau des contacts des cas index, vous n'avez pas répondu, alors qu'il s'agit selon moi d'un élément important.

Enfin, vous ne m'avez pas non plus répondu sur le vaccin Imvanex. Je me réjouis d'apprendre que nous avons suffisamment de vaccins atténués anti-variole, mais vous savez qu'il existe également un vaccin antivariolique beaucoup plus récent, un vaccin de dernière génération appelé Imvanex. Le Conseil Supérieur de la Santé l'évoquait déjà en 2015. Monsieur le ministre, nous sommes sept ans plus tard, ne faudrait-il pas au moins une quantité suffisante à l'échelon européen? Je vous remercie.

01.17 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik kan mij ook niet van de indruk ontdoen dat men geen lessen uit de covidcrisis heeft geleerd. Ik vind het, ten eerste, jammer dat er niets op de website van Sciensano te vinden is. Er staan wel een aantal zaken op de website van Zorg en Gezondheid of AVIQ. Het ontbreken van enige gecentraliseerde aanpak is echt een probleem.

Ten tweede, de testen – die overigens alleen worden uitgevoerd bij een patiënt met duidelijke vesikels die op het festival aanwezig was – kunnen vandaag niet door de huisartsen gebeuren. Een PCR-test afnemen kan toch niet zo moeilijk zijn. We doen het al twee jaar. Ik vraag mij af waarom hierover nog moet worden

nagedacht. Dat zou onder bepaalde voorwaarden toch mogelijk moeten zijn.

Ik heb ook nog steeds vragen over het festival. Hoeveel personen waren daar? U zegt dat de organisatoren de bezoekers hebben ingelicht via een bericht op de website. De officiële richtlijn is 21 dagen isolatie voor een hoogrisicocontact. Worden alle toeschouwers op het festival als een hoogrisicocontact beschouwd of niet? Dat is niet echt duidelijk. Ik vraag mij af of die mensen allemaal wel goed werden geïnformeerd en of er werd gevraagd om op te passen.

De communicatie is mijns inziens ook stigmatiserend. Men zegt dat een hoogrisicocontact geen contact met andere personen mag hebben. Dat betekent natuurlijk ook dat er geen seksueel contact met andere personen mag zijn. Toch wordt dat er nog eens bij vermeld. Ik blijf dat problematisch vinden. Er is een verschil tussen een mededeling dat een virus zich op een evenement heeft verspreid en het stigmatiseren van een hele gemeenschap. De honderdduizend mensen die aan de Pride deelnamen, moet men dan ook informeren. Welk risico op het apenpokkenvirus hebben wij gelopen, omdat wij in de straten van Brussel in de buitenlucht hebben gewandeld? Ik vind dat wij echt moeten opletten voor stigmatisering.

01.18 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord.

Mijn bedenkingen zijn een beetje dezelfde als die van de collega's. Ik hoop inderdaad dat wij een en ander geleerd hebben uit de coronacrisis. Een van die dingen zou moeten zijn dat u zich, aangezien er nog heel veel onzekerheden zijn, ietwat terughoudend opstelt en niet doet alsof u zeker bent dat iets zus of zo is. In verband met het al dan niet besmet worden via aerosolen, herinner ik mij dat in het midden van de coronacrisis ten stelligste werd ontkend dat besmetting via aerosolen verliep, terwijl men dat een jaar tot anderhalf jaar later, toen er al veel tijd verloren was, toch moest tegenspreken. Ik zou dus opletten met dingen te poneren. U moet daarentegen onderstrepen dat er voorlopig weinig geweten is en dat elke uitspraak gebaseerd is op wat men op het moment weet. Er is niets fout met toegeven dat men niet alles weet.

Communicatie was een pijnpunt en zal ook nu blijkbaar weer een pijnpunt zijn. Ik hoop dat de link inderdaad werkt. Het is frappant dat als men "apenpokken" intikt in Google, zelfs met "Sciensano" erachter, men niets terugvindt, maar dat men in de vierde link wel iets terugvindt van het RIVM. In Nederland lukt het blijkbaar wel, hier bij ons blijkbaar niet. Ik weet niet hoe dat komt. Ik laat het aan u over dat uit te zoeken.

Ook wat de aanpak in de coronapandemie betreft, heb ik herhaaldelijk opgemerkt dat de huisartsen buitenspel gezet werden. Dat lijkt nu opnieuw het geval te zijn. Ik hoop dat u met een luisterend oor en niet behept met allerhande premissen in overleg zult gaan met de huisartsen. De huisartsen kunnen echt wel taken uitvoeren, waarvoor zij opgeleid zijn.

01.19 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Ce qui nous arrive aujourd'hui avait été prédit par des organismes comme le WWF, qui nous avait alertés sur le risque grandissant d'avoir sans cesse des zoonoses vu la globalisation et l'empreinte de l'homme sur la nature. Nous avons donc déjà reçu ces signaux d'alerte.

Je vous remercie d'avoir pris les devants en réunissant notamment le Risk Assessment Group (RAG), ainsi que le Risk Management Group (RMG). Force est de constater qu'il convient de tirer les enseignements de la crise sanitaire en matière de *testing*, de soutien à apporter aux personnes isolées, mais aussi de communication à destination des médecins généralistes, du personnel soignant ou encore de la population en général.

Les réponses que vous nous avez apportées aujourd'hui appellent d'autres questions, ne fût-ce que par rapport au mode de transmission. Vous nous dites qu'il existe une inconnue en ce qui concerne une éventuelle transmission par voie aérosol. Des recherches sont-elles réalisées à ce sujet au niveau belge ou au niveau européen?

En ce qui concerne le *testing*, vous dites qu'il n'est réalisé qu'en cas de symptômes importants, de problèmes cutanés ou d'éruption pustuleuse. Pourquoi cantonner le *testing* à ces cas-là? Est-ce une décision purement politique ou est-ce lié à une éventuelle sous-capacité de *testing*, comme dans le cadre de la crise du covid-19?

En matière de soutien apporté aux services d'urgence, vous nous dites que les informations ont été

communiquées. Mais la question reste de savoir si ces services sont en capacité de répondre à l'ensemble des demandes. Nous savons à quel point le personnel soignant est fatigué, et même en sous-effectif à la suite des différentes vagues du covid-19.

En ce qui concerne les vaccins, vous affirmez qu'il existe un stock stratégique très important. Ces vaccins sont-ils suffisamment efficaces pour contrer la variole du singe? Vous avez d'ailleurs annoncé à la presse que vous étiez en train de discuter au niveau européen avec une firme pour pouvoir acheter des vaccins adaptés à ce variant.

Enfin, je me dois de revenir sur l'éventuel lien entre les pratiques sexuelles de la communauté LGBTQIA+ et la variole du singe. Cela pose question et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a d'ailleurs tiré la sonnette d'alarme en disant que les dérapages homophobes qui pourraient en résulter pourraient rapidement miner la lutte contre l'épidémie.

La **présidente**: Madame Rohonyi, pourriez-vous conclure?

01.20 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Je pense qu'il est important, comme pour le don de sang, de mettre fin à l'amalgame entre avoir plusieurs partenaires sexuels, ce qui est le comportement sexuel à risque, et avoir simplement une orientation sexuelle différente.

De **voorzitster**: Het zal niet de laatste keer zijn dat we hierover een debat voeren. We hebben intussen de link ontvangen en hij werkt. Na de commissie zal het secretariaat die aan iedereen bezorgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 **Débat d'actualité sur le rapport du KCE relatif aux soins intensifs et questions jointes de**
- Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport du KCE sur la dotation infirmière dans les soins intensifs" (55028029C)
- Sofie Merckx à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le risque de burn-out parmi le personnel infirmier épinglé dans une étude du KCE" (55028041C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude 353A du KCE sur les effectifs infirmiers aux soins intensifs" (55028077C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude du KCE relative aux infirmiers en soins intensifs" (55028109C)

02 **Actualiteitsdebat over de KCE-studie over intensieve zorg en toegevoegde vragen van**
- Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het KCE-rapport over de verpleegkundige bestaafing op intensive care" (55028029C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verpleegkundigen op de rand van een burn-out volgens een KCE-studie" (55028041C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De KCE-studie 353A over de verpleegkundige bestaafing op intensieve zorgen" (55028077C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie van het KCE over de verpleegkundige bestaafing op intensive care" (55028109C)

02.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, la situation était déjà critique dans les soins intensifs en particulier et chez les soignants en général avant même l'épidémie de covid-19 et elle s'est, depuis lors, aggravée. Le nouveau rapport du KCE publié le 20 mai révèle des indicateurs fort inquiétants du côté des infirmiers travaillant en soins intensifs. Il apparaît ainsi que 43 % d'entre eux connaissent un risque élevé de burn out, qu'autant ont pour intention de quitter leur profession, tandis que plus de 60 % considèrent que la qualité des soins se détériore. En outre, certains paramètres ne sont pas remplis: 1,8 point sur 9 pour les activités cliniques, 1,6 point sur 5 pour tout ce qui a trait à la planification et à la communication. En bref, cette étude confirme plusieurs évidences.

Monsieur le ministre, qu'il s'agisse des soins intensifs, des unités hospitalières en général ou encore des autres soins infirmiers en maison de repos, MRS et à domicile, un plan d'attractivité du métier s'impose. Je pense à la reconnaissance des spécialisations, à la rémunération, aux conditions de travail, à leur compatibilité avec la vie de famille, à des normes d'encadrement devant être définies en fonction des services et du travail de jour et de nuit sur la base de ratios internationaux garantissant la sûreté des soins

en fonction du nombre de patients par infirmier. De même, il ne faut pas oublier la pénibilité du métier, au regard de la pension et de la correction de l'IFIC.

Monsieur le ministre, quand un plan d'attractivité du métier d'infirmier prendra-t-il donc effet?

02.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, selon l'étude déjà mentionnée, un cinquième des infirmiers en soins intensifs est exposé à un risque élevé d'épuisement professionnel et émotionnel, tandis que plus de 40 % d'entre eux indiquent avoir l'intention de quitter la profession. Si le ratio patient/infirmier est légalement fixé à trois patients par infirmier en soins intensifs, ce n'est pas atteint dans la pratique.

Trois quarts des infirmières déclarent ne pas avoir pu réaliser l'ensemble des soins nécessaires lors de leur dernière pause de travail et, dans plus de la moitié des cas, elles effectuaient des tâches telles que répondre au téléphone, commander des médicaments ou servir et débarrasser les repas des patients. C'est à nouveau un signal d'alarme très sérieux et nous devons être attentifs à cette évolution réellement dramatique.

Le rapport du KCE indique que la situation était déjà problématique avant la crise du covid mais la crise n'a fait qu'aggraver les problèmes. Le Fonds Blouses blanches n'est qu'un début. Il faut aujourd'hui passer à la vitesse supérieure. C'est ce que dit le KCE. Le Fonds Blouses blanches a eu un effet positif mais c'est loin d'être suffisant. Le KCE plaide donc pour un plan général de revalorisation du personnel portant, entre autres, sur une meilleure reconnaissance, une rémunération adéquate, une promotion de la formation ainsi qu'une dotation en personnel conforme aux normes internationales.

La problématique des normes est très importante. Il existe un critère légal qui impose un ratio obligatoire mais ce n'est pas une réalité sur le terrain. Le personnel demande donc que ce travail soit réellement fait.

Voici les conclusions que vous tirez de cette étude, monsieur le ministre. Êtes-vous d'accord sur le fait que le Fonds Blouses blanches n'est pas suffisant et qu'il faut un plan général sur le long terme pour la reconnaissance du métier? Vous êtes-vous concerté avec les syndicats et le terrain depuis lors? Quelles mesures prenez-vous pour l'ensemble du personnel? Nous pouvons évidemment revenir sur la discussion que nous avons eue tout à l'heure sur les primes de 2 500 euros qui ne sont sûrement pas suffisantes pour répondre à la problématique.

02.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, wanneer verpleegkundigen hun job opzeggen, is de verloning slechts een van de oorzakelijke factoren. Dat er meer aan de hand is, wordt duidelijk aangetoond door het KCE-rapport.

Een van de meest frappante zaken die daarin te lezen zijn, is dat heel veel delegeerbare taken worden uitgevoerd door hoogopgeleide verpleegkundigen, waardoor zij belangrijke zorgopdrachten moeten uitstellen. Een verpleegkundige moet zich volgens mij kunnen concentreren op zijn of haar kerntaken. Dat is een principe dat altijd zou moeten gelden, maar zeker in een omgeving van intensieve zorgen en al helemaal in tijden van een gezondheidscrisis. Er blijken ook verschillen te bestaan tussen de deelstaten, met name voor de gepercipieerde kwaliteit van zorg en de werktevredenheid.

De collega's hebben u ook al gevraagd welke conclusies u uit die studie trekt. Hoe zult u ervoor zorgen dat de jobinhoud voor verpleegkundigen op ICU en daarbuiten aantrekkelijk blijft? Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de uitrol van de zorgladder op federaal niveau? Ik heb u daarover al eerder een vraag gesteld. Hoe vorderen die onderhandelingen?

Wat de verloning betreft, hebben we het daarnet gehad over het zorgcomplement voor verpleegkundigen met een gespecialiseerde opleiding. Wij waren in het verleden inderdaad geen voorstander van premies, maar eerder van een betere basisverloning. Wanneer kunnen zij dat complement verwachten?

De volgende vraag heb ik u daarnet ook al gesteld in het kader van de budgetbespreking. Hebt u de intentie om de rapportage van het Zorgpersoneelfonds te versnellen, zodat de manier van besteding van de middelen kan worden geverifieerd? Is er een projectie met betrekking tot mogelijke toekomstige tekorten van verpleegkundigen op ICU? Kunt u dit toelichten?

Hoe verklaart u de verschillen tussen de deelstaten met betrekking tot de jobtevredenheid en de gepercipieerde kwaliteit van de zorg? Wanneer zult u de verbeteringen die worden ingezet opnieuw

evalueren?

02.04 Sophie Rohonyi (DéFI): *Dans le but d'analyser l'impact concret de la crise sanitaire sur le personnel soignant en soins intensifs, particulièrement touché durant la pandémie, le KCE a mené une étude sur 2300 membres de ce personnel.*

Celle-ci démontre que de nombreux infirmiers en soins intensifs sont aujourd'hui à la limite du burn-out ou envisagent de quitter leur emploi.

Si la situation était déjà critique avant la crise, certains éléments sont encore venus l'aggraver, tels que l'augmentation du nombre de patients et leur taux de mortalité particulièrement élevé, le fait de devoir porter en permanence du matériel de protection encombrant, la peur d'être infecté et de transmettre le virus aux patients et aux proches, les innombrables heures supplémentaires, etc.

Certes, le Fonds blouses blanches a permis d'améliorer la situation des soignants. Il n'empêche qu'il est insuffisant.

Cette fois, c'est le KCE lui-même qui le confirme dans son étude, en énonçant que: "Le Fonds Blouses blanches a été un premier pas historique pour améliorer leur situation, mais il est à présent temps de passer à la vitesse supérieure avec un véritable plan global pour attirer des infirmiers vers les unités de soins intensifs et les motiver à y rester".

Il est donc temps d'enfin proposer une solution structurelle à la situation des infirmiers en soins intensifs. Les demi-mesures, telles que les remplacements de ce personnel par du personnel d'autres unités ou encore des étudiants, ne sont pas des stratégies qui ont vocation à répondre à cette problématique sur le long terme.

D'après le KCE, le plan global de revalorisation de la profession - tant promis mais toujours pas concrétisé - devra notamment porter sur une meilleure reconnaissance, une rémunération adéquate, une promotion de la formation, une dotation en personnel conforme aux normes internationales mais aussi sur la mise en place des initiatives pour améliorer la qualité de l'environnement de travail dans les hôpitaux.

En conséquence, Monsieur le Ministre:

Avez-vous pris connaissance des conclusions de l'étude du KCE?

Comptez-vous vous atteler à la concrétisation des suggestions avancées dans cette étude?

Dans la positive, avec quel calendrier de travail et au sein de quelle instance? La Task Force interfédérale pourrait-elle se pencher sur cette question?

Allez-vous vous concerter avec le secteur dans le cadre de la mise en place de ces mesures? Dans la positive, de quelle façon?

Par ailleurs, qu'en est-il du suivi que vous aviez annoncé donner aux rapports des deux groupes de travail relatifs à la profession infirmière?

02.05 Nathalie Muylle (CD&V): *Mijnheer de minister, uit de recente studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE rapport 353A) blijkt dat vele verpleegkundigen op intensieve zorgen op de rand van een burn-out staan en overwegen hun huidige job of zelfs het beroep te verlaten. De COVID-19 pandemie heeft een zware tol geëist van het zorgpersoneel, niet in het minst van verpleegkundigen op de intensieve zorgen. Het hoge sterftcijfer van de patiënten, het voortdurend moeten dragen van beschermingsmateriaal, de angst voor besmetting van zichzelf en familie, de ontelbare uren overwerk, ... het heeft allemaal bijgedragen tot een stresserende en fysiek veeleisende werkcontext.*

Het KCE richtte zich voor dit onderzoek via een online enquête tot alle intensieve zorgen verpleegkundigen in België. De resultaten tonen aan dat ziekenhuizen met de beste werkomgeving steeds beter presteren. De kwaliteit van de werkomgeving omvat factoren zoals deelname aan het ziekenhuisbeleid, de kwaliteit van de werkrelatie tussen arts en verpleegkundige, verpleegkundig leiderschap, enz. Zo is het risico op burn-out 2.4 keer hoger in de groep ziekenhuizen met de slechtste werkomgeving (54%) in vergelijking met ziekenhuizen

met de beste werkomgeving (23%).

Met het Zorgpersoneelsfonds werd een historische eerste stap gezet om hun situatie te verbeteren, maar het is nu tijd om een versnelling hoger te schakelen. Een algemeen plan dat inzet op het aantrekken en behouden van verpleegkundigen is nodig. Dit plan moet onder meer voorzien in een betere erkenning, een passende verloning, een opwaardering van de opleiding, en personeelsbezetting overeenkomstig de internationale normen.

Zal u – in samenwerking met de andere ministers van volksgezondheid en de ministers bevoegd voor onderwijs en werk alsook met de werkgevers en sociale partners binnen de zorgsector – een globaal meerjarenplan opstellen m.o.o. de verhoging van de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep?

Zullen jullie bij dit globaal meerjarenplan, specifiek voor de IZ-verpleegkundigen, inzetten op een competitief salaris, campagnes en opleidingen intensieve zorgen en spoed?

Zal u in samenwerking met de andere ministers van volksgezondheid binnen een IMC werk maken van een beleid omtrent veilige verpleegkundige bestaﬃng, rekening houdend met de specifieke aanbevelingen in het KCE-rapport?

De **voorzitter**: Wensen nog andere collega's het woord te nemen in dit actualiteitsdebat? (Nee)

02.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, ik zal relatief kort antwoorden over een heel belangrijk rapport, omwille van de tijd, maar ook omdat we hiervan al aspecten hebben behandeld in andere debatten vandaag.

Het rapport van het Kenniscentrum is heel belangrijk. Het bevat een aantal heel kritische vaststellingen. Wat leer ik daaruit? Ten eerste, het is inderdaad een heel moeilijke situatie. Ten tweede, de maatregelen die we hebben genomen, zijn wel belangrijk maar zullen niet volstaan. Ten derde, we moeten breed nadenken over die maatregelen. Wat nodig is, zijn ingrepen op het vlak van organisatie van het werk – dus eigenlijk human resources management – opleiding, verloning, arbeidsorganisatie en omgaan met onregelmatige prestaties en valorisatie van die onregelmatige prestaties. Dat werd allemaal goed in kaart gebracht door het Kenniscentrum.

Ik schets even hoe ik het zie. Wij moeten nu eerst de bestaande agenda afwerken en dan een nieuwe agenda aanvatten. De bestaande agenda betekent onder meer dat we met de sociale partners moeten beslissen wat er gebeurt met het bedrag van 100 miljoen euro dat nog beschikbaar is. Die 100 miljoen euro is een bedrag in het kader van het federaal sociaal akkoord. Er wordt overlegd over wat er daarmee moet gebeuren. Volgens mij moet dat worden aangewend ter ondersteuning van al het personeel.

Er werd vandaag al een paar keer verwezen naar het complement voor gespecialiseerde verpleegkundigen. We moeten wel opletten dat we de juiste verwachtingen scheppen. Als men het heeft over 2.500 euro op basis van communicatie die ik daarover vroeger heb gedaan, dan moet men goed weten dat het gaat om een brutobedrag voor verpleegkundigen die een beroepstitel hebben met een bijzondere professionele bekwaamheid en die voltijds werken. Het budget dat we uittrekken, laat niet toe om die volledige premie reeds in 2022 toe te kenne. We kunnen in 2022 een opstap plannen naar 2023. Dat moet duidelijk zijn om geen verkeerde verwachtingen te scheppen. Die 2.500 euro bruto is iets voor 2023 voor wie voltijds werkt en beantwoordt aan een aantal criteria, zoals specialisatie en het hebben van een bijzondere beroepstitel. Dat is volgens mij wel een belangrijke maatregel als we hem nemen. Ik hoop die de komende twee weken binnen de regering te kunnen afkloppen in een precies voorstel, maar ik wil daarop niet vooruitlopen.

Als dat is gebeurd, moeten we een nieuwe agenda aanvatten. Ik wil de sociale partners inderdaad nog voor de zomer uitnodigen om na te denken over hoe we die nieuwe agenda gaan voorbereiden.

Mijn idee is om dat te doen in een tripartiete werkgroep die het moet hebben over de attractiviteit van het beroep. Dat gesprek moet federaal gebeuren. Wij moeten echter ook in de interministeriële conferentie Volksgezondheid met elkaar van gedachten wisselen over hoe wij het beroep van verpleegkundige, en breder de verschillende beroepen die wij nodig hebben in zorg, aantrekkelijker kunnen maken. Dit is voor mij echt een brede kwestie.

Nieuw is de combinatie van uitputting door covid – echt een zeer reële uitputting – en een veralgemeende

schaarste op de arbeidsmarkt die zich in allerlei sectoren laat voelen. Wij moeten dat samen aanpakken. Mijn idee is om de agenda die samenhang met het groot sociaal akkoord van 2020 helemaal af te werken en af te ronden. Wij moeten daar de laatste hand aan leggen. Daarna moeten wij aan een nieuwe agenda beginnen.

02.07 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, ce n'est pas la première fois que je vous mets la pression en ce qui concerne les soignants et en particulier les infirmiers. En effet, en matière de politique de santé, s'il y a bien un dossier qui doit être concrétisé dans l'urgence, c'est bien celui qui a trait à un plan d'attractivité du métier d'infirmier durant toute la carrière professionnelle. Sans cela, on va dans le mur! Énormément de lits sont fermés. On compte beaucoup de postes d'infirmiers vacants. Cela a un impact assez catastrophique sur la santé publique.

On constate une évolution dans votre discours puisqu'il y a quelques mois, vous estimiez qu'il y avait déjà le Fonds Blouses blanches, qu'il y avait un accord social, que cela avait coûté beaucoup d'argent et que vous n'iriez pas plus loin. Vous reconnaissez maintenant clairement que les mesures prises sont insuffisantes. Tant mieux! Tentons maintenant d'avancer de manière positive et constructive.

J'entends qu'il y a un nouvel agenda, que des réunions sont prévues. J'ai entendu qu'un groupe de travail associant les infirmiers avait finalisé ses travaux en mars 2022. On est maintenant en mai. Ne relançons pas 50 000 structures de discussion mais concrétisons. En effet, l'impact des décisions qui seront prises ne se fera pas sentir en deux jours puisqu'il faudra un certain temps pour pouvoir recruter, motiver et maintenir les infirmiers au travail. Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique.

02.08 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je me réjouis du fait que vous reconnaissiez que ce qui est sur la table aujourd'hui est largement insuffisant.

Il faut un vrai plan d'attractivité pour que les infirmières qui ont quitté les soins de santé y reviennent. Il faut donc élargir le Fonds Blouses blanches, mais aussi prévoir des primes de week-end et pour ce qui concerne les prestations irrégulières. Il faut faire en sorte que les normes d'encadrement soient respectées. Il faut aussi prévoir une revalorisation salariale plus importante que celle qui a été accordée jusqu'ici.

Par ailleurs, monsieur le ministre, il faut cesser les mesures répressives comme la vaccination obligatoire des soignants contre le covid qui est toujours là comme une épée de Damoclès et qui, pour beaucoup, est considérée comme une forme de mépris de votre part à leur égard. Il est important que vous réfléchissiez à cette question, au regard de la situation dans laquelle nous nous trouvons.

Quoi qu'il en soit, une partie du personnel soignant sera dans la rue le 2 juin, à l'appel de plusieurs syndicats, pour réclamer plus de respect, de meilleures conditions de travail et un meilleur salaire.

J'espère que vous les écouterez vraiment. En tout cas, en ce qui me concerne, je serai à leurs côtés ce jour-là.

02.09 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, verloning is natuurlijk belangrijk, maar er zijn nog andere zaken. Een kerntakendebat en het debat over doelmatige zorg zijn voor de verpleegkundigen even belangrijk. Ik denk dan ook aan die verwachte zorgladder.

Net zoals mijn Franstalige collega's vaak naar Frankrijk kijken voor inspiratie, richt ik mijn blik regelmatig naar Nederland. Daar organiseert men bijvoorbeeld zogenaamde schrapessies onder het motto 'ontregel de zorg'. Men gaat daar stelselmatig op zoek naar manieren waarop men administratieve taken voor verpleegkundigen kan verminderen. Ik geef ook het voorbeeld van die internationale accreditatiemechanismen die momenteel volop worden toegepast in de zorg. We moeten ons toch afvragen in welke mate dit voor kwaliteitsverbetering zorgt en voor hoeveel administratieve rompslomp dit zorgt. Ook het schrappen van onnodige handelingen zorgt ervoor dat er enkel nog evidencebased maatregelen worden uitgevoerd door verpleegkundigen. Dat is een goed Nederlands voorbeeld dat we als inspiratie kunnen gebruiken. Zij noemen dat daar 'beter laten'.

Mijnheer de minister, ik vraag u om niet alleen te kijken naar de verloning, maar ook naar de jobinhoud.

02.10 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Même si je reste sur ma faim, il y a quelque chose de positif à retenir: votre prise de conscience du fait que les mesures que

vous avez prises jusqu'ici n'étaient pas suffisantes pour répondre à la situation dramatique dans laquelle se trouvent aujourd'hui ces infirmiers.

Vous nous faites une promesse, faire en sorte que ce rapport du KCE soit l'électrochoc qui nous permet d'avoir ce fameux plan de revalorisation de la profession infirmière. On en entend parler depuis longtemps mais on ne le voit jamais.

Vous nous annoncez un nouvel agenda et une nouvelle concertation mais on s'interroge sur la plus-value qu'apportera cette dernière puisqu'il y avait déjà un groupe de travail censé travailler sur cette question. Si nouvelle concertation il y a, je vous invite à y inclure, en plus des partenaires sociaux, les différentes organisations professionnelles qui n'avaient pas eu l'occasion d'être incluses dans votre groupe de travail.

Il n'y a rien aujourd'hui sur la reconnaissance de la pénibilité du métier pour l'accès à la pension, il n'y a rien sur la révision des normes d'encadrement, il n'y a rien sur la revalorisation salariale. J'espère que, plutôt que d'énumérer ce qui serait important à mettre en place, ces mesures vont être mises en place. C'est indispensable pour veiller à la bonne santé de ces infirmiers parce qu'on voit qu'ils craquent et que cela met en danger les patients dont ils ont la charge. C'est un vrai enjeu de santé publique.

02.11 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Er moet de komende periode inderdaad een breder debat worden gevoerd. Het is voor mij belangrijk om dat debat hier in de commissie te kunnen voeren. Er zijn ook heel wat oefeningen bezig.

Ik hoor hier niettemin een aantal leden beweren dat er nog niks zou zijn gebeurd. De huidige regering heeft 1 miljard euro geïnvesteerd en 600 miljoen euro in een sociaal akkoord gestopt dat vooral ging over betere werkomstandigheden, extra ondersteuning, opleiding en meer mogelijkheden om vrije tijd en job te kunnen combineren. De regering heeft ook 400 miljoen euro in het Zorgpersoneelfonds en in extra handen geïnvesteerd.

Is dat genoeg? Dat er meer nodig zal zijn, beseffen wij ook. Zeker de crisis maakt de situatie steeds prangender.

Ik moet zelf ook vaststellen in het ziekenhuis waarin ik actief ben, dat kwaliteit heel sterk te maken heeft met een goede verstandhouding op diensten. Waar er uitval is, wordt die onmiddellijk nog versterkt door burn-outs. Er is ook een arbeidsmarktkrapte. Tegelijk kampen wij ook met vergrijzing, waardoor bijvoorbeeld in mijn regio heel wat personeel op pensioen gaat en tekorten nog worden versterkt. Bij de VDAB in Kortrijk gaf men mij vorige week aan dat er in de regio tien vacatures zijn voor verpleegkundigen of basisverpleegkundigen die een job zoeken. Dat had men nog nooit meegemaakt voor een beroeps categorie.

Het probleem is bovendien heel ruim en slaat niet alleen op gespecialiseerde verpleegkundigen, maar ook over de basisverpleegkundigen. Wij hebben duidelijk alle handen nodig.

Ik hoop dan ook dat wij een breed debat over onder andere goede opleidingen en kwaliteitsvallen kunnen voeren in het belang van iedereen.

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

03 Questions jointes de

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les frénectomies" (55026923C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation du nombre de frénectomies" (55027853C)
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les frénectomies" (55028080C)

03 Samengevoegde vragen van

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Frenectomie" (55026923C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgende aantal frenectomieën" (55027853C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Frenectomie"

(55028080C)

03.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le ministre, la frénectomie est une petite procédure chirurgicale qui consiste à sectionner l'un des freins situés dans la bouche.*

Elle est principalement pratiquée sur les bébés dont la taille du frein de langue est trop courte pour permettre au nourrisson d'étirer suffisamment sa langue hors de sa bouche, ce qui peut le gêner pour téter. Certains nourrissons ont ainsi leur frein de langue coupé avant même qu'ils ne quittent la maternité.

Si l'intervention semble de prime abord nécessaire, il est interpellant de constater qu'elle est en constante augmentation dans notre pays et qu'elle est même parfois pratiquée dans certains cas où cette opération n'est pas indispensable. Entre 2019 et 2020, le nombre de frénectomies pratiquées a ainsi doublé chez les enfants!

Pourtant, si le défaut buccal relatif au frein de langue concerne 4 à 10 % des nouveau-nés, il ne provoquerait des problèmes de succion et d'alimentation lors de l'allaitement que chez 2 % d'entre eux. En d'autres termes, la frénectomie ne se justifierait médicalement que chez 0,8 à 2 nourrissons sur 1 000.

C'est pourquoi l'Office de la naissance et de l'enfance a décidé de tirer la sonnette d'alarme en mettant en lumière les abus concernant ces opérations de langue des bébés. L'ONE demande par ailleurs une réglementation fédérale de cette thématique et souligne le besoin urgent de recommandations scientifiques.

Ainsi, monsieur le ministre, aviez-vous connaissance de cette augmentation significative des frénectomies pratiquées en Belgique? En les ventilant par année, pourriez-vous nous communiquer le nombre de frénectomies réalisées dans notre pays? Par qui et de quelle façon est évaluée l'origine de l'inconfort de l'enfant et du problème de mobilité de la langue qui justifierait une frénectomie? Une évaluation globale et multidisciplinaire du problème est-elle réalisée avant d'envisager une frénectomie? Dans la négative, pourquoi? Envisagez-vous de lancer une étude à ce sujet? Envisagez-vous d'adopter une réglementation fédérale de cette thématique et/ou de formuler des recommandations comme le demande l'ONE?

03.02 Hervé Rigot (PS): *Monsieur le ministre, la frénectomie est une opération pratiquée sur les nourrissons en sectionnant le frein de leur langue, jugé trop épais ou trop court, afin d'aider le bébé à mieux téter.*

Ces deux dernières années, nous observons toutefois une soudaine augmentation des frénectomies.

De plus en plus de parents semblent opter pour cette opération sans raison impérieuse, considérée sur les forums internet comme la solution-miracle face à des insomnies ou un "têtement" jugé trop lent.

Pourtant, selon l'ONE, cette opération peut provoquer l'effet contraire: le nourrisson peut être traumatisé et refuser d'ouvrir la bouche, jusqu'à parfois devoir être sondé car il ne s'alimente plus.

L'ONE appelle donc le fédéral à émettre d'urgence des recommandations scientifiques pour une pratique plus raisonnable et médicalement justifiée de la frénectomie.

Monsieur le ministre, disposez-vous de chiffres concernant l'évolution de la pratique de la frénectomie au cours des dix dernières années? Des recommandations existent-elles dans le cadre de cette pratique? Si ce n'est pas le cas, une étude sur le sujet pourrait-elle être envisagée afin d'émettre des lignes directrices en la matière?

03.03 Frank Vandenbroucke, ministre: *Madame la présidente, chers collègues, on peut effectivement constater une nette augmentation de la frénectomie, principalement depuis 2019, puisque le nombre de cas chez les enfants âgés de moins de deux ans a augmenté de 160 % entre 2018 et 2019 et d'un peu moins de 90 % entre 2019 et 2020 où il y a eu 1 440 nouveaux cas. Le nombre de cas depuis quatre ans a, quant à lui, été multiplié par sept.*

Si on analyse l'augmentation du nombre de cas totaux par rapport à la spécialité du prestataire qui réalise l'intervention, nous pouvons nous apercevoir qu'entre 2019 et 2020, les dentistes avec une qualification en orthodontie plus les stagiaires dentistes ont pratiqué 1 255 interventions supplémentaires. Pour l'ensemble des autres spécialités, la tendance a plutôt été à la baisse ou à la stabilisation, hormis en chirurgie générale,

spécialité qui recense 49 nouveaux cas.

Cette évolution étant significative, j'ai demandé une analyse plus approfondie de celle-ci. Je n'en dispose pas maintenant, même si la question a déjà été déposée voici quelque temps. Je suis évidemment disposé à fournir des informations supplémentaires à ce propos.

Si certains parlementaires veulent poser des questions sur ce même sujet, il est préférable qu'ils se renseignent d'abord pour savoir si les résultats de cette analyse sont disponibles.

03.04 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse assez concise. Vous nous dites dans un premier temps que le nombre de frénectomies a effectivement augmenté, alors qu'en principe, cette opération est réservée à des cas très précis, surtout lorsque le frein respectif cause des difficultés d'alimentation. Ces opérations sont très douloureuses et peuvent être extrêmement traumatisantes pour l'enfant opéré.

Vous nous avez indiqué les types de professionnels qui peuvent pratiquer ces opérations. Ce sont essentiellement les orthodontistes. Mais ce qui serait surtout intéressant, c'est de savoir pourquoi. Quelles sont les raisons qui les motivent? Vous nous dites à ce sujet qu'une analyse a été sollicitée mais il aurait été intéressant de savoir quand vous avez sollicité cette analyse et auprès de qui. Ce n'est pas finalement à nous de revenir auprès de vous tous les mois pour avoir les réponses à ces questions qui me semblent quand même fondamentales.

Je me permets donc de vous inciter à prendre connaissance des recommandations qui vous ont été adressées par l'ONE, surtout en ce qui concerne les consultations multidisciplinaires, afin que les professionnels concernés – les pédiatres, les ostéopathes et les consultants en lactation – puissent croiser leurs regards en vue de déterminer si cette opération se justifie. Le but est d'éviter que cette décision si importante pour la santé des enfants soit prise sans concertation.

03.05 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, ma collègue a déjà bien brossé le tableau. Il convient en effet de rester vigilant aux circonstances qui président à une telle opération, car c'est l'intérêt de l'enfant qui doit primer. En effet, il ne se justifie pas de recourir nécessairement à cette pratique. À cette fin, les formations doivent être nombreuses et suivre un parcours multidisciplinaire. Nous devons nous assurer que cette intervention se limite aux cas qui le justifient.

Ce n'est pas une opération de confort, parce qu'elle peut entraîner des conséquences très sérieuses chez l'enfant, notamment sous la forme de cicatrices, mais aussi de problèmes de communication. De plus, elle a un coût financier. Il ne s'agit pas non plus de le faire supporter aux parents. Il faut aussi penser au plan émotionnel, dans la mesure où ceux-ci peuvent ressentir de l'anxiété.

Monsieur le ministre, je compte sincèrement sur vous pour que des résultats soient obtenus. J'espère donc que vous adopterez une politique qui sera portée à la connaissance de ceux qui seront mandatés pour recourir à cette pratique. De la sorte, les parents pourront prendre une décision en connaissance de cause, et toujours dans l'intérêt de l'enfant. Je vous remercie.

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

04 Samengevoegde vragen van

- Sander Loones aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mughelikopter in West-Vlaanderen" (55027946C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de mug-heli" (55028094C)

04 Questions jointes de

- Sander Loones à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'hélicoptère du SMUR en Flandre occidentale" (55027946C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement de l'hélicoptère du SMUR" (55028094C)

04.01 Sander Loones (N-VA): Mijnheer de minister, wij zien elkaar niet vaak in deze commissie, tenzij het

gaat over het institutionele of over West-Vlaanderen, wat vandaag het geval is. De mughelikopter komt zowat om de zes maanden terug in de commissie. De vorige keer was uw antwoord duidelijk: u stond open voor een soort helikopterhulp. U zag daar ook de mogelijkheden van in om snelle interventies te doen en om transport tussen ziekenhuizen te garanderen, maar daar moest verder onderzoek naar gebeuren. Hoever staat het met dat onderzoek? Wat zijn de conclusies van uw administratie?

Ik wil het debat ook altijd wat breder opentrekken. Wij praten nu over de mug-heli, maar ook de politie en Defensie zijn vragende partij voor nieuwe helikopters. Voor de reddingshelikopters op zee van Defensie is trouwens in budget voorzien, lezen wij in de media. Men bekijkt of er iets gemeenschappelijks mogelijk is in het kader van de vernieuwing van de helikopters, zodat zowel de politie en Defensie als uw diensten – gezondheid, ziekentransport enzovoort – samen helikopters kunnen opstellen. Het momentum lijkt er momenteel, vandaar bij deze een vraag naar een stand van zaken.

04.02 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mijnheer de minister, ik kom even terug op het antwoord dat u mij vorig jaar gaf in deze commissie. U zei toen dat u de wetenschappelijke studie zou afwachten die de inzet van de HEMS – *medical helicopters* – binnen de dringende geneeskundige hulpverlening verder zou objectiveren op basis van een academische benadering en op basis van reële interventiedata. U zou daarnaast ook kijken naar het *service level agreement*, de beste inplanting van de mug en een vergelijking tussen een mug-heli en een voertuig. Op basis van die resultaten zou u verder gaan. De oplevering daarvan zou in het najaar van 2021 gebeuren en u verwachtte in het voorjaar van 2022 een discussie te voeren binnen de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening.

Wat is de huidige stand van zaken? Van de provincie heb ik gehoord dat dit weekend een nieuw toestel in gebruik wordt genomen, dankzij financiering van gemeenten, de provincie en heel wat goede doelen. Het AZ Sint-Jan blijft ook voor de bestaffing zorgen. Wij zijn voorstander van een mughelikopter, maar wat er ook wordt beslist, het is belangrijk dat er duidelijkheid komt in het dossier.

04.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, de heer Loones heeft net heel erg beklemtoond dat we moeten nadenken over doelmatigheid. Dat geldt hier natuurlijk ook. We moeten deze vraag onderzoeken vanuit het perspectief van doelmatig gebruik van de middelen. Daarvoor hebben we wel grondig advies nodig. De Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening heeft mij, onderbouwd met resultaten van een analyse uitgevoerd door de Universiteit Gent, een nieuw advies bezorgd over de inzetbaarheid van mug-helikopters. Dat advies was driedig. Ten eerste kan het gebruik van een HEMS (helicopter emergency medical service) een meerwaarde zijn als die doelmatig ingezet wordt. Ten tweede werden de voorwaarden tot doelmatig gebruik van een HEMS vandaag binnen de context van het Belgische ziekenhuislandschap en de netwerken nog niet vervuld. Ten derde bestaan er vandaag geografische regio's op het Belgisch grondgebied waar het therapievrije interval binnen de dringende geneeskundige hulpverlening nog te groot is. De Nationale Raad is van oordeel dat die leemtes beter opgevuld worden door goedkopere grondmiddelen dan door de duurdere HEMS-middelen uit te rollen in die gebieden.

Dat advies was duidelijk, maar het was nog onvoldoende gedetailleerd en operationeel. Ik heb dan ook aan de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening gevraagd de werkzaamheden voort te zetten in samenwerking met de administratie en het volgende uit te werken. Ten eerste moeten de regio's worden geïdentificeerd waar er vandaag lacunes bestaan in de dringende geneeskundige hulpverlening. Ten tweede moet binnen de mogelijkheden bekeken worden hoe bijkomende grondmiddelen, zoals ziekenwagens, PIT's en mugs, geactiveerd kunnen worden in die gebieden. Ten derde moeten duidelijke en strikte inzetcriteria voor een HEMS binnen de dringende geneeskundige hulpverlening worden uitgewerkt. Ten vierde moet een financieringsmodel voor de inzet van de HEMS binnen die inzetcriteria worden uitgewerkt. Belangrijk hierbij is dat de patiënt de forfaitaire factuur moet kunnen genieten, die binnen de dringende geneeskundige hulp bruikbaar is. Ik heb dus aan de Raad gevraagd om een voorstel uit te werken tegen eind oktober 2022. Daar moeten we dus nog enkele maanden geduld voor hebben. Een grondig, en dus nog gedetailleerder, advies is echt wel nuttig, zelfs noodzakelijk.

Ik werk aan een structurele benadering, maar ik kan niet garanderen dat de structurele oplossing er een zal zijn waarbij de huidige operationele werkwijze bestendig zal worden.

Inzake de mogelijkheid een gezamenlijk helikopterplatform uit te bouwen voor de SAR (search and rescue) en de politiehelikopters, sta ik open die piste te onderzoeken, maar ik meen wel dat wij realistisch moeten zijn. Een politiehelikopter kent totaal andere specificiteiten dan een search-and-rescuehelikopter of een

HEMS. Die samen benaderen is misschien niet de meest kostenefficiënte oplossing, maar zij is zeker het onderzoeken waard.

04.04 Sander Loones (N-VA): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw interessante antwoord. Ik volg het institutionele, het West-Vlaamse, alsook het begrotingstechnische. Uw antwoord past ook in dat opzicht. Het is vanzelfsprekend altijd nuttig en nodig dat belastinggeld op de meest efficiënte manier besteed wordt, ook wanneer het gaat over de vraag hoe wij de beste zorg bij de mensen kunnen krijgen tegen de beste prijs. Daar komt het op neer.

De criteria die u voorstelt, lijken mij ook logische criteria te zijn. Op dat vlak lijkt het mij zeker interessant.

U had het over een onderzoek naar samenwerking met andere departementen. Ook wat dat betreft, verwelkom ik uw woorden. Ik wil u wel oproepen uw ambitie iets te verhogen en ook voortrekker te zijn van dat onderzoek, want daar hapert het net. Er is geen enkele minister die het dossier naar zich toe trekt om het effectief te onderzoeken. Iedereen kijkt naar elkaar. Dat is geen verwijt. In het verleden was dat ook zo. Wat wij nodig hebben, is iemand die er effectief voor zorgt dat een en ander op tafel komt.

Uw timing lijkt mij interessant. Eind oktober, dat is over ongeveer zes maanden. Dat is het ritme van de vragen die over de mug-heli worden gesteld. Dat lijkt mij volledig in overeenstemming te zijn met het verleden.

04.05 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de minister, er moet inderdaad duidelijkheid zijn. De heer Loones en ik kunnen wel elke zes maanden een vraag stellen, maar het dossier gaat op het terrein gepaard met heel veel emoties, ook in Oost-Vlaanderen.

Ik pleit altijd voor ratio. Natuurlijk is doelmatigheid belangrijk. De criteria lijken mij ook correct. De realiteit is dat er nu zo'n 700 interventies zijn per jaar. Er worden levens gered. De vraag is hoe men dat kan, mocht de helikopter wegvallen. Men kan een dergelijk instrument toch niet via de lokale besturen, de provincie en vooral giften blijven sponsoren?

Het is ook belangrijk de inventaris op te maken van de blinde vlekken, waarvan er zeker een is in het centrum van West-Vlaanderen. Ook zijn er vele vragen, niet alleen in onze provincie, over de mug. Kan de mug vervangen worden door PIT's, die vaker een doelmatiger en efficiënter instrument zijn? Dat wordt emotioneel niet altijd zo gevoeld, maar rationeel is dat wel zo.

Ik ben blij dat u dat nader wilt onderzoeken. Het is nodig om het groter geheel te bekijken. Ik hoop dat er in oktober eindelijk een definitief antwoord komt. Dan weten de mensen waar zij aan toe zijn. Dan weet ook het ziekenhuis Sint-Jan waar het aan toe is en hoe men de patiënten op een kwaliteitsvolle manier kan vervoeren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 **Samengevoegde vragen van**

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De meerjarenbegroting van het RIZIV" (55027013C)**

- **Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De meerjarenbegroting van het RIZIV" (55027850C)**

05 **Questions jointes de**

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget pluriannuel de l'INAMI" (55027013C)**

- **Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget pluriannuel de l'INAMI" (55027850C)**

05.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, in uw beleidsnota bij het begrotingswerk stelde u dat u in het RIZIV een ingrijpende verschuiving wilt doorvoeren, namelijk een begroting in functie van gezondheidsdoelstellingen, eerder dan een verdeling van het budget via aparte doelstellingen, gebaseerd op eisenbundels van bepaalde actoren. Daarom wilt u dus werk maken van een meerjarenbegroting, waarbij gezondheidszorgdoelstellingen geïntegreerd worden in het begrotingswerk en er dus bepaalde keuzes

worden gemaakt. Uw doel is efficiëntiewinst boeken en de middelen correct en beter gebruiken.

Op 1 maart 2021 zijn de werkzaamheden gestart om die doelstellingen te definiëren en te bepalen en om initiatieven en voorstellen daarover uit te werken. Op 14 juli 2021 werd een eerste tussentijds rapport afgeleverd waaruit vijf prioritaire gezondheidsdoelstellingen en zeventien initiatieven kwamen. In december 2021 moest het eindrapport afgeleverd worden.

Werd het eindrapport uitgewerkt tegen 20 december? Kunt u dit rapport duiden? Wat zijn de belangrijkste conclusies? Wat is het gevolg? Indien het rapport er nog niet is, zou ik graag willen weten wanneer dit dan wel wordt gepubliceerd? Kunt u een overzicht geven van de doelstellingen die u dit jaar reeds wilt begroten? Is er een link met uw project rond de ziekenhuishervorming? Hebt u in de geïntegreerde zorg ook bepaalde gezondheidsdoelstellingen rond toegankelijkheid van zorg?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het intermediair rapport van juli 2021 is inderdaad afgewerkt. Er zijn eigenlijk twee rapporten, mevrouw Merckx. Het rapport van de werkgroep Quintuple Aim. Dat is een werkgroep van leden van het Verzekeringscomité en de Algemene Raad van het RIZIV. Deze werkgroep heeft een intermediair rapport omgezet in een definitief rapport. Vervolgens is er een rapport van het Wetenschappelijk Comité onder leiding van Erik Schokkaert, opgericht tijdens de werkzaamheden van het begrotingstraject. Dat Wetenschappelijk Comité moest eigenlijk vanuit een expertenstandpunt onafhankelijk een visie geven op toekomstige oriëntaties voor het begrotingstraject. De twee rapporten werden op 7 februari voorgesteld op een gezamenlijke sessie van de Algemene Raad en het Verzekeringscomité. Ze werden gepubliceerd op de website van het RIZIV. Ik hoop dat u ze gemakkelijker vindt dan op de website van Sciensano. U vindt ze als u zoekt op kick-off, uitgebreid, Verzekeringscomité.

De twee rapporten bevatten gezamenlijke analyses en voorstellen van oplossing. Ze vertrekken alle twee van de Quintuple Aim-doelstelling. Ze schuiven de nood naar voren om te werken met transversale gezondheidszorg en gezondheidszorgdoelstellingen en de nood om wetenschappelijke expertise bij het proces te betrekken. In die zin zijn de twee rapporten zeer gelijklopend met betrekking tot wat de maatschappelijke uitdagingen zijn, wat ook de prioritaire gezondheidszorgdoelstellingen zijn die naar voren moeten worden geschoven. Ze herhalen wat daarover werd gezegd in het tussentijds rapport, namelijk drie grote doelstellingen: geestelijke gezondheidszorg, toegankelijkheid en geïntegreerde zorg. De twee rapporten stellen ook dat we rekening moeten houden met een tijdsdimensie: we moeten eigenlijk van een eenjarig perspectief naar een langetermijnperspectief gaan. Verder is er een transversale dimensie: we moeten inzetten op samenwerking tussen zorgverleners met het oog op de patiënt. Daarnaast is er ook nog een globale dimensie: we moeten kijken naar gezondheid in de brede zin. De twee rapporten wijzen ook op de noodzaak aan een orgaan dat actief werkt aan en advies geeft bij de federale gezondheidszorgdoelstellingen. Ze bevatten ook nogal wat voorstellen met betrekking tot de begrotingsopmaak zelf.

Ik wil op die basis een plan van aanpak voorstellen dat een antwoord geeft op de vraag op welke manier wij gezondheidsdoelstellingen en gezondheidszorgdoelstellingen verankeren in ons beleid. Dat antwoord wordt nu voorbereid. Ik ben dat aan het bediscussiëren in de regering en wil het dan opnieuw voorleggen aan de actoren in de zorg.

In het kader van de begroting voor 2022 hebben wij natuurlijk wel meteen een paar initiatieven genomen, eigenlijk in afwachting van een volledige verankering qua procedures van de inzichten uit de rapporten in de concrete doelstellingen voor 2022. Dat gaat over een nieuwe budgetlijn gezondheidszorgdoelstellingen en *appropriate care* om de middelen voor de acties in het kader van de gezondheidszorgdoelstellingen of *appropriate care* vast te leggen. Wij hebben beslist om een budgettaire marge van 123,6 miljoen euro hier helemaal aan toe te wijzen.

Er is sprake van een totaal van vijftien projecten gebundeld rond vier krachtlijnen: secundaire en tertiaire preventie, onder meer door middel van zorgtrajecten, zorgpaden en geïntegreerde zorg, het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, *appropriate care* en financiële toegankelijkheid. De projecten inzake secundaire en tertiaire preventie werden gedefinieerd als puur transversaal in de zin dat het projecten zijn waar de implementatie de betrokkenheid van meerdere groepen van zorgverleners noodzakelijk maakt. Na goedkeuring van een conceptnota door het Verzekeringscomité zijn voor die projecten multidisciplinaire werkgroepen en een overkoepelende stuurgroep opgericht binnen het RIZIV. De werkgroepen zijn inmiddels allemaal opgestart.

Het geheel van de geselecteerde projecten voor 2022 vormt een duidelijke aanzet voor de verhoging van de toegankelijkheid van de zorg en het stimuleren van transversale zorg. Dat zal ook als leidraad dienen voor het bepalen van de gezondheidszorgdoelstellingen in het kader van de begrotingsopmaak voor 2023.

Wij moeten inderdaad ook zorgen voor coherentie tussen de verschillende werven, bijvoorbeeld tussen dit project en de ziekenhuishervorming.

De **voorzitster**: Mag ik vragen af te ronden, mijnheer de minister?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal hier stoppen.

De **voorzitster**: Ik ben wat mild geweest, omdat ik veronderstelde dat u ook een antwoord had op de vraag van de heer Warmoes. Daarom kreeg u een spreektijd van vier minuten. Het zijn er nu vijf, maar goed.

05.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik weet nu waar ik de rapporten kan vinden en zal ze dan ook lezen.

Voor de rest bent u totaal niet ingegaan op de concrete vragen. Ik wil natuurlijk concrete antwoorden over wat er precies gaat gebeuren. We zullen dat rapport lezen en dan komen we er zeker nog op terug.

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

06 **Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van Tri-Solfen door het FAGG als verdoving bij het uitvoeren van biggencastratie" (55027192C)**

06 **Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance du Tri-Solfen par l'AFSCA comme analgésique pour la castration des porcelets" (55027192C)**

06.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, de castratie van biggen ter voorkoming van beergeur in varkensvlees is een gevoelig thema inzake dierenwelzijn. De discussie, die een bredere Europese dimensie heeft, sleept al geruime tijd aan, maar door ontwikkelingen in een aantal andere EU-lidstaten, waaronder Denemarken, Nederland en de voor onze varkenshouders bijzonder belangrijke Duitse afzetmarkt, kunnen er nu stappen vooruit worden gezet in dit dossier. Aan het castratieproces is er echter ook een kostenplaatje verbonden. Aangezien de varkenssector in een zware crisis zit, is die dimensie meer dan ooit van belang.

Het goede nieuws is dat varkenshouders niet langer een beroep moeten doen op dierenartsen, maar zelf de castratie kunnen doorvoeren. De varkenshouders zullen de nodige opleiding moeten krijgen om die ingreep met kennis van zaken en met maximaal respect voor het dierenwelzijn te kunnen uitvoeren. Er is echter ook een geneesmiddel vereist, meer bepaald Tri-Solfen. Die verdovende zelf is in Australië en Nieuw-Zeeland al langere tijd erkend en is daar uitgegroeid tot een veelgebruikt middel. Bij ons moet het middel echter nog erkend worden door het FAGG. De erkenning laat nog op zich wachten, maar het product is wel dringend nodig. Ook de pas opgerichte brancheorganisatie PORK.be heeft besloten om het verdoofd castreren als noodzakelijk in het eengemaakt lastenboek op te nemen.

Mijnheer de minister, hebt u omtrent de erkenning van Tri-Solfen al contact gehad met PORK.be? Waarom laat de erkenning van dat middel op zich wachten? Tegen wanneer verwacht u die erkenning te kunnen doorvoeren? Zult u ook contact opnemen met uw collega-minister Clarinval voor een regeling voor het gebruiksrecht van de varkenshouders voor het doorvoeren van topicale verdoving?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer De Caluwé, de aanvraag voor een vergunning om het geneesmiddel Tri-Solfen in de handel te brengen, werd op 14 augustus 2020 ingediend via de decentrale procedure, wat wil zeggen dat een vergunning tegelijkertijd wordt aangevraagd in verschillende lidstaten van de Unie. Tijdens de procedure werd door de betrokken Europese overheden gesteld dat de productie en controles van het voorgesteld geneesmiddel aangepast moesten worden om te voldoen aan de eisen van de Europese Farmacopee. De aanvrager verduidelijkte dat die aanpassingen niet mogelijk waren op korte termijn, waarop de aanvraag werd ingetrokken en de procedure stopgezet. De firma kan een nieuwe

vergunningaanvraag indienen via de decentrale procedure of rechtstreeks bij het EMA via de gecentraliseerde procedure.

Aangaande het overleg met PORK.be kan ik u mededelen dat mijn kabinet zeer recent werd gecontacteerd. Er is een overleg met alle betrokkenen opgestart. Daarbij is ook nog gewezen op het feit dat de verdooving ook kan plaatsvinden door middel van twee producten onder injecteerbare vorm die zich in ons land ook op de markt bevinden.

Vermits er momenteel geen aanvraag voor vergunning voor het in de handel brengen lopende is, kan ik ook geen termijn vooropstellen voor de erkenning.

U vroeg ook of ik contact zou opnemen met David Clarinval. Er is een gezamenlijk overleg opgestart op het niveau van de medewerkers en met de sector, in het bijzonder met betrekking tot de vraag of de injecteerbare producten al dan niet door de veehouders mogen worden toegediend.

06.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord.

Ik heb inderdaad een gelijkaardige vraag aan minister Clarinval gesteld. Ik ben blij te horen dat jullie hierover overleg plegen. Hij had mij er al op gewezen dat de fabrikant het dossier heeft ingetrokken. U hebt het verhaal daarachter geschetst. Ik hoop dat er een oplossing komt om de varkenshouders toe te laten om de castratie op termijn zelf uit te voeren. Ik denk dat het in het kader van het dierenwelzijn belangrijk is dat dit op een degelijke manier gebeurt.

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

*Voorzitter: Thierry Warmoes.
Président: Thierry Warmoes.*

07 Vraag van Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitvoering van de aanbevelingen van de Algemene Cel Drugsbeleid" (55027225C)

07 Question de Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise en oeuvre des recommandations de la Cellule générale de politique en matière de drogues" (55027225C)

07.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, de Algemene Cel Drugsgebruik (ACD) formuleert beleidsvoorstellen en evalueert het uitgevoerde beleid om druggebruik te voorkomen en de hulpverlening en behandeling voor druggebruikers en het controleren van de productie en de handel in psychotrope stoffen te verbeteren. In 2019 publiceerde de ACD het rapport *Realisaties 2014-2019* en de aanbevelingen voor de volgende legislatuur. Dat rapport ging heel breed, over het gebruik van psychofarmaca, van bepaalde illegale drugs, alcohol- en tabaksgebruik.

Recent publiceerde vzw Smart on Drugs een memorandum met het oog op innoverende impulsen voor het drugsbeleid. Waar mogelijk wil die organisatie weg van een louter strafbeleid voor gebruikers naar een beleid dat meer oog heeft voor gezondheid en welzijn. De organisatie pleit ervoor om de effectiviteit van het beleid te evalueren en niet alleen op basis van indicatoren zoals het aantal drugsvangsten, veroordelingen en arrestaties te werken, maar om veeleer een globale, slimme, menselijke benadering te hanteren in een ambitieus en rechtvaardig drugsbeleid.

Er bestaan congruenties tussen de recente aanbevelingen van de Algemene Cel Drugsgebruik en het memorandum. De elementen samenbrengen in de uitvoering van het beleid kan zeker interessant zijn, zowel op het vlak van preventie, behandeling als begeleiding.

Hoever staat het met de uitvoering van de aanbevelingen, gelet op de moeilijke periode waar wij uitkomen, met de isolatie tijdens de coronapandemie?

Bent u op de hoogte van de aanbevelingen van Smart on Drugs? Ik ga ervan uit van wel. Wordt hier een liaison gemaakt? Hoe wordt er in het uitvoeringstraject van het drugsbeleid met de aanbevelingen van rekening gehouden? Is er contact opgenomen met die vzw?

Wanneer kwam het drugsbeleid het laatst aan bod op de interministeriële conferentie? Er komt nu wat ruimte, maar misschien niet voor lang, gezien het nieuwe virus. Welke maatregelen werden genomen met oog op de actualisering van het drugsbeleid?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De Thematische Vergadering Drugs van de interministeriële conferentie Volksgezondheid heeft in juli vorig jaar de prioriteiten voor de jaren 2021-2024 goedgekeurd, grotendeels gebaseerd op de aanbevelingen van de Algemene Cel Drugsbeleid. Meer concreet werden de volgende beleidsprioriteiten uit de aanbevelingen van de Algemene Cel Drugsbeleid, die dateerden uit 2019, voor deze legislatuur aangehouden. Ten eerste werd de opmaak en de implementatie van een interfederaal beleid rond schadelijk alcoholgebruik aangehouden, ten tweede de opmaak en de implementatie van een interfederaal tabaksbeleid met het oog op een tabaksvrije generatie, ten derde het opstellen van een interfederaal beleidsplan rond gokken, ten vierde de voorbereiding van een discussie over een structurele verankering van gebruikersruimtes, ten vijfde een versterkte informatie-uitwisseling en synergieën op het vlak van psychofarmacabeleid, ten zesde datacollectie en -analyse, met name de voorbereiding van een hervorming van het Belgische Reitox-focalpointssysteem, ten zevende het behoud van het Federaal Onderzoeksprogramma Drugs en een versterking daarbij van de betrokkenheid van de deelstaten.

De Thematische Vergadering Drugs van de IMC heeft dan een aantal bijkomende prioriteiten gesteld die niet als dusdanig naar voren kwamen in de aanbeveling in 2019 van de Algemene Cel Drugsbeleid, met name de analyse en discussie over de mogelijke leemten, knelpunten en vragen tot wijziging van de drugswet van 1921, waarin dus elementen van Smart on Drugs geïntegreerd kunnen worden. De werkgroep wordt getrokken door de deelstaten. De tweede bijkomende prioriteit voor de Thematische Vergadering Drugs is de implementatie van de aanbevelingen uit de evaluatie van het Belgisch drugsbeleid door een Belspo-onderzoek opgeleverd in 2021. De samenwerking van de Algemene Cel Drugsbeleid met het maatschappelijk middenveld, wat ook een aanbeveling was uit het rapport van 2019, kwam hier ook als aanbeveling naar voren. Via die weg wordt de thematiek opgenomen tijdens deze legislatuur.

Het maatschappelijk middenveld wordt ad hoc geconsulteerd, per dossier, afhankelijk van het stadium waarin de debatten op het niveau van de werkgroepen en de werkcellen zitten. De jongste Thematische Vergadering Drugs van de interministeriële conferentie kwam samen op 23 maart. De interfederale aanpak rond het bestrijden van gokverslavingen werd goedgekeurd. Voorts werden enkele strategische beslissingen voor een interfederaal alcohol- en tabaksbeleid genomen. Ten slotte werd het mandaat gegeven om het Reitox-focalpointssysteem te herbekijken en een plan van aanpak uit te werken voor de operationalisering van de aanbevelingen die voortvloeien uit het door Belspo gefinancierde wetenschappelijk onderzoek. Dat is het EVADRUG-onderzoek.

U vindt dat alles terug op de website van de Thematische Vergadering Drugs, als context voor de beleidslijnen waarin elementen van Smart on Drugs kunnen worden geïntegreerd, maar altijd op basis van wetenschappelijke evidentie.

07.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

U hebt gezegd dat er bij de bijkomende prioriteiten ook zijn die convergent zijn met Smart on Drugs. Er is inderdaad een ietwat andere aanpak vereist dan de klassieke, omdat wij nog winsten kunnen boeken wanneer het erom gaat te voorkomen dat mensen in moeilijkheden geraken door gokken of andere drugs en genotsmiddelen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De indexering van de lonen in ziekenhuizen" (55027294C)**

08 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indexation des salaires dans les hôpitaux" (55027294C)**

08.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijst naar de ingediende vraag.

Door de stijgende levensduurte worden er loonindexeringen doorgevoerd, volgens het Planbureau tot 8% voor 2021-2022.

Voor ziekenhuizen zijn er verschillende financieringsmechanismen om het personeel te kunnen betalen.

Eenzijds is er het BFM, maar anderzijds wordt ondersteunend personeel ook vergoed door afdrachten van artsenhonoraria.

Hoewel het BFM de indexering volgt, doen de artsenhonoraria dat niet, aangezien zij beperkt mogen stijgen. Doordat de afdrachten vanwege de honoraria dus relatief minder doorwegen, komt de ziekenhuisfinanciering, die sowieso al maar heel weinig marge toelaat, in de meeste ziekenhuizen onder druk te staan.

Verder wordt een deel van het personeel betaald via het Fonds Sociale Maribel. Dit volgt de indexering ook niet.

- Kan u aangeven wat de verwachte impact is van de relatief teruglopende inbreng van afdrachten voor de ziekenhuisfinanciering?

- Kan u aangeven wat de verwachte impact is van het gebrek aan correcte indexering van het FSM?

- Wat zal u ondernemen om de ziekenhuisfinanciering niet te laten ontsporen?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, voor het loon van het zorgpersoneel in ziekenhuizen dat gefinancierd wordt via het BFM (budget van financiële middelen) wordt de spillindex gevolgd. Het BFM wordt dus ter zake aangepast. De voorlopige extra impact van de snel stijgende index op het BFM van 1 juli 2022 wordt geraamd op 300 miljoen euro. Daarnaast hebben we beslist om 207 miljoen extra te investeren in de begroting van de ziekteverzekering. Concreet komt dat neer op een verhoging van 2 % van de tarieven voor zorgverleners gedurende de periode van 1 juni 2022 tot 31 december 2022. Grosso modo komen we zo aan de 207 miljoen waarvan sprake.

Vanaf 1 januari 2023 zullen de tarieven berekend worden, rekening houdend met de indexevolutie tussen juni 2021 en juni 2022. Dat betekent dat ook de tarieven van de artsen werkzaam in ziekenhuizen voor de betrokken periode verhoogd kunnen worden, met name met 2 %.

Het systeem van de sociale Maribel is een dotatiesysteem. De dotaties worden berekend op basis van het aantal rechtopenende werknemers in de betrokken sectoren in het jaar n-2. Ieder jaar bekijken de fondsen sociale Maribel of de hen toegekende dotatie voor het betrokken jaar de ruimte laat voor de creatie van bijkomende tewerkstelling, wat het hoofddoel is van de sociale Maribel, en of de financiële tussenkomsten voor de werkgevers voor de bijkomende tewerkstelling eventueel kunnen verhoogd worden.

Sinds 2019 is die doelstelling aan de reglementering toegevoegd in een streven naar een financiering van de totale loonkost van de betrokken werknemers. Tot nog toe, onverminderd de eerder vermelde wijziging, wordt de volledige loonkost van de betrokken Maribel-werknemers echter niet volledig afgedekt door de Maribel-middelen. Er is bijgevolg nog een deel dat ten laste valt van de werkgever. Dat kan tengevolge van de loonindexeringen ook stijgen. De Maribel-middelen an sich worden niet geïndexeerd.

08.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik begrijp dat er niet direct een zicht is op de impact, met name dat er minder inbreng is van afdrachten. Er wordt immers geschat dat er een indexering van 8 % voor de lonen zou zijn, maar de tarieven van de zorgverleners zullen die evolutie niet volgen. Dat zal er volgens mij voor zorgen dat er een probleem ontstaat in dat deel van de ziekenhuisfinanciering dat via de afdrachten wordt geregeld.

Ik begrijp dat het heel moeilijk is de impact daarvan in te schatten, omdat het nu eenmaal over iets heel ontransparants gaat. Wij hebben veel te weinig zicht op het aandeel van de afdrachten in de verschillende ziekenhuizen. Verder verschilt ook de hoogte van de ereloonsupplementen in de verschillende ziekenhuizen sterk. De ziekenhuizen waar de hoogste ereloonsupplementen worden gevraagd, zijn vaak de ziekenhuizen die het financieel het moeilijkst hebben.

Ik stel voor dat hier goed over gewaakt wordt. Ik zeg niet dat er zomaar moet worden bijgepast, maar ik meen wel dat dit aanleiding moet zijn tot verbetertrajecten voor de ziekenhuizen die het moeilijk hebben en die het waarschijnlijk door de terugval van de afdrachten relatief gezien nog moeilijker zullen krijgen.

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

09 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Mondhygiënisten" (55027295C)

09 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les hygiénistes bucco-dentaires" (55027295C)

09.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, er zal voor de mondhygiënisten, over wie wij het eerder al meermaals hebben gehad, enkel een basisnomenclatuur worden ingevoerd. Dat kunnen wij absoluut toejuichen. Het blijft echter van belang dat mondhygiënisten op een correcte manier worden ingezet, zodat hun meerwaarde voor de algemene mondgezondheid duidelijk wordt. Naar ik immers heb begrepen, zal er in eerste instantie worden ingezet op een nomenclatuur voor tandsteenverwijdering. De mondhygiënist heeft echter veel meer en misschien zelfs belangrijker taken, zoals voedingsvoorlichting en mondhygiëne-instructies.

Aan het Agentschap Zorg en Gezondheid werd gevraagd te verduidelijken wat er onder preventie valt. Die lijn is immers dun. Wij willen een evenwichtige afstemming krijgen tussen preventie en curatie voor mondzorg, met het oog op een uitbreiding van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling *Gezonder Leven*. Daarvoor zijn afspraken nodig tussen het Vlaamse en het federale niveau.

Mijnheer de minister, welke afspraken zijn er met het Vlaamse niveau gemaakt inzake mondzorg, in het licht van de uitbreiding van de Vlaamse gezondheidsdoelstelling *Gezonder Leven*?

Op welke manier worden het aantal en de spreiding van de mondhygiënisten gevolgd? Bestaat er een kadaster? Op welke manier wordt dat ingevuld? Wordt er rekening gehouden met het aantal gepresteerde uren per week?

Ik heb nog een bijkomende vraag, mocht u de gegevens bij de hand hebben. Wanneer zullen zij beschikken over die nomenclatuur en hun RIZIV-nummer?

09.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, op de eerste vraag wil ik antwoorden dat het RIZIV momenteel werkt aan een regeling voor de terugbetaling door de ziekteverzekering van bepaalde verstrekkingen uitgevoerd door mondhygiënisten, conform het regeerakkoord en zoals is afgesproken in het Nationaal Akkoord Tandheelkundigen-Ziekenfondsen 2022-2023 en uiteraard ook binnen de bevoegdheden van mondhygiënisten, zoals vastgelegd in de huidige regelgeving.

De regeling kan uiteraard worden aangepast teneinde rekening te houden met nieuwe evoluties inzake die bevoegdheden. Voor zover wij weten, zijn er daarover nog geen concrete afspraken gemaakt met de deelstaten.

In antwoord op uw tweede deelvraag kan ik meegeven dat het aantal mondhygiënisten dat gemachtigd is om het beroep uit te oefenen elk jaar wordt opgenomen in de jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België, wat wij dus het kadaster noemen. In 2021 ging het om 97 mondhygiënisten die prestaties mochten verrichten, voornamelijk in de Vlaamse Gemeenschap. In de Franse Gemeenschap zullen de eerste afgestudeerden vanaf dit jaar op de Belgische arbeidsmarkt komen. De cijfers zijn beschikbaar volgens de officiële woonplaats, leeftijd, geslacht, nationaliteit en land van oorsprong van het basisdiploma.

Op dit moment bestaat er geen overzicht van de reële activiteit van de mondhygiënisten die hun beroep in België mogen uitoefenen. Niettemin heeft de Planningscommissie Medisch aanbod de mondhygiënisten opgenomen in het projectiemodel met de alternatieve scenario's dat ontwikkeld werd voor de algemene tandartsen. Men gaat er immers van uit dat een deel van de activiteit van de algemene tandartsen toevertrouwd zal worden aan de mondhygiënisten, waardoor ze zich op complexere taken zullen kunnen richten. Zodra we over gegevens beschikken, kunnen we terugblikken op meerdere jaren registratie van mondhygiënisten die hun beroep mogen uitoefenen. Dan kan een specifieke analyse van de *workforce* van dat beroep worden uitgevoerd volgens het meerjarenplan van de Planningscommissie Medisch aanbod.

09.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het blijft eerlijk gezegd nog redelijk vaag. Het RIZIV werkt aan een regeling en er zijn nog geen concrete afspraken met de deelstaten. Vlaanderen is wel vragende partij om daarover afspraken te maken. Het is ook belangrijk om dat te doen, omdat er effectief een omvangrijk preventief luik is. Eigenlijk is de zorg die de mondhygiënist toedienen voornamelijk preventief, zeker als het gaat om voorlichting.

Ik heb al eerder een vraag gesteld over de rol die mondhygiënist kunnen spelen in bijvoorbeeld de Huizen van het Kind. Daar kunnen zij echt een laagdrempelige toegangspoort zijn tot de mondzorg, zeker voor bevolkingsgroepen die moeilijker toegang vinden tot de tandarts. De drempel van de tandarts is immers hoog.

Ik wil ook aandringen op de perceptie van mondhygiënist. We mogen hen niet beschouwen als tandartsen light. Ze zijn veel meer dan dat, ze hebben echt hun specifieke rol in de gezondheidszorg. U moet de beroepsvereniging van mondhygiënist echt betrekken bij de verschillende gesprekken die over hen worden gevoerd. Zij hebben immers nog altijd geen stem in dat hele debat en in de besluitvorming.

Het is verder jammer dat er geen overzicht van de reële activiteit van mondhygiënist is. Daar moest van bij het begin werk van worden gemaakt. Ook bij de planning van het benodigde aanbod van tandartsen is het van belang dat we daar een correct zicht op hebben.

Ik blijf het dus allemaal nogal vaag vinden en zal hier zeker op terugkomen. Ik hoorde ook nog altijd niet wanneer ze over hun RIZIV-nummer en een nomenclatuur zullen beschikken. Die mensen worden al drie jaar aan hun lot overgelaten en dat is bijzonder jammer. Vermoedelijk speelt daar ook een communautair aspect, door het feit dat er in Franstalig België inderdaad nog geen mondhygiënist zijn afgestudeerd. Daar helpen wij echter de algemene volksgezondheid niet mee.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "**De opvang van Oekraïense oorlogsslachtoffers**" (55027341C)

- **Steven Creyelman** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "**De opvang van Oekraïense oorlogsslachtoffers**" (55027918C)

10 **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "**L'accueil de victimes de la guerre en Ukraine**" (55027341C)

- **Steven Creyelman** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "**L'accueil de victimes de guerre ukrainiennes**" (55027918C)

10.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, onlangs kon men op de radio horen dat België zou hebben ingestemd met het verzoek om een zestigtal Oekraïense oorlogsslachtoffers op te vangen. Het zou gaan om tien verlamde patiënten en een vijftigtal patiënten die wonden hebben opgelopen in de oorlog. Op 20 april was er één patiënt opgenomen in het ziekenhuis in Luik. België zou een eerste capaciteit van 150 bedden beschikbaar hebben gesteld om Oekraïense vluchtelingen op te vangen. Het Comité Hospital & Transport Surge Capacity volgt de situatie in de ziekenhuizen op.

Wat is de verdeelsleutel voor de opvang van Oekraïense vluchtelingen in de ziekenhuizen? Wordt er een onderscheid gemaakt tussen types bedden? Welke algemene en universitaire ziekenhuizen zijn hierin betrokken partij? Wat is de actuele bezetting van de ziekenhuisbedden? Kunt u hiervan een overzicht per provincie geven?

Ik stelde hierover reeds eerder een vraag. Toen gaf u aan dat u nog zou spreken met het Militair Hospitaal Koningin Astrid. Wat is het resultaat van dat gesprek? Worden er daar alsnog extra bedden voorzien, los van de 25 bedden voor de patiënten met brandwonden? Hoe staat het met de bezetting van het Militair Hospitaal Koningin Astrid door het Brugmannziekenhuis? Zoals u weet, worden er twee verdiepingen van het Militair Hospitaal Koningin Astrid gebruikt door het Brugmannziekenhuis. Zijn er afspraken gemaakt om capaciteit vrij te maken voor oorlogsslachtoffers?

10.02 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

België vangt in het kader van het Oekraïense conflict patiënten op om hen een aangepaste medische behandeling te bieden. Op 17 mei 2022 arriveerde een eerste konvooi van 7 patiënten op de militaire luchthaven in Melsbroek.

1. In welke ziekenhuizen worden deze patiënten opgevangen?

2. Over welke specifieke medische behandelingen gaat het?

3. Gaat het in deze enkel over burgerslachtoffers of ook militairen? Of beiden?

4. Zal dit land in de toekomst nog slachtoffers opvangen voor specifieke medische behandelingen?

5. Hoeveel bedden kan België aanbieden in deze context? Wat is met andere woorden de maximumcapaciteit?

6. Welke zijn de verwachte aantallen voor specifieke medische behandelingen op te vangen Oekraïense oorlogsslachtoffers? Waarop worden deze prognoses gebaseerd?

7. Werkt België in dit kader samen met andere landen uit de EU? Indien zo, welke en hoe gaat dit in concreto in zijn werk?

8. Welke kosten gaan gepaard met de opvang van deze specifieke groep patiënten?

10.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Gijbels, mijnheer Creyelman, u stelde beiden de zeer concrete vraag waar die patiënten terecht zullen komen. Ik kan daarover nog niet veel zeggen. Gedetailleerde gegevens maak ik liever schriftelijk over.

Met betrekking tot de kankerpatiëntjes gaat het om jonge patiënten, van 2 tot 17 jaar, die lijden aan bloedkanker, zoals leukemie, of solide tumoren, zoals hersentumoren. Zij worden opgevangen in centra gespecialiseerd in pediatrie oncologie, gespreid over Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Om privacyredenen – wij willen niet dat deze ziekenhuizen bevroegd worden door journalisten – geven wij geen ziekenhuizen van bestemming vrij. Ik heb daarover tot nog toe geen gegevens gecommuniceerd.

Mijnheer Creyelman, u vroeg wat de capaciteit is die wij aanbieden. België heeft zich geëngageerd binnen het Europees steunmechanisme om 150 bedden ter beschikking te stellen in onze ziekenhuizen voor de opvang van zieken en gewonden. Daarnaast hebben wij nog 60 plaatsen voor revalidatie ter beschikking gesteld. Wij gebruiken er daarvan nog niet veel. Vandaag hebben wij 8 van deze bedden effectief in gebruik. Mijn diensten bereiden een volgende evacuatie van 5 patiënten voor. In het kader van de plaatsen voor revalidatie is een eerste transfer van 27 revalidatiepatiënten momenteel in bespreking.

Mijnheer Creyelman, u vroeg hoe wij dat verder inschatten. Ik vind dat zeer moeilijk om te zeggen, omdat het afhangt van de intensiteit en duur van de oorlog. Daarop hebben wij geen zicht. De mate waarin het zorgsysteem in Oekraïne geleden zal hebben onder de oorlog kennen wij ook nog niet. Wij hopen natuurlijk dat het aantal slachtoffers laag blijft. Elk slachtoffer is er een te veel.

Het Europees mechanisme waar België zich heeft ingeschreven, heeft op datum van 19 mei in totaal 564 vragen tot medische evacuatie ontvangen. 77 vragen werden na de indiening opnieuw ingetrokken omdat de patiënt of familie geen evacuatie naar een Europees land wenste of omdat de medische toestand van de patiënt de evacuatie niet meer toeliet ofwel dat deze niet meer nodig was.

De conclusie is dat al 347 patiënten over Europa verspreid werden en dat 140 aanvragen nog in behandeling zijn.

De transportkosten, dus vertrekkend uit een buurland van Oekraïne naar België, worden voor 75 % gedragen door Europa en voor 25 % door België. Als patiënten hier aankomen en wanneer ze geregistreerd zijn onder een specifiek statuut en aangesloten zijn bij een ziekenfonds, genieten ze de dekking zoals bepaald door de Belgische ziekteverzekering.

Misschien kan ik nog wat details geven, al is dat ook al onder meer in het nieuws gezegd. Onder de

60 ernstig gewonde Oekraïners die in gespecialiseerde revalidatie gaan, zijn er 10 met *spinal cord injury*, van wie 4 met hoge tetraplegie en 6 met lage tetraplegie, en 50 patiënten die behoefte hebben aan locomotorische en neurologische revalidatie. Mevrouw Gijbels, ik kan niet vooruitlopen op hoe zij precies zullen worden verdeeld. De verdeling zal gebeuren in nauwe samenwerking met een expertencomité vanuit de beroeps- en wetenschappelijke vereniging van revalidatieartsen, gecoördineerd door het Hospital and Transport Surge Capacity Committee.

Het is niet de bedoeling dat de patiënten uit Oekraïne voor revalidatie worden opgenomen in het Militair Hospitaal. Dat is nu toch wel de conclusie. Er zijn meerdere gespecialiseerde revalidatiecentra, onder meer voor de patiënten met ruggenmergletsels. Zodra dat mogelijk is, worden de revalidatiepatiënten ook ambulantly verder behandeld en opgevolgd.

10.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, u weet nochtans dat de academische ziekenhuizen hebben gevraagd om oorlogsslachtoffers bij voorrang op te vangen in het Militair Hospitaal. Ik vind het nog altijd gek dat we daar geen gevolg aan kunnen geven.

Ik hoorde ook niet wat het resultaat was van het gesprek met het Militair Hospitaal. Zien zij toch nog mogelijkheden om uit te breiden? Het gaat hier immers toch om heel specifieke aandoeningen, met – zo kan ik me voorstellen – geïnfecteerde wonden, wat ook weer een specifieke revalidatie vereist. Ik stel me er dus vragen bij dat we in het Militair Hospitaal blijkbaar niet de capaciteit hebben om dergelijke slachtoffers de gepaste zorg te geven.

Wat ik ook nog altijd vreemd blijven vinden, is dat het Militair Hospitaal in die mate wordt ingenomen door het Brugmannziekenhuis dat er maar 25 bedden overblijven om andere mensen op te vangen. Indertijd was er al heel veel onduidelijkheid over de contracten die tussen het Brugmannziekenhuis en Defensie werden afgesloten en de manier waarop het Militair Hospitaal wordt vergoed. Ik ga dit nog verder uitpluizen, want ik vind dit een heel gekke gang van zaken. Ik vraag mij af waarom wij een Militair Hospitaal hebben, als dat zo weinig kan betekenen in een oorlogssituatie.

10.05 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw concrete antwoorden op mijn concrete vragen. Ik ben blij te horen dat wij een aantal slachtoffers bijkomend zullen kunnen opvangen, als dat nodig mocht zijn. Ik hoop samen met u dat dit niet nodig zal zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.26 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 26.