



CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA
SOCIÉTÉ

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

mardi

dinsdag

18-04-2006

18-04-2006

Après-midi

Namiddag

cdH	centre démocrate Humaniste
CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
ECOLO	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
FN	Front National
MR	Mouvement réformateur
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	Parti socialiste
sp.a-spirit	Socialistische Partij Anders – Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht
Vlaams Belang	Vlaams Belang
VLD	Vlaamse Liberalen en Democraten

Abréviations dans la numérotation des publications :		Afkortingen bij de nummering van de publicaties :	
DOC 51 0000/000	Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 51 0000/000	Parlementair stuk van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)	CRIV	voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	CRABV	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions ; les annexes se trouvent dans une brochure séparée (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken; de bijlagen zijn in een aparte brochure opgenomen (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
PLEN	séance plénière	PLEN	Plenum
COM	réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants	Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Commandes :	Bestellingen :
Place de la Nation 2	Natieplein 2
1008 Bruxelles	1008 Brussel
Tél. : 02/ 549 81 60	Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be	www.deKamer.be
e-mail : publications@laChambre.be	e-mail : publicaties@deKamer.be

SOMMAIRE

Question de M. Luc Sevenhans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'intervention de l'assurance maladie obligatoire dans le Centre des grands brûlés de l'Hôpital militaire" (n° 10797)

Orateurs: **Luc Sevenhans, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de
- Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des centres vasculaires" (n° 10816)

- Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des stents carotidiens" (n° 11055)

Orateurs: **Maggie De Block, Hilde Dierickx, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Interpellations et questions jointes de
- M. Patrick De Grootte au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un SMUR/EIP pour le Brabant flamand" (n° 823)

- M. Bart Laeremans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'équipe paramédicale d'intervention pour Hal" (n° 828)

- M. Luk Van Biesen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un SMUR pour le Brabant flamand" (n° 11030)

- M. Carl Devlies au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les modalités applicables à l'équipe d'intervention paramédicale rattachée à l'hôpital de Hal" (n° 11106)

Orateurs: **Patrick De Grootte, Luk Van Biesen, Bart Laeremans, Carl Devlies, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Motions
Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la redevance due par les apiculteurs" (n° 10866)

Orateurs: **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le 'business plan' et le 'benchmark' dans le cadre du financement de l'AFSCA" (n° 10867)

Orateurs: **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

INHOUD

Vraag van de heer Luc Sevenhans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering in het Brandwondencentrum van het Militair Hospitaal" (nr. 10797)

Sprekers: **Luc Sevenhans, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van
- mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de bloedvatencentra" (nr. 10816)

- mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van carotisstents" (nr. 11055)

Sprekers: **Maggie De Block, Hilde Dierickx, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde interpellaties en vragen van
- de heer Patrick De Grootte tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een MUG/PIT voor Vlaams-Brabant" (nr. 823)

- de heer Bart Laeremans tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Paramedisch interventieteam voor Halle" (nr. 828)

- de heer Luk Van Biesen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een MUG voor Vlaams-Brabant" (nr. 11030)

- de heer Carl Devlies aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de modaliteiten inzake het paramedisch interventieteam verbonden aan het ziekenhuis te Halle" (nr. 11106)

Sprekers: **Patrick De Grootte, Luk Van Biesen, Bart Laeremans, Carl Devlies, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Moties
Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de heffingsplicht voor bijhouders" (nr. 10866)

Sprekers: **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het businessplan en het benchmark in het kader van de financiering van het FAVV" (nr. 10867)

Sprekers: **Mark Verhaegen, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

<p>Question de Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'équipement numérique des centres médicaux" (n° 10864)</p> <p><i>Orateurs:</i> Trees Pieters, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	20	<p>Vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de digitale uitrusting van geneeskundige centra" (nr. 10864)</p> <p><i>Sprekers:</i> Trees Pieters, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	19
<p>Question de M. Jef Van den Bergh au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique relative au tabagisme dans les maisons de jeunes et les salles de fêtes" (n° 10959)</p> <p><i>Orateurs:</i> Jef Van den Bergh, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	21	<p>Vraag van de heer Jef Van den Bergh aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rookbeleid in jeugdhuizen en fuifzalen" (nr. 10959)</p> <p><i>Sprekers:</i> Jef Van den Bergh, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	21
<p>Interpellation de Mme Zoé Genot au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le non-respect généralisé de la réglementation sur les heures de travail des médecins candidats spécialistes et plus particulièrement des prescrits de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 et les dangers qu'il leur fait encourir ainsi qu'à leurs patients" (n° 830)</p> <p><i>Orateurs:</i> Zoé Genot, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	23	<p>Interpellatie van mevrouw Zoé Genot tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veralgemeende niet-naleving door de artsen kandidaat-specialisten van de arbeidsduurreglementering, inzonderheid van het bepaalde in het ministerieel besluit van 30 april 1999, alsmede over de gevaren waaraan zij zich en hun patiënten daardoor blootstellen" (nr. 830)</p> <p><i>Sprekers:</i> Zoé Genot, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	23
<p>Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres cardiaques" (n° 11054)</p> <p><i>Orateurs:</i> Hilde Dierickx, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	29	<p>Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hartcentra" (nr. 11054)</p> <p><i>Sprekers:</i> Hilde Dierickx, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	29
<p>Question de M. Bart Laeremans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le service de médecins généralistes bruxellois Médinuit" (n° 11073)</p> <p><i>Orateurs:</i> Bart Laeremans, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	30	<p>Vraag van de heer Bart Laeremans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Brusselse huisartsendienst Médinuit" (nr. 11073)</p> <p><i>Sprekers:</i> Bart Laeremans, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	30
<p>Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques médicaux de la Rilatine" (n° 11153)</p> <p><i>Orateurs:</i> Colette Burgeon, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	35	<p>Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de medische risico's van Rilatine" (nr. 11153)</p> <p><i>Sprekers:</i> Colette Burgeon, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	35
<p>Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le refus de vaccination contre la polio" (n° 11155)</p> <p><i>Orateurs:</i> Colette Burgeon, Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	36	<p>Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de weigering van een poliovaccinatie" (nr. 11155)</p> <p><i>Sprekers:</i> Colette Burgeon, Rudy Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	36
<p>Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur</p>	38	<p>Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	38

"la surexposition aux rayons X dans les hôpitaux"
(n° 11156)

Orateurs: **Colette Burgeon, Rudy Demotte**,
ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique

over "de overdreven blootstelling aan X-stralen in
ziekenhuizen" (nr. 11156)

Sprekers: **Colette Burgeon, Rudy Demotte**,
minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 18 AVRIL 2006

DINSDAG 18 APRIL 2006

Après-midi

Namiddag

Les questions et les interpellations commencent à 16.36 heures.
Président: M. Yvan Mayeur.

De vragen en interpellaties vangen aan om 16.36 uur.
Voorzitter: de heer Yvan Mayeur.

01 **Vraag van de heer Luc Sevenhans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering in het Brandwondencentrum van het Militair Hospitaal" (nr. 10797)**

01 **Question de M. Luc Sevenhans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'intervention de l'assurance maladie obligatoire dans le Centre des grands brûlés de l'Hôpital militaire" (n° 10797)**

01.01 **Luc Sevenhans** (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, ik zal het hebben over een onderwerp dat u wellicht ook na aan het hart ligt, met name het Militair Hospitaal. Mijnheer de minister, u kent mijn speciale interesse voor het Militair Hospitaal, vandaar deze vraag.

Op 23 november 2005 werd de minister van Landsverdediging voor de zoveelste keer geïnterpelleerd over de verontrustende toestand binnen het Brandwondencentrum van het Militair Hospitaal en in het bijzonder over de tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering. Mijnheer de minister, minister Flahaut gaf toe dat er misschien moeilijkheden met de tegemoetkoming van het RIZIV waren maar dat deze te wijten waren aan een gebrekkige reglementering uitgaande van uw administratie.

Mijn lectuur van het dossier is echter verschillend. Hoewel sommige bepalingen van de vigerende reglementering terzake inderdaad beter kunnen worden geformuleerd, lijken deze eisen mij toch zeer duidelijk uitgedrukt. De verplichting voor het diensthoofd om bovenop zijn basisdiploma te beschikken over een bijkomende bekwaming in intensieve zorg is daar slechts een voorbeeld van. Zoals u weet beschikt het huidige diensthoofd van het Brandwondencentrum uiteraard niet over deze bijkomende bekwaming. Erger nog, niet zelden staat er geen enkele arts met bijkomende bekwaming in intensieve zorg op de lijst van artsen met wachtdienst.

01.01 **Luc Sevenhans** (Vlaams Belang): Selon le ministre Flahaut, les problèmes du Centre des grands brûlés concernant l'intervention de l'INAMI sont entièrement dus à une réglementation défectueuse élaborée par l'administration de la Santé publique. J'estime personnellement que les exigences de cette réglementation sont pourtant très claires. L'obligation pour le chef de service de disposer d'une qualification supplémentaire en soins intensifs n'en est qu'un exemple parmi d'autres. Non seulement le chef de service ne dispose pas de cette qualification mais en plus, la liste des médecins de garde ne comprend souvent aucun médecin-intensiviste.

Le 22 novembre 2005, le ministre

Voorts antwoordde u in de commissie voor de Volksgezondheid van 22 november 2005 onder de referentie 0603 – in vrije vertaling – het volgende: “In werkelijkheid worden de uitgaven met betrekking tot de zorg die aan zwaar verbrande patiënten verstrekt is, rechtstreeks gefactureerd aan de ziekenkassen waarbij deze patiënten aangesloten zijn. Deze verzekeringsinstellingen lijken niet nagekeken te hebben of het diensthoofd in kwestie al dan niet beschikte over de vereiste bekwaming zoals voorzien in het KB van 2 juli 1999”. Ik neem echter aan dat het eerder gaat om het ministerieel besluit van 2 juli 1990.

Tot onze grote verbazing en ondanks de ondubbelzinnige vaststelling van de twee geneesheren-inspecteurs van het RIZIV die in een terugvordering van meer dan 8 miljoen euro uitmondde, hoorden we minister Flahaut onlangs verklaren dat het militair hospitaal de opnames in het Brandwondencentrum ongestoord zoals vroeger, bleef factureren.

Tijdens de plenaire vergadering van de Kamer op 9 maart 2006 verklaarde hij verder dat hij er niet aan dacht enig gevolg te geven aan de terugvordering van het RIZIV. Volgens hem dient de vigerende reglementering aan de specifieke situatie van het Brandwondencentrum aangepast te worden en niet omgekeerd.

Mijnheer de minister, op basis van het voorgaande, wens ik u de volgende vragen te stellen.

Is het aanvaardbaar dat het Brandwondencentrum van het Militair Hospitaal de opnames van patiënten verder blijft factureren terwijl de gebreken die door de twee geneesheren-inspecteurs van het RIZIV werden vastgesteld, niet verholpen werden en er bijgevolg niet wordt voldaan aan een wezenlijke voorwaarde voor de kwaliteit en de veiligheid van de verstrekte verzorging.

Is het gebruikelijk dat van de verzekeringsinstellingen wordt verwacht dat zij de bekwaming van een diensthoofd zouden controleren terwijl deze een financieringscriterium vormt dat uitsluitend onder de bevoegdheid van het RIZIV ressorteert? Toen uw diensten deze overtreding vaststelden, hebben zij de verzekeringsinstelling dan hierover ingelicht teneinde de opportuniteit te kunnen evalueren van een verdere tegemoetkoming of van een mogelijke gedeeltelijke of volledige terugvordering sinds de illegale aanstelling van het huidige diensthoofd? Wie zou in gebreke gesteld kunnen zijn - de verzekeringsinstelling, het RIZIV, uw administratie - in geval van een klacht vanwege een patiënt ten gevolge van zijn opname in een dienst die ernstige gebreken vertoont op geneeskundig vlak? Hoe zal het dossier verder evolueren nu geweten is dat minister Flahaut weigert enig gehoor te geven aan de terugvordering van het RIZIV dat toch ressorteert onder uw diensten?

Tot daar mijn vraag, mijnheer de voorzitter. Graag uw antwoord, mijnheer de minister.

01.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Sevenhans, ik heb reeds gezegd dat er geen erkenningsnormen bestaan voor de brandwondencentra. Er bestaan uitsluitend financieringscriteria. Dit

a déclaré que les dépenses en soins aux grands brûlés étaient facturées directement aux mutuelles et que celles-ci n'avaient manifestement pas vérifié si le chef de service possédait la qualification requise.

À notre grand étonnement, le ministre Flahaut a déclaré que le Centre des grands brûlés continuait impunément à facturer les admissions de la même manière, ceci malgré les constatations des médecins-inspecteurs de l'INAMI, qui ont quand même mené à la récupération de plus de 8 millions d'euros. Il a en outre aussi déclaré ne pas penser donner suite à cette récupération. Selon lui, c'est la réglementation qui doit être adaptée à la situation du Centre des grands brûlés, et non l'inverse.

Est-il acceptable que le Centre des grands brûlés continue à facturer de la même manière, sans qu'il ait été remédié aux défaillances qui ont été relevées?

Est-il normal de demander aux organismes assureurs de contrôler les qualifications d'un chef de service, alors que ce critère de financement relève de la compétence exclusive de l'INAMI?

Les services du ministre ont-ils informé les organismes assureurs lorsqu'ils ont constaté l'infraction?

Qui peut être mis en demeure lorsqu'un patient dépose une plainte parce qu'il a été admis dans un service présentant des déficiences graves au niveau médical?

Comment ce dossier va-t-il évoluer, étant donné que M. Flahaut refuse de donner suite à la demande de remboursement émanant de l'INAMI?

01.02 **Rudy Demotte**, ministre: Les centres des grands brûlés ne disposent pas de normes

heeft als gevolg dat er ter plaatse niet systematisch wordt gecontroleerd of aan andere criteria voldaan wordt. Anderzijds heb ik de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen gevraagd te adviseren of het aangewezen is erkenningsnormen te bepalen. Ik heb dit advies onlangs ontvangen en mijn diensten zijn momenteel bezig met de analyse ervan.

De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle heeft een onderzoek ingesteld overeenkomstig artikel 139, derde lid van de wet van 14 juli 1994. De dienst heeft een proces-verbaal opgesteld voor het niet naleven van de financieringscriteria. Volgens mijn informatie loopt dit onderzoek nog steeds.

Zodra het definitieve rapport klaar is, zal het ziekenhuis verzocht worden zich binnen de twee maanden schriftelijk te verantwoorden tegenover het comité van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle voor de feiten die het ten laste worden gelegd. Het ziekenhuis moet binnen de twee maanden gehoord worden. Het mag zich hierin laten bijstaan door raadgevers die het zelf kiest.

De beslissingen van het Comité zijn ambtshalve uitvoerbaar. Er kan echter een opschortend beroep tegen worden aangetekend bij de kamer van beroep, beoogd in artikel 155 van voornoemde wet.

De dienst geneeskundige evaluatie en controle kan een onderzoek uitvoeren op basis van een klacht van een patiënt. Er werd nog niet betekend aan de verzekeringsinstellingen omdat de procedure nog niet afgerond is. De rechten van de verdediging moeten immers gerespecteerd worden. In de toekomst zal de dienst Brandwonden opgenomen worden in het ziekenhuis met meerdere vestigingsplaatsen; dat resulteert uit het partnerschap tussen Brugmann en Defensie. De dienst Brandwonden blijft wel op dezelfde plaats gevestigd. Aldus zal de dienst gebruik kunnen maken van de omkadering en expertise van de artsen en de diensten van Brugmann, die overeenstemmen met de ziekenhuisnormen inzake kwaliteit en in het bijzonder inzake begeleiding van de patiënten. Dit akkoord zou binnen een maand gesloten moeten worden.

Tot daar mijn antwoord. Ik verwacht nu nog – om daarover duidelijk te zijn – het definitieve rapport dat mij normaal in de volgende weken moet worden toegezonden.

d'agrément, mais seulement de critères de financement. Il n'existe dès lors pas de contrôle systématique des autres critères. J'ai demandé au Conseil national des établissements hospitaliers s'il est opportun de fixer des normes d'agrément. J'ai récemment reçu son avis, qui est étudié par mes services en ce moment.

Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux a ouvert une enquête, conformément à l'article 139 de la loi du 14 juillet 1994. Le service a dressé un procès-verbal concernant le non-respect des critères de financement. Selon mes informations, cette enquête est toujours en cours.

Dès lors que le rapport définitif sera prêt, l'hôpital dispose d'un délai de deux mois pour exposer ses moyens de défense. Les décisions du comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux sont exécutoires d'office, mais elles peuvent faire l'objet d'un recours suspensif devant la chambre de recours.

Le service peut également ouvrir une enquête à la suite d'une plainte d'un patient. Aucune notification n'a encore été adressée aux compagnies d'assurance parce que l'enquête n'est pas terminée.

À l'avenir, le Centre des grands brûlés fera partie de l'hôpital doté de plusieurs sections qui résultera du partenariat entre l'hôpital Brugmann et le département de la Défense. Le Centre pourra ainsi bénéficier de l'expertise des médecins et des services de l'hôpital Brugmann qui répondent à toutes les normes de qualité. L'accord de coopération devrait être signé dans un mois.

J'attends le rapport définitif dans les prochaines semaines.

01.03 Luc Sevenhans (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, lex dura sed lex, ook voor het Militair Hospitaal. Ik heb mij er zeker nooit

01.03 Luc Sevenhans (Vlaams Belang): Je ne me suis jamais

vrolijk over willen maken dat die fameuze rekening boven het hoofd hangt van het Militair Hospitaal, maar als het zo is, moet het maar zo zijn. Het Militair Hospitaal mag geen uitzondering vormen.

Ik neem nota van het antwoord. Ik zal het uiteraard eens grondig nalezen en bestuderen, mijnheer de minister. Het is een complexe zaak. Dat weet u ook. Ik verneem dus dat we binnen enkele weken naar de volgende episode gaan. Ik vrees het een beetje, uw goede collega kennende, die zich niet zonder slag of stoot zal overgeven. Ik vrees dat we toch een duidelijke tekening krijgen van het geheel en dat het vrij binnenkort tot een oplossing zal komen.

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

réjoui de ce que l'Hôpital militaire s'expose à cette facture, mais les mêmes règles doivent s'appliquer à tous.

Je vais relire attentivement la réponse. Un nouvel épisode suivra dans quelques semaines. Je crains que le ministre de la Défense ne capitule sans coup férir.

02 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de bloedvatencentra" (nr. 10816)

- mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van carotisstents" (nr. 11055)

02 **Questions jointes de**

- Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des centres vasculaires" (n° 10816)

- Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des stents carotidiens" (n° 11055)

02.01 **Maggie De Block** (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag is al lang ingediend. Ik heb soortgelijke vragen al op de agenda zien staan van vorige vergaderingen, maar ik denk dat deze vraag nu pas aan de orde komt omdat er al zoveel vragen op de agenda stonden op dat moment.

Ik wou na de vakantie toch nog eens vragen naar de criteria, die u zult bepalen, voor de centra die aan carotisstenting zullen mogen doen. Al deze centra hebben vóór 1 februari laatstleden een aanvraag tot erkenning moeten indienen. Zij moesten een aantal gegevens vermelden zoals onder andere hun activiteiten inzake carotisstenting, de eigenhandig uitgevoerde procedures en een lijst van hun medisch-wetenschappelijke activiteit -training, relevante publicaties, wetenschappelijke vorming, enzovoort - in deze materie.

Op het terrein is hierover nogal wat te doen want ik heb de lijst met vragen gezien en als in zo'n centrum een paar chirurgen werken, vergt het nogal wat werk op alles te beantwoorden. Het is op het terrein niet duidelijk welke criteria zwaarder, of minder zwaar zullen wegen. Ik denk bijvoorbeeld aan de expertise, maar vanaf hoeveel ingrepen is hiervan sprake. Ook op het vlak van de publicaties zijn er vragen. Het kan gaan om recente publicaties, maar anderzijds kunnen anderen tot de pioniers op het vlak behoren, terwijl ze de laatste jaren weinig publicaties hebben uitgebracht. Op het terrein bestaat terzake dus toch wel wat commotie.

Welke criteria zult u in aanmerking nemen?

Voorts wil ik er nog de vraag aan toevoegen hoe ver dit dossier is geëvolueerd? Ik vermoed dat u geen probleem zult hebben met deze laatste, toegevoegde vraag.

02.01 **Maggie De Block** (VLD): Les centres de stents carotidiens devaient introduire leur demande d'agrément avant le 1^{er} février. À cet effet, ils devaient remplir un questionnaire très détaillé concernant notamment la formation, les activités et les publications de leurs chirurgiens. Lesquels de ces critères seront-ils pris en compte lors de l'attribution des agréments? Où en est ce dossier?

02.02 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, aansluitend bij mevrouw De Block stel ik vast dat in de terugbetaling van het materiaal voor de carotisstaking, dus zowel de stent zelf als de protecting devices, voorzien wordt in een bepaald aantal centra. Dat zouden er tien zijn voor een beperkte periode van waarschijnlijk een jaar en dit in het kader van een studie. Dat valt onder categorie 5, met name een tijdelijke behandeling opgenomen in de nomenclatuur onder bepaalde voorwaarden.

Ongeveer vierenvijftig centra zouden een aanvraag tot terugbetaling hebben ingediend. Het Kenniscentrum stelt voor in een centrum te voorzien dat van terugbetaling kan genieten, of maximum in drie centra. Er zou een consensus bestaan over tien centra. De richtcriteria die door het secretariaat van de Technische Raad inzake Implantaten werden opgesteld en die aan alle ziekenhuizen werden doorgestuurd voor eventuele kandidaatstelling werden wel bepaald, maar de definitieve criteria voor de erkenning zijn zo opgesteld dat centra met heel wat ervaring in de techniek van carotid artery stenting ook zullen erkend worden. Wordt bij de bepaling van het aantal behandelde carotische aandoeningen rekening gehouden met vroeger bestaande verschuivingen van een carotid and arteriotomie stenting centrum naar een carotid artery stenting centrum en wordt er voldoende belang aan gehecht of het centrum kan worden opgenomen in een Europese gerandomiseerde studie?

02.03 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, in antwoord op de vragen kan ik het volgende meedelen.

Ten eerste. Op basis van de aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en rekening houdend met de realiteit op het terrein heeft de Technische Raad voor Implantaten als richtlijn een beperking tot tien centra bepaald die van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering kunnen genieten en dit in het kader van een categorie 5-procedure of implantaten voor beperkte klinische toepassing.

Ten tweede. De door de Technische Raad voor Implantaten opgestelde richtcriteria zijn gebaseerd op volgende parameters: volume van endarterectomy van het centrum, het volume van carotisstaking beeldvormingsmogelijkheden, het multidisciplinaire van het team, de medisch-wetenschappelijke activiteiten van het team, de aanwezigheid van een volledig registratiesysteem van open endarterectomy en endoluminale of carotische stentingprocedures

Ten laatste is er de verbintenis om zich aan te sluiten bij een lopende gerandomiseerde Europese studie.

Op basis van de kandidatuur dossiers zal voor de selectie van de centra ook rekening gehouden worden met een correcte geografische spreiding.

02.04 **Maggie De Block** (VLD): Dank u wel, mijnheer de minister. Het is al een tijdje dat de maatregel in de lucht hangt. Kunt u zeggen tegen wanneer de knoop zou moeten worden doorgehakt?

02.02 **Hilde Dierickx** (VLD): Le remboursement du matériel servant à la pose d'un stent carotidien est prévu dans certains centres et pour une durée limitée. Le traitement relève dès lors de la catégorie 5. Cinquante-quatre centres ont introduit une demande de remboursement. Il y aurait un consensus pour faire reconnaître dix centres. Le Conseil technique des implants a envoyé à tous les hôpitaux les critères directeurs en vue d'un agrément.

Les critères définitifs d'agrément ont-ils été définis de manière telle que les centres qui possèdent la plus grande expérience de la technique du CAS (carotid artery stenting) pourront également être agréés? A-t-il été tenu compte, pour déterminer le nombre d'affections traitées, de l'adoption de la technique CAS par certains centres? Pensez-vous qu'il soit essentiel d'adhérer éventuellement à une étude européenne?

02.03 **Rudy Demotte**, ministre: Conformément aux recommandations du Centre d'expertise et compte tenu de la réalité sur le terrain, le Conseil technique des implants propose d'agréer dix centres. Les critères directeurs établis par le conseil sont fondés sur différents paramètres, notamment le volume du stent carotidique, les possibilités d'imagerie, le caractère pluridisciplinaire de l'équipe et son activité médico-scientifique, la présence des systèmes d'enregistrement indispensables et l'obligation d'adhérer à une étude européenne. Lors de la sélection des centres, il sera également tenu compte d'une répartition géographique équitable.

02.05 Minister **Rudy Demotte**: U stelt de vraag in commissie. Ik heb daarop nog geen antwoord. Ik heb nog geen timing op mijn document, maar ik heb de coördinaten van de mensen die het dossier volgen.

02.06 **Hilde Dierickx** (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik hoop dat wij inderdaad snel zullen weten welke centra voor erkenning in aanmerking zullen komen. Ik wou toch nog eens benadrukken dat de centra, die vroeger heel wat ervaring hebben opgedaan in het plaatsen van stents, hier zeker niet gediscrimineerd worden.

02.06 **Hilde Dierickx** (VLD): J'espère que nous saurons dans les meilleurs délais quels centres entreront en ligne de compte.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 10822 van mevrouw Lahaye-Battheu wordt uitgesteld.

Mevrouw Pieters is nog niet toegekomen en de heer Verhaegen is buitengegaan.

03 **Samengevoegde interpellaties en vragen van**

- de heer **Patrick De Groote** tot de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "een **MUG/PIT voor Vlaams-Brabant**" (nr. 823)
- de heer **Bart Laeremans** tot de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "het **Paramedisch interventieteam voor Halle**" (nr. 828)
- de heer **Luk Van Biesen** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "een **MUG voor Vlaams-Brabant**" (nr. 11030)
- de heer **Carl Devlies** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "de modaliteiten **inzake het paramedisch interventieteam verbonden aan het ziekenhuis te Halle**" (nr. 11106)

03 **Interpellations et questions jointes de**

- M. **Patrick De Groote** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un **SMUR/EIP pour le Brabant flamand**" (n° 823)
- M. **Bart Laeremans** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'**équipe paramédicale d'intervention pour Hal**" (n° 828)
- M. **Luk Van Biesen** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un **SMUR pour le Brabant flamand**" (n° 11030)
- M. **Carl Devlies** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les modalités applicables à l'**équipe d'intervention paramédicale rattachée à l'hôpital de Hal**" (n° 11106)

03.01 **Patrick De Groote** (N-VA): Mijnheer de minister, tijdens de kerstdagen viel het PIT, het paramedisch interventieteam, uit de boom. U kwam met Vlaams minister Vervotte tot een overeenkomst, die in januari gezamenlijk aan de gezamenlijke pers werd voorgesteld. Het werd geen MUG maar een PIT, een paramedisch interventieteam. Het mocht en kon geen MUG zijn. U zult wellicht geredeneerd hebben dat er reeds te veel MUG's zijn, die ondergefinancierd zijn. Er is nu eenmaal geen geld! Ik verwijs naar een artikel in de krant waarin een ziekenhuis verklaart 300.000 euro per jaar nodig te hebben voor de MUG, maar van de overheid nog geen 240.000 euro krijgt en vervoer, dispatching en infrastructuur zijn niet eens in rekening gebracht. Vandaar geen geld.

Vandaar geen MUG voor Halle maar 6 PIT's in België waarvan 3 in Vlaanderen en, heel toevallig, 3 in Wallonië. Dat zal wellicht wel een statistische wetenschappelijke verklaring hebben. De twijfelachtige eer viel Halle en Virton te beurt. Over de 4 andere heeft men geen zekerheid. Graag zou ik weten waarom? Of moet men de noden nog onderzoeken?

03.01 **Patrick De Groote** (N-VA): À la fin de l'an dernier, M. Demotte avait conclu un accord avec la ministre flamande, Mme Vervotte, concernant une équipe d'intervention paramédicale à Hal. Pour des raisons budgétaires, aucun SMUR ne sera créé. Six équipes d'intervention paramédicale verront toutefois le jour, trois en Flandre et trois en Wallonie. Il s'est entre-temps avéré que l'équipe d'intervention paramédicale de Hal est une coquille vide qui ne peut plus se développer étant donné qu'il faut à nouveau faire appel à un médecin de Tubize. Le télémonitoring est également assuré par le biais de Tubize.

Ik herhaal het: een PIT in plaats van een MUG. Het schriftelijk voorstel van maart komt helemaal niet meer overeen met hetgeen in januari werd voorgesteld. We weten dat aan het PIT voor Halle zelfs geen vruchtvlies zit en aldus nooit de kans zal krijgen om te bloeien. Waarom niet? Het gaat over een proefperiode van 1 jaar. In januari was dat nog minstens 5 jaar. Nu blijkt het slechts 1 jaar te zijn. Een ziekenhuis trekt artsen en personeel aan om een PIT te bemannen indien nodig, maakt overeenkomsten, maar over de financiering is hoogstens 1 jaar zekerheid. Dan krijgt het ziekenhuis te horen dat de urgentiearts eigenlijk nergens voor nodig is. Als er een urgentiearts nodig is, moet die van Tubeke maar worden opgeroepen. Dan begint het spelletje opnieuw, dat we zoveel malen hebben aangehaald. De Vlaams-Brabantse bevolking vraagt reeds jaren een MUG, omdat de urgentieteams van Tubeke niet op tijd ter plaatse geraken. Nu zou er weer een beroep op Tubeke worden gedaan, in casu voor de meest dringende gevallen. Dat is hemeltergend! Het PIT van Halle kan dienst doen als een bezigheidstherapeut, terwijl de MUG van Tubeke zijn zoektochten in Vlaams-Brabant voort kan zetten. Ook de telemonitoring zou niet met Halle verlopen maar met Tubeke. Neemt men die keuze in het kader van de tewerkstelling en zal men het PIT bemannen met een tolk?!

Vervolgens, althans volgens de gegevens die mij verstrekt zijn, krijgt het geen hinterland waar nochtans heel Zuid-Vlaams-Brabant om gevraagd heeft.

Al jaren en maanden eisen we een MUG voor Halle, om op te treden voor het gehele Pajottenland en dit is ook Herne, Bever en Galmaarden.

Ik kom tot mijn vragen. Vindt u het opportuun om Zuid-Pajottenland blijvend onder de MUG van Tubeke te laten ressorteren met alle taalperikelen van dien?

Ten tweede, burgemeester Kris Poelaert van Herne liet nog weten dat er zich vorige week in zijn gemeente een incident voordeed, waarbij de MUG van Tubeke drie kwartier onderweg was. Hoe verantwoordt u drie kwartier voor een medische urgentiegroep? Zal u daar een onderzoek naar uitvoeren en kan u daar een verslag van toezenden naar de vraagsteller?

Kan u het verslag van uw gezondheidsinspecteur overmaken en de conclusies meedelen van het incident in Pepingen op 12 september 2005, waarbij een chauffeur van De Lijn een bromfiets aanreed en waarbij de 100-centrale inhaakte omdat men daar het Nederlands niet machtig was en na een half uur terugbelde met de vraag om de plaats van het ongeval nog eens te spellen! U heeft immers in de commissie voor de Volksgezondheid van 25 oktober, op antwoord van verschillende interpellanten, gesteld dat u zo een verslag had gevraagd, maar dat u nog niet over het resultaat beschikte. Misschien hebt u dat ondertussen reeds ontvangen.

Ten vierde, klopt het dat de PIT van Halle door de richtlijnen die het ziekenhuis van u heeft ontvangen, niet via een systeem van telemonitoring zal worden bijgestaan door een arts van het ziekenhuis en dat er tevens geen beroep kan worden gedaan op een eigen arts, maar dat de PIT van Halle verplicht wordt een beroep te doen op een MUG-arts uit Waals Tubeke?

Le ministre estime-t-il opportun de faire dépendre le sud du Pajottenland du SMUR de Tubize, compte tenu de toutes les difficultés linguistiques inhérentes à un tel fonctionnement? Le bourgmestre de Herne a indiqué qu'un incident s'était produit dans sa ville la semaine dernière et que le SMUR de Tubize avait mis trois quarts d'heure pour arriver sur les lieux. Comment une telle situation s'explique-t-elle? Le ministre peut-il fournir le rapport de l'inspecteur sanitaire relatif à l'incident du 12 septembre à Pepingen, dans le cadre duquel un interlocuteur du central 100 avait raccroché parce qu'il ne comprenait pas le néerlandais et avait rappelé une demi-heure plus tard en demandant d'épeler le lieu de l'accident? Est-il exact que l'équipe d'intervention paramédicale doit faire appel à un médecin du SMUR de Tubize? Le ministre peut-il fournir un aperçu du nombre d'interventions annuelles effectuées par le SMUR de Tubize en Flandre et en Wallonie au cours des cinq dernières années? Hormis Hal et Virton, d'autres communes font-elles l'objet d'un projet pilote concernant une équipe d'intervention paramédicale?

Ten vijfde, kan u een overzicht geven, per jaar, van het aantal interventies van de MUG van Tubeke respectievelijk in Vlaanderen en in Wallonië en dit voor de laatste vijf jaar?

Ten zesde, zijn er naast Halle en Virton nog gemeenten bekend die in aanmerking komen, en/of gekozen zijn voor een pilootproject met de PIT. Ik dank u alvast voor uw antwoord.

03.02 Luk Van Biesen (VLD): Geachte mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, uw stelling van de laatste dagen heeft mij enigszins verwonderd. Wij zijn hier reeds herhaaldelijk over de MUG-problematiek van Halle tussengekomen. U zegt dat, indien er een urgentiearts noodzakelijk is bij een interventie, men niet op het ziekenhuis van Halle een beroep zal doen, maar wél op en Franstalige MUG-arts van Tubize.

Het kan niet de bedoeling zijn dat Vlaamse patiënten worden bijgestaan door een Franstalige arts. Ik dacht dat u zich kon vinden in dit uitermate belangrijk uitgangspunt. Het is spijtig dat we nu het omgekeerde moeten vaststellen.

Dringende geneeskundige verzorging houdt meer in dan een patiënt onderzoeken en behandelen. Hoe kan een patiënt worden bevraagd, als de urgentiearts geen Nederlands spreekt of begrijpt? Een urgentiearts moet de patiënt in zijn of haar taal bijstaan. In Vlaanderen is dat uiteraard alleen het Nederlands.

Indien u dit principe niet volgt, zullen zich drama's blijven voordoen. Hoe verklaart u anders het incident van 12 september 2005 in Pepingen of het incident in Herne van enkele dagen geleden? Een vraag terzake dateerde van 24 maart 2006.

Alsof de problematiek in Halle nog niet zwaar genoeg is, doen zich ook problemen voor in Overijse. Ook daar is de oorzaak van alle problemen overduidelijk de gebrekkige of geen kennis van het Nederlands. Een MUG werd opgeroepen op 12 februari 2006 voor een tussenkomst in Overijse. Het MUG-team kwam van het Sint-Lucas-ziekenhuis uit Sint-Lambrechts-Woluwe. De arts sprak geen woord Nederlands. Zelfs een eenvoudige begroeting kon blijkbaar niet. Een verpleegster moest de patiënt en de familie bevragen. Ze sprak zelf zeer gebrekkig Nederlands. Het was een Franse arts die al twee jaar in België verbleef.

Vooraf bij de teams van het Sint-Lucas-ziekenhuis uit Sint-Lambrechts-Woluwe en het Sint-Pieters-ziekenhuis in Ottignies bestaat er een schrijnend gebrek aan urgentieartsen die Nederlands spreken. Het hoort niet dat een Vlaamse patiënt op een dergelijke wijze van hulp en bijstand wordt voorzien.

Vandaar mijn vragen, mijnheer de minister.

Acht u het principiële aanvaardbaar dat hoofdzakelijk eentalig Franstalige artsen bij dringende interventies over de taalgrens heen, dus in Vlaanderen, zullen interveniëren? Zo ja, waarom moeten de Franstalige artsen geen taalexamen afleggen? Zo ja, kan men nog van een urgentieteam spreken als de urgentiearts met vertraging van Tubize naar de patiënt wordt gestuurd? Kan vanuit Halle een systeem

03.02 Luk Van Biesen (VLD): Le ministre a déclaré récemment que si la présence d'un médecin urgentiste est requise lors d'une intervention, il ne sera pas fait appel à l'hôpital de Hal mais bien à un médecin francophone du SMUR de Tubize. Comment un patient néerlandophone peut-il toutefois être secouru par un médecin qui ne parle pas ou ne comprend pas le néerlandais? Des drames continueront à se produire si on ne prévoit pas la création d'un SMUR flamand pour le Brabant flamand.

Des problèmes se posent non seulement à Hal mais aussi à Overijse en raison d'une mauvaise connaissance ou d'un manque de connaissance du néerlandais. Le 12 février, il a été fait appel à un SMUR à Overijse. Le médecin – francophone – ne parlait pas un mot de néerlandais. Il y a dans les équipes de Saint-Luc, à Woluwe-Saint-Lambert, et de Saint-Pierre, à Ottignies, un manque flagrant de médecins urgentistes parlant le néerlandais. Il est inadmissible que les patients flamands soient assistés de la sorte.

Le ministre juge-t-il acceptable, sur le plan du principe, la présence de médecins francophones unilingues lors d'interventions urgentes en Flandre? Pourquoi ne doivent-ils pas se soumettre à un examen linguistique? Peut-on encore parler d'un service d'urgence dès lors qu'un médecin urgentiste est dépêché en retard de Tubize? Est-il possible de développer un système de télémonitoring à Hal pour appuyer l'EPI lorsqu'elle opère sur le territoire flamand?

telemonitoring worden uitgewerkt om het PIT te ondersteunen, wanneer ze op Vlaams grondgebied opereert?

03.03 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, het verheugt mij dat dit debat stilaan uitbreidt en dat ook de VLD aan het debat deelneemt. In het verleden moesten jammer genoeg steeds dezelfde partijen hierover interpellieren. Het is inderdaad een problematiek die alle Vlamingen aanbelangt.

03.04 Luk Van Biesen (VLD): Dit is de derde vraag die ik hierover stel.

03.05 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Wij hebben er misschien al 30 gesteld. De VLD heeft in het verleden gedaan alsof haar neus bloedde in dit dossier.

Dit verhaal is meer en meer een soap aan het worden. Er was een concrete belofte, ook van de Vlaamse regering, om de MUG in Halle eindelijk te realiseren. Uiteindelijk is dat een PIT geworden, een zaak met vrij weinig pit, want er is niet eens een arts aanwezig. Daarmee wordt de MUG van zijn essentie beroofd. Wij hebben van in het begin gezegd dat dit een ersatzoplossing is en erger nog, dat de minister op deze manier de spoedgeneeskunde die over de grenzen van ons land heen zo gerenommeerd is, onderuithaalt.

Wij hebben van bij het begin gezegd dat het een ersatzoplossing is. Erger nog, de minister haalt op deze manier de spoedgeneeskunde in ons land, die over de grenzen heen zo gerenommeerd is, onderuit. In plaats van vooruitgang te boeken, maken wij met dit verhaal een achteruitgang mee, niet alleen in Halle zelf maar in feit in het hele land. Het is een experiment dat heel wat gevaren inhoudt en nogal wat dodelijke slachtoffers kan teweegbrengen.

In elk geval stellen wij nu niet alleen vast dat er geen arts aan boord is. Bovendien werd – blijkbaar door uw diensten, mijnheer de minister – meegedeeld dat, als er achteraf – veel te laat natuurlijk – nog een spoedarts moet bijkomen, hij opnieuw niet van Halle zal zijn, maar in het concrete geval van Tubize. Er is immers blijkbaar een of ander wettelijk bezwaar tegen het feit dat de betrokken arts van Halle zou komen.

Ook is er onduidelijkheid over de vraag of de telemonitoring vanuit Halle wel degelijk vanuit Halle kan opereren. Ook bij dat punt had ik graag wat meer uitleg gekregen.

Ik had van de minister dan ook een antwoord willen hebben op de volgende vragen.

Kan de minister meedelen of inmiddels een akkoord met Halle werd ondertekend? Wanneer is dat precies gebeurd? Kan de minister ook de tekst van het akkoord meedelen?

Ten tweede, op welke urgentiearts zal een beroep worden gedaan, indien een arts alsnog noodzakelijk zou zijn? Wordt dan met vertraging een MUG vanuit Tubeke naar de betrokken plaats gestuurd of kan er dan iemand vanuit Halle vertrekken?

Hoe dan ook blijf ik bij mijn bedenking dat dit veel te laattijdig is en dat

03.03 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Je me félicite que tous les Flamands, y compris ceux du VLD, s'occupent enfin du problème.

03.05 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Je crains que l'expérience de mise sur pied d'une équipe d'intervention paramédicale induise un retour en arrière au niveau des services d'urgence. C'est un ersatz qui comporte de nombreux dangers. Il n'y aura en effet plus de médecin à bord et le médecin urgentiste que l'on peut appeler par la suite ne peut même pas venir de l'hôpital de Hal! Il y aurait un empêchement légal.

L'accord avec Hal a-t-il été signé? Que prévoit le texte de cet accord? À quel médecin urgentiste l'EIP peut-il faire appel si nécessaire? Un SMUR devra-t-il alors arriver de Tubize avec un certain retard?

Le système de télémonitoring sera-t-il développé à partir de Hal et sera-t-il accompagné par un médecin? Quelle sera la zone d'intervention de l'EIP de Hal?

Le ministre a déclaré précédemment que seulement 20% des interventions du SMUR étaient nécessaires. Ce chiffre est cependant fortement contesté. Avec un bon dispatching, il est possible d'atteindre un taux de 70%. Le ministre dispose-t-il de pourcentages par région?

het systeem van de MUG zelf, dat een goed systeem is, moet kunnen worden gehandhaafd door een concrete maatregel en een nuttige financiering in Halle.

Collega's, de oorzaak ligt trouwens mede bij de kliniek van Halle zelf. Indien zij van bij het begin had gezegd dat zij meedeed met het systeem en de subsidiëring zou hebben aanvaard, was het probleem, voor Halle althans, niet gekend geweest. Het probleem voor de rand rond Brussel is natuurlijk een heel ander paar mouwen.

Ten derde, wordt tegelijk een systeem van telemonitoring uitgebouwd voor het PIT? Welke arts zal het begeleiden? Zal het trouwens permanent door een arts worden begeleid, zodra de spoeddienst ter plaatse is? Hoe ziet een en ander er in de praktijk uit?

Ten vierde, wat wordt het interventiegebied voor het PIT van Halle?

Ten vijfde, de minister verklaarde in het verleden dat een arts slechts bij 20% van de MUG-interventies noodzakelijk zou zijn. Dat cijfer blijft evenwel te verschillen naargelang de regio en heeft veel te maken met de kwaliteit van de dispatching. Kan de minister verduidelijken hoe hij aan voornoemd cijfer komt? Wat is het gemiddelde cijfer voor de MUG's in het Vlaams, het Waals en het Brussels Gewest? Beschikt de minister over cijfers per regio? Wat is bijvoorbeeld het gemiddelde cijfer in de Antwerpse regio? De genoemde 20% wordt immers gecontesteerd. Er zijn gebieden waar men, mits een goede dispatching, tot 70% en meer zou komen op het vlak van de noodzakelijkheid van een arts aan boord.

Graag kreeg ik dus meer uitleg hierover, waarvoor dank.

03.06 Carl Devlies (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, de vorige sprekers zijn uitgebreid aan bod gekomen over het onderwerp. Zelf heb ik de minister in de loop van de voorbije jaren herhaaldelijk geïnterpelleerd over het onderwerp, ik kan mijn inleiding dus zeer beknopt houden.

De problematiek van de medische hulpverlening in zuidwest-Vlaanderen heeft vooral betrekking op enerzijds de aanrijtijden en anderzijds de informatie-uitwisseling tussen hulpverleners en slachtoffers, die ten gevolge van de taalproblemen vaak tot schrijnende toestanden leidt. Wij hadden gehoopt dat de regeling met het paramedische interventieteam, die vanaf 1 juni 2006 vanuit het regionaal ziekenhuis Sint-Maria te Halle operationeel zou worden, een oplossing zou bieden.

Wij stellen thans vast dat dat niet het geval zal zijn. We baseren ons daarvoor op de schriftelijke toelichting die de minister zelf aan het Halse ziekenhuis heeft verstrekt, waaruit blijkt dat in ernstige mate afbreuk wordt gedaan aan het aanvankelijke opzet. Weliswaar zal een PIT vanuit het ziekenhuis van Halle kunnen worden ingezet ter vervanging van de MUG-diensten uit Tubeke en Brussel. Wanneer echter eveneens een urgentiearts noodzakelijk is, zou die niet, zoals door de minister is beloofd, vanuit het Halse ziekenhuis mogen worden nagezonden.

Een ander probleem is dat voor de werking van het systeem de medewerking van de brandweer en het Rode Kruis van Halle

03.06 Carl Devlies (CD&V): La mise sur pied de l'équipe d'intervention paramédicale (EIP) dans le giron de l'hôpital Sint-Maria, à Hal, devait remédier aux situations affligeantes survenues dans le sud-ouest du Brabant flamand. Les SMUR qui desservent cette région viennent de Bruxelles et de Tubize et, bien souvent, le personnel ne maîtrise pas le néerlandais.

L'objectif initial n'est hélas pas totalement atteint. L'EIP opérera bien depuis l'hôpital de Hal mais aucun urgentiste ne pourra être délégué depuis Hal. Le ministre s'y était pourtant engagé.

Pour le bon fonctionnement du système, la collaboration des services d'incendie et de la Croix-Rouge est nécessaire. Le terrain d'action de l'EIP se limitera dès lors au voisinage immédiat de Hal. Rien ne change donc pour une

noodzakelijk is. Daardoor zal het werkgebied van het PIT beperkt blijven tot Halle en de meest nabije omgeving. Een groot deel van de streek zou dan ook nog steeds onder de toepassing van het huidige regime van hulpverlening via de MUG-diensten van Tubeke en Brussel blijven vallen.

Ten slotte blijkt uit de tekst dat er slechts sprake is van een proefproject voor een jaar. Dat doet vragen rijzen naar de continuïteit en het structurele karakter van de maatregelen. Mijn vragen aan de minister zijn de volgende.

Ten eerste, klopt het dat, als een interveniërende PIT de bijstand van een urgentiearts noodzakelijk acht, die niet vanuit het regionaal ziekenhuis Sint-Maria te Halle mag worden nagezonden?

Ten tweede, wat is het interventiegebied dat het PIT te Halle zal bestrijken?

Ten derde, betreft het inderdaad een eenjarig proefproject, dan wel een structureel project met nu en dan tussentijdse evaluaties?

Ten vierde en ten slotte, welke maatregelen zult u nemen om de situaties zoals recent te Overijse en zoals beschreven door collega Van Biesen, op te lossen, mijnheer de minister?

03.07 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, collega's, er wordt in bepaalde middens in Vlaams-Brabant blijkbaar van alles verteld over het project Paramedisch Interventieteam, het zogenaamde PIT. Het wordt dan ook tijd dat de puntjes op de i's worden gezet zodat een rationele discussie eindelijk mogelijk wordt.

In eerste instantie moet het duidelijk zijn dat de directie van het ziekenhuis van Halle reeds midden maart de door mijn diensten overgelegde overeenkomst heeft ondertekend. In deze overeenkomst zijn alle werkingsmodaliteiten opgenomen. Het betrokken ziekenhuis heeft op geen enkel ogenblik gevraagd om eender welke modaliteit te wijzigen. In tegenstelling tot wat in de plaatselijke pers wordt beweerd, is in deze overeenkomst wel uitdrukkelijk bepaald dat de telemonitoring zal gebeuren door een arts in het ziekenhuis dat de PIT uitbaat, in casu het ziekenhuis van Halle.

In de ondertekende overeenkomst is ook bepaald dat in het paramedisch interventieteam in het zuidwesten van Vlaams-Brabant zal worden uitgestuurd zelfs wanneer een MUG noodzakelijk is. Dat wil zeggen dat de bedoelde Nederlandstalige equipe bij elke patiënt aanwezig zal zijn. Indien de interventie van een MUG noodzakelijk is, zal het oproepcentrum in beginsel de dichtstbijzijnde beschikbare MUG oproepen. Indien noodzakelijk kan ook een arts van de wachtdienst worden opgeroepen.

Ik stel met genoeg vast dat niet alleen het ziekenhuis van Halle, maar ook een aantal andere ziekenhuizen hun kandidatuur hebben ingediend met het oog op de uitbating van een paramedisch interventieteam. Bovendien is iedereen tevreden over deze werkwijze die reeds tien jaar wordt toegepast door het Universitair Ziekenhuis van Leuven.

Wat betreft de werking van de oproepcentrales, heb ik reeds

grande partie de la région.

Confirmez-vous que l'EIP ne peut appeler un urgentiste de l'hôpital Sint-Maria de Hal? Quelle sera l'étendue de la zone d'intervention de l'EIM? S'agit-il d'un projet pilote d'un an ou d'un projet structurel assorti d'évaluations intermédiaires? Quelles mesures le ministre prendra-t-il pour résoudre les problèmes tels que ceux qui se sont récemment posés à Overijse.

03.07 **Rudy Demotte**, ministre: Ce qu'on dit à propos de l'EIP ne reflète pas nécessairement la vérité.

La direction de l'hôpital de Hal a signé en mars la convention régissant les modalités de fonctionnement, sans solliciter de modifications. Cet accord stipule clairement que le télémonitoring de l'EIP sera assuré depuis l'hôpital de Hal.

Dans le sud-ouest du Brabant flamand, l'EIP interviendra même s'il faut envoyer le SMUR. Une équipe néerlandophone sera ainsi toujours présente. Si le SMUR est requis, il sera fait appel au SMUR le plus proche ou, si nécessaire, à un médecin de garde.

Plusieurs hôpitaux se sont portés candidats pour l'exploitation d'une EIP. Cette méthode est déjà appliquée à la satisfaction générale par l'hôpital universitaire de Louvain depuis dix ans.

Le central d'appel relève de la compétence du ministre de l'Intérieur. Je ne peux donc pas

meermaals herhaald dat deze niet tot mijn bevoegdheid behoren, maar wel tot die van de minister van Binnenlandse Zaken. Ik kan dan ook niet garanderen dat elke MUG in dit land binnen de vijftien minuten ter plaatse is.

03.08 Patrick De Groot (N-VA): Ik hoor van u, mijnheer de minister, dat iedereen tevreden is. Uit de berichten die wij ontvangen blijkt echter dat er niet zoveel mensen tevreden zijn. Dat blijkt ook wanneer wij de pers erop nalezen. U zegt het inderdaad: die negatieve berichten komen uit de pers. Goed, maar ik meen dat de pers nog altijd de weerslag weergeeft van wat er leeft onder de mensen. Men vindt die zaken niet zomaar uit.

Ik wil toch eens iets meer over de programmatie zeggen. Ik heb er uiteraard niets op tegen weinig bevolkte gebieden van MUG's of PIT's te voorzien. Dat men bijvoorbeeld Virton wil bedienen, via een soort wafelijzerpolitiek in ruil voor Halle, tot daaraan toe, maar u moet mij dat dan toch eens uitleggen voor Brabant. Vlaams-Brabant heeft een oppervlakte van 2.106 vierkante km en Waals-Brabant heeft een oppervlakte van 1.091 vierkante km. Dat is de helft van Vlaams-Brabant. Vlaams-Brabant heeft meer dan 1 miljoen inwoners. Waals-Brabant heeft iets meer dan 360.000 inwoners. Waals-Brabant telt 4 MUG-diensten: Ottignies, Nijvel, Eigenbrakel – buurgemeente van Nijvel, – en Tubeke – buurgemeente van Eigenbrakel. Vlaams-Brabant heeft er evenveel: Leuven, Vilvoorde, Tienen, en sinds zeer recent: Diest, waarvoor uiteraard dank, mijnheer de minister.

Brussel telt er dan weer 7, waarvan Jette – Nederlands – en het Brandwondencentrum op taalvlak in orde zijn. De andere 5 zijn zo goed als Nederlandsonkundig.

Met andere woorden, Vlaams-Brabant is dubbel zo groot in oppervlakte, en telt, in percentages uitgedrukt, 185% meer inwoners dan Waals-Brabant, en toch zijn de Vlamingen in grote delen van Vlaams-Brabant aangewezen op Nederlandsonkundige diensten vanuit Tubeke en Brussel.

Ik hoorde in TerZake, als reactie op Reginald Moreels, dat Geldenaken een PIT wil omdat het nu afhankelijk zou zijn van Tienen. Niet dat er problemen zijn met de taalvaardigheid van Tienen, zo stelde men, maar toch: men kon daarover vragen stellen. Ik zou daarop willen zeggen: er is een totaal tweetalige dienst in Tienen. Er is nog nooit een klacht geweest. Toch wordt er gezegd, dan nog door onze commissievoorzitter, dat men daarover vragen kan stellen. Welnu, als Waals-Brabant, met 26 fusiegemeenten – ter informatie: Vlaams-Brabant telt er 65 – vindt dat het 3 MUG's moet hebben in 3 buurgemeenten, en dan nog 1 in het centrum, wordt het oosten van Waals-Brabant inderdaad niet bestreken.

Er zijn wel problemen, en het zijn, jammer genoeg, taalproblemen: voertuigen die drie kwartier te laat komen omdat men de plaats moet gaan spellen, of omdat er misverstanden zijn.

Men heeft hier altijd de mond vol gehad over het niet communautariseren van de problemen, maar ik meen dat de aanpak in dit dossier – of liever: het blokkeren van dit dossier – tegen alle objectieve criteria, waarmee men schermt, en tegen alle praktijkvoorbeelden in, aantoonde dat men het in feite belangrijker vindt

garantir que chaque SMUR sera sur les lieux dans le quart d'heure.

03.08 Patrick De Groot (N-VA): Il faudrait que le ministre m'explique pourquoi le Brabant flamand, dont la superficie est de 2106 km² et qui compte 1 million d'habitants ne dispose pas de plus de services SMUR, à savoir quatre, que le Brabant wallon, dont la superficie est de 1091 km² et qui ne compte que 360.000 habitants. Bruxelles dispose de sept services SMUR, dont deux seulement rattachés à des hôpitaux néerlandophones.

On prive la Flandre d'une aide médicale urgente de qualité. Le Pajottenland doit être servi par Tubize car sinon Tubize n'est pas viable.

Les efforts du ministre sont insuffisants mais étant donné qu'il poursuit ses efforts je dépose une motion de recommandation et non pas une motion de méfiance.

de Vlamingen kwaliteitsvolle hulpverlening te weigeren, met alle resultaten van dien.

Ik heb de indruk dat men koste wat het kost het Pajottenland wil laten bedienen door Tubeke omdat Tubeke anders niet leefbaar is. Op een boogscheut ervan zijn er immers nog twee MUG's, namelijk in Nijvel en Eigenbrakel. Ik betreur het dat we voor de zoveelste maal moeten interveniëren, mijnheer de minister. U haalt een aantal voorstellen aan, maar die hebt u vorige keer ook aangehaald.

Wij zullen een motie van aanbeveling indienen en geen motie van wantrouwen omdat u nog steeds blijft proberen hoewel wij van mening zijn dat uw pogingen eigenlijk onvoldoende zijn. Wij vinden dat het zo niet verder kan.

03.09 Luk Van Biesen (VLD): Het moet mij toch van het hart dat de reacties van de heren Laeremans en De Grootte soms toch wat ver af staan van de werkelijke besprekingen die er geweest zijn met het ziekenhuis. De minister zal het met mij eens zijn dat naar aanleiding van een initiatief dat ik genomen heb samen met zijn kabinet, een paar vergaderingen doorgegaan zijn alvorens de Vlaamse regering zich met dit dossier is komen bemoeien. Laten we eerlijk zijn. De minister en het ziekenhuis, telkens aanwezig op die vergaderingen, waren zeer ver gevorderd met het uitwerken van een volwaardige MUG voor Halle. Het is slechts omdat de heer Leterme - wegens het debacle Brussel-Halle-Vilvoorde - en de N-VA in het bijzonder dachten dat het nodig was om te interveniëren in dit dossier, dat men eigenlijk minder bekomen heeft dan dat waar men op dat ogenblik voor stond. Ik wens dat toch eens duidelijk te zeggen in deze vergadering. Dat u het na dertig vragen nog altijd niet weet, mijnheer Laeremans, mijnheer De Grootte, is misschien mogelijk, maar ik kan u in ieder geval zeggen dat wij samen zeer ver stonden.

Ten eerste ben ik vandaag eigenlijk tevreden dat er een akkoord bestaat. Ten tweede is het belangrijk dat er op de vraagstelling omtrent de telemonitoring vanuit het ziekenhuis zelf, een positief antwoord gekomen is van de minister. Ten derde is het zeer belangrijk - en daar mag men nooit van afwijken; de heer Mayeur zal dat zeker weten want hij komt uit de ziekenhuiswereld - dat nooit ofte nimmer een arts intervenieert die de taal niet kent van de patiënt waar hij naartoe moet. Het moet de fundamentele opdracht zijn van ons allemaal om ervoor te zorgen dat iedereen in zijn taal kan bediend worden. Als we die algemene richtlijn onderschrijven staan we zeer vel. De waarheid mag echter af en toe ook eens luidop worden gezegd in deze vergadering.

03.10 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Collega Van Biesen, ik ben zeer blij dat hier iets aan het licht komt dat tot nu toe altijd geheim is gehouden. Ik ben u dankbaar voor uw eerlijkheid. Dat er gesprekken waren waarbij u betrokken was kunnen we u zeker niet kwalijk nemen. Dat die echter op het randje stonden van een MUG voor Halle is eigenlijk onbegrijpelijk. Het is onbegrijpelijk dat er daar helemaal geen resultaat is die naam waardig, maar dat we blijven zitten met een ersatzoplossing, met een PIT die dan uiteindelijk geen arts mag sturen uit Halle. Het antwoord van de minister is immers duidelijk, het zal de dichtstbijzijnde MUG zijn, dus Tubeke, die uiteindelijk iemand zal moeten sturen waarbij er geen enkele garantie is dat die Nederlandstalig zal zijn.

03.09 Luk Van Biesen (VLD): Les propos de M. Laeremans sont très éloignés de la réalité des négociations qui ont été menées avec l'hôpital. Les projets tendant à l'organisation d'un SMUR à part entière pour Hal étaient bien avancés. Si l'on a finalement obtenu moins, c'est en raison des interventions de M. Leterme et de la N-VA après la débâcle de Bruxelles-Hal-Vilvorde.

Je me félicite de l'existence d'un accord. De même, le ministre a réagi positivement à la demande de l'hôpital concernant le télémonitoring. En aucun cas il ne peut être dérogé au principe qui veut que ne puissent intervenir que des médecins qui connaissent la langue des patients. Un grand pas aura été franchi si chacun s'accorde sur ce point.

03.10 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Je me réjouis d'entendre les révélations que nous fait M. Van Biesen. On ne saurait lui reprocher d'avoir été associé à des négociations mais il est dès lors d'autant plus incompréhensible qu'on n'en soit toujours qu'à une ébauche de solution. L'équipe paramédicale d'intervention ne pourra pas envoyer de médecin depuis Hal.

Wij hebben van bij het begin gezegd dat die oplossing ons niet zint. Als u bijna een akkoord had over een MUG in Halle, haal dat dan van onder het stof en zorg ervoor dat we het kunnen realiseren en dat we dat PIT-verhaal kunnen begraven.

Als u dan iets zegt over dat akkoord, had ik graag geweten wat dat akkoord of bijna-akkoord inhield zodat we vandaag misschien een hele stap verder zouden staan en we toch naar die MUG kunnen streven. Als u A zegt, collega Van Biesen, en uit de biecht klappt over de interkabinettengesprekken en over alle mogelijke bemiddelingen achter de schermen, dan zou ik ook graag hebben...

03.11 Luk Van Biesen (VLD): Het was het initiatief van het Parlement in samenwerking met het kabinet van de heer Demotte.

C'est finalement le SMUR de Tubize qui devra dépêcher une personne dont la langue ne sera pas forcément le néerlandais. Si l'on était vraiment près de conclure un accord à propos d'un SMUR à Hal, il convient de le réaliser et d'oublier le plan relatif à l'équipe d'intervention paramédicale. En quoi consistait le pseudo-plan?

03.11 Luk Van Biesen (VLD): Il s'agissait d'une initiative commune du Parlement et du cabinet du ministre Demotte.

03.12 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Dat is heel mooi.

03.13 Luk Van Biesen (VLD): Dat is geen interkabinettenwerkgroep.

03.14 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Dat is nieuw voor mij, want daarover heb ik nooit iets van de minister vernomen.

03.14 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Je n'ai jamais entendu le ministre dire un mot à ce sujet.

03.15 Luk Van Biesen (VLD): Na dertig vragen hebt u daarop nog geen antwoord gekregen.

03.16 Bart Laeremans (Vlaams Belang): De vragen dateren al van even geleden, collega Van Biesen. Ik denk dat deze initiatieven recenter zijn. Tot nu toe heeft men ons daarover heel weinig verteld.

03.16 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Je n'ai jamais entendu le ministre dire un mot à ce sujet. Le plan EIP ne constitue pas une solution à nos yeux. À Louvain, le SMUR intervient en cas d'indisponibilité de l'EIP mais Hal ne dispose pas d'un SMUR et doit donc faire appel à Tubize, et cela précisément dans des situations de vie ou de mort. J'espère que le ministre veillera à ce que Hal puisse également disposer d'un véritable SMUR.

Nogmaals, de oplossing met de PIT is voor ons geen oplossing. De verwijzing naar Leuven is geen juiste verwijzing, mijnheer de minister, want in Leuven heeft men de twee, een PIT en een MUG. Als de PIT niet kan opereren of niet over de juiste elementen beschikt, komt de MUG tussen, maar in Halle heeft men die MUG niet. In Halle moet men opnieuw een beroep doen op Tubeke, juist in situaties die levensbedreigend kunnen zijn, waarbij de snelle interventie en de aanwezigheid van de arts zo noodzakelijk zijn.

Ik vind het geen oplossing, mijnheer de minister, en ik hoop dat wij snel naar een echte MUG kunnen gaan en dat u alsnog het nodige doet om dat te realiseren.

03.17 Carl Devlies (CD&V): Mijnheer de voorzitter, de heer Van Biesen zegt dat de waarheid moet gezegd worden in dit halfroond, maar we zijn niet in een halfroond. Ik denk dat dit een rechthoekige ruimte is. (Gelach)

03.18 Luk Van Biesen (VLD): (...)

03.19 Carl Devlies (CD&V): Ik weet dus niet goed wat de juiste intentie is van de heer Van Biesen.

Het is waar dat er enige vooruitgang is geboekt. Het zou ook dramatisch zijn indien dit na twee jaar nog niet het geval zou zijn. Ik

wens er toch ook op te wijzen dat, mede ingevolge de discussies die er in deze commissie geweest zijn, zelfs in het regeerprogramma van de Vlaamse regering – waaraan onze partijen ook participeren, mijnheer Van Biesen – uitdrukkelijk is bepaald dat er een oplossing diende gevonden te worden voor deze problematiek. Ik stel vast dat er enige vooruitgang is geboekt, maar dit is werkelijk onvoldoende. De essentie van de zaak is dat nog altijd een deel van het Pajottenland rechtstreeks onder de voormalige MUG-regeling zal vallen. Een andere conclusie is dat er verder beroep zal gedaan worden op niet-Nederlandstalige MUG's in Vlaams-Brabant. Ik vind dit niet aanvaardbaar. Dat is de essentie.

Daarom, mijnheer de minister, kan ik niet akkoord gaan met het antwoord dat u geeft.

U hebt ook niet geantwoord op de problematiek die zich voordoet in een ander gedeelte van Vlaams-Brabant, de regio Overijse, waarnaar de heer Van Biesen heeft verwezen en waar zich ook geregeld problemen voordoen. Daarop hebt u helemaal niet geantwoord.

De essentie is dat wat u nu voorstelt en nu zult realiseren, onvoldoende is. Na twee jaar intensieve besprekingen in de commissie is dat werkelijk een doekje voor het bloeden. Wij kunnen dat niet aanvaarden.

Moties

Motions

Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.
En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Een eerste motie van aanbeveling werd ingediend door de heren Patrick De Grootte en Carl Devlies en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellaties van de heren Patrick De Grootte en Bart Laeremans en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

vraagt de regering

- dringend over te gaan tot het inrichten van een volwaardig MUG voor de regio Zuidwest-Vlaams-Brabant;
- een degelijke oplossing uit te werken voor de Nederlandstalige, medische hulpverlening voor de regio Overijse."

Une première motion de recommandation a été déposée par MM. Patrick De Grootte et Carl Devlies et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu les interpellations de MM. Patrick De Grootte et Bart Laeremans

et la réponse du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

demande au gouvernement

- d'organiser d'urgence un SMUR à part entière dans le sud-ouest du Brabant flamand;
- de mettre en oeuvre une solution appropriée en matière d'intervention médicale en néerlandais dans la région d'Overijse."

Een tweede motie van aanbeveling werd ingediend door de heer Bart Laeremans en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellaties van de heren Patrick De Grootte en Bart Laeremans

en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

vraagt de federale regering

om over te gaan tot de realisatie van een echte MUG te Halle."

Une deuxième motion de recommandation a été déposée par M. Bart Laeremans et est libellée comme suit:

“La Chambre,
ayant entendu les interpellations de MM. Patrick De Groote et Bart Laeremans
et la réponse du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement fédéral
de procéder à la mise en place d'un SMUR à part entière à Hal.”

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Colette Burgeon, Maggie De Block, Hilde Dierickx en Dominique Tilmans.

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Colette Burgeon, Maggie De Block, Hilde Dierickx et Dominique Tilmans.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.
Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

04 **Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de heffingsplicht voor bijenhouders" (nr. 10866)**

04 **Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la redevance due par les apiculteurs" (n° 10866)**

04.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, imkers zijn op enkele uitzonderingen na hobbyisten, die met veel toewijding hun honing winnen en dit voornamelijk voor eigen gebruik maar soms ook voor familie en kennissen. Het is logisch dat zij zich laten registreren, omdat de imker die zijn producten in de handel brengt, uiteraard ook een speler is op de voedingsmarkt. De registratie is trouwens eenmalig en er zijn geen kosten aan verbonden.

Wat de heffingen betreft, vallen de imkers met maximaal 24 kolonies onder de uitzonderingen die vastgelegd zijn voor de zogenaamde hobbybijenhouders. Zij krijgen een soort derogatie en moeten niet tot de financiering van het FAVV bijdragen. Op termijn wordt regelmatig vastgesteld dat een imker als heffingsplichtige wordt beschouwd vanaf het ogenblik dat hij een potje honing verkocht heeft, terwijl iedereen ervan overtuigd is dat een hobbyist is vrijgesteld tot 24 bijenvolken.

In welke gevallen is de uitzonderingsmaatregel nu exact van toepassing, waardoor de bijenhouder geen bijdrage van 187 euro dient te betalen, conform de primaire productie.

Is de bijdrage onafhankelijk van de hoeveelheid honing die men aan de man of de vrouw wil brengen?

Ik hoop dat de minister mijn vragen heeft gehoord en ik dank hem bij voorbaat voor zijn antwoord.

04.02 **Minister Rudy Demotte**: Zoals u terecht opmerkt, zijn Belgische imkers in hoofdzaak hobbyisten. Het is meestal niet hun bedoeling om belangrijke inkomsten te genereren uit hun activiteit. Dat was trouwens de hoofdreden om in het financieringsbesluit van 10 december 2005 in een vrijstelling te voorzien voor bijenhouders met maximaal 24 bijenkorven, voor zover het geen beroepsactiviteit betreft.

De heffing, waarvan de bijenhouders als primaire producent zijn

04.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Le plus souvent, les apiculteurs sont des amateurs qui récoltent le miel principalement pour leur usage privé et familial. Leur statut d'acteur du marché alimentaire les oblige à se faire enregistrer une seule fois, et ceci gratuitement. Les apiculteurs qui possèdent au maximum 24 colonies relèvent de l'exception qui prévoit que les apiculteurs amateurs et les fermes ne contribuent pas au financement de l'AFSCA. Dans la pratique, les apiculteurs sont souvent amenés à payer la taxe dès qu'ils vendent le moindre pot de miel. Dans quels cas précis la mesure d'exception est-elle d'application?

04.02 **Rudy Demotte**, ministre: Il est en effet exact que les apiculteurs belges sont pour la plupart des amateurs. Etant donné que dans la majorité des cas leur intention n'est pas de générer d'importants revenus, l'arrêté de financement du 10 décembre 2005 prévoit une exonération de la taxe

vrijgesteld, bedraagt 187 euro. Ik merk op dat u spreekt over kolonies en niet over bijenkorven. Ik heb inderdaad vastgesteld dat de verschillende terminologie tot verwarring kan leiden. Om die verwarring in de toekomst te vermijden, werd recent overeengekomen met de bijenhouders dat de term bijenkorf vervangen zal worden door de term kolonie. Die term geeft zeker in het Nederlands nauwkeuriger weer wat precies wordt bedoeld met de vrijstellingsmaatregel.

Ik wil van de gelegenheid ook gebruikmaken om een aantal andere misverstanden uit de weg te ruimen.

Bijenhouders met maximaal vierentwintig kolonies, die genieten van een vrijstelling van de heffing als primaire producent, worden eveneens vrijgesteld van andere eventuele heffingen van het FAVV, voor zover dit de enige activiteit is die zij uitoefenen in de voedselketen en voor zover zij uitsluitend de producten van hun eigen bijenkolonies in de voedselketen brengen.

Ik wens hierbij nogmaals te benadrukken dat de verplichte registratie van alle bijenhouders, zoals die bepaald is in het KB van 16 januari 2006, niet alleen van groot belang is voor de consument omwille van de veiligheid van de producten, maar ook voor de diergezondheid en dus ook in het belang is van de bijenhouders zelf.

pour les apiculteurs qui possèdent au maximum 24 ruches, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une activité professionnelle. La taxe dont les apiculteurs sont exonérés en leur qualité de producteur primaire s'élève à 187 euros.

Etant donné qu'il pouvait y avoir confusion, il a récemment été convenu avec les apiculteurs que le terme "ruche" serait remplacé par le terme "colonie". Ce terme donne en effet une idée plus précise de l'importance de l'activité visée par la mesure d'exonération.

Les apiculteurs qui possèdent au maximum 24 colonies sont exonérés de la taxe en tant que producteurs primaires et sont également exonérés d'autres taxes éventuelles. Il doit cependant s'agir de leur seule activité dans la chaîne alimentaire. De même, ils ne peuvent introduire dans la chaîne alimentaire que les produits de leurs propres colonies.

L'enregistrement obligatoire de tous les apiculteurs est très important pour la sécurité du consommateur mais aussi pour la santé animale et, partant, pour les apiculteurs eux-mêmes.

04.03 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de minister, een en ander is mij nog niet helemaal duidelijk. U zegt dat de bijenhouders die uitsluitend producten van hun eigen bijenkolonies in de voedselketen brengen, vrijgesteld zijn van heffing. Betekent zulks dat men, vanaf het ogenblik dat men een potje honing verkoopt aan kennissen, aan vrienden of aan familie, alsdan onderhevig is aan die heffingsplicht of valt men er buiten? Het gaat om hobbyisten die eigenlijk geen beroep uitoefenen, maar die toch wel enkele potjes honing kunnen verkopen. Dat is mijn cruciale vraag.

04.04 Minister Rudy Demotte: Ik begrijp uw vraag eigenlijk niet goed. Ik denk dat het duidelijk is. We hebben twee verschillende criteria.

Ten eerste, het gaat over het aantal kolonies. Dat aantal is dus bepaald op vierentwintig.

Ten tweede, hij mag zijn eigen producten verkopen, maar geen geïmporteerde producten of verwerkte producten die van een andere producent zouden komen.

Is dat niet duidelijk?

04.03 Mark Verhaegen (CD&V): Les apiculteurs amateurs devront-ils payer la redevance lorsqu'ils vendent un pot de miel à des connaissances ou à des membres de leur famille, même s'il s'agit exclusivement de produits de leurs propres colonies?

04.04 Rudy Demotte, ministre: Deux critères doivent être pris en considération. Le nombre de colonies peut s'élever à 24. L'apiculteur peut vendre ses propres produits, mais il lui est interdit de vendre des produits importés ou des produits transformés d'un autre producteur.

04.05 **Mark Verhaegen** (CD&V): U bent heel duidelijk, mijnheer de minister. Maar de controleurs op het terrein hebben blijkbaar daarover een andere mening. Als u aan hen de uitleg geeft die u hier gaf dan ben ik tevreden namens al degenen die deze ongerustheid delen.

04.05 **Mark Verhaegen** (CD&V): Le ministre est très clair, mais il ferait bien d'informer les contrôleurs sur le terrain. Ils ont en effet une opinion différente.

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

05 **Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het businessplan en het benchmark in het kader van de financiering van het FAVV" (nr. 10867)**

05 **Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le 'business plan' et le 'benchmark' dans le cadre du financement de l'AFSCA" (n° 10867)**

05.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het FAVV haalt zijn inkomsten uit twee bronnen, enerzijds de overheidsdotaties en, anderzijds de bijdragen van de operatoren. Deze bijdragen kunnen ingedeeld worden in toewijsbare en niet-toewijsbare bijdragen. Deze laatste groep zijn de heffingen. Het is logisch dat deze heffingen zo laag mogelijk moeten gehouden worden zodat – typisch voor een systeem van communicerende vaten – de toewijsbare bijdragen of retributies gevoelig verhoogd worden.

05.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): L'Agence fédérale pour la Sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) a deux sources de revenus, à savoir la dotation de l'État et les cotisations des opérateurs. Ces dernières se répartissent en cotisations ou prélèvements attribuables et non attribuables. Ce système doit être réévalué. Certains prélèvements atteignent en effet un montant assez élevé. Les coûts de personnel ainsi pris en compte sont souvent non négligeables et incluent les charges sociales, les frais généraux ainsi qu'un calcul basé sur le taux d'ancienneté maximal.

Mijnheer de minister, vandaag stellen we vast dat een en ander aan verfijning toe is zonder de globale discussie over het zeer moeilijk tot stand gekomen bijdragesysteem te heropenen. Ik herhaal dat we regelmatig vaststellen dat een aantal verfijningen zich opdringen. Soms worden geen grote prestaties geleverd tegenover toch een vrij grote inbreng die men moet doen voor bepaalde prestaties. De waarde van de transactie zou een zware aanrekening niet kunnen verdragen. Soms worden beiden aangerekend. Ik denk bijvoorbeeld aan de hoge personeelskosten die aangerekend worden. Men rekent er nog de sociale lasten bij, de overheidskosten, de hoge anciënniteit. Dat zijn allemaal zware kosten die voor prestaties doorgerekend worden aan de verschillende sectoren uit de voedingsindustrie.

Lors des débats consacrés au projet de loi de financement de l'AFSCA, le ministre a annoncé un businessplan ainsi qu'une vision à long terme relative au fonctionnement de l'agence. Tous les secteurs impliqués devaient avoir la possibilité de se faire une idée précise de leurs cotisations. Ce businessplan a-t-il déjà été élaboré? Tous les opérateurs de terrain en seront-ils avisés par une grande campagne d'information?

Een aantal anomalieën moet, mijns inziens, worden weggewerkt. Bij de bespreking van het wetsontwerp inzake de financiering van het FAVV werd door de minister toegezegd een soort businessplan op te stellen, een soort langetermijnvisie waarin de diverse sectoren een duidelijk beeld krijgen van hun bijdragen, gespreid in de tijd en in functie van een aantal voortschrijdende maatregelen zoals de autocontrole.

Mijnheer de minister, mijn vraag is dubbel. Is het businessplan over de werking van het FAVV reeds voltooid? Zo ja, bent u bereid terzake een grootschalige campagne te voeren ter attentie van de operatoren zodat zij de zaak op het terrein eventueel mee kunnen sturen?

Où en est l'étude de référencement qui devait se pencher sur les coûts imputés par des organes de sécurité alimentaire similaires en Europe?

Ten tweede, hoever staat het met de vroeg aangekondigde benchmarkstudie om de door het FAVV gemaakte kosten ook te vergelijken met het buitenland? In de commissievergadering werd dit ook even aangekaart. Volgens mij is zo'n studie nuttig. Kunt u het Parlement op de hoogte brengen indien er een benchmarkstudie gemaakt is?

05.02 **Minister Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer

05.02 **Rudy Demotte**, ministre:

Verhaegen, alvorens uw specifieke vragen te beantwoorden, wil ik graag even dieper ingaan op uw bewering over de aanrekening door het FAVV van de hoge personeelskosten. De loonkosten die worden doorgerekend in de retributies aan het Voedselagentschap zijn gebaseerd op de gemiddelde loonkosten van een inspecteur of een controleur. In geen geval worden de loonkosten aan de hoogste anciënniteit berekend.

Ik kan u eveneens meedelen dat de loonkosten op een zeer transparante manier werden berekend en uitgebreid besproken in de werkgroep Financiering en in het raadgevend comité van het FAVV, alvorens de financieringsbesluiten aan de regering werden voorgelegd.

Samen met de financieringsbesluiten werd eveneens het businessplan van het FAVV goedgekeurd op de Ministerraad van 3 december 2004. Het businessplan is sinds meer dan een jaar te raadplegen op de website van het agentschap en kan op eenvoudig verzoek in gedrukte versie worden verkregen. Alvorens het aan de Ministerraad werd voorgelegd, werd het businessplan eveneens uitvoerig besproken in het raadgevend comité van het FAVV, waarin de operatoren uit de voedselketen worden vertegenwoordigd via de verschillende sectororganisaties.

U zult kunnen vaststellen dat in hoofdstuk 5 van het businessplan erin wordt voorzien dat de bijdragen van de sectoren aanzienlijk zullen dalen, naargelang de autocontrolesystemen in toenemende mate worden ingevoerd.

U zult ook kunnen vaststellen dat de benchmarkstudie eveneens is opgenomen in het businessplan van het FAVV. Dat gaat over hoofdstuk 3, punt 10. De studie is momenteel nog niet beschikbaar. Een benchmarking betekent dat alle aspecten in rekening moeten worden gebracht. Het volstaat niet om een aantal punctuele activiteiten te vergelijken. De bevoegdheid van het FAVV omvat een heel breed programma van controles, waardoor de studie zeer uitgebreid is.

Een bijkomende moeilijkheid heeft te maken met de grote diversiteit in de verschillende Europese landen wat de wijze betreft waarop de controles zijn georganiseerd. Daarenboven zijn in veel EU-lidstaten de bevoegdheden inzake voedselveiligheid meer versnipperd over verschillende overheden. Een aantal lidstaten werkt momenteel aan een herziening van het financieringsmechanisme.

Ik stel 4 exemplaren van het businessplan van het FAVV ter beschikking van de commissie, zodat de geïnteresseerden kennis kunnen nemen van de details van de inhoud ervan.

05.03 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik dank de minister voor zijn uitvoerig antwoord. Wij zullen de zaak op de voet volgen. Het ziet ernaar uit dat het de goede kant uitgaat.

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

Les coûts salariaux pris en compte pour les cotisations dues à l'AFSCA sont basés sur les coûts salariaux moyens d'un inspecteur ou d'un contrôleur. Ils ne sont donc absolument pas calculés sur la base du taux d'ancienneté le plus élevé.

Les coûts salariaux sont calculés de manière transparente. Ils ont été examinés en détail au sein du groupe de travail Financement et du comité consultatif de l'AFSCA.

Le business plan de l'AFSCA a été approuvé lors du Conseil des ministres du 3 décembre 2004 et peut être consulté depuis plus d'un an déjà sur le site web de l'AFSCA. Ce plan a en outre été examiné au sein du comité consultatif de l'AFSCA où tous les opérateurs de la chaîne alimentaire sont représentés par l'entremise des organisations sectorielles.

Le business plan prévoit une réduction sensible des cotisations sectorielles au fur et à mesure de l'instauration des systèmes d'autocontrôle.

L'étude comparative figure bien dans le business plan mais elle n'est pas encore disponible. Il s'agit d'une étude très étendue étant donné que l'AFSCA dispose d'une vaste gamme de contrôles. En outre, les contrôles sont organisés selon des modalités différentes dans les autres États membres européens et les compétences en matière de sécurité alimentaire y sont réparties entre diverses autorités. Un certain nombre d'États membres s'attellent à une adaptation du mécanisme de financement.

06 Vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de digitale uitrusting van geneeskundige centra" (nr. 10864)

06 Question de Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'équipement numérique des centres médicaux" (n° 10864)

06.01 **Trees Pieters** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb een vrij korte vraag.

Vrijwel alle ziekenhuizen plaatsen tegenwoordig hun röntgenopnames op een cd-rom. In het kader van de technologische ontwikkeling is het een logische en goede gang van zaken. De uitrusting van de geneeskundige centra van de FOD Volksgezondheid is daaraan echter helaas niet aangepast.

Wanneer een patiënt zich bij een geneesheer met controleopdracht aanmeldt, kan hij de röntgenfoto's op cd-rom niet bekijken. Hij beschikt immers slechts over verouderde apparatuur.

Het lijkt mij aangewezen dat de geneesheren van de geneeskundige centra ook over de nodige apparatuur zouden beschikken om hun medisch onderzoek optimaal te kunnen uitvoeren.

Mijnheer de minister, daarom stel ik u een aantal vragen.

Bestaan er cijfers over het aantal geneesheren van geneeskundige centra die beschikken over de nodige apparatuur om een cd-rom te kunnen lezen? Met andere woorden, hoeveel centra hebben nood aan nieuwe, aangepaste apparatuur?

Ten tweede, mijnheer de minister, hebt u plannen om de geneeskundige centra van de FOD Volksgezondheid uit te rusten met de nodige, digitale apparatuur om voornoemde cd-roms te kunnen lezen?

Wat is het financiële plaatje?

06.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Pieters, de verbreiding van de digitale, medische beeldvorming en het gebruik om patiënten hun röntgenopnames te bezorgen, maken inderdaad dat de klassieke röntgenfoto's geleidelijk aan verdwijnen en dat elektronische middelen, zoals de cd-rom, steeds belangrijker worden als dragers van medische beelden.

Dat heeft tot gevolg dat zorgverstrekkers die de aldus opgeslagen beelden willen bekijken, daartoe met de geschikte software moeten zijn uitgerust.

Wat betreft de software, stellen wij vast dat de cd-roms ontworpen door de beheerssystemen voor geïnformatiseerde röntgenfoto's in het algemeen zelfstandig opereren. Voornoemde cd-roms beschikken, behalve de specifieke beelden van het onderzoek, ook over de nodige toepassingen voor de visualisatie en vergelijking van de grafische bestanden.

Wat betreft het materiaal, beschikken wij niet over cijfers omtrent de verspreiding van cd-romlezers binnen het informaticapark van de medische centra. Desalniettemin wil ik erop wijzen dat het bewuste

06.01 **Trees Pieters** (CD&V): Presque tous les hôpitaux enregistrent leurs radios sur CD-ROM. Les centres médicaux du SPF Santé publique accusent du retard par rapport à ce progrès de la technologie. Lorsqu'un patient se présente chez un médecin contrôle, celui-ci ne peut même pas visualiser les radios sur CD-ROM en raison de la vétusté des équipements de ces centres. Est-on déjà en mesure, dans certains centres du SPF Santé publique, de lire des CD-ROM? Les centres où l'on est toujours amené à utiliser du matériel dépassé seront-ils bientôt dotés d'équipements adaptés?

06.02 **Rudy Demotte**, ministre: Les CD-ROM qui ont été développés par les systèmes d'exploitation des radiographies numériques fonctionnent généralement de manière autonome. Ces CD-ROM ne comportent donc pas seulement les images spécifiques relatives à l'examen, mais aussi les applications requises pour visualiser et comparer les fichiers graphiques.

Il n'existe pas de données disponibles concernant la diffusion de lecteurs de CD-ROM dans les centres médicaux. Cependant, l'appareil en question fait partie de l'équipement standard des centres depuis plusieurs années déjà. Son

toestel reeds verschillende jaren tot de standaardinformaticauitrusting behoort. De aanschaf van het toestel is dus allesbehalve prijzig.

prix d'achat est d'ailleurs peu élevé.

06.03 **Trees Pieters** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u kunt dus moeilijk antwoorden op mijn vraag. Er zijn geen cijfers beschikbaar, wat jammer is. U weet dus niet waar men kan werken met cd-rom's en waar niet. Voorts zegt u dat het toestel tot de standaarduitrusting behoort. Wat betekent dit? Betekent dit dat de meeste geneeskundige centra over de nodige apparatuur beschikken, maar ze niet aanwenden of niet kunnen lezen?

06.03 **Trees Pieters** (CD&V): Le ministre affirme que les lecteurs de cd-rom font partie depuis des années déjà de l'équipement standard des centres médicaux mais aucun chiffre n'est disponible à ce sujet. Cela signifie-t-il que tous les centres disposent d'un lecteur mais qu'ils ne s'en servent pas toujours?

06.04 **Minister Rudy Demotte**: Het antwoord werd mij bezorgd door de administratie. Ik moet het ook interpreteren. Ik lees het als volgt: de gewone weg die gevolgd wordt door de meeste instellingen, wat betreft het gebruik van deze materialen. Het is een soort overschakeling naar deze nieuwe technologieën. De precieze stand van zaken, namelijk welke instellingen dat materiaal gebruiken en welke nog niet beschikken over de cd-romlezers, kan ik hier niet geven. Ik kan natuurlijk wel aan de administratie vragen u daarover een antwoord te bezorgen.

06.04 **Rudy Demotte**, ministre: Je demanderai à l'administration de fournir une réponse à ce sujet à la commission.

06.05 **Trees Pieters** (CD&V): Dat is belangrijk, anders heb ik geen antwoord op mijn vraag. Uit het verstrekte antwoord kan ik werkelijk niet opmaken of de geneesheren met controleopdrachten iets kunnen doen met de cd-rom's. Stuurt u mij een schriftelijk vervolgentwoord op? Hoe gaan wij te werk?

Medewerkster van de minister: Een aanvulling zal ter beschikking gesteld worden van alle leden.

06.06 **Trees Pieters** (CD&V): Via het verslag?

De **voorzitter**: Nee, via het secretariaat van de commissie.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

Vraag nr. 10901 van mevrouw Lanjri wordt uitgesteld. Alle niet gestelde en niet uitgestelde vragen worden geschrappt.

07 **Vraag van de heer Jef Van den Bergh aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rookbeleid in jeugthuizen en fuifzalen" (nr. 10959)**

07 **Question de M. Jef Van den Bergh au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique relative au tabagisme dans les maisons de jeunes et les salles de fêtes" (n° 10959)**

07.01 **Jef Van den Bergh** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het rookbeleid heeft de voorbije maanden al tot een aantal vragen in deze commissie geleid. Ik wil er nog een aan toevoegen, namelijk het rookbeleid in jeugthuizen en fuifzalen.

07.01 **Jef Van den Bergh** (CD&V): Depuis le début de cette année, une interdiction de fumer est en vigueur dans les bâtiments publics. Cette mesure concerne également les maisons de jeunes et les salles de fête communales. La législation est toutefois vague, ce qui entraîne de vives discussions. Lorsque de telles

Sinds het begin van dit jaar geldt een rookverbod in openbare gebouwen. Hieronder vallen ook de gemeentelijke jeugthuizen en fuifzalen en het is maar de vraag wat daar precies moet gebeuren. In heel wat gemeenten zijn discussies gestart over de invulling van het rookverbod voor de jeugthuizen en de fuifzalen, omdat de wetgeving

hierin vaag blijft. Er wordt immers niet gespecificeerd of jeugdhuizen en fuifzalen worden opgevat als publieke infrastructuur dan wel als horecaruimte. In vele gebouwen is die grens ook redelijk dun.

Indien deze gelegenheden worden beschouwd als publieke infrastructuur, zijn zware investeringen nodig om de lokalen aan te passen aan de nieuwe normen. Gemeenten wachten liever even met investeringen, omdat zij in de nabije toekomst mogelijk een algemeen rookverbod zien opduiken en dergelijke investeringen daarom niet rendabel zouden zijn op langere termijn, om die terminologie te gebruiken. Het probleem wordt nog moeilijker als het gaat om jeugdhuizen of fuifzalen die in een vzw zijn georganiseerd of in concessie zijn gegeven. Daarom graag wat meer duidelijkheid via volgende vragen.

Ten eerste. Mijnheer de minister, wat is uw standpunt ten aanzien van het rookverbod in jeugdhuizen en fuifzalen? Definieert u deze gelegenheden als publieke infrastructuur dan wel als horecaruimte?

Ten tweede. Indien u de wet zo interpreteert dat jeugdhuizen en fuifzalen onder publieke infrastructuur vallen, zullen er dan financiële middelen worden voorzien om hen de kans te geven hun lokalen aan te passen aan de huidige normen? Of beschouwt u dit als een opdracht voor de lokale besturen?

Ten derde, werd met deze sector overleg gepleegd? Ik denk dan specifiek aan de sector van de jeugdhuizen, die toch een aparte plaats innemen in het uitgaansleven. Zij worden zelf niet graag beschouwd als horeca omdat zij veel meer zijn, maar voor deze reglementering is de grens natuurlijk erg dun. Daarom nog de vraag of er specifieke richtlijnen zijn voor deze sector. Zo niet, zou het dan niet zinvol zijn om met deze sector in overleg tot een specifieke regeling te komen?

07.02 Minister **Rudy Demotte**: Ik zal mij in mijn antwoord beperken tot uw drie zeer precieze vragen.

Ten eerste, het koninklijk besluit van 13 december 2005 tot het verbieden van roken in openbare plaatsen omschrijft een openbare plaats letterlijk als: "elke plaats waarvan de toegang niet beperkt is tot de gezinsfeer". Dat is een citaat. Jeugdhuizen en feestzalen vallen dus ook onder dat rookverbod.

Aangaande uw vraag of die ruimten onder de horeca-inrichtingen vallen, gaat het erom een horeca-inrichting te beschouwen als een plaats waar de belangrijkste en permanente activiteit erin bestaat maaltijden of dranken voor te bereiden en/of voor consumptie ter plaatse te bieden.

Binnen de categorie van horeca-inrichtingen moeten wij nog de drankgelegenheden onderscheiden. De belangrijkste en permanente activiteit van drankgelegenheden bestaat erin alcoholhoudende dranken te verkopen zonder dat die verkoop moet samengaan met de consumptie van een bereide maaltijd. Cafés en discotheken vallen onder die categorie, alsook casino's.

De drie categorieën van inrichtingen, openbare plaatsen, horeca en cafés, zijn aan andere regels onderworpen.

salles de fête sont considérées comme des infrastructures publiques, des investissements importants sont nécessaires pour adapter les locaux à la nouvelle législation. Les communes ne sont toutefois pas disposées à payer les coûts parce qu'elles s'attendent à une interdiction générale de fumer dans un avenir proche.

Quelle est la position du ministre? Dégagera-t-il, le cas échéant, des moyens financiers si les salles de fête et les maisons de jeunes communales devaient effectivement relever du champ d'application des infrastructures publiques, de sorte que des aménagements coûteux seraient nécessaires? Des concertations ont-elles été menées avec le secteur de la jeunesse?

07.02 **Rudy Demotte**, ministre: L'arrêté royal du 13 décembre 2005 portant interdiction de fumer dans les lieux publics décrit un lieu public comme un "lieu dont l'accès n'est pas limité à la sphère familiale". Les maisons de jeunes et les salles de fêtes sont donc soumises à l'interdiction de fumer.

Un établissement Horeca est considéré comme un lieu où l'activité principale et permanente consiste à préparer des repas ou des boissons et/ou à les servir pour consommation sur place. Parmi les établissements Horeca, il convient encore de distinguer la catégorie des débits de boissons. Leur activité principale et permanente consiste en la vente de boissons alcoolisées non accompagnée de la consommation d'un repas préparé.

In naleving van het besluit moeten jeugdhuizen en polyvalente zalen dus duidelijk als openbare plaatsen worden beschouwd, en niet als restaurants, discotheken of cafés. Hoewel sommigen die plaatsen als horeca-inrichtingen zouden willen beschouwen, blijft het criterium van permanente verkoop van alcohol nodig om een afwijking op het rookverbod te verkrijgen. Die afwijking maakt het mogelijk om onder precieze voorwaarden een rookzone te installeren. Wanneer dat niet het geval is, dan valt de inrichting onder de categorie restaurant, waar roken alleen is toegestaan in een gesloten lokaal dat daartoe bestemd is.

In die plaatsen – ik spreek over de jeugdhuizen en fuifzalen – geldt dus een volledig rookverbod, wat maakt dat er geen bijzondere investering nodig is. Er moeten alleen voldoende rookverbodtekens worden aangebracht aan de ingang en in de plaatsen zelf. Alleen in gevallen waarin roken wel is toegestaan, moeten er investeringen worden gedaan, en dat voornamelijk in ventilatiesystemen en rookruimten.

Ten derde en ten laatste, er werd geen overleg gepleegd met de vertegenwoordigers van openbare plaatsen, daar die categorie van plaatsen een ontelbaar aantal inrichtingen omvat. In het kader van het Federaal Fonds ter bestrijding van het tabaksgebruik is er in 2006 in communicatie voorzien ten aanzien van specifieke sectoren. Ik citeer enkele voorbeelden: de kapsalons, de benzinstations en overkoepelde speelpleinen. Er kunnen ook nog andere voorbeelden worden aangehaald.

Les cafés, les discothèques et les casinos tombent sous ce régime. Les maisons de jeunes et les salles polyvalentes sont à considérer comme des lieux publics et non comme des restaurants, des discothèques ou des cafés. Le critère de la vente permanente d'alcool est nécessaire pour l'obtention d'une dérogation à l'interdiction de fumer.

Les maisons de jeunes et les salles de fêtes sont soumises à une interdiction totale de fumer, si bien qu'aucun investissement spécifique n'est nécessaire. Il suffit d'apposer un nombre suffisant de pictogrammes signalant l'interdiction de fumer à l'entrée et à l'intérieur.

Là où il est autorisé de fumer, il convient d'investir, essentiellement dans des systèmes de ventilation et dans des espaces fumeurs. Il n'y a pas eu de concertation avec les représentants de lieux publics, car le nombre d'établissements concernés est très important. Le Fonds fédéral de lutte contre le tabagisme prévoit pour 2006 une communication spécifique à l'intention des salons de coiffure et des stations essence.

07.03 Jef Van den Bergh (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw heel duidelijk antwoord waarvan ik echter even schrik. Ik ben immers nogal vertrouwd met jeugdhuizen. Ik apprecieer uw duidelijkheid, maar ik denk dat dit zal botsen met de realiteit. We zullen dat in de toekomst verder bekijken.

07.03 Jef Van den Bergh (CD&V): La réponse est très claire mais elle se heurtera à la réalité.

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

08 Interpellation de Mme Zoé Genot au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le non-respect généralisé de la réglementation sur les heures de travail des médecins candidats spécialistes et plus particulièrement des prescrits de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 et les dangers qu'il leur fait encourir ainsi qu'à leurs patients" (n° 830)

08 Interpellatie van mevrouw Zoé Genot tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veralgemeende niet-naleving door de artsen kandidaat-specialisten van de arbeidsduurreglementering, inzonderheid van het bepaalde in het ministerieel besluit van 30 april 1999, alsmede over de gevaren waaraan zij zich en hun patiënten daardoor blootstellen" (nr. 830)

08.01 Zoé Genot (ECOLO): Monsieur le ministre, en novembre 2005, interrogé au Sénat par Mme Defraigne sur le non-respect de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux

08.01 Zoé Genot (ECOLO): Naar aanleiding van vragen gesteld door mevrouw Defraigne in de

d'agr ation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, vous avez indiqué que vous aviez "donné mandat à l'administration d'évaluer l'application de cet arrêté ministériel de façon à en mesurer les effets".

Le 10 janvier 2006, ma collègue Muriel Gerkens et moi-même vous avons interrogé sur le même sujet. Vous aviez indiqué que vous donneriez instruction à votre administration et notamment au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes d'entreprendre de nouvelles démarches à propos du respect de cette réglementation. Vous nous avez également signalé que vous vous tiendriez à notre disposition sur les points sur lesquels nous souhaiterions revenir.

Je vous remercie donc de bien vouloir nous fournir quelques précisions supplémentaires sur la réglementation, sur les résultats des rapports et des démarches que vous indiquez avoir initiés, ainsi que sur celles que vous comptez prendre pour faire effectivement respecter cette réglementation. On ne peut présumer à partir de l'absence de plainte de médecins candidats spécialistes auprès de la commission d'agrément compétente que la réglementation est effectivement respectée. Je pense que depuis les dernières interpellations, vous avez eu l'occasion de recevoir tout comme moi un certain nombre de mails de plaintes de jeunes qui montrent que la situation est problématique.

En effet, il est particulièrement difficile pour le candidat de porter plainte contre l'hôpital dans lequel il travaille ou contre le maître de stage qui est par ailleurs chargé de l'évaluer dans le cadre de ses études. Sous les seuls aspects des vingt-quatre heures maximums de disponibilité continue, l'AMIF (Association des médecins intrahospitaliers, ULB) et le GALUC (Groupement des assistants du réseau hospitalier de St-Luc, UCL) constatent que les candidats spécialistes sont amenés à enfreindre la loi afin d'assurer la continuité des soins dans la majorité des services hospitaliers. Cette situation ferait suite à un manque de médecins de première ligne dans les hôpitaux. Cette problématique est répandue dans toute la Communauté française, comme l'ont relevé l'AMIF et le GALUC dans une lettre qui vous a été envoyée le 23 janvier 2006. Ces associations mènent actuellement des enquêtes au sein de leurs réseaux respectifs, afin de recenser les endroits de stage où l'arrêté Colla n'est pas respecté.

Pouvez-vous confirmer ces informations? Pouvez-vous, suite aux rapports que vous avez demandés à votre administration, communiquer un état des lieux précis, hôpital par hôpital et service par service, du respect de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999? Si vous ne disposez pas de ces informations, pouvez-vous prendre les dispositions nécessaires pour les transmettre au parlement à brève échéance?

L'article 5.18 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 dispose que: "Le maître de stage veille à l'établissement d'une réglementation particulière régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les candidats, les conditions d'organisation des gardes et les conditions de travail, y compris les conditions financières, et comprenant les dispositions relatives aux prestations de gardes à remplir et leurs règles particulières de compensation. Cette réglementation

Senaat en vervolgens door mevrouw Gerkens en mezelf, kondigde u in november 1995 en januari 2006 aan dat u uw administratie had gelast de toepassing van het ministerieel besluit van 30 april 1999 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stage-meesters en stagediensten te beoordelen en maatregelen te nemen om de bepalingen ervan te doen naleven.

Men mag niet zomaar besluiten dat de reglementering wordt nageleefd omdat er geen klachten van kandidaat-specialisten binnenkomen. De betrokkenen zijn immers afhankelijk van het ziekenhuis of hun stagemeester.

Volgens de vereniging van ziekenhuisartsen (ULB) en de groepering van assistenten van het ziekenhuisnetwerk Saint-Luc (UCL) kunnen kandidaat-specialisten vaak niet anders dan de wet overtreden als ze de continuïteit van de zorgverlening willen waarborgen. De Franse Gemeenschap kampt immers met een nijpend tekort aan eerstelijnsartsen. Kan u die informatie bevestigen?

Kan u ons in detail meedelen in hoeverre het ministerieel besluit van 30 april 1999 wordt nageleefd of ons die informatie spoedig bezorgen?

In tegenstelling tot de bepalingen van het ministerieel besluit ontving de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen ten tijde van onze eerste vraag geen kopie van de regelingen betreffende de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de kandidaten die onder de verantwoordelijkheid van de stagemeesters moeten worden uitgewerkt. Werden die regelingen ondertussen al aan de Hoge Raad voorgelegd?

Werden de reglementen door de

particulière est établie après concertation entre les candidats et l'hôpital où est situé leur service de stage et doit être soumise à l'approbation du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes."

Dans votre dernière réponse, vous nous aviez indiqué que, en infraction avec l'arrêté, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, pourtant présidé par votre représentant, M. Dercq, ne recevait pas ces réglementations particulières. Vous nous aviez également indiqué avoir requis du Conseil que celui-ci fasse appliquer la réglementation sur ce point et que ces règlements lui soient transmis.

Pourriez-vous m'indiquer si ces règlements ont désormais été transmis au Conseil? Pourriez-vous également m'indiquer si ces règlements ont été approuvés par ce Conseil supérieur, si ceux-ci détaillent suffisamment l'ensemble des points fixés par l'arrêté et s'ils sont conformes à l'ensemble de ces autres dispositions?

Au cas où ces réglementations n'auraient pas été transmises au Conseil ou n'ont pu être approuvées par celui-ci, quelles sont les sanctions que vous avez adoptées?

Monsieur le ministre, une des conditions pour que l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 soit pleinement et uniformément appliqué est qu'il ne subsiste aucune ambiguïté sur sa portée exacte. C'est la raison pour laquelle j'aimerais que vous apportiez un certain nombre de précisions.

L'article 5.21 dispose que, à la suite d'une garde "sur place", le candidat a toujours droit à 12 heures de repos. Estimez-vous que ces 12 heures de repos doivent être prises en compte comme heures de travail dans le calcul des 48 heures maximales fixées à l'article 5.17?

Par exemple, comment faut-il s'y prendre pour calculer si le seuil de 48 heures est franchi dans le cas où le candidat a droit, selon l'arrêté, à 12 heures de repos faisant suite à une garde de dimanche, suivie de quatre journées de 9 heures? Faut-il considérer que cette semaine de travail est de 12 heures + (4 x 9 heures) = 48 heures et que l'on ne peut y ajouter une prestation supplémentaire de 4 heures le samedi ou bien que cette semaine, samedi matin compris, ne totaliserait que (4 x 9 heures) + 4 heures, soit 40 heures?

L'article 5.8 dispose que le maître de stage donne la possibilité aux candidats spécialistes d'effectuer un travail scientifique à raison d'au moins 4 heures par semaine. Estimez-vous que ces 4 heures de travail scientifique doivent être prises en compte comme heures de travail dans le calcul des 48 heures maximales fixées à l'article 5.17?

Lorsqu'une garde de nuit est prestée la veille d'un jour de congé, par exemple, le samedi ou la veille d'un jour férié légal, le candidat spécialiste dispose-t-il du droit de récupérer ses 12 heures de repos après la journée de congé ou ce droit à 12 heures de repos compensatoire distinctes est-il "annulé" par la journée de congé?

L'arrêté royal stipule à l'article 5.17 que: "Un candidat spécialiste ne peut être affecté à plus d'une garde sur trois week-ends, laquelle garde se déroule entre le samedi midi et le lundi matin". Cette phrase

Hoge Raad goedgekeurd? Voldoen ze aan de voorwaarden opgenomen in het ministerieel besluit?

Zo neen, in welke sancties werd er voorzien?

Het ministerieel besluit kan enkel correct worden toegepast, als het geen ruimte voor interpretatie openlaat.

Tellen de twaalf uren rust waarop de kandidaat recht heeft na een staande wacht, mee voor de berekening van het maximum aantal werkuren, nl. 48?

Tellen de vier uren wetenschappelijk werk per week waarop de kandidaat recht heeft, mee voor de berekening van het maximum aantal werkuren, nl. 48?

Valt het recht op de 12 uren rust weg, indien een nachtwacht op de vooravond van een verlof wordt gepresteerd?

Kan u bevestigen dat de kandidaat slechts een wachtdienst - van maximum 24 uren - per drie weekends mag vervullen?

Kan u in het licht van het arrest Jaeger van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen bevestigen dat de wachtdiensten moeten meetellen voor de berekening van de wekelijkse arbeidstijd? Is u bereid die bepaling in het besluit op te nemen?

Sommige ziekenhuizen stellen een nieuwe regeling voor: een volledige ochtend werken, gevolgd door een namiddag rust, vervolgens werken van 18 uur tot 8 uur 's ochtends en aanwezigheid op zaterdagochtend. Voldoet zo een werkregeling aan de voorwaarden? Volgens mij moet de namiddag waarop niet wordt gewerkt als een onderbreking worden beschouwd en niet als een halve dag rust. Bent u het eens

est sujette à plusieurs interprétations. Si un candidat spécialiste doit effectuer un rôle de garde entre le samedi midi et le lundi matin, il enfreint l'article 5.23. On doit donc supposer que la garde se découpe en deux périodes au moins: l'une le samedi, l'autre le dimanche. Pouvez-vous confirmer que l'on doit considérer que le candidat spécialiste ne peut effectuer plus d'une période de maximum 24 heures sur trois week-ends?

Estimez-vous qu'en vertu de l'arrêt Jaeger rendu par la Cour de justice des Communautés européennes le 9 septembre 2003, disant pour droit que les heures de garde sur place doivent être assimilées à des heures de travail pour le calcul de la durée de travail maximale, la primauté du droit européen implique que les gardes doivent désormais être prises en compte pour le calcul de la durée de travail hebdomadaire maximale de 48 heures fixée à l'article 5.17 de l'arrêté, et ce quand bien même cet article spécifiait quant à lui que les gardes n'étaient pas prises en compte pour le calcul de cette durée de temps de travail maximale? Êtes-vous prêt à insérer cette précision au sein même du texte de l'arrêté?

Suite aux diverses actions pointant ce problème des gardes insoutenables, certains hôpitaux proposent un nouveau système d'organisation: travail toute la matinée, après-midi de repos, puis travail de 18.00 heures à 08.00 heures le lendemain et présence le samedi matin. Ce type d'horaire est-il conforme? Il me semble que l'après-midi non travaillée doit être considérée comme une interruption et non comme un repos. Confirmez-vous cette lecture?

Combien de gardes un PG peut-il prester par mois? L'arrêté Colla en prévoit maximum une tous les cinq jours, soit six par mois. Il est souvent d'usage que le jeune qui a pris ses vacances se voit obligé ensuite de multiplier les gardes avant et après son congé. Est-ce conforme?

Etes-vous disposé à adresser aux hôpitaux, aux maîtres de stage et aux étudiants une circulaire ministérielle rappelant les prescrits de l'arrêté et précisant tous ces éléments? Ils sont appliqués de manière très différente sur le terrain et personne n'est capable, actuellement, de savoir exactement comment ils doivent être appliqués. Il est donc urgent d'éclaircir la situation.

Monsieur le ministre, la situation de non-respect de la réglementation met chaque jour des vies en danger, qu'il s'agisse de médecins candidats spécialistes qui courent des risques accrus d'accidents de roulage ou autres sur le chemin du travail ou des patients qui risquent des erreurs médicales dues à l'état de fatigue.

Je voudrais vous lire des extraits des nombreux e-mails que nous avons reçus suite aux premières interpellations. Il en ressort que ces jeunes sont épuisés.

"Avez-vous une idée de notre salaire? Une nuit passée à travailler d'arrache-pied: 17 euros net. Je commande une pizza, je dépense la moitié de ma nuit. Scandaleux! Et je commence à en avoir ras-le-bol de foutre ma vie en l'air pour cela".

"Je suis au bord l'épuisement physique mais surtout moral. Ce qui me reconforte, c'est de savoir que je ne suis pas le seul. Je vous

met die interpretatie?

Hoeveel wachtdiensten mag een kandidaat-specialist maandelijks vervullen? Het is de gewoonte dat jonge artsen voor en na hun vakantie meer wachtdiensten toegewezen krijgen. Is dat wettelijk?

Bent u bereid aan de ziekenhuizen, de stagemesters en de studenten een ministeriële circulaire te richten waarin u de voorschriften van het besluit in herinnering brengt en al die punten verduidelijkt?

Het niet naleven van de regelgeving brengt elke dag levens in gevaar.

Ik hoop dat u me op al die punten zal kunnen geruststellen. Zoniet zal ik een motie van aanbeveling indienen waarin ik vraag dat de regelgeving zou worden nageleefd en dat een circulaire zou worden uitgevaardigd om een en ander te verduidelijken. Dat lijkt me een minimum.

demande seulement d'imaginer un seul instant que beaucoup de patients sont pris en charge par un assistant qui n'a pas dormi et qui doit encore prester des heures entières dans le service. Tout cela pourquoi? Je ne sais pas. Je dois aller au contrôle technique. Quand vais-je y aller? Je ne peux pas m'absenter. Je dois voir mes parents avec qui je me suis engueulé. Je ne peux pas les revoir."

Nous avons reçu de nombreux e-mails de jeunes qu'on sent au bord de l'épuisement moral et qui ne sont plus capables de faire face ni à leur vie quotidienne ni, à mon avis, au travail qu'ils sont censés exécuter dans nos hôpitaux.

Le problème est bien connu maintenant et je pense qu'il est de ma responsabilité, en tant que parlementaire, de revenir sur ce point et demander un certain nombre de clarifications.

J'espère que vous allez pouvoir me rassurer sur l'ensemble de ces points. Si ce n'est pas le cas, je me permettrai de déposer une motion de recommandation demandant des choses peu utopistes, telles que le respect de cette réglementation ainsi qu'une circulaire pour clarifier les choses. Cela me paraît être le minimum à l'heure actuelle.

08.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, madame Genot, en réponse à vos questions, je souhaite confirmer une nouvelle fois que l'application correcte de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 est très importante, tant dans l'intérêt des patients que dans celui des médecins.

Premièrement, vous mentionnez que les candidats spécialistes sont amenés à violer la loi dans certaines situations afin d'assurer la continuité des soins. Si un manque de médecins de garde dans les hôpitaux est à la base de ce genre de situations, les hôpitaux portent alors une responsabilité. D'ailleurs, je ne peux confirmer qu'à l'heure actuelle, le nombre de médecins disponibles serait insuffisant.

Deuxièmement, en ce qui concerne l'inventaire et l'approbation des réglementations spéciales, dont il est question à l'article 5.18 de l'arrêté ministériel susmentionné, je ne dispose toujours pas d'un aperçu.

Troisièmement, les mandats des membres du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes sont actuellement échus et la procédure de nomination du nouveau Conseil pourrait être clôturée dans quelques semaines.

Quatrièmement, dans le nouveau Conseil, tant des candidats spécialistes que des candidats médecins seront représentés.

Cinquièmement, dès que le nouveau Conseil supérieur sera installé, je demanderai au président de mettre sur pied un groupe de travail chargé d'examiner comment éviter à l'avenir les problèmes relatifs à l'application de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999.

Sixièmement, j'ai constaté que le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes ne s'est plus réuni les derniers mois. Néanmoins, j'essaierai d'obtenir à court terme un rapport sur cette problématique.

08.02 Minister Rudy Demotte: Ik bevestig dat een correcte toepassing van het ministerieel besluit van 30 april 1999 zeer belangrijk is.

Wat het eerste punt betreft: u zegt dat de kandidaat-specialisten genoodzaakt zijn de wet in sommige situaties te overtreden teneinde de continuïteit van de verzorging te garanderen. Als dat soort situaties ontstaat doordat er in de ziekenhuizen onvoldoende artsen met wachtdienst zijn, dan dragen de ziekenhuizen daarin ook een verantwoordelijkheid. Ik kan enkel bevestigen dat het aantal beschikbare artsen ontoereikend zou zijn.

In verband met het tweede punt beschik ik nog altijd niet over een overzicht.

Wat het derde punt betreft: de mandaten van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen zijn thans verstreken en de procedure voor de benoeming van de nieuwe Raad zou over enkele weken kunnen worden afgerond.

Met betrekking tot het vierde punt kan ik stellen dat zowel kandidaat-

Septièmement, pour ce qui est des questions de détail vis-à-vis des divers points repris à l'article 5 de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999, vous aurez mesuré que je souhaite attendre les conclusions du groupe de travail que je compte créer avant de me prononcer.

Vous aurez aussi compris que les sept points que je viens de citer bâtissent une stratégie de réponse construite avec l'ensemble des acteurs concernés. J'ai aussi demandé que chaque participant à ce processus prenne ses responsabilités.

specialisten als kandidaat-huisartsen in de nieuwe Raad zullen zijn vertegenwoordigd.

Inzake het vijfde punt deel ik u mee dat zodra de nieuwe Hoge Raad zal zijn geïnstalleerd, ik de voorzitter zal vragen een werkgroep in te stellen die zal onderzoeken hoe de problemen met betrekking tot de toepassing van het ministerieel besluit van 30 april 1999 kunnen worden voorkomen.

Ten zesde: de Raad is al maandenlang niet meer bijeengekomen. Ik zal trachten daarover een verslag te verkrijgen.

Wat het zevende punt betreft: in verband met artikel 5 van het ministerieel besluit van 30 april 1999 verkies ik te wachten op de conclusies van de werkgroep alvorens mij daarover uit te spreken.

08.03 Zoé Genot (ECOLO): Monsieur le ministre, j'apprends avec plaisir que les candidats seront associés lors du prochain Conseil. C'est néanmoins la seule bonne nouvelle que j'entends à l'heure actuelle.

08.03 Zoé Genot (ECOLO): Het enige positieve nieuws is dat de kandidaten bij de nieuwe Raad worden betrokken.

Mme Defraigne avait déjà soulevé le problème en novembre 2005. Il ne s'agissait pas d'un élément nouveau, étant donné que l'on en parlait déjà depuis quelques années. Aujourd'hui, vous m'annoncez la mise en place future d'un groupe de travail. Vous admettez vous-même que l'on ne dispose toujours pas d'un aperçu de la situation mais que ce groupe tentera de l'éclaircir. J'espère que ce groupe de travail sera très vite mis sur pied, lors du prochain Conseil dans quelques semaines, et qu'il pourra rapidement se mettre au travail. De fait, au vu de la situation, on ne peut continuer sur cette voie. On ne peut reporter à tous les six mois la promesse d'un rapport, d'un groupe de travail, etc. Il y a six mois, monsieur le ministre, vous nous disiez avoir demandé un rapport et un aperçu. Aujourd'hui, nous n'avons toujours rien à notre disposition.

U kondigt aan dat een werkgroep een toestand zal moeten doorlichten die reeds verscheidene jaren voor problemen zorgt. Ik hoop dat die groep snel aan de slag kan gaan.

08.04 Rudy Demotte, ministre: Madame Genot, à la suite de ma réponse, vous aurez compris que je fais face à un problème qui est, vu sous l'angle de l'autorité publique, insolvable. Je ne dispose pas de source précise ni de monitoring. Les réactions individuelles que j'entends et que j'écoute attentivement ne me permettent pas d'ajuster la situation. Je suis confronté à un vrai problème. C'est la raison pour laquelle, en réponse à ce problème, je propose une méthodologie. Madame Genot, vous avez raison; il se pose depuis plusieurs années.

08.04 Minister Rudy Demotte: Het probleem kan enkel verholpen worden, nadat het nauwkeurig in kaart is gebracht. Daarom stel ik een werkwijze voor waarmee we het probleem, dat ik heb overgeërfd, kunnen ondervangen. Hoe dan ook moeten de twee categorieën in de nieuwe Raad vertegenwoordigd zijn.

L'organe est actuellement en recomposition. Dans cet organe, les deux catégories de candidats doivent au moins être représentées afin

qu'elles puissent donner leur opinion en voie directe.

08.05 Zoé Genot (ECOLO): Monsieur le ministre, je me permettrai de vous interroger à nouveau dans quelques mois en espérant que le groupe de travail sera lancé et aura un agenda très précis à me soumettre à cette occasion-là.

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

Le **président**: Mme Lejeune n'est pas là. Sa question n° 11021 est supprimée. M. Chastel n'est pas là. Je supprime sa question n° 11039.

09 Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hartcentra" (nr. 11054)

09 Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres cardiaques" (n° 11054)

09.01 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het aantal hartoperaties gaat nu al in dalende lijn.

Er is de recente uitbreiding van de terugbetaling van de DES, de drug-eluting stent of de Verhofstadt-stent, van de diabetici naar de hele patiëntenpopulatie. Daardoor zal het aantal coronaire overbruggingen nog verder dalen. Wat de kleppathologie betreft, zijn er de endovasculaire behandelingen, onder andere via de lies en via klepperstel, die allemaal gebeuren zonder operatie.

Mijnheer de minister, is het juist dat u een aantal B3-centra wil sluiten, centra die niet meer voldoen aan de criteria wegens te weinig activiteiten? Verliezen die centra dan hun erkenning? Is het de bedoeling alle eventueel vrijgekomen B3-erkenningen aan nieuwe aanvragende centra toe te kennen? Is het in dat opzicht niet nuttiger en veel goedkoper een aantal B1-centra op te waarderen tot B2-centra? Er is immers geen fundamenteel verschil tussen een cathlab van een B1-centrum of een van een B2-centrum. Na het coronair stenten moet een cardio-vasculair chirurg niet steeds meer stand-by zijn, aangezien een dringende operatie na het coronair stenten nog zelden of nooit meer voorkomt. Een B2-centrum moet natuurlijk blijven samenwerken met een B3-centrum.

09.01 Hilde Dierickx (VLD): Le nombre d'opérations cardiaques est en baisse. Grâce à la décision qui a été prise récemment de rembourser le Drug Eluting Stent (DES), le nombre de pontages coronariens pourra également diminuer. Il existe par ailleurs également de nouveaux traitements endovasculaires pour les valvulopathies.

Est-il exact que le ministre a l'intention de fermer un certain nombre de centres B3 étant donné que la réduction du volume de leurs activités ne leur permet plus de répondre aux critères? Ces centres perdront-ils leur agrément? Tous les agréments B3 ainsi libérés seront-ils attribués à de nouveaux centres? Ne serait-il pas plus utile et moins onéreux de requalifier un certain nombre de centres B1 en centres B2? Il n'existe en effet plus de différence fondamentale entre un cathlab d'un centre B1 et celui d'un centre B2. Les opérations urgentes après le placement d'un stent coronarien sont en effet devenues rares.

09.02 Rudy Demotte, ministre: Madame Dierickx, nous sommes devant un problème de programmes de soins qui inclut entre autres problématiques celle du seuil d'activité. Et cela vaut tant pour la chirurgie cardiaque elle-même que pour les éventuelles interventions cardiologiques percutanées. Les normes minimales d'activité doivent être déterminées par des données extraites de la littérature scientifique, nationale et internationale. À ce sujet, la littérature internationale récente montre que le but d'assurer une sécurité

09.02 Minister Rudy Demotte: Om de patiënten zo goed mogelijk te beschermen moeten we minimale activiteitsdrempels opleggen in functie van de gegevens uit de wetenschappelijke literatuur, en dit zowel voor de hartchirurgie als voor de percutane

optimale au patient doit être celui du ministre de la Santé publique. À cet effet, la diminution constatée de l'activité de certains centres de chirurgie cardiaque est liée à l'évolution des techniques, comme vous l'avez mentionné. Selon vos informations, cette diminution menace l'existence de certains centres dont le niveau d'activité ne serait plus suffisant pour que les autorités compétentes maintiennent l'agrément.

Je ne suis pas convaincu que cette diminution soit sans poser de grands problèmes dans un pays où la densité des centres est de loin supérieure à celle des autres pays d'Europe. Voici quelques chiffres: on compte 29 centres en Belgique contre 15 aux Pays-Bas, pays pourtant plus peuplé, et 9 en Suède ou en Autriche.

Je ne partage pas l'avis selon lequel il faut en déduire de permettre le fonctionnement d'un centre de dilatation hors du fonctionnement d'un service de chirurgie cardiaque et de sa présence sur le même site. Le risque même diminué de devoir intervenir en cas de complication n'est compensé par aucun bénéfice de santé publique pour le patient. Et ceci concerne tout de même plusieurs dizaines de patients par an. Dans le respect de cette logique, je suivrai donc la ligne décrite précédemment: il faut garantir la santé publique, elle-même dépendant de seuils d'activité et de la mise en corrélation de certaines prestations qui doivent avoir lieu sur le même site. Voilà la réponse que je puis vous fournir à ce stade.

09.03 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de minister, u bent er niet voor te vinden om de B1-centra op te waarderen?

09.04 Minister Rudy Demotte: Ik vind het een slecht idee. In de internationale literatuur die daarrond bestaat, bewijst men dat het scheiden van de behandelingen B2 en B3 een gevaar kan zijn. U weet dat de interventies die gebeuren door de verschillende B2-centra kunnen leiden tot een spoedige cardiale interventie. Men moet over een vergunning beschikken en erkend worden als een B3-centrum. Ik denk dat er een echt gevaar bestaat indien er ter plaatse geen verbinding is tussen B2 en B3.

09.05 Hilde Dierickx (VLD): Niet iedereen is daarvan overtuigd want het komt nog maar heel zelden voor dat men moet ingrijpen.

Dank u voor uw antwoord.

09.06 Minister Rudy Demotte: De risico's zijn groot. Het gebeurt zelden, maar het gebeurt.

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

10 Vraag van de heer Bart Laeremans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de

interventies. Sommige centra zouden door hun dalende activiteiten inderdaad hun erkenning kunnen verliezen, maar de concentratie van de centra ligt in België hoger dan in andere landen. Zo beschikken we bijvoorbeeld over 29 centra tegenover zes in Zweden.

Wegens het gevaar op complicaties ben ik gekant tegen aparte diensten voor hartcatheterisatie buiten de centra voor hartchirurgie.

09.03 Hilde Dierickx (VLD): Le ministre n'est donc pas favorable à la proposition visant à revaloriser les centres B1 en centres B2?

09.04 Rudy Demotte, ministre: À mon avis, ce n'est pas une bonne idée. Selon la littérature internationale, il est dangereux de scinder les traitements B2 et B3. Les interventions pratiquées par des centres B2 peuvent nécessiter une intervention cardiaque urgente, et partant, un agrément de centre B3. L'absence de liaison entre B2 et B3 dans un centre peut déboucher sur des situations dangereuses.

09.05 Hilde Dierickx (VLD): Tout le monde n'en est pas persuadé. Il est encore très rare de devoir intervenir.

09.06 Rudy Demotte, ministre: Des risques subsistent. Le problème se pose en effet rarement, mais il n'est pas exclu.

Brusselse huisartsendienst Médinuit" (nr. 11073)**10 Question de M. Bart Laeremans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le service de médecins généralistes bruxellois Médinuit" (n° 11073)**

10.01 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, uit het antwoord van Vlaams minister Bert Anciaux, een voormalige collega van u, op een vraag van een lid van het Vlaams Parlement blijkt dat er nog heel wat onduidelijkheden zijn in verband met de wachtdiensten voor huisartsen in Brussel en zelfs, bij uitbreiding, in verband met de wachtdiensten in heel het land zelfs.

U hebt op 13 januari 2006 een koninklijk besluit uitgevaardigd met de voorwaarden voor subsidie. Daarin zit onder meer vervat: een meertalig onthaal. Dat staat in artikel 4, paragraaf 2, ten derde. Maar er wordt helemaal niet aangewezen of duidelijk gemaakt voor welke wachtposten dat allemaal geldt. Vanuit Vlaanderen is dan ook de kritiek gekomen dat de tekst op maat van de Brusselse huisartsenpraktijken, wachtposten, is gesneden, maar niet op maat van de wachtposten elders.

Ook stelde minister Anciaux dat er ondertussen geen verbetering is gekomen inzake de Molenbeekse wachtdienst Médinuit, reden waarom hij de Nederlandstalige huisartsen zou oproepen hun medewerking aan Médinuit af te bouwen.

Is het koninklijk besluit – mijnheer de minister, ik kom daarmee tot mijn vragen – inderdaad ook van toepassing op wachtposten buiten de hoofdstad? Of heb ik het verkeerd gelezen en is het enkel bedoeld voor de wachtposten in de hoofdstad?

Wat wordt er bedoeld met "een meertalig onthaal?" Over welke taalkennis moet men beschikken? Wat is eigenlijk het opzet van dat meertalig onthaal?

Wat betekenen die bepalingen specifiek voor de wachtposten in Brussel? In welke talen moet het onthaal daar verlopen? Kan het bijvoorbeeld zijn dat een wachtpost zegt: wij willen subsidiëring en wij zijn tweetalig bijvoorbeeld, Arabisch-Engels, want dat is de wettelijke vereiste: u vraagt een meertalig onthaal? Kunt u zich dat indenken, mijnheer de minister, dat u subsidieert als er een Arabisch-Engelse wachtpost wordt gerealiseerd?

Is het niet logisch dat die wachtpost bijvoorbeeld Frans kent? Zou het niet elementair zijn volgens u, mijnheer de minister, dat die Frans kent? Mij lijkt dat nogal logisch. Maar hetzelfde geldt voor de taalkennis van het Nederlands natuurlijk. Dat is de andere taal in Brussel. Brussel is een tweetalige stad. Ook dat lijkt mij nogal elementair.

Waarom, als u het anders bekijkt, wordt het Nederlands op een andere wijze behandeld dan het Frans, als u zou zeggen dat het Frans wel noodzakelijk is maar het Nederlands niet?

Waarom wordt enkel meertaligheid gevraagd inzake het onthaal en niet inzake de verzorging?

Ten derde, waarom wordt enkel in meertaligheid voorzien inzake het onthaal en niet inzake de verzorging? Ook die is immers toch

10.01 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Il ressort d'une réponse du ministre flamand, M. Anciaux, à des questions posées au Parlement flamand à propos des postes de garde de médecine générale à Bruxelles, que de nombreux problèmes se posent toujours non seulement dans la capitale, mais aussi dans tout le pays.

L'arrêté royal du 13 janvier 2006 énumère les conditions requises pour l'intervention dans le financement des postes de garde, comme le fait de "disposer d'un accueil multilingue". Cependant, il n'est pas clairement établi à quels postes de garde ces conditions s'appliquent. Des critiques fusent du côté flamand, selon lesquelles ces conditions auraient été taillées sur mesure pour les postes de garde bruxellois.

Selon M. Anciaux, aucune amélioration n'a été notée en ce qui concerne le bilinguisme du poste de garde Médinuit à Molenbeek. Aussi a-t-il invité les médecins généralistes flamands à mettre un terme à leur collaboration avec ce poste.

L'arrêté royal s'applique-t-il aussi aux postes de garde situés à l'extérieur de Bruxelles? Qu'entend-on par "accueil multilingue"? Cela signifie-t-il qu'il suffit de connaître plus qu'une seule langue ou vise-t-on spécifiquement la connaissance du néerlandais et du français?

Pourquoi seul l'accueil doit-il être bilingue et non le traitement en tant que tel? Il me semble logique qu'un patient puisse être soigné dans sa propre langue, dans les services d'urgence mais aussi dans les services de garde de médecins généralistes subventionnés. Quels efforts ont

belangrijk. Daarnet hadden we het debat over de spoeddiensten, maar ook in de huisartsenwachtposten die gesubsidieerd zijn lijkt het me logisch dat men ook kan verzorgen in het Nederlands. Welke inspanningen werden intussen geleverd om Médinuit meertalig te maken? Hoe komt het dat de dienst in de praktijk nog altijd geen Nederlandstalige verzorging kan verzekeren?

Ten vierde, zijn er in Brussel intussen nog andere gelijkaardige initiatieven? Zo ja, waar? Wie houdt er zich mee bezig? Worden die ook gesubsidieerd? Kunt u daar duidelijkheid over geven?

Ten slotte, mijnheer de minister, hoe reageert u op het antwoord van Vlaams minister Anciaux op de vragen van Vlaamse parlementsleden over deze kwestie?

10.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Laeremans, ten eerste: bij het lezen van het koninklijk besluit zult u ongetwijfeld vastgesteld hebben dat het van toepassing is op alle agglomeraties van meer dan 150.000 inwoners. Dat maakt dat het ook van toepassing is op andere steden dan op de hoofdstad: het gaat hier dus over Antwerpen, Gent, Luik en Charleroi om precies te zijn.

Ten tweede. Dit ontwerp van koninklijk besluit richt zich op de wachtposten in de grootsteden en besteedt bijzondere aandacht aan de wachtposten gelegen in de interventiezones van het grootstedenbeleid. In die context spreekt het voor zich dat de mogelijkheid om een tweetalig onthaal te organiseren een meerwaarde betekent. Ik wil erop aandringen dat het hier gaat om een evaluatiecriterium voor de projecten en niet om een verplichte voorwaarde die zonder enige flexibiliteit wordt toegepast.

Ten derde. De organisatie van Médinuit steunt op een actieve samenwerking tussen Franstalige en Nederlandstalige artsen van de betrokken kringen. Niets wijst er dus op dat de zorgen niet minstens tweetalig verstrekt zouden worden. Toch wil ik erop aandringen dat we het onderscheid moeten maken tussen een wachtpost en een ziekenhuis. De wachtpost bestaat naast andere wachtinitiatieven en de patiënt is volledig vrij om daar een keuze tussen te maken. Bovendien nemen artsen op volledig vrijwillige basis deel aan een wachtpost. In feite gaat het dus om een manier om deel te nemen aan een wachtfunctie. In casu gaat het dus om een privéplaats die in geen geval onder de taalkundige reglementeringen valt inzake het taalgebruik in zorginstellingen.

Ten vierde. Er werd een oproep gelanceerd voor de oprichting van een of meerdere nieuwe posten in Brussel. Ik beschik niet over informatie over de eventuele nieuwe projecten die in dit kader kunnen worden gefinancierd.

Ten vijfde. Ik heb geen gedetailleerde kennis over het antwoord van minister Anciaux. Ik heb het pas kunnen lezen, maar ik kan daarover nog niets zeggen. Als hij een oproep lanceert om Médinuit af te bouwen, door de verschillende Nederlandstalige artsen die nu deelnemen aan het project Médinuit op te roepen zich terug te trekken, dan zullen de Nederlandstaligen immers nog minder kunnen worden verdedigd.

Dat lijkt mij a priori – men moet het natuurlijk nog in de diepte nagaan

été faits pour assurer le bilinguisme de Médinuit? Pourquoi ce service ne dispose-t-il toujours pas de personnel soignant qui maîtrise la langue néerlandaise?

Des initiatives similaires ont-elles entre-temps été prises à Bruxelles? Sont-elles également subventionnées? Comment le ministre réagit-il à la réponse fournie par le ministre Anciaux?

10.02 **Rudy Demotte**, ministre: L'arrêté royal ne s'applique pas qu'à Bruxelles mais à l'ensemble des agglomérations comptant plus de 150.000 habitants. Il consacre une attention particulière aux postes de garde situés dans les zones d'intervention relevant de la politique des grandes villes. Un accueil bilingue constitue une valeur ajoutée. Je souligne qu'il s'agit en l'espèce d'un critère d'évaluation pour les projets en cours et non d'une condition obligatoire et rigide.

Médinuit est le fruit d'une collaboration entre différents cercles de médecins francophones et néerlandophones. Aucun élément n'indique que le service ne serait pas assuré dans les deux langues. Il convient d'établir une distinction entre un poste de garde et un hôpital. Un poste de garde constitue une initiative privée qui ne relève pas de la réglementation en matière d'emploi des langues. En outre, le patient est libre de choisir lui-même le poste de garde spécifique auquel il souhaite s'adresser ou non.

Un appel a été lancé en vue de la création de nouveaux postes de garde à Bruxelles. Je ne dispose pas d'informations sur les projets qui peuvent être financés dans ce cadre.

Je ne connais pas la réponse exacte fournie par le ministre

– een beetje paradoxaal.

flamand, M. Anciaux. Sa proposition de mettre un terme à la collaboration des médecins néerlandophones au sein de Médinuit me paraît toutefois paradoxale puisque que le service n'y serait de ce fait plus assuré en néerlandais.

10.03 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Mijnheer de minister, er is vandaag veel paradoxaal aan wat u zegt. U zegt dat het weldegelijk van toepassing is op alle huisartsenwachtposten van heel het land, van alle agglomeraties. Als u weet wat de taalwetgeving is in heel het land en als u weet dat er in Wallonië Frans wordt gesproken en in Vlaanderen Nederlands – dat zijn eentalige gebieden – dan zie ik echt niet in waarom ergens in uw bepalingen, in artikel 4, §2, 3°, het volgende staat: "De tussenkomstaanvragen ingediend door de tussenkomende partijen moeten aan volgende voorwaarden voldoen: beschikken over meertalig onthaal..." Dat betekent dat men in Luik tweetalig, drietalig of viertalig moet zijn.

10.03 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Les affirmations de M. Demotte aussi sont paradoxales. Si l'arrêté royal est applicable à toutes les grandes villes, y compris donc sur le territoire unilingue de la Flandre et de la Wallonie, comment le ministre peut-il imposer un accueil plurilingue? Le bilinguisme ne peut être imposé qu'à Bruxelles, mais le ministre affirme pour sa part qu'il faut se montrer flexible à Bruxelles. À mon estime, l'arrêté royal doit être adapté.

Ten eerste, met "meertalig onthaal" kan men alle kanten uit.

Ten tweede, dat is gewoon tegen de wet in. U kunt een instelling in Brugge, in Gent, in Antwerpen, in Luik of Charleroi niet verplichten dat ze voor de subsidiëring meertalig moeten zijn. U bent werkelijk fout. Dat is een eis die u alleen in Brussel kunt opleggen. Als het dan over Brussel gaat, zegt u dat men die meertaligheid flexibel moet bekijken.

La proposition de M. Anciaux visant à créer des postes de garde propres constituera finalement la seule solution. Médinuit est une organisation privée et le bilinguisme ne peut donc lui être imposé, ce qui serait possible si le oiste de garde était subsidié.

Dat is typisch minister Demotte. Hij is wel vriendelijk. Hij zegt dat er een probleem is en dat we er iets aan moeten doen, maar dat we wel flexibel moeten zijn.

Het is het een of het ander, mijnheer de minister. Ofwel zegt u "moeten". Er staat onder andere ook dat men over verpleegkundig personeel moet beschikken. Als men niet beschikt over verpleegkundig personeel, neem ik aan dat men niet zal gesubsidieerd worden. Op dezelfde hoogte staat dat men moet beschikken over een meertalig onthaal, maar dan zegt u dat het eigenlijk geen echte voorwaarde is en dat we dat flexibel moeten bekijken. Uw redenering, mijnheer de minister, is op zijn zachtst uitgedrukt verschrikkelijk paradoxaal en is helemaal niet steekhoudend. Uw artikel 4 is onlogisch opgebouwd en helemaal niet coherent. Het ene is wel verplicht en het andere is flexibel. Het is ook niet alleen toepasselijk op Brussel, enzovoort.

Kortom,, uw KB is een poespas, mijnheer de minister, en u zult het dringend moeten veranderen. Anders verplicht u in Vlaanderen en Wallonië tot meertalige dienstverlening, wat toch wel heel vreemd is.

Ten derde, mijnheer de minister, minister Anciaux zal graag horen wat u van hem zegt. Ik zal hem in kennis stellen van uw antwoord. Dit is op de duur de enige mogelijkheid. U zegt dat het een privé-initiatief is en dat de federale overheid zulks niet kan opleggen. Als u subsidieert, kunt u dat wel opleggen. Dit KB bewijst dat. Met dit KB kunt u zeggen dat u maar wilt subsidiëren als er, bijvoorbeeld, aan taalvereisten wordt voldaan. U zou dat kunnen. U zou specifiek voor Brussel een tweetaligheidsverplichting inzake onthaal en verzorging kunnen

opleggen, maar u doet dat niet. Dan is het ineens privé en is het uiteindelijk niet meer relevant.

Het laatste wapen, en het enige redmiddel voor de Vlamingen, is natuurlijk: wij trekken ons terug en zullen een eigen dienst oprichten. De Vlamingen zullen zelf een eigen huisartsenwachtpost oprichten, die wel tweetalig zal zijn. Dan zult u wel moeten subsidiëren. Het is echter spijtig dat het op deze manier moet gebeuren en dat u de Franstalige artsen – daarmee zal ik besluiten, mijnheer de minister – de druk en de stimulans ontzegt om Nederlands te leren en hun eigen situatie te verbeteren, want zij kunnen er alleen maar zelf voordeel bij hebben om de twee talen te kennen. U ontzegt dat aan de Franstalige artsen. Ik vind het bijzonder jammer, mijnheer de minister.

10.04 Minister **Rudy Demotte**: (...) een antwoord over het concept, het begrip van meertalig onthaal. Mijn administratie heeft daarover een interpretatie gegeven. Ik zal ze u voorlezen: "Op de twee vragen moet geantwoord worden dat de notie meertalig onthaal, zoals het gehanteerd wordt in het door hem geciteerde koninklijk besluit, impliceert dat het onthaal op taalkundig vlak moet georganiseerd zijn, in functie van de noden van de potentiële gebruikers van de wachtposten. De noden kunnen verschillen al naargelang de lokaliteit."

10.04 **Rudy Demotte**, ministre: En ce qui concerne l'aspect linguistique de l'accueil, il est clair qu'il faut tenir compte des besoins des utilisateurs potentiels des services de garde. Ces besoins varient selon les lieux.

10.05 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): Nog een laatste woord, mijnheer de voorzitter, en ik zal heel kort zijn.

Le **président**: Non, cela suffit! Moi, j'estime que cela suffit.

10.06 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): (...) U moet neutraal zijn. (...)

Le **président**: Non, je ne dois rien du tout!

10.07 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): (...) Parti socialiste!

Le **président**: Et vous, vous êtes du Vlaams Belang. Je n'ai pas envie de discuter avec vous!

La parole est à Mme Burgeon. Vous ne m'intéressez pas! Votre temps de parole est écoulé!

10.08 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): (...)

Le **président**: Votre temps de parole est écoulé!

De **voorzitter**: Mijnheer Laeremans, uw spreektijd is voorbij.

10.09 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): (...)

Le **président**: Je crois que vous n'avez pas la parole. C'est moi qui fais régner l'ordre dans cette commission et le temps de parole qui vous était imparti est épuisé. Dois-je appeler les huissiers pour vous expulser? Pour qui vous prenez-vous?

10.10 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): Mijnheer de voorzitter, u bent niet correct!

Le **président**: Excusez-moi, mais de vous, je m'en fous!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques médicaux de la Rilatine" (n° 11153)

11 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de medische risico's van Rilatine" (nr. 11153)

11.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, au Canada, en raison des risques qu'ils comporteraient pour la santé du cœur, les médicaments destinés aux enfants et aux adultes souffrant d'un trouble de déficit de la tension avec ou sans hyperactivité (TDA/H) devront afficher une nouvelle mise en garde sur leur étiquette.

Santé Canada a décidé de donner suite aux recommandations d'un comité chargé d'examiner les risques de troubles cardiovasculaires associés à la prise de ces médicaments. Les autorités canadiennes ont pris en compte le décès récent de 25 Américains atteints de TDA/H – 19 adultes et 6 enfants – attribuable à leur médication. Ils ont été victimes d'un infarctus du myocarde, d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'une mort subite.

Les probabilités que ces médicaments déclenchent de tels troubles cardiovasculaires sont faibles, soit moins d'un cas sur 100.000, mais les conséquences sont assez graves.

Bien que le libellé du nouvel avertissement ne soit pas dévoilé, on peut préciser qu'il visera particulièrement les patients qui s'adonnent à une activité physique moyenne ou intense, ceux qui utilisent d'autres stimulants, de même que les personnes à risque de maladies cardiovasculaires en raison de leurs antécédents médicaux.

Santé Canada continue d'analyser les données relatives à ce type de médicament, notamment pour vérifier s'ils peuvent accroître le risque de troubles psychiatriques. Bien qu'il semble que la plupart des médicaments pour traiter le TDA/H comportent des effets secondaires, il ne faut pas que les patients cessent de les prendre en raison de ces nouvelles données. Mais il est important de consulter le médecin avant de prendre une telle décision.

Monsieur le ministre, ces dangers concernent-ils également le Concerta, qui est l'autre principal médicament actif contre le syndrome d'hyperactivité et de manque d'attention?

Ne conviendrait-il pas qu'un tel avertissement soit inscrit sur les notices de ces médicaments en Belgique?

11.02 Rudy Demotte, ministre: Madame Burgeon, les recommandations auxquelles vous faites allusion ont été émises le 9 février dernier aux Etats-Unis par un groupe d'experts de la "Food and drug administration" (FDA). Les experts ont effectivement proposé d'insérer sur l'étiquetage des médicaments stimulants centraux, utilisés dans le syndrome d'hyperactivité et de manque d'attention – le ADHD –, un message de mise en garde sur les risques cardiovasculaires.

Il me semble utile de préciser que le travail des experts américains concerne plusieurs substances stimulantes du système nerveux

11.01 Colette Burgeon (PS): Nadat 25 Amerikaanse patiënten kwamen te overlijden, wordt in Canada een nieuwe waarschuwing aangebracht op geneesmiddelen die aangewezen zijn in geval van een aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit. Die nieuwe waarschuwing is vooral bestemd voor patiënten die een gemiddelde of intense lichamelijke activiteit verrichten, voor wie nog andere stimulerende middelen slikt en voor mensen met cardiovasculaire aandoeningen. Houdt het product Concerta dezelfde risico's in? Moeten de bijsluiters van die geneesmiddelen in België geen gelijksoortige waarschuwing bevatten?

11.02 Minister Rudy Demotte: De vermelde aanbevelingen werden op 9 februari jongstleden door de Food and Drug Administration (FDA) uitgebracht en hebben betrekking op cardiovasculaire risico's. De Amerikaanse deskundigen bestuderen diverse stimulerende middelen waaronder amfetamines en methylfenidaat, die

central dont des amphétamines et le méthylphénidate.

Les décès d'origine cardiovasculaire que vous mentionnez concernaient le méthylphénidate chez 8 personnes et les amphétamines dans les 17 autres cas. Or, en Belgique, il n'y a pas de spécialité pharmaceutique à base d'amphétamines indiquée dans la prise en charge de l'ADHD.

Par contre, le méthylphénidate est bien autorisé et concerne, pour répondre à votre première question, tant les médicaments Rilatine et Rilatine MR que Concerta.

J'en arrive maintenant aux mesures de précaution prises dans notre pays. Les notices de médicaments Concerta, Rilatine et Rilatine MR attirent déjà l'attention sur les risques d'hypertension, de tachycardie, d'arythmie et de palpitations.

Néanmoins, le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (le CBIP) a diffusé sur son site internet deux communiqués qui traitent des risques cardio-vasculaires des médicaments utilisés dans l'ADHD suite au rapport de la FDA.

Au niveau européen également, les experts en pharmacovigilance de l'Agence européenne des médicaments (le MEA) ont discuté du rapport publié aux Etats-Unis lors de leur réunion du mois de mars dernier.

Ils ont convenu d'examiner ce dossier et de remettre leurs conclusions au courant de cet été.

Il va de soi que je resterai attentif aux résultats de leurs débats et qu'en fonction de ceux-ci, je prendrai les éventuelles mesures qui s'imposent.

11.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Comme vous, je resterai attentive à cette problématique.

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

12 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le refus de vaccination contre la polio" (n° 11155)

12 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de weigering van een poliovaccinatie" (nr. 11155)

Le **président**: Mme Douifi n'est malheureusement pas là pour poser sa question jointe n°11198.

12.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, parce qu'il refusait de faire vacciner ses deux filles contre la polio, un couple de Limbourgeois a été condamné ce 3 avril à une amende de 130 euros. Les parents n'ont pu invoquer aucune contre-indication médicale suffisante pour refuser ce vaccin, le seul obligatoire en Belgique. Ils se fondaient simplement sur la réaction de

respectievelijk door 17 en 8 overleden patiënten werden ingenomen. In België wordt er geen farmaceutische specialiteit op basis van amfetamines gebruikt bij de behandeling van ADHD.

Methylfenidaat is echter wel vergund en komt voor in de geneesmiddelen Rilatine, Rilatine MR en Concerta. Na de bekendmaking van het rapport van de FDA heeft het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie twee berichten inzake de cardiovasculaire risico's bij de behandeling van ADHD op zijn website geplaatst. De deskundigen op het stuk van de geneesmiddelenbewaking van het Europees Geneesmiddelenbureau zullen het dossier deze zomer onderzoeken. Ik wacht de resultaten van hun besprekingen af.

11.03 Colette Burgeon (PS): Ik zal dit dossier van nabij blijven volgen.

De voorzitter : Ik stel vast dat mevrouw Douifi niet aanwezig is om haar samengevoegde vraag nr. 11198 over "de inenting van kinderen" te stellen.

12.01 Colette Burgeon (PS): Een Limburgs echtpaar werd op 3 april jongstleden veroordeeld omdat het weigerde zijn twee dochters tegen poliomyelitis te laten vaccineren. Hun weigering

leur fille aînée qui, après avoir reçu une première dose du vaccin, a multiplié les crises de larmes.

Le vaccin contre la polio a été rendu obligatoire dans les années 60, lorsque la maladie était encore répandue dans notre pays. Les arguments avancés par ceux qui font campagne contre les risques liés au vaccin ne vaudraient que pour l'ancienne forme du vaccin. Cette formule présentait un risque de paralysie post-vaccinale. Or, depuis 2001, on n'utilise plus que le vaccin par injection sans le moindre risque d'effets secondaires.

Comment se fait-il que certaines personnes puissent encore s'opposer à cette vaccination? Quelle est la sensibilisation donnée aux médecins en cette matière? Peut-on refuser une vaccination?

12.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, comme il s'agissait, au départ, de questions jointes, j'avais préparé ma réponse pour les deux parlementaires. Je vais la garder in extenso sachant qu'elle est rédigée dans les deux langues.

Ten eerste, wat de wetgeving betreft, de vaccinatie tegen poliomyelitis werd in België in 1958 voor het eerst aanbevolen en in 1967 wettelijk verplicht. Van 1966 tot 2000 werd voor die verplichte vaccinatie uitsluitend het levend afgezwakt oraal vaccin, het zogenaamde Sabin gebruikt, terwijl dat sinds januari 2001 vervangen werd door het verbeterde inspuittbare vaccin Salk. Dat werd besloten op basis van ministeriële besluiten van 18 september en 10 oktober 2000. Alleen de vaccinatie tegen poliomyelitis is in ons land verplicht.

En 2002, la région Europe de l'OMS a été déclarée indemne de poliomyélite. La dernière épidémie survenue en 1992, aux Pays-Bas, et la persistance des foyers épidémiques dans certaines parties du monde démontrent la nécessité de maintenir d'excellentes couvertures vaccinales, même dans les pays où la polio est absente depuis longtemps.

Quant à la perception de la population vis-à-vis de la gravité d'une maladie évitable par la vaccination, on constate qu'elle varie au fil du temps, ce qui amène parfois des refus. Ce phénomène est bien connu des organismes de santé publique. Il doit être réévalué au regard des risques réellement courus par rapport au bénéfice de la vaccination au sein de la population. Cela a été fait pour la vaccination contre la poliomyélite dans notre pays.

En ce qui concerne l'évaluation, les Communautés française et flamande, autorités compétentes, doivent régulièrement évaluer le degré de vaccination, notamment par le biais d'enquêtes sur la population via des données en provenance des diverses institutions en charge de la prévention.

Sur la base d'un risque de paralysie post-vaccinale de 1 sur 750.000 pour la première dose du vaccin, lié à l'utilisation du vaccin polio oral, vaccin vivant atténué, le Conseil supérieur d'Hygiène (CSH) a recommandé l'utilisation du vaccin tué administré par voie injectable. Ce dernier vaccin ne présente aucun effet indésirable sévère et a l'avantage d'être combiné avec les vaccins diphtérie, tétanos, coqueluche, "haemophilus influenzae" de type b et hépatite B.

was niet ingegeven door een medische contra-indicatie, maar door de onophoudelijke huilbuien van hun oudste dochter.

De met de vaccins gepaard gaande risico's zouden enkel gelden voor de oude vorm en die wordt sinds 2001 niet meer toegediend. Hoe kan het dat bepaalde mensen zich nog tegen die vaccinatie verzetten? Kunnen artsen een vaccinatie weigeren?

12.02 Rudy Demotte, ministre: La vaccination contre la poliomyélite a été rendue obligatoire en Belgique en 1967. Seul le vaccin Sabin, un vaccin oral vivant affaibli, a été utilisé de 1966 à 2000. Le vaccin Salk, un produit injectable amélioré, est administré depuis 2001. Seule la vaccination contre la polio est obligatoire chez nous.

In 2002 heeft de WGO de Europese regio poliovrij verklaard. Uit de jongste epidemie die in 1992 in Nederland uitbrak, en de aanhoudende aanwezigheid van het virus in andere werelddelen blijkt dat we een hoge vaccinatiegraad moeten behouden.

De bevolking kijkt nu anders tegen de ernst van de aandoening aan dan in het verleden.

Om die reden wordt regelmatig een afweging gemaakt van de risico's en de voordelen.

Het orale vaccin tegen poliomyelitis wordt sinds 2001 niet meer gebruikt. De Hoge Gezondheidsraad (HGR) beveelt een inspuiting aan, die beperkte bijwerkingen heeft en met andere vaccins wordt gecombineerd.

Uit de studies blijkt dat in België heel weinig kinderen niet tegen polio worden ingeënt.

Depuis 2001, le vaccin polio oral n'est plus utilisé dans notre pays et seuls des vaccins combinés injectables contenant le vaccin polio sont administrés aux enfants.

Les enquêtes de couvertures vaccinales sont réalisées par les autorités de la Communauté française et de la Région flamande. Ces études permettent d'affirmer que très peu d'enfants ne sont pas vaccinés contre la poliomyélite.

En ce qui concerne le suivi, l'évaluation à la base de l'adaptation du calendrier de vaccinations dans un pays est un processus dynamique qui prend en compte les différents paramètres.

Les autorités communautaires sont responsables de la prévention et jouent un rôle essentiel dans l'organisation des programmes de vaccination, y compris dans l'information à la fois des professionnels de la santé et des parents via leurs organismes respectifs de prévention.

Les médecins sont régulièrement informés de l'évolution des recommandations vaccinales émises par le CSH ainsi que du calendrier vaccinal recommandé et approuvé par la conférence interministérielle de la Santé. Dans les programmes de vaccination, les parents sont régulièrement informés des calendriers de vaccinations recommandées.

Cette information passe par ceux qui procèdent à la vaccination, à travers des folders ou des brochures d'information qui sont distribuées par différents organismes chargés de la prévention dans les Communautés (tels que Kind en Gezin, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, les médecins, les autorités communales ou encore les établissements hospitaliers) et qui donnent des avis. Un certain nombre d'avis sont également communiqués par des spots radio, par la télévision ou via internet.

Les médecins sont tenus, en vertu de l'obligation vaccinale pour la poliomyélite, de réaliser cette vaccination auprès de leurs petits patients et de compléter le certificat de vaccination à remettre à l'administration communale. Au cas où une vaccination combinée est contre-indiquée, le vaccin polio injectable seul sera utilisé.

12.03 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

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

13 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la surexposition aux rayons X dans les hôpitaux" (n° 11156)

13 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overdreven blootstelling aan X-stralen in ziekenhuizen" (nr. 11156)

13.01 Colette Burgeon (PS): Monsieur le ministre, l'Agence fédérale de contrôle nucléaire (AFCN) incite le personnel hospitalier à la prudence. De plus en plus d'exams médicaux et d'interventions chirurgicales recourent à l'imagerie par rayons X. Cette technique aide le médecin à guider ses instruments à l'intérieur du corps du patient via une petite incision, mais avec un risque de surexposition

Wat de follow-up betreft, wordt het vaccinatieschema aangepast in het licht van de evolutie van verscheidene parameters. Preventie is een gemeenschapsbevoegdheid en de gemeenschappen hebben dan ook een sleutelrol in de organisatie van de vaccinatieprogramma's. De artsen worden regelmatig op de hoogte gebracht van de aanbevelingen van de HGR inzake vaccinatie, alsook van het door de interministeriële conferentie volksgezondheid goedgekeurde vaccinatieschema.

Op de artsen rust ten slotte de verplichting het poliovaccin toe te dienen en het vaccinatieattest aan het gemeentebestuur te bezorgen.

13.01 Colette Burgeon (PS): Het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC) maant het ziekenhuispersoneel tot voorzichtigheid aan, omdat voor medische onderzoeken en

aux rayonnements ionisants. Les brûlures sont à craindre à l'endroit où les rayons X pénètrent dans le corps, alors que l'équipe médicale est surexposée à un risque sérieux de développement prématuré de cataracte.

Pour la première fois en Belgique, l'AFCN a passé au crible la pratique de dix-sept services de radiologie interventionnelle et de huit centres de cardiologie. L'Agence constate de fortes disparités de doses. En d'autres termes, d'un hôpital à l'autre, pour un même type d'examen ou d'intervention, l'exposition aux rayons X est très variable. Des efforts s'imposent. L'étude relève un niveau moyen d'exposition aux rayons X plutôt élevé en Belgique.

Quelles conclusions pouvez-vous tirer de cette étude? Ne conviendrait-il pas de sensibiliser le personnel soignant à partir d'exemples concrets de bonne pratique en la matière?

operaties steeds vaker gebruik wordt gemaakt van röntgenfoto's. De X-stralen kunnen bij de patiënten brandwonden veroorzaken en het medisch personeel loopt een verhoogd risico op cataract. Het Agentschap bestudeerde de werkwijze in verscheidene diensten radiologie en stelde vast dat de mate waarin de betrokkenen aan X-stralen worden blootgesteld, voor een zelfde ingreep sterk kan verschillen. Uit die studie blijkt eveneens dat de gemiddelde blootstelling aan X-stralen in ons land hoog ligt.

Welke besluiten verbindt u aan die studie?

Moet het ziekenhuispersoneel niet worden gesensibiliseerd voor dit probleem en zou het niet goed zijn de aandacht te vestigen op concrete voorbeelden van good practices?

13.02 Rudy Demotte, ministre: Madame la députée, je voulais mettre en exergue que l'application médicale relative aux rayonnements ionisants contribue largement à la santé publique. L'imagerie médicale est la première cause d'exposition aux rayonnements ionisants, avant l'exposition aux rayons cosmiques, et loin devant l'exposition aux activités humaines telles que les centrales nucléaires. On peut se référer au rapport du Centre d'études de l'énergie nucléaire disponible à l'adresse www.sckcen.be. Chaque Belge subit en moyenne 1,2 examen par rayons X par an, dont 10% par tomographie sur ordinateur, examen qui irradie davantage.

La radiologie interventionnelle, ou l'utilisation d'appareils émetteurs de rayons X pour guider certaines interventions et procédures invasives, est une technique médicale de pointe en pleine expansion, notamment dans le domaine de la cardiologie. Pour le patient, cette technique présente un avantage important par rapport aux traditionnelles techniques invasives: elle permet d'éviter des interventions chirurgicales lourdes et des séjours hospitaliers prolongés. Il est cependant vrai que cette technique utilisant des rayonnements ionisants constitue un danger potentiel pour le patient. Ce risque est à mettre en balance avec les bénéfices que lui apportent les nouvelles techniques. Pour le personnel soignant qui participe à ces procédures de manière répétée, en particulier pour l'opérateur, le danger occasionné par les radiations est bien réel. Ceci est d'autant plus vrai que la législation impose des quotas d'activité, notamment en cardiologie interventionnelle, pour maintenir l'agrément.

Ces problèmes tant pour le patient que pour le personnel médical ne sont pas ignorés par les professionnels qui utilisent ces techniques,

13.02 Minister Rudy Demotte: De medische toepassingen van ioniserende stralingen dragen in belangrijke mate bij tot de volksgezondheid. Medische beeldvorming is de belangrijkste oorzaak van blootstelling aan ioniserende stralingen. Er wordt meer en meer gebruik gemaakt van interventieradiologie, omdat ze belangrijke voordelen biedt in vergelijking met de traditionele, invasieve technieken.

Het mogelijke gevaar voor de patiënt moet worden afgewogen tegen de voordelen van die nieuwe technieken.

De risico's die de patiënten en het medisch personeel lopen zijn bekend. De bescherming tegen het gevaar van ioniserende straling wordt geregeld door een koninklijk besluit van juli 2002. De aanbevelingen in verband met het gebruik van X-stralen voor medische doeleinden zijn beschikbaar op de site van het FANC.

pas plus que par l'autorité. L'étude financée par l'Agence fédérale pour le contrôle nucléaire n'est que l'un des reflets des préoccupations communes. La protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants, y compris l'application médicale des radiations ionisantes est réglementée par un arrêté royal datant de juillet 2002. Les recommandations d'utilisation des rayons X à des fins médicales sont donc disponibles depuis fin 2005 sur le site de l'Agence fédérale pour le contrôle nucléaire.

L'étude récente dont il est question nous permet de disposer de données objectives relatives aux doses de radiations ionisantes administrées dans le cadre des procédures radiologiques interventionnelles. Les résultats et leurs implications doivent être analysés en détail. Cette étude devra constituer la base de la réflexion devant conduire à des recommandations ainsi qu'à une adaptation de la réglementation en matière de protection contre le danger des rayonnements ionisants en concertation avec toutes les instances concernées par le problème: l'Agence fédérale pour le contrôle nucléaire, le Conseil supérieur d'Hygiène, le Conseil national des établissements hospitaliers, le Consilium Radiologicum et les représentants des collèges de médecins concernés.

Dans un domaine proche, on peut également mentionner l'action du Collège de radiothérapie qui a étudié les modalités d'administration des traitements radiothérapeutiques prescrits chez des patients atteints de lésions cancéreuses. Le Collège a émis des recommandations en la matière. Je limiterai là ma réponse à Mme Burgeon.

13.03 Colette Burgeon (PS): Je vous remercie pour vos réponses.

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

*La réunion publique de commission est levée à 18.39 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.39 uur.*

De door het FANC gefinancierde studie reikt gegevens aan met betrekking tot de stralingsdosissen in het kader van de radiologische procedures. De resultaten en implicaties ervan moeten in detail worden geanalyseerd teneinde te komen tot aanbevelingen en tot een aanpassing van de regelgeving, en zulks in overleg met alle betrokken instanties.

In een aanverwant domein vermeld ik tevens de aanbevelingen van het College voor radiotherapie met betrekking tot de modaliteiten inzake radiotherapie voor de behandeling van kankerletsels.