



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

lundi

maandag

17-11-2003

17-11-2003

Après-midi

Namiddag

<i>cdH</i>	<i>centre démocrate Humaniste</i>
<i>CD&V</i>	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
<i>ECOLO</i>	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
<i>FN</i>	<i>Front National</i>
<i>MR</i>	<i>Mouvement réformateur</i>
<i>N-VA</i>	<i>Nieuw - Vlaamse Alliantie</i>
<i>PS</i>	<i>Parti socialiste</i>
<i>sp.a-spirit</i>	<i>Socialistische Partij Anders en Spirit</i>
<i>VLAAMS BLOK</i>	<i>Vlaams Blok</i>
<i>VLD</i>	<i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>

<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>		<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>	
<i>DOC 51 0000/000</i>	<i>Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>	<i>DOC 51 0000/000</i>	<i>Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>	<i>QRVA</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV</i>	<i>Version Provisoire du Compte Rendu Intégral (sur papier vert)</i>	<i>CRIV</i>	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>
<i>CRIV</i>	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)</i>	<i>CRIV</i>	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)</i>
<i>CRABV</i>	<i>Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>	<i>CRABV</i>	<i>Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>
<i>PLEN</i>	<i>Séance plénière (couverture blanche)</i>	<i>PLEN</i>	<i>Plenum (witte kaft)</i>
<i>COM</i>	<i>Réunion de commission (couverture beige)</i>	<i>COM</i>	<i>Commissievergadering (beige kaft)</i>

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

SOMMAIRE

Question de Mme Magda De Meyer à la ministre de la Fonction publique, de l'Intégration sociale et de la Politique des grandes villes sur "les arrêtés d'exécution de la loi relative à l'argent de poche garanti pour les pensionnaires des maisons de repos" (n° 714)

Orateurs: **Magda De Meyer, Marie Arena**, ministre de la Fonction publique, de l'Intégration sociale, de la Politique des grandes villes et l'Egalité des chances

Question de Mme Sophie Pécriaux à la ministre de l'Environnement, de la Protection de la consommation et du Développement durable sur "l'initiative de différentes communes en ce qui concerne le protocole de Kyoto" (n° 713)

Orateurs: **Sophie Pécriaux, Freya Van den Bossche**, ministre de l'Environnement, de la Protection de la consommation et du Développement durable

Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infections nosocomiales" (n° 546)

Orateurs: **Koen Bultinck, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Thierry Giet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement de la division du bien-être animal" (n° 457)

Orateurs: **Thierry Giet, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de
- M. Bart Laeremans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation linguistique dans les hôpitaux bruxellois et l'absence d'avis de la Commission permanente de contrôle linguistique en matière de transport de patients" (n° 576)

- M. Eric Libert au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les projets ministériels comme suite aux premières conclusions du rapport de M. Boris Cilevics" (n° 634)

Orateurs: **Bart Laeremans, Eric Libert, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Olivier Chastel au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes financiers des établissements de transfusion" (n°52)

Orateurs: **Olivier Chastel, Rudy Demotte**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le protocole d'accord relatif aux soins de santé mentale" (n° 467)

INHOUD

Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Ambtenarenzaken, Maatschappelijke Integratie en Grootstedenbeleid over "de uitvoeringsbesluiten bij de wet inzake gegarandeerd zakgeld voor rusthuisbewoners" (nr. 714)

Sprekers: **Magda De Meyer, Marie Arena**, minister van Ambtenarenzaken, Maatschappelijke Integratie, Grootstedenbeleid en Gelijke Kansen

Vraag van mevrouw Sophie Pécriaux aan de minister van Leefmilieu, Consumentenzaken en Duurzame Ontwikkeling over "het initiatief van een aantal gemeenten in verband met het protocol van Kyoto" (nr. 713)

Sprekers: **Sophie Pécriaux, Freya Van den Bossche**, minister van Leefmilieu, Consumentenzaken en Duurzame Ontwikkeling

Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisinfecties" (nr. 546)

Sprekers: **Koen Bultinck, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer Thierry Giet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van de afdeling 'dierenwelzijn'" (nr. 457)

Sprekers: **Thierry Giet, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 8

- de heer Bart Laeremans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de taaloestanden in de Brusselse ziekenhuizen en het uitblijven van een advies van de Vaste Commissie voor taaltoezicht inzake het ziekenvervoer" (nr. 576)

- de heer Eric Libert aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorstellen van de minister na de eerste conclusies van het verslag van de heer Boris Cilevics" (nr. 634)

Sprekers: **Bart Laeremans, Eric Libert, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer Olivier Chastel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële problemen van de bloedtransfusiecentra" (nr. 52)

Sprekers: **Olivier Chastel, Rudy Demotte**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het protocolakkoord in verband met de geestelijke gezondheidszorg" (nr. 467)

<i>Orateurs:</i> Jo Vandeurzen, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Jo Vandeurzen, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêté royal fixant les activités infirmières pouvant être exercées par un aide-soignant" (n° 468)	18	Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het koninklijk besluit tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die een zorgkundige kan uitvoeren" (nr. 468)	18
<i>Orateurs:</i> Jo Vandeurzen, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Jo Vandeurzen, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement des zones de secours" (n° 515)	19	Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van de hulpverleningszones" (nr. 515)	19
<i>Orateurs:</i> Jo Vandeurzen, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Jo Vandeurzen, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge de patients étrangers" (n° 534)	21	Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van buitenlandse patiënten" (nr. 534)	21
<i>Orateurs:</i> Jo Vandeurzen, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Jo Vandeurzen, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Marie-Claire Lambert au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la couverture vaccinale contre la grippe en maisons de repos ou de soins" (n° 503)	24	Vraag van mevrouw Marie-Claire Lambert aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de griepvaccinatiegraad in de rust- en verzorgingstehuizen" (nr. 503)	24
<i>Orateurs:</i> Marie-Claire Lambert, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Marie-Claire Lambert, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Sophie Pécriaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le phénomène Fun Box" (n° 507)	26	Vraag van mevrouw Sophie Pécriaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Fun Box" (nr. 507)	26
<i>Orateurs:</i> Sophie Pécriaux, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Sophie Pécriaux, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	28	Samengevoegde vragen van	28
- Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le sous-financement des hôpitaux publics urbains" (n° 514)	28	- mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onderfinanciering van de stedelijke openbare ziekenhuizen" (nr. 514)	28
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assouplissement des normes en matière de personnel dans les hôpitaux afin de remédier au sous-financement structurel" (n° 527)	28	- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de versoepeling van de personeelsnormen in ziekenhuizen teneinde de structurele onderfinanciering aan te pakken" (nr. 527)	28
- Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation financière précaire des hôpitaux publics" (n° 699)	28	- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de precaire financiële situatie van de openbare ziekenhuizen" (nr. 699)	28
<i>Orateurs:</i> Magda De Meyer, Maya Detiège, Luc Goutry, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Magda De Meyer, Maya Detiège, Luc Goutry, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les contrefaçons de bonbons et de médicaments"	33	Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "nepsnoep en neomedicamenten op de	33

disponibles sur le marché belge" (n° 595) <i>Orateurs:</i> Hilde Dierickx, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		Belgische markt" (nr. 595) <i>Sprekers:</i> Hilde Dierickx, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Interpellation de M. Josy Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les besoins spécifiques des institutions hospitalières de la province du Luxembourg" (n° 85) <i>Orateurs:</i> Josy Arens, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	35	Interpellatie van de heer Josy Arens tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de specifieke behoeften van de ziekenhuizen in de provincie Luxemburg" (nr. 85) <i>Sprekers:</i> Josy Arens, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	35
<i>Motions</i>	38	<i>Moties</i>	38
Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la distribution d'aliments 'premier âge'" (n° 618) <i>Orateurs:</i> Maya Detiège, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	39	Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verdeling van 'startersvoeding'" (nr. 618) <i>Sprekers:</i> Maya Detiège, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	39
Questions jointes de	41	Samengevoegde vragen van	41
- M. Olivier Chastel au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'AFSCA (Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire) et le dépistage de l'ESB" (n° 630)	41	- de heer Olivier Chastel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het FAVV (Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen) en het opsporen van BSE" (nr. 630)	41
- M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tests ESB" (n° 697) <i>Orateurs:</i> Olivier Chastel, Koen Bultinck, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	41	- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de BSE-tests" (nr. 697) <i>Sprekers:</i> Olivier Chastel, Koen Bultinck, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	41
Question de M. Jan Mortelmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la disparition éventuelle des bières 'lambic' artisanales" (n° 686) <i>Orateurs:</i> Jan Mortelmans, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	46	Vraag van de heer Jan Mortelmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het mogelijk verdwijnen van de artisanale lambiekbieren" (nr. 686) <i>Sprekers:</i> Jan Mortelmans, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	46
Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le ticket modérateur pour les soins administrés par le service des urgences aux jeunes sportifs" (n° 668) <i>Orateurs:</i> Magda De Meyer, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	49	Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het remgeld op de spoedgevallendienst voor jonge sporters" (nr. 668) <i>Sprekers:</i> Magda De Meyer, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	49
Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'ostéoporose" (n° 698) <i>Orateurs:</i> Maya Detiège, Rudy Demotte , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	50	Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "osteoporose" (nr. 698) <i>Sprekers:</i> Maya Detiège, Rudy Demotte , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	50
Question de M. Staf Neel au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'examen des irrégularités qui auraient été constatées dans le cadre de la facturation et du règlement de soins administrés à des patients néerlandais à l'A.Z. Middelheim d'Anvers" (n° 703) <i>Orateurs:</i> Staf Neel, Rudy Demotte , ministre	52	Vraag van de heer Staf Neel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een onderzoek naar onregelmatigheden die zich zouden hebben voorgedaan tijdens de facturatie- en betalingscyclus bij Nederlandse patiënten in het A.Z. Middelheim te Antwerpen" (nr. 703) <i>Sprekers:</i> Staf Neel, Rudy Demotte , minister	52

des Affaires sociales et de la Santé publique

van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Agenda

53

Orateur: **Rudy Demotte**, ministre des Affaires
sociales et de la Santé publique

Agenda

53

Spreker: **Rudy Demotte**, minister van Sociale
Zaken en Volksgezondheid

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

LUNDI 17 NOVEMBRE 2003

MAANDAG 17 NOVEMBER 2003

Après-midi

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.20 uur door de heer Luc Goutry, voorzitter.
La séance est ouverte à 14.20 heures par M. Luc Goutry, président.

01 **Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Ambtenarenzaken, Maatschappelijke Integratie en Grootstedenbeleid over "de uitvoeringsbesluiten bij de wet inzake gegarandeerd zakgeld voor rusthuisbewoners" (nr. 714)**

01 **Question de Mme Magda De Meyer à la ministre de la Fonction publique, de l'Intégration sociale et de la Politique des grandes villes sur "les arrêtés d'exécution de la loi relative à l'argent de poche garanti pour les pensionnaires des maisons de repos" (n° 714)**

01.01 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, zoals u weet, hebben wij in de vorige legislatuur het wetsvoorstel met betrekking tot het gegarandeerde zakgeld voor rusthuisbewoners goedgekeurd. Het werd in mei 2003 gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. Het akkoord bestond eruit minstens 900 euro per jaar zakgeld vrij ter beschikking te stellen van de behoeftige rusthuisbewoner. Het was mijn wetsvoorstel dat op een heel brede consensus in de Kamer kon rekenen. Ik denk dat het in de Kamer unaniem werd goedgekeurd en daarna bevestigd in de Senaat. Er bestond daaromtrent echt wel een algemene consensus. Ik ben dan ook heel blij met de publicatie van de wet in het Belgisch Staatsblad. Die wet zorgde ervoor dat 75 euro per maand zakgeld nu wordt gegarandeerd voor de behoeftige rusthuisbewoners. Dit is dus een goede zaak.

Er werden echter nog geen uitvoeringsbesluiten genomen. De OCMW's zeggen nu dat de behoeftige rusthuisbewoner 75 euro zakgeld krijgt, maar de toepassing in de praktijk blijft heel diffuus. Er zijn nog steeds ziekenhuizen die in dat bedrag bijvoorbeeld medicatiekosten of waskosten blijven aanrekenen. Dat zijn zaken waarvan we ook tijdens de bespreking van het wetsvoorstel hebben gezegd dat ze niet correct zijn. Als we het hebben over zakgeld, dan moet dat echt zakgeld zijn in de meest letterlijke betekenis van het woord. Het is geld dat de bejaarde zelf kan spenderen, om een pintje te gaan drinken of om de kleinkinderen te trakteren, enzovoort. Daarover bestond een consensus. Dat moet nu nog in uitvoeringsbesluiten worden gegoten.

Ik wil bovendien signaleren dat heel veel OCMW's het zakgeld blijkbaar gewoon doorfactureren aan de kinderen. Op de factuur die de kinderen van het OCMW ontvangen voor het betalen van onderhoudskosten, staat het bedrag van de onderhoudskosten vermeld met daarbovenop 75 euro zakgeld. Ik kan u daarvan voorbeelden tonen. Dat is volgens mij nooit de bedoeling geweest. Als dat de bedoeling zou zijn geweest, dan hadden we een oproep moeten lanceren aan alle kinderen die ouders

01.01 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): En mai 2003, la loi relative à l'argent de poche garanti aux pensionnaires de maisons de repos a été publiée au *Moniteur belge*, mais les arrêtés d'exécution se font attendre. Les CPAS affirment que les pensionnaires de maisons de repos nécessaires reçoivent 75 euros d'argent de poche par mois, or l'application dans la pratique reste diffuse. Certains hôpitaux utilisent encore ce montant pour les médicaments ou le linge. De nombreux CPAS facturent cet argent de poche en plus des frais d'entretien payés par les enfants des pensionnaires de maisons de repos. Tout cela est contraire à la loi.

Quand les arrêtés d'exécution seront-ils pris?

hebben in een bejaardentehuis dat zij hun ouders vanaf nu 75 euro zakgeld moesten geven, dan hoefden wij die wet niet uit te vaardigen. Dit is volgens mij in strijd met de wet. Ik wil de minister dus vragen wanneer er uitvoeringsbesluiten in verband met het zakgeld kunnen worden genomen.

01.02 Minister **Marie Arena**: Mijnheer de voorzitter, het is waar dat de wet van 3 mei 2003 artikel 98 van de organieke wet van 8 juli 1976 over de OCMW's gewijzigd heeft. Dit had als bedoeling om de bejaarden van wie het OCMW de verblijfskosten ten laste neemt een bedrag van 900 euro per jaar als zakgeld te waarborgen.

De Koning moet bepalen welke kosten in geen geval mogen betaald worden met dit zakgeld. Hij moet ook het statuut van het zakgeld bepalen dat op het moment van overlijden niet besteed werd. Dit ontwerp van koninklijk besluit wordt momenteel voorbereid. Er wordt overleg over gepleegd met juristen en vertegenwoordigers van OCMW's.

Ik hoop het koninklijk besluit te kunnen afwerken tegen einde 2003. Het zou dan begin volgend jaar kunnen worden gepubliceerd. Het ontwerp van koninklijk besluit bevat in bijlage de lijst van kosten die niet met het zakgeld mogen worden betaald.

Des discussions sont en cours tant avec le ministre fédéral des Affaires sociales qu'avec les instances régionales, afin que soit exclu de l'argent de poche tout ce qui est pris en considération dans la liste de ce qui peut être payé dans les maisons de repos.

La liste dont je viens de parler prévoit que l'on ne peut pas payer avec l'argent de poche tout ce qui est prévu par des normes du département des Affaires sociales ou des Régions et des Communautés. C'est la ligne que nous nous sommes assignée et qui figurera dans l'annexe de l'arrêté royal qui paraîtra début de l'année prochaine. De cette manière, je pense répondre aux préoccupations que vous avez exprimées dans votre question.

01.03 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik ben blij dat er in elk geval begin volgend jaar duidelijkheid zal komen, ook voor de OCMW's, over wat mag en niet mag. Dat zal in elk geval ten goede komen aan de behoeftige bejaarden. Ik vraag echter nogmaals extra aandacht voor de vraag of dit al dan niet in het onderhoudsgeld van de kinderen moet zitten. Ik denk dat dit een belangrijk aandachtspunt is en ik zou graag hebben dat u daarmee rekening houdt.

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

02 **Question de Mme Sophie Pécriaux à la ministre de l'Environnement, de la Protection de la consommation et du Développement durable sur "l'initiative de différentes communes en ce qui concerne le protocole de Kyoto" (n° 713)**

02 **Vraag van mevrouw Sophie Pécriaux aan de minister van Leefmilieu, Consumentenzaken en Duurzame Ontwikkeling over "het initiatief van een aantal gemeenten in verband met het protocol van Kyoto" (nr. 713)**

02.01 **Sophie Pécriaux** (PS): Monsieur le président, madame la ministre, je souhaiterais connaître la position du gouvernement à propos d'une information relayée par la presse nationale.

En effet, quatre communes mobilisent des associations de quartier assistées par des conseillers bénévoles en énéraie. afin de participer

01.02 **Marie Arena**, ministre: La loi du 3 mai 2003 a en effet modifié l'article 98 de la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux CPAS. Les personnes âgées dont le CPAS prend en charge les frais de séjour se voient garantir un argent de poche de 900 euros par année. Les arrêtés d'exécution sont en préparation. J'espère pouvoir les faire publier début 2004. Le projet comprend, en annexe, la liste des coûts qui ne peuvent pas être payés avec l'argent de poche.

De bespreking is aan de gang opdat alles wat in de normen door de FOD Volksgezondheid en de Gewesten en Gemeenschappen is bepaald niet met het zakgeld zou kunnen worden betaald. De lijst zal worden gepubliceerd als bijlage bij het KB dat begin volgend jaar verschijnt.

01.03 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Au début de l'année prochaine, la situation se sera donc quelque peu clarifiée. Je réitère toutefois ma question: cet argent de poche peut-il être porté en compte aux enfants en sus des aliments?

02.01 **Sophie Pécriaux** (PS): Het engagement van vier gemeenten van de provincie Antwerpen om hun CO₂-uitstoot met 8 procent te verminderen laat ons toe om het debat over de voortaan van de

concrètement à la réduction des émissions de gaz à effet de serre.

Le pari de ces quatre communes de la province d'Anvers, déterminées à réduire de 8% leur production de CO₂ en six mois, peut sembler osé mais il permet de lancer le débat sur l'état d'avancement des travaux du gouvernement à propos du protocole de Kyoto. L'intérêt de l'initiative réside dans la prise de conscience au niveau local des risques encourus, si rien n'est réalisé pour atténuer les changements climatiques.

Le gouvernement pourrait donc encourager ce type de mesures et même coordonner les efforts des différentes communes prêtes à s'investir pour rencontrer les objectifs de Kyoto. Il s'agit de créer un cadre multiniveaux pour les politiques publiques, afin d'accroître la cohérence entre les différents niveaux de pouvoir.

Sans compter que l'étude coordonnée par l'Institut Fraunhofer, en partenariat avec six centres de recherche européens, a mis en évidence la négligence de la Belgique en termes d'amélioration de son efficacité énergétique. En effet, ces bâtiments résidentiels sont parmi les moins bien isolés d'Europe. D'où l'intérêt d'encourager les initiatives au niveau local, en vue de faire évoluer le comportement du citoyen dans le bon sens.

Ceci m'amène, madame la ministre, à vous poser les questions suivantes:

- 1) Que pensez-vous de cette initiative et dans quelle mesure comptez-vous l'encadrer?
- 2) L'Etat fédéral aidera-t-il les communes à contribuer au processus de Kyoto, car elles constituent des leviers importants en la matière? Si oui, dans quelle mesure?

02.02 Freya Van den Bossche, ministre: Monsieur le président, chère collègue, je suis en effet au courant du genre d'initiatives que vous venez de mentionner. Je les trouve évidemment très précieuses. Mon expérience en tant que ministre du Développement durable m'a amenée à constater que les gens ne savaient pas ce qu'était le développement durable. Des projets comme ceux que vous venez de mentionner ne sont pas souvent concrétisés.

C'est pourquoi mon but a été, dès mon arrivée au fédéral, de concrétiser des projets et de les soutenir dans les villes et les communes, afin que les gens sachent ce que cela signifie. Mais aussi pour qu'ils puissent comprendre qu'il y a trois piliers dans cette initiative: économique, environnemental et social. Donc, pour chaque projet en vue duquel nous allons trouver des subventions, nous voulons trouver ces trois piliers.

A présent, nous sommes en train de discuter pour savoir quels sont les projets qui peuvent recevoir ces subventions. Il y a en effet un projet de quartier climatique dont nous discutons cette semaine-ci pour voir si nous pouvons y contribuer. Il s'agit d'un projet que j'aime beaucoup, car il tient compte de ces trois piliers. Premièrement, il vise les habitants défavorisés, en les associant en groupes au projet. Il est essentiel pour eux de pouvoir économiser sur les dépenses d'énergie, de sorte que leur revenu net augmente. Le but est donc de lutter contre la pauvreté. Deuxièmement, associer les habitants immigrés et ainsi contribuer à l'élaboration d'une société multiculturelle. Il s'agit donc, là encore, de la mise en œuvre des éléments sociaux inclus dans le développement durable. Troisièmement, au moyen d'audits en énergie, on examinera

l'application du protocole de Kyoto. La régence pourrait encourager ce type de mesures et même coordonner les efforts des différentes communes prêtes à s'investir pour rencontrer les objectifs de Kyoto. Il s'agit de créer un cadre multiniveaux pour les politiques publiques, afin d'accroître la cohérence entre les différents niveaux de pouvoir.

Wat denkt de minister van dit initiatief? Zal ze de gemeenten helpen om tot het Kyoto-proces bij te dragen en in welke mate?

02.02 Minister Freya Van den Bossche: Ik ken dat soort initiatieven. Uit ervaring weet ik dat de mensen niet weten wat duurzame ontwikkeling eigenlijk is. Daarom wil ik projecten opstarten in de steden en gemeenten, opdat de mensen beter zouden begrijpen wat het begrip inhoudt.

De geselecteerde projecten zullen op drie pijlers moeten berusten: het economische aspect, het sociale aspect en het milieuaspect. Momenteel bespreken we de projecten die we wensen te financieren. De klimaatwijken zijn een goed voorbeeld van zo'n project, omdat de drie pijlers erin voorkomen. Ten eerste is het ook een project voor kansarme bewoners, die geld zullen kunnen besparen op hun energiefactuur en daardoor netto meer geld zullen overhouden. Ten tweede wordt participatie van bewoners in groepen aangemoedigd, wat multiculturele contacten in de hand

l'impact positif sur l'emploi des travaux d'amélioration éventuelle en matière d'énergie. Comme vous le savez, un usage différent de l'énergie peut générer de l'emploi.

Voilà déjà trois avantages en plus de celui afférent au climat pour rencontrer les objectifs de Kyoto. De toute évidence, les bénéfiques sont tant d'ordre écologique que social et économique. Selon moi, c'est un des projets idéaux et, à ce titre, il mérite une subvention.

Dans le cadre du développement durable et selon les moyens budgétaires disponibles, j'ai l'intention de réserver un budget pour l'année prochaine afin de soutenir ces projets spécifiques en matière d'énergie verte. Donc, les projets et mesures visant à économiser l'énergie sont nombreux. Les travaux se poursuivront sur cette lancée et nous continuons à chercher pas mal de projets s'inscrivant dans cette voie. J'espère que cette réponse contient suffisamment de connotations positives à vos yeux.

02.03 Sophie Pécriaux (PS): Monsieur le président, je remercie Mme la ministre pour sa réponse et me réjouis de l'intérêt qu'elle porte à ce domaine, d'autant plus que la répercussion pourra être palpable au niveau de la vie quotidienne du citoyen. Il nous intéresserait de connaître le budget qui sera alloué pour permettre cette politique et ces différentes initiatives en la matière.

02.04 Freya Van den Bossche, ministre: Dans quelques semaines, au début 2004, je serai en possession des chiffres exacts. Pour l'instant, nous examinons les projets et les moyens à dégager pour les concrétiser. Certes, nous disposons d'un budget, mais ce dernier nécessite des ajustements. Je serai donc en mesure de vous répondre d'ici quelques semaines.

02.05 Sophie Pécriaux (PS): Dans ce cas, nous resterons attentifs à la situation, madame la ministre.

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

De **voorzitter:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw komst naar de commissie voor de Volksgezondheid.

Collega's, de heer Demotte, de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken is de derde minister die deze namiddag zijn intrede zal doen. Collega's die er niet zijn en die niet hebben verwittigd, moeten we overslaan. Hun vragen beschouwen we als niet meer van tel. Derhalve zullen wij nu met reuzensprongen kunnen vooruitgaan want de heer Chastel, mevrouw Colen, de heer Giet en de heer Vandeurzen zijn niet aanwezig.

Collega Nahima Lanjri, heeft zich ziek gemeld. Haar vragen zullen worden uitgesteld.

03 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisinfecties" (nr. 546)

03 Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les infections nosocomiales" (n° 546)

03.01 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in de vorige legislatuur heb ik een van uw voorgangsters, mevrouw Aelvoet, in 2000 een tweetal keren ondervraagd over de problematiek van de ziekenhuisinfecties. Ik zal dan ook niet zeer uitgebreid technisch op de problematiek terugkomen.

Het blijkt dat bij heel wat ziekenhuisopnames zich een bijkomende infectie voordoet. Op jaarbasis worden numeriek heel wat patiënten daarmee aconfronteerd. U hoort ons vanuit onze hoek ook zeker niet

werkt. En ten slotte zou het project ook de werkgelegenheid ten goede kunnen komen, om nog te zwijgen van de gunstige gevolgen voor het milieu. Dat is dus een ideaal project, dat bij uitstek in aanmerking komt voor subsidie.

Ik wil een deel van de begroting 2004 vrijmaken ter ondersteuning van de productie van groene energie. Wij zoeken projecten die hiervoor in aanmerking komen.

02.03 Sophie Pécriaux (PS): Ik ben blij met uw aandacht voor deze problematiek. Kan u al een idee geven van het bedrag dat voor deze initiatieven zal worden vrijgemaakt?

02.04 Minister Freya Van den Bossche: Ik zal begin 2004 over alle cijfers beschikken. Ik zal u bijgevolg over enkele weken van antwoord kunnen dienen.

03.01 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): En 2000, j'avais interrogé à deux reprises la ministre de la Santé publique de l'époque, Mme Aelvoet, sur les infections nosocomiales. Trois ans plus tard, je souhaiterais obtenir des informations quant à l'évolution de la situation.

zeggen dat de federale overheid dienaangaande nog niets heeft gedaan. Er bestaat een wettelijk kader dat voor enkele verplichtingen zorgt met de aanduiding van een aantal ziekenhuishygiënisten. Ik wou deze vraag te baat nemen om ruim drie jaar later even te informeren naar een stand van zaken in deze problematiek.

Mijnheer de minister, ik ga terug naar een aantal maatregelen die toen door uw voorgangster werden voorgesteld. Ik zal daar telkens een specifieke vraag aan koppelen om te zien hoever wij nu gevorderd zijn. Een van de maatregelen die mevrouw Aelvoet toen voorstelde, was het optrekken van het aantal ziekenhuishygiënisten tot de internationale norm. In de praktijk blijkt dat wij nog steeds achterop hinken. Mijnheer de minister, hoe ver staan wij nu? Wat is de concrete uitvoering van de beleidsintentie drie jaar later?

Een tweede maatregel die toen voorgesteld werd, was een betere controle op het aantal werkuren dat specifiek met betrekking tot ziekenhuishygiëne wordt uitgevoerd. Wij kennen de werkdruk van mensen die in ziekenhuizen actief zijn. De verleiding is vaak zeer groot om iets minder aandacht te gaan besteden aan het element hygiëne als de werkdruk zeer hoog is. Welke vordering is op dit concrete punt al gemaakt in vergelijking met drie jaar geleden?

Ik kom dan bij een derde element. In haar antwoord van 29 november 2000 verwees uw voorgangster naar het feit dat het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid een inventaris zou opmaken inzake het toezicht op de verschillende infecties op het terrein. Wat zijn de bevindingen die uit die inventaris al dan niet blijken?

Welke bijkomende maatregelen hebt u als bevoegde minister reeds genomen om iets positiefs te doen aan de problematiek van de ziekenhuisinfecties, die toch dikwijls vrij zware gevolgen heeft voor de betrokkenen?

03.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, het optrekken van het aantal ziekenhuishygiënisten tot de internationale norm is voorlopig nog niet gerealiseerd. Wel wordt vanuit de overheid in tussentijd gestreefd naar een optimalisatie van de reeds beschikbare middelen en personen. De ziekenhuizen zullen daarbij onder meer worden geholpen door de recent opgerichte regionale platforms voor ziekenhuishygiëne en het federaal platform voor ziekenhuishygiëne. De controle op het aantal werkuren dat wordt besteed aan ziekenhuishygiëne behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. De oprichting van de bovenvermelde platforms is echter een duidelijke stimulans voor de algemene opwaardering van het domein van de ziekenhuishygiëne. Daarbij wordt onder meer nogmaals gedrukt op het belang van de daadwerkelijke invulling op het terrein van de minimale bezetting. Het WIV coördineert de nationale surveillance van ziekenhuisinfecties via vijf verschillende protocols. Dat zijn, ten eerste, de septisemieën in heel het ziekenhuis; ten tweede, nosocomiale pneumonieën en septisemieën op intensieve zorg; ten derde, postoperatieve wondinfecties; ten vierde, MRSA of methicilline-resistente stafylococcus aureus; ten vijfde, multiresistente enterobacter aerogenes.

Het zou ons hier te ver leiden om al de resultaten in detail uiteen te zetten. Uit deze resultaten blijkt dat ernstige inspanningen worden geleverd. Zo blijkt bijvoorbeeld dat het aantal katheterseptisemieën tussen 1997 en nu is teruggelopen van 3,9 tot 2,7 per duizend katheterdagen. Het budget dat uitgetrokken wordt voor het domein van de ziekenhuishygiëne werd in de vorige legislatuur nog opgetrokken.

Mme Aelvoet avait proposé d'augmenter le nombre d'hygiénistes hospitaliers en vue de l'harmoniser avec la norme internationale et d'augmenter le nombre d'heures de travail spécifiques consacrées à l'hygiène hospitalière. Quel progrès ont-ils été enregistrés en la matière?

Le 29 novembre 2000, Mme Aelvoet avait indiqué que l'Institut scientifique de la Santé publique effectuerait un inventaire de la surveillance des différentes infections. Quels en sont les résultats? Quelles mesures supplémentaires le ministre envisage-t-il de prendre?

03.02 **Rudy Demotte**, ministre: A l'heure qu'il est, le nombre d'hygiénistes hospitaliers n'a pas encore été porté au niveau conforme à la norme internationale. Pour aider les hôpitaux à exploiter au maximum leurs moyens en matériel et en personnel, neuf plate-formes régionales et une plate-forme fédérale en matière d'hygiène hospitalière ont déjà été mises en place.

Le contrôle du nombre d'heures de travail consacrées à l'hygiène hospitalière relève de la compétence des Communautés.

L'ISSP contrôle le monitoring national des infections nosocomiales en vertu de cinq protocoles différents.

Le budget de l'hygiène hospitalière a été relevé sous la législature précédente.

Zoals vermeld werden recent negen regionale platforms voor ziekenhuishygiëne opgericht, net als een federaal platform voor ziekenhuishygiëne.

Deze vervullen meerdere taken: zo wordt er momenteel gestart met het op poten zetten van een grootschalige sensibiliseringscampagne ter promotie van handhygiëne. Correcte handhygiëne is immers een goedkoop, maar zeer efficiënt wapen in de strijd tegen de verspreiding van ziekenhuisinfecties. Daarnaast houden verschillende wetenschappelijke verenigingen zich bezig met het domein van de ziekenhuishygiëne en recent heeft de Groep ter Opsporing, Studie en Preventie van Infecties in Ziekenhuizen nog richtlijnen opgesteld ter preventie van de transmissie van MRSA, de ziekenhuisbacterie, in de Belgische ziekenhuizen.

03.03 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Heel kort, mijnheer de voorzitter, als u het mij toestaat.

Ik dank u uiteraard voor uw antwoord, mijnheer de minister. Eerlijkheidshalve moet ik ook toegeven dat er toch wel wat vorderingen gemaakt worden en ik denk dat we op die weg moeten doorgaan. Ik kan u ook meedelen dat ik vrij recent een voorstel van resolutie heb ingediend waarin wij de regering steunen om toch nog een stapje verder te gaan. Ik hoop dat deze resolutie vrij snel en in een positieve sfeer in de commissie voor de Volksgezondheid kan behandeld worden, zodat er ook vanuit het Parlement een positieve stimulans aan de regering wordt gegeven om op deze manier voort te werken aan deze problematiek die toch wel heel belangrijk is.

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

04 Question de M. Thierry Giet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement de la division du bien-être animal" (n° 457)

04 Vraag van de heer Thierry Giet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van de afdeling 'dierenwelzijn'" (nr. 457)

04.01 Thierry Giet (PS): Monsieur le ministre, il m'arrive de surfer sur le site du ministère de la Santé publique et, sauf erreur de ma part, je n'ai pu y trouver de renseignements sur la division du bien-être animal.

Il me semblait que cette division du bien-être animal dépendait de la direction générale des animaux, végétaux et alimentation laquelle ferait donc partie du service public fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'Environnement. J'essayais de trouver, sur le site, à propos de cette division, une idée de son fonctionnement, du nombre de son personnel affecté et, peut-être, un rapport de fonctionnement.

Renseignements pris, certains me disaient que le problème est que la réforme Copernic a, sans doute, quelque peu désorganisé cette division du bien-être animal. Pouvez-vous me donner des renseignements, en général, sur cette division, sur son fonctionnement, et sur la façon dont on pourra, à l'avenir, obtenir des renseignements sur son fonctionnement et l'ensemble des moyens de son action? Je vous remercie.

04.02 Rudy Demotte, ministre: La division du bien-être animal fait partie du SPF Santé publique. Sécurité de la chaîne alimentaire et

Les résultats montrent que des efforts sérieux sont fournis pour améliorer l'hygiène; ces résultats sont perceptibles. Les plate-formes créées envisagent actuellement une action de grande envergure en matière d'hygiène des mains. Le groupe de dépistage, d'étude et de prévention des infections nosocomiales a élaboré récemment des directives visant à prévenir la transmission du MRSA, bactérie présente en milieu hospitalier.

03.03 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): De fait, des améliorations se font jour. J'ai récemment déposé une proposition de résolution pour permettre au gouvernement de franchir une étape supplémentaire. J'espère que les membres de la commission de la Santé publique lui réserveront un accueil positif.

04.01 Thierry Giet (PS): De website van de FOD Volksgezondheid maakt geen melding van de afdeling dierenwelzijn, die nochtans afhangt van het directoraat-generaal Dier, Plant en Voeding. Dit laatste hangt op zijn beurt af van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De afdeling dierenwelzijn is blijkbaar gedesorganiseerd uit de Copernicshervorming gekomen.

Hebt u hierover contacten met de minister van Ambtenarenzaken?

Wanneer zullen wij over duidelijke informatie met betrekking tot de afdeling dierenwelzijn kunnen beschikken?

04.02 Minister Rudy Demotte: De afdeling dierenwelzijn maakt deel

Environnement. Cette division est intégrée à la direction générale des animaux, végétaux et alimentation, la direction générale IV. Suite à la restructuration du SPF que je viens de citer, l'organigramme complet de la direction générale IV est en cours de finalisation et la mise à jour du site internet du département doit tenir compte des conclusions de cette restructuration avant toute modification du site.

La division du bien-être animal est composée d'une administration centrale qui regroupe dix personnes et qui est chargée de l'élaboration et du suivi d'application de la loi du 14 août 1986 relative au bien-être et à la protection des animaux mais aussi de ses différents arrêtés d'application. Le domaine couvert par cette division est relatif au bien-être des animaux de compagnie et exotiques, des animaux de laboratoire et des animaux de rente.

En ce qui concerne le contrôle sur le terrain, cette division a entrepris l'organisation d'un service extérieur du contrôle du bien-être des animaux qui regroupe pour l'instant six vétérinaires. Il est chargé du contrôle de l'application de la loi précitée et des arrêtés d'application que je viens de citer pour les animaux de compagnie. Le contrôle du bien-être d'animaux de rente est, quant à lui, de la compétence de l'agence fédérale pour la sécurité et le contrôle alimentaires, l'AFSCA. Je suis conscient que ce service extérieur de la division du bien-être animal mérite une attention particulière. Je compte prendre les mesures nécessaires pour engager le nombre de personnes indispensables à son bon fonctionnement.

uit van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Deze FOD werd geherstructureerd en de bijwerking van de website dient rekening te houden met de conclusies van deze herstructurering.

De afdeling dierenwelzijn is belast met de toepassing van de wet van 14 augustus 1986 betreffende de bescherming en het welzijn der dieren. De wet behelst het welzijn van gezelschapsdieren en exotische dieren, proefdieren en nutsdieren.

De afdeling omvat overigens een buitendienst die erop toeziet of de voornoemde wet correct wordt toegepast op de huisdieren. Op dit ogenblik wordt deze dienst bemand door zes dierenartsen.

Het toezicht op het welzijn van de nutsdieren valt onder de bevoegdheid van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen. Ik ben mij bewust van het belang van deze dienst en zal dan ook de nodige maatregelen treffen om de goede werking ervan te verzekeren.

04.03 Thierry Giet (PS): Je remercie le ministre pour sa réponse. J'apprends les raisons pour lesquelles le site n'est pas encore complet et je prends bonne note de l'intention du ministre d'y remédier dès que les dernières décisions auront été prises.

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

05 Samengevoegde vragen van

- de heer **Bart Laeremans** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de taaltoestanden in de Brusselse ziekenhuizen en het uitblijven van een advies van de Vaste Commissie voor taaltoezicht inzake het ziekenvervoer" (nr. 576)
- de heer **Eric Libert** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorstellen van de minister na de eerste conclusies van het verslag van de heer **Boris Cilevics**" (nr. 634)

05 Questions jointes de

- **M. Bart Laeremans** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation linguistique dans les hôpitaux bruxellois et l'absence d'avis de la Commission permanente de contrôle linguistique en matière de transport de patients" (n° 576)
- **M. Eric Libert** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les projets ministériels comme suite aux premières conclusions du rapport de **M. Boris Cilevics**" (n° 634)

05.01 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, toen ik mijn vraag opstelde was er nog geen rapport van de Russische Let over de behandeling van de Nederlandstaligen in de Brusselse ziekenhuizen. Ik stel vast dat er een mondelinge vraag van de heer **Libert** is gekoppeld aan de mijne, die daar specifiek over gaat. Nu, ik ga aan dat rapport niet veel aandacht besteden omdat uitaekomen is wat

05.01 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Je n'attacherai pas trop d'importance au rapport de **M. Cilevics** car il se rallie aux thèses avancées par les francophones. Les résultats dudit rapport ne me

wij hadden verwacht: dat rapport volgt de lijn van de Franstaligen. Dat baart niet zoveel verwondering omdat de auteur ervan een beetje in een gelijkaardige situatie zit, als Russische Let in Letland. In elk geval is aangetoond waarvoor wij hadden gewaarschuwd: in plaats van bondgenoten te vinden bij de Raad van Europa hebben wij er eigenlijk tegenstanders gevonden.

Toen wij dus de afgelopen week in *Le Soir* het artikel lazen over Olivier Maingain bleek dat zelfs hij het een zeer goed rapport vindt en dat hij het bovendien koppelt aan het rapport van mevrouw Nabholz-Heidegger. Hij zegt dat de situatie van de Franstaligen in de Rand daaraan moet gekoppeld worden en dergelijke meer. Wij hadden daarvoor gewaarschuwd. Wij vinden het een pijnlijke vergissing dat men bij de Raad van Europa steun is gaan vragen voor een zaak waarvoor men hier ten volle bevoegd is en waarvoor de ministers hier, zowel in de Brusselse als de federale regering, hun best hadden moeten doen. Het is uiteindelijk een algemene afgang geworden.

Concreet, mijnheer de minister, hebt u gezegd op 21 oktober dat er in de interministeriële conferentie geen consensus kon worden bereikt over het oprichten van een federaal meldpunt voor klachten inzake de taaltoestanden in de Brusselse ziekenhuizen. U hebt er meteen de conclusie uit getrokken – de volkomen verkeerde conclusie – dat het geen zin had die besprekingen voort te zetten. Dat stond in elk geval in zeer schril contrast met het antwoord van uw voorganger, minister Tavernier – ik ben het er nog even op gaan nalezen – die op 15 oktober 2002 al te kennen gegeven had dat het meldpunt al heel ver stond, dat het protocol bekrachtigd was – weliswaar nog niet ondertekend maar wel bekrachtigd – in juni 2002, en dat alleen nog de ondertekening moest volgen. Er was zelfs een 0800 nummer aangevraagd en er was al een persmededeling klaar. In die fase was men gekomen.

Vorige keer hebt u in feite gemeld dat de hele zaak wordt opgeblazen, dat het hele verhaal van het meldpunt in de diepvries, of zelfs in de prullenmand, verdwijnt en dat er niets van in huis komt. Dat, mijnheer de minister, was nu juist het enige concrete dat in het beleid van uw voorgangers – zowel mevrouw Aelvoet als de heer Tavernier – tot stand was gekomen. Dat was het enige wat gerealiseerd werd, het enige wat op de sporen stond, en dat blaast u op. Nu moet u ons tevreden stellen met nauwelijks meer dan een dode mus: een aantal maatregelen die gebaseerd zijn op een soort goodwilloperatie ten aanzien van de Vlamingen in verband met de talenkennis. Dat is in elk geval voor ons absoluut onaanvaardbaar.

Ik heb daarover een aantal concrete vragen, mijnheer de minister.

Ten eerste, kunnen de parlementsleden een kopie krijgen van het protocol dat op 24 juni bekrachtigd werd? Welke ministers hebben het overleg bijgewoond en wie heeft namens het Brusselse Gewest aan de vergaderingen deelgenomen? Welke elementen van het protocol stuitten op bezwaar? Door welke minister werden die bezwaren geformuleerd? Wanneer zijn de besprekingen uiteindelijk afgesprongen? Zijn er sindsdien nog initiatieven genomen?

Ten tweede, had u gezegd dat er nog geen antwoord was gekomen van de VCT over uw ontwerp koninklijk besluit over de ambulancediensten. Ik had graag vernomen wanneer dat advies gevraagd werd en waarom er nog geen gebruikgemaakt is van de mogelijkheid van artikel 61, paragraaf 2, van de wet op het gebruik van talen in bestuurszaken? Daarin wordt bepaald dat bij het uitblijven van een advies van de VCT na 45 dagen aan de minister van Binnenlandse Zaken zelf een advies kan worden gevraagd.

surprennent guère étant donné qu'il émane d'un Letton russe. Par ailleurs, selon un article paru dans le quotidien *Le Soir* de la semaine dernière, M. Maingain s'est dit satisfait de ce rapport qu'il souhaite intégrer au débat relatif à la situation des francophones de la périphérie. Notre pays a commis une erreur en demandant l'aide du Conseil de l'Europe pour des matières qui relèvent de la compétence des ministres bruxellois et fédéraux.

Le 21 octobre, le ministre a déclaré qu'au sein de la conférence interministérielle, aucun consensus n'avait pu être dégagé au sujet de la création d'un point de contact fédéral chargé d'examiner les plaintes relatives à la situation linguistique dans les hôpitaux bruxellois. En refusant de poursuivre le débat, le ministre a tiré une mauvaise conclusion. Le précédent ministre de tutelle, M. Tavernier, avait pourtant communiqué le 15 octobre 2002 que la mise en place du point de contact était en bonne voie. Le protocole était entré en vigueur, une demande d'obtention d'un numéro 0800 avait été formulée et un communiqué était prêt. Des initiatives que nous pouvons désormais jeter aux oubliettes.

Pouvons-nous obtenir une copie du protocole entré en vigueur le 24 juin? Quels ministres ont-ils assisté à la concertation? Qui y représentait le gouvernement bruxellois? Quelles objections ont-elles été émises et par qui? Quand les discussions ont-elles échoué? De nouvelles initiatives ont-elles vu le jour dans l'intervalle?

Quand at-on demandé l'avis de la CPCL à propos de l'arrêté royal relatif aux services d'ambulance? Pourquoi n'a-t-on pas encore fait usage de la possibilité visée à l'article 61, paragraphe 2, de la loi sur l'emploi des langues en matière administrative?

Le ministre peut-il communiquer une copie de sa lettre adressée au ministre de l'Enseignement concernant la formation linguistique

Ten derde, mijnheer de minister, hebt u naar aanleiding van de gesprekken met Brussels minister Guy Vanhengel over die problematiek verklaard dat u een brief zou hebben geschreven aan de minister van Onderwijs in verband met de taalopleiding van de artsen en het verplegend personeel. Kunt u een kopie van die brief ter beschikking stellen? Welke concrete vragen werden door minister Vanhengel gesteld? Hebt u gevraagd dat in de erkenningscriteria van de spoed- en MUG-diensten zou worden opgenomen dat er altijd een arts en een verpleger beschikbaar moeten zijn die de tweede landstaal machtig is? En wat is uw reactie daarop? Welke andere resultaten zijn er uit de besprekingen met minister Vanhengel voortgekomen?

05.02 Eric Libert (MR): Monsieur le ministre, la presse s'est fait écho récemment comme vous le savez, des conclusions préliminaires de M. Cilevics, chargé de la mission d'information pour le compte de l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, dans le cadre de la pétition flamande relative à l'accueil de la patientèle francophone dans les hôpitaux bruxellois. Celui-ci préconise des initiatives pratiques plutôt qu'une solution juridique pour répondre de manière concrète aux problèmes posés dans la pétition.

Suite à cela, vous avez déclaré que ces conclusions se situaient dans la droite ligne de la politique que vous entendez mener en la matière, et dès lors vous avez énoncé une série de propositions qui vont de la modification de dispositions législatives en matière de formation des ambulanciers relativement à des exigences linguistiques élémentaires, à l'adoption d'une circulaire destinée aux hôpitaux publics bruxellois, en vue qu'ils fassent appel en priorité à leurs ressources internes en cas de méconnaissance de la langue par le personnel. Ceci pour les rétroactes. Ces mesures, monsieur le ministre, paraissent aller dans le sens des propos de M. Cilevics.

Mais néanmoins, je m'interroge toujours quant à l'absence de parallélisme que vous semblez vouloir entretenir par rapport à la problématique des services d'urgence dans la périphérie bruxelloise.

En réponse, je vous le rappelle, à ma question d'actualité du 23 octobre dernier concernant le bilinguisme des services d'urgence dans la périphérie bruxelloise précisément, vous évoquez la portée différente des lois, disiez-vous, sur l'emploi des langues en matière administrative pour le traitement des néerlandophones à Bruxelles, par rapport au traitement des francophones, notamment dans les communes à facilités.

Dès lors, monsieur le ministre, pourrais-je vous demander: premièrement de bien vouloir me préciser vos propositions concernant les hôpitaux publics bruxellois et pour les services d'urgence. Deuxièmement, me faire savoir ce que vous entendez par "portée différente de la législation" dans le sens indiqué plus haut. Troisièmement, me confirmer - c'est probablement la question essentielle - si vous estimez que la Convention- cadre sur la protection des minorités nationales constitue un instrument de droit international adéquat pour trouver une solution pragmatique au problème tel que je viens de l'exposer.

05.03 **Minister Rudy Demotte:** Mijnheer de voorzitter, het bewijst ook de moeilijkheden om de wet van de tao te vinden, tussen yin en yang. Het is een Chinees concept dat we in ons Parlement kunnen gebruiken.

organisée à l'intention des médecins et du personnel soignant? Quelles questions concrètes le ministre Vanhengel a-t-il posées? A-t-il été demandé que la présence d'un médecin et d'un infirmier qui connaisse la deuxième langue nationale figure au nombre des critères d'agrément des services d'urgence?

05.02 Eric Libert (MR): In de eerste conclusies van zijn verslag beveelt de heer Cilevics praktische maatregelen aan om het in het verzoekschrift gelaakte probleem in verband met de opvang van patiënten in de Brusselse ziekenhuizen op te lossen. U verklaarde dat die conclusies geheel in de lijn liggen van het beleid dat u wil voeren. U heeft trouwens een reeks voorstellen gedaan die in het verlengde liggen van de verklaringen van de heer Cilevics.

Ik vraag mij echter af in welke mate u het verband ziet tussen de problematiek van de spoedgevallendiensten en het principe van de gelijke toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen. In uw antwoord op mijn vraag van 23 oktober jongstleden had u het over de ongelijke draagwijdte van de wetten op het gebruik der talen in bestuurszaken voor de bejegening van Nederlandstaligen in Brussel enerzijds en van Franstaligen in de faciliteitengemeenten anderzijds.

Kan u de voorstellen voor de Brusselse ziekenhuizen en de spoedgevallendiensten nader toelichten? Wat verstaat u onder "de ongelijke draagwijdte van de wetgeving"? Is u, tot slot, van oordeel dat het Kaderbesluit inzake de bescherming van nationale minderheden een adequaat internationaalrechtelijk instrument is om een pragmatische oplossing voor dit vraagstuk te vinden?

05.03 Rudy Demotte, ministre: Les membres du Parlement peuvent naturellement obtenir une copie du protocole ratifié le 24 juin

Eerst zal ik op de vragen van de heer Laeremans antwoorden. Ten eerste, de parlementsleden kunnen uiteraard een kopie bekomen van het protocol dat op 24 juni 2002 werd bekrachtigd. De ministers die het overleg bijwoonden waren de federale ministers Aelvoet en Vandenbroucke en de ministers Detienne, Marechal, Nissen en Gosuin. Mevrouw Vogels en de heer Chabert waren beiden verontschuldigd maar wel vertegenwoordigd door hun medewerkers. Namens het Brussels Hoofdstedelijk Gewest waren dus de ministers Chabert en Gosuin aanwezig.

De discussie spitste zich voornamelijk toe op het toepassingsgebied van het federaal meldpunt en op de wijze van de behandeling van anonieme klachten. Na de interministeriële conferentie van 24 juni 2002 werden de gesprekken voortgezet. Het onderwerp werd opnieuw geagendeerd op de interministeriële conferentie van 11 december 2002. Uit het proces-verbaal blijkt duidelijk dat de Franstalige Brusselse minister het ontwerp weigerde te ondertekenen omdat hij het niet eens was met het feit dat het toepassingsgebied van het meldpunt beperkt werd tot het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Daarop stelde de Vlaamse minister dat zij de discussie niet opnieuw wenste te voeren waarna de interministeriële conferentie akte nam van de situatie.

Door de houding van de Franstalige Brusselse minister werd het dossier de facto geblokkeerd. Sindsdien werden in dit dossier dan ook geen nieuwe initiatieven genomen.

Ten tweede, wat de adviesaanvraag betreft van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht inzake het ontwerp van koninklijk besluit over de medische urgentiediensten en de ambulancediensten, kan ik het volgende zeggen. De voorzitter van de commissie, mevrouw Van Cauwelaert-De Wyels, ontving de adviesaanvraag op 6 november 2002 en meldde dat zij de zaak op de agenda van de Commissie zou plaatsen. Tot nu toe is dat advies nog niet afgewerkt. De Commissie stelde recentelijk enkele vragen aan mijn administratie met betrekking tot het ontwerp van koninklijk besluit, waaruit kan worden afgeleid dat ze met de zaak bezig is.

Om die redenen heb ik nog geen gebruik willen maken van de mogelijkheid van artikel 61, §2 van de wetten van 18 juli 1966 op het gebruik van talen in bestuurszaken. Mijn diensten zullen die zaak ook verder volgen.

Ten derde, ik heb inderdaad een brief geschreven naar de minister van Onderwijs waarin ik tot onderling overleg uitnodig in verband met het taalonderricht aan verpleegkundigen. Ook voor de opleiding van ambulanciers wil ik in een verhoogde aandacht voor het onderricht in beide landstalen voorzien. Zoals reeds gesteld in mijn reactie op het rapport van de heer Cilevics en op mijn gesprek met de heer Vanhengel, waarvan ik de privacy graag behoud, wens ik terzake een pragmatische oplossing te vinden die werkt, veeleer dan een puur juridisch steekspel te voeren.

Pour répondre à monsieur Libert, je tiens à préciser que j'adresserai très prochainement une circulaire à tous les hôpitaux situés dans la Région de Bruxelles-Capitale. J'inviterai ces hôpitaux à attirer l'attention de leurs différents services sur l'opportunité, dans toute la mesure du possible, lorsqu'un agent s'adresse à l'un des prestataires dans l'une des deux langues qu'il ne maîtriserait pas, de faire appel à l'un de ses collègues qui aurait cette connaissance.

J'inviterai ces hôpitaux à être tout particulièrement attentifs à cette

2002. Les ministres qui ont assisté à la concertation étaient les ministres fédéraux Aelvoet et Vandenbroucke et les ministres Detienne, Marechal, Nissen et Gosuin. Mme Vogels et M. Chabert étaient représentés par des collaborateurs. La discussion concernait surtout le champ d'application et le traitement des plaintes anonymes.

Les contacts se sont poursuivis après la conférence interministérielle du 24 juin 2002. Il ressort du procès-verbal de la conférence interministérielle du 11 décembre 2002 que le ministre francophone bruxellois a refusé de signer le protocole parce que le champ d'application de celui-ci se limitait à la Région de Bruxelles-Capitale. C'est ce refus qui a bloqué le dossier.

Le président de la Commission permanente de contrôle linguistique a reçu la demande d'avis concernant l'arrêté royal sur les services d'urgence médicaux et les services d'ambulance le 6 novembre 2002. L'avis n'est pas terminé mais la commission y travaille. C'est pourquoi je n'ai pas voulu utiliser la possibilité prévue par l'article 61, paragraphe 2, de la loi sur l'emploi des langues en matière administrative.

J'ai invité le ministre de l'Enseignement à une concertation à propos de l'enseignement des langues au personnel infirmier. Pour les ambulanciers également, je souhaite qu'une plus grande attention soit accordée à l'enseignement des deux langues nationales. Je préfère trouver une solution pragmatique et éviter les joutes juridiques.

Ik zal alle ziekenhuizen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een circulaire sturen om ze te vragen de aandacht van hun personeel te vestigen op het feit dat het aangewezen is om in de mate van het mogelijke in de taal van de zorgverstrekker te antwoorden. Die voorzorsmaatregel lijkt mij vooral

problématique pour ce qui concerne la composition des équipes de permanence, et plus particulièrement, pour ce qui concerne les services d'urgence qui adhèrent à l'aide médicale urgente ainsi que pour les services mobiles d'urgence.

Monsieur le député, vous n'êtes pas sans savoir qu'aucun hôpital n'est situé sur le territoire d'une des six communes à facilités dans la périphérie bruxelloise. En outre, je réitère le principe de base que je partage, et aujourd'hui plus que jamais avec M. Cilevics, que les discussions au sujet de l'emploi des langues doivent être traitées d'une façon pragmatique aux endroits où les problèmes se posent et non pas d'une façon symbolique. C'est dans cette optique qu'il n'est pas opportun de créer un amalgame avec d'autres problématiques telles que la défense des droits des francophones dans la périphérie.

05.04 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, ik dank de minister voor zijn antwoord op de beide vragen, want het was een zeer interessant antwoord.

Ik begin met het laatste. U zegt dat er geen ziekenhuizen gelegen zijn in de faciliteitengemeenten. U slaat daar de nagel op de kop. Er is er eentje gelegen vlakbij een faciliteitengemeente in Wemmel, met name het VUB-ziekenhuis, en daar is alles perfect tweetalig. Daar rijst dus geen probleem. Bij Kraainem en Wezembeek is er het UCL-ziekenhuis, waar er zich voor de Franstaligen ook geen enkel probleem stelt. Voor de gemeenten Ukkel, Sint-Genesius-Rode en Drogenbos zijn er vlakbij enkele klinieken, onder meer in Ukkel. Daar rijzen ook geen problemen, want dat zijn Franstalige klinieken.

Wat de heer Libert doet, is er een heel verhaal aan vasthangen over de grote achterstelling van de Franstaligen in de faciliteitengemeenten die eigenlijk met heel dit gebeuren niets te maken heeft. U zoekt een soort van pendant om daaraan het verhaal van Nabholz-Heidegger vast te hangen. Dat is echt bij de haren getrokken. Dat is spijkers op laag water zoeken.

De hoffelijkheid bij de Vlamingen in de Rand is enorm groot en is niet te vergelijken met de arrogantie die wij moeten vaststellen in een aantal Franstalige ziekenhuizen. Wat dat betreft, mijnheer de minister, dank ik u ten zeerste. Ik ben zeer blij met uw antwoord. Ik dacht dat het misschien de Franse Gemeenschap was die zegt dat men ook de problematiek van de Franstaligen in de Rand moet koppelen aan dat meldpunt. Neen, het is nu wel degelijk gebleken dat het minister Gosuin, de FDF-minister in de Brusselse regering, is die blijkbaar zelfs niet verdraagt dat er voor de Brusselse ziekenhuizen een meldpunt komt voor taalklachten. Dat is hallucinant.

Het toont nog maar eens aan hoe zwak de Vlamingen in de Brusselse regering staan. Zij hebben daar niets te zeggen. Zij worden gewoon de broek afgedaan door de heer Gosuin, die tegengaat dat elementaire voorzieningen in twee talen in het leven worden geroepen in Brussel. Hij maakt het in de praktijk onmogelijk dat Vlamingen klachten kunnen indienen over zaken die kunnen samenhangen met leven of dood, gezondheid of spoedopnames in ziekenhuizen. Het is zeer betekenisvol dat het weer eens het FDF is, mijnheer Libert, dat hier alles onmogelijk maakt en stokken in de wielen steekt van een nochtans zeer braaf voorstel. Het meldpunt op zich is een zeer braaf en nobel initiatief dat

noodzakelijk met betrekking tot de samenstelling van het team met wachtdienst, in de medische urgentiediensten en in de mobiele urgentiediensten.

Er is geen enkel ziekenhuis gelegen op het grondgebied van een van de zes faciliteitengemeenten in de Brusselse rand. Waar problemen rijzen, moeten de gesprekken terzake op pragmatische wijze worden gevoerd en men mag die kwestie niet op één hoopje gooien met de problematiek van de verdediging van de rechten van de Franstaligen in de Brusselse rand.

05.04 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Voilà une réponse intéressante. Il n'y a effectivement aucun hôpital dans les communes à facilités. Le manque d'égards dont seraient victimes les francophones selon M. Libert n'a rien à voir avec ce dossier. Les Flamands de la périphérie sont courtois, contrairement à ce qu'il prétend. Mais manifestement, le ministre Didier Gosuin ne veut tout simplement pas entendre parler de point de contact.

Cela prouve une fois encore qu'au sein de l'exécutif bruxellois, les Flamands n'ont pas voix au chapitre. M. Gosuin ne veut pas entendre parler d'infrastructures de base bilingues. Il est tout à fait caractéristique que le FDF fasse obstacle à cette initiative louable.

J'aimerais obtenir une copie des courriers que la ministre a adressés ainsi que de l'accord de principe du 24 juin. Ils sont un début mais ne suffisent pas. Si l'on veut tenter de trouver une solution pragmatique, il faut disposer d'un moyen de pression juridique. La ministre doit veiller à ce ces droits puissent être obtenus. A cette fin, la bonne volonté et les cours de langue ne suffisent peut-être pas.

voor ons absoluut lang niet ver genoeg ging, maar louter een begin was.

Ten laatste, mijnheer de minister, ik zou graag een kopie krijgen van de brieven die u geschreven hebt. U hebt ook een kopie beloofd van het principeakkoord dat op 24 juni op papier werd gezet. Die brieven zijn een begin, mijnheer de minister, ik erken daarmee dat u het probleem onderkent, maar het is veel te weinig. U zegt dat u streeft naar een pragmatische oplossing, maar er moet ook altijd een stok achter de deur zijn wanneer men de taalwetgeving niet naleeft en wanneer er mensen daadwerkelijk worden geconfronteerd met een situatie waarbij ze niet in hun taal bij een arts, in een spoedopname of in een officieel tweetalig Brussels ziekenhuis terecht kunnen.

U moet ook ervoor zorgen dat die rechten afgedwongen kunnen worden. U maakt er zich veel te gemakkelijk van af door te verwijzen naar het rapport – dat nog niet eens een officieel rapport is – van de Raad van Europa, waarin gestreefd wordt naar een pragmatische oplossing. Ik begrijp dat er in eerste instantie moet worden gewerkt met goede wil, taallessen enzovoort. In tweede instantie, wanneer het niet wordt nageleefd en men het moedwillig aan zijn laars lapt, dan moet er echter opgetreden kunnen worden en moeten subsidies ingetrokken kunnen worden. U hebt de sleutel in handen, mijnheer de minister, ik hoop dat u op het juiste moment het licht zult zien.

De **voorzitter**: Mijnheer Laeremans, u moet opletten als u spreekt over de broek afdoen, in ziekenhuismiddens is dit namelijk niet ongebruikelijk.

05.05 Eric Libert (MR): Monsieur le président, il est bien dommage que je n'aie pu comprendre le jeu de mots que vous venez de faire! Cela m'eut été très agréable de rire avec mon estimé collègue!

Monsieur le ministre, je mesure votre trouble. Je crois pouvoir dire que vous êtes un homme à la fibre sociale et ayant un sens aigu de la justice dans tous ses aspects sociaux. Dès lors, votre réponse m'étonne et m'attriste, autant pour vous que pour moi, dans la mesure où elle me semble accepter l'installation d'une grave discrimination en matière de santé publique entre les uns et les autres.

Pourquoi puis-je me permettre de dire cela? C'est en fonction de votre réponse qui a été volontairement restreinte à un entrechat, s'agissant du fait qu'aucun hôpital public ne serait situé dans une des communes à facilités. Le problème n'est évidemment pas là. Le problème est de savoir si des gens qui occupent ces communes, en très large majorité, sont ou non dirigés, en cas de problème ou d'accident, vers des centres d'urgence de la large périphérie; c'est le cas en l'espèce puisque vous devez savoir qu'en cas d'appel d'urgence au numéro 100, les personnes habitant la périphérie, notamment à Rhode-Saint-Genèse, sont aiguillées vers l'hôpital de Hal. C'est là que va se poser le problème et c'est là que j'en appelle à votre profond sens social et de l'équité: pour des raisons de communes à facilités ou non, va-t-on mettre ou non en péril la vie de ces personnes?

S'agissant de la ratification de la Convention-cadre sur la protection des minorités nationales, ce n'est pas un juridisme, c'est un moyen très pragmatique, au contraire, de répondre à des problèmes qui ne le sont pas moins. Je me permets de rappeler à cette noble assemblée que la Convention-cadre telle qu'elle a été interprétée par la résolution 1301 de septembre 2002 du Conseil de l'Europe n'est pas réduite aux communes à facilités. Bien au contraire, elle s'étend à tout le territoire flamand pour les francophones de la même manière – et là je me plais à le rappeler à mes estimés collègues flamands – au'elle s'étend à tout

05.05 Eric Libert (MR): In het licht van uw sociale bewogenheid verbaast en bedroeft dit antwoord me. Het effent immers de weg naar een ernstige discriminatie op het vlak van de volksgezondheid, ten koste van de inwoners van de faciliteitengemeenten; die worden naar spoeddiensten binnen de grote rand gestuurd – meer bepaald naar het ziekenhuis van Halle – waar de meesten van hen niet in hun eigen taal worden geholpen. Wil men het leven van die mensen in gevaar brengen om redenen van taalwetgeving?

U zou de regering een wetsontwerp kunnen voorstellen dat ertoe strekt het Kaderverdrag inzake de bescherming van de minderheden goed te keuren, dat voor de Franstaligen over het hele Vlaamse grondgebied en voor de Nederlandstaligen over het hele Franstalige grondgebied geldt. Die overeenkomst zou een geschikt instrument zijn om een antwoord te bieden op die problematiek.

le territoire francophone pour les ressortissants flamands.

C'est la raison pour laquelle, monsieur le ministre, je vous demanderais, sinon aujourd'hui mais peut-être à une autre occasion parce que nous reviendrons sur la question, s'il n'entre pas dans vos intentions, conscient de l'efficacité de cet instrument international, de suggérer au gouvernement un projet de loi qui n'aurait d'autre but que de proposer la ratification de la Convention-cadre sur la protection des minorités nationales.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Question de M. Olivier Chastel au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes financiers des établissements de transfusion" (n°52)

06 Vraag van de heer Olivier Chastel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële problemen van de bloedtransfusiecentra" (nr. 52)

06.01 Olivier Chastel (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, le système belge de collecte de sang est qualifié d'autosuffisant grâce aux nombreux donateurs de sang que nous avons la chance de compter en Belgique et aux différents centres répartis dans le pays. La sécurité transfusionnelle s'améliore chaque année grâce à l'évolution des technologies et l'instauration des systèmes de qualité totale en la matière mais il est indispensable que la Belgique garantisse une politique transfusionnelle optimale et mette des moyens sérieux à la disposition des établissements de transfusion pour qu'ils puissent exercer correctement et efficacement leurs missions.

En effet, depuis sept ans, il y a une diminution constante de la distribution de dérivés sanguins, ce qui implique une diminution des rentrées financières sans que les coûts puissent être adaptés proportionnellement ou tout au moins suffisamment rapidement. Les prix des produits sanguins n'ont plus été indexés depuis sept ans, les coûts de production augmentent chaque année et ne sont pas couverts par le prix en vigueur. Les normes et les exigences de qualité sont de plus en plus strictes et ont évidemment un impact direct sur l'organisation, les coûts, à nouveau sans compensation adaptée. Les salaires du personnel ont aussi été indexés et le coût des produits entrant dans le processus de fabrication a également augmenté. Tous ces éléments mettent les établissements de transfusion devant des problèmes financiers importants. Je ne vous cache pas être alerté par le centre de transfusion de Charleroi, qui n'est pas une grosse structure mais une structure qui fonctionne bien.

Ce sujet a déjà été évoqué avec votre prédécesseur lors de la législature précédente. M. le ministre peut-il nous donner son avis quant aux problèmes soulevés et les solutions envisagées en la matière? Des moyens budgétaires supplémentaires vont-ils être libérés? Je vous remercie par avance pour vos réponses.

06.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, deux mesures ont été prises afin de soutenir la viabilité et la qualité des produits sanguins. Tout d'abord, les estimations budgétaires "sang et produits dérivés du sang" 2004 ont intégré une indexation de 1,5% et les mesures seront prises pour maintenir cette indexation annuelle qui n'avait plus été accordée plusieurs années de suite.

06.01 Olivier Chastel (MR): België moet alle garanties bieden voor een optimaal bloedtransfusiebeleid, en voldoende middelen uittrekken voor de bloedtransfusiecentra opdat ze hun opdracht naar behoren en efficiënt kunnen uitvoeren. De afgelopen zeven jaar is de distributie van bloedderivaten gestaag verminderd, met een daling van de inkomsten tot gevolg, zonder dat de kostenstructuur verhoudingsgewijs snel genoeg kon worden aangepast. De prijzen van bloedproducten zijn al zeven jaar niet meer geïndexeerd, en dekken de jaar na jaar stijgende productiekosten niet langer. Er worden steeds stringenter kwaliteitseisen en -normen opgelegd, met alle gevolgen van dien voor de organisatie en de kosten, als er niet in een gepaste compensatie wordt voorzien. Ook de lonen van het personeel zijn geïndexeerd, en de kosten van de basisproducten in het productieproces zijn eveneens gestegen. Zal u derhalve extra middelen vrijmaken om te voorkomen dat de bloedtransfusiecentra met grote financiële problemen te kampen krijgen?

06.02 Minister Rudy Demotte: Om de beschikbaarheid en de kwaliteit van bloedproducten te garanderen wordt er bij de begrotingsramingen "bloed en bloedderivaten" voor 2004 uitgegaan van een indexerings met 1.5%. ook

La décision récente du conclave budgétaire d'attribuer un budget de deux millions d'euros pour financer la préparation du plasma viruinactivé permet de combler la différence entre le prix qui était facturé et le coût réel de sa préparation. Malgré cela, nous investiguons encore d'autres pistes. En effet, la croissance des dépenses de l'INAMI en matière de sang et des dérivés sanguins s'explique en particulier par la prescription croissante de dérivés déleucocytés adultes dont le volume a quadruplé en cinq ans pour passer à près de 10 millions d'euros.

La déleucocytation est un processus important en termes de qualité et de prévention d'accidents transfusionnels. Elle est également recommandée pour éviter la contamination par certains agents infectieux. Nous tenterons donc de réduire la consommation inappropriée de sang et des dérivés du sang et de dégager ainsi progressivement une marge budgétaire. Les moyens pour réduire la prescription inappropriée sont les suivants.

Premièrement, la limitation par les indications, voire les conditions de remboursement du sang ou de ses dérivés par des recommandations de bonne pratique émises par le conseil supérieur d'hygiène et validées par le ministre. Il apparaît en effet que les indications peuvent varier énormément d'un hôpital à l'autre. En ce qui concerne les indications transfusionnelles en chirurgie, on fait référence à l'étude Biomed, étude coordonnée par le ministère de la Santé publique qui avait pour but d'évaluer les consommations de produits sanguins dans différentes indications chirurgicales.

Deuxièmement, la facturation pure et simple du sang et des dérivés sanguins pourrait être remplacée par un forfait payé à l'hôpital et stimulant une prescription responsable. La participation financière du patient est actuellement écartée pour des raisons d'accessibilité aux soins de santé.

Troisièmement, l'épargne sanguine comprend de nombreux aspects, depuis les différentes techniques de transfusion autologue, jusqu'au souci de diminuer les quantités de sang prélevées aux analyses de laboratoire.

Suite à la comparaison des quantités de sang prélevées et des quantités réellement transfusées, une révision de l'indication de l'autotransfusion et du nombre d'unités prescrites, permet d'éviter des prélèvements inutiles. Ainsi, les indications ont surtout été revues en chirurgie orthopédique.

Quatrièmement, la création dans chaque hôpital général du comité de transfusion hospitalier par arrêté royal du 16 avril 2002 – comité qui a pour but de superviser le cycle complet de la transfusion – dans ses aspects indication, sécurité et qualité.

Enfin, cinquièmement, la suppression du mécanisme de ristourne financière accordée aux hôpitaux par les institutions qui sont en charge du prélèvement, la préparation, la distribution du sang et de ses produits dérivés d'ailleurs, initialement prévue pour financer le stock des produits sanguins.

voor de volgende jaren. Daarnaast wordt het verschil tussen de factuurprijs en de reële kostprijs weggewerkt door de op het begrotingsconclaaf genomen beslissing om 2 miljoen euro te bestemmen voor de aanmaak van virusgeïnactiveerd plasma.

Bovendien worden er in vergelijking met vijf jaar geleden driemaal zoveel gedeleucocyteerde derivaten voorgeschreven waardoor de uitgaven in die sector bijna tien miljoen euro bedragen.

We zullen pogen het verbruik van bloed en van bloederivaten terug te dringen om zo een budgettaire ruimte te creëren. Om het ongepast voorschrijfgedrag weg te werken denken we aan de volgende middelen: een beperking van de terugbetalingsindicaties en zelfs van de terugbetalingsvoorwaarden van bloed en derivaten door het verstrekken van aanbevelingen van goede praktijk; de vervanging van de factuur door een forfait dat aan het ziekenhuis wordt betaald om zo een verantwoord voorschrijfgedrag te stimuleren; een herziening van de indicaties van autotransfusie en van het aantal voorgeschreven eenheden na een vergelijking van de afgenomen en getransfuseerde hoeveelheden; de oprichting van een transfusiecomité van het ziekenhuis in elk ziekenhuis (koninklijk besluit van 16 april 2002); de afschaffing van de financiële ristorno's die de instellingen die de bloedafname, bloedpreparatie en bloedverdeling verzorgen aan de ziekenhuizen betalen.

06.03 **Olivier Chastel** (MR): Monsieur le président, je remercie monsieur le ministre pour sa réponse. Je trouve en tous cas que la prise en considération de la problématique est tout à fait adéquate. Je l'ai dit tout à l'heure: depuis sept ans, le secteur éprouve de plus en plus de difficultés. Je ne vais pas repasser en revue ma question mais les coûts financiers sont de plus en plus importants pour les centres de

transfusion. Je pense qu'effectivement les mesures citées par le ministre sont, à mes yeux en tous cas, de nature à faciliter les choses et à rendre un meilleur équilibre financier des centres de transfusion. J'espère en tous cas qu'ils seront satisfaits. Merci beaucoup.

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

De **voorzitter**: Collega's, ik wil een praktisch voorstel doen. Er zijn nogal wat collega's die meer dan een vraag stellen. Ik stel voor dat zij, wanneer zij in de volgorde aan het woord komen, ook hun andere vragen stellen. Ik stel dus voor dat wij de vragen groeperen per collega. Dat kan nu eens in het voordeel, dan weer in het nadeel zijn, maar ik probeer een praktische organisatie te vinden. Laten wij beginnen met een paar vragen van de heer Vandeurzen.

07 Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het protocolakkoord in verband met de geestelijke gezondheidszorg" (nr. 467)

07 Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le protocole d'accord relatif aux soins de santé mentale" (n° 467)

07.01 Jo Vandeurzen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik zal het zeer kort houden. Er is in onze commissie al een gesprek geweest over de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. Naar aanleiding van de beleidsnota zijn daarover ongetwijfeld in de commissie ook vragen gesteld. Het viel ons in elk geval op dat in het regeerakkoord over geestelijke gezondheidszorg eigenlijk niets werd gezegd.

Toch is er, mijnheer de minister, vraag naar duidelijkheid vanwege de regering in verband met het statuut van het protocol inzake de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, waarover tijdens de vorige legislatuur is onderhandeld. Dat was een vrij belangrijk protocol dat de basis kon zijn voor meer transmurale samenwerking en voor een afstemmen van het zorgproces in zorgtrajecten. Wij weten dat een aantal ministers op het eind van de vorige legislatuur blijkbaar voorbehoud maakte op het ogenblik dat er moest ondertekend worden. Ik wil u toch vragen, mijnheer de minister, wat het statuut van dat protocol nu is? Zal u, als federale overheid, uw deel van het protocol uitvoeren? Zo ja, wat zijn de eerste initiatieven die wij in dat verband mogen verwachten?

07.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, ik heb de eer het geacht lid het volgende mee te delen inzake het protocolakkoord over de geestelijke gezondheidszorg.

Ten eerste, de geestelijke gezondheidszorg moet op middellange termijn volledig worden gereorganiseerd. Per doelgroep zullen zorgcircuits worden gecreëerd die zullen beheerd worden door netwerken. Op basis van de leeftijd zal men doelgroepen afbakenen. Er werd reeds een gemeenschappelijke verklaring inzake het toekomstig beleid voor de geestelijke gezondheidszorg tussen de bevoegde ministers afgesproken tijdens de interministeriële conferentie over Volksgezondheid op 24 juni 2002.

Een van de doelstellingen van die gemeenschappelijke verklaring was het oprichten van een task force. Die task force werd opgericht en heeft een protocolakkoord inzake de ontwikkeling van een geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg tussen de federale regering en de in artikelen 128, 130, en 135 van de Grondwet bedoelde overheden uitgewerkt. In dat protocolakkoord worden de basisprincipes van de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in

07.01 Jo Vandeurzen (CD&V): L'accord de gouvernement ne fait aucune mention des soins de santé mentale. Tout n'est pourtant pas clair en ce qui concerne le statut du protocole en matière d'organisation des soins de santé mentale, qui a fait l'objet d'une concertation sous la précédente législature. Ce protocole pouvait constituer le fondement d'une meilleure coopération et d'une adaptation du processus de soins en fonction des parcours de soins.

Quel est le statut du protocole? Le gouvernement le mettra-t-il en oeuvre et, dans l'affirmative, en quoi consistent les premières initiatives auxquelles nous pouvons nous attendre?

07.02 Rudy Demotte, ministre: A terme, les soins de santé mentale doivent être complètement réorganisés. Par groupe cible, délimité sur la base de l'âge, on crée des parcours de soins qui seront gérés par des réseaux. Dans le protocole d'accord, qui a été élaboré par un groupe de travail créé spécialement à cet effet, les principes de base de l'organisation future des soins de santé mentale en circuits de soins et réseaux sont concrétisés pour les groupes cibles des enfants et des jeunes. Le protocole d'accord n'a toutefois pas encore été signé par tous les ministres. Tous les membres de la conférence interministérielle Santé publique y étaient disposés. sauf

zorgcircuits en netwerken geconcretiseerd voor de doelgroepen van kinderen en jongeren, dus van 0 tot en met 18 jaar.

Dit protocolakkoord werd tot op heden echter niet door alle ministers ondertekend. Alle leden van de interministeriële conferentie volksgezondheid waren bereid om dit te ondertekenen, met uitzondering van mijn collega's Gosuin, minister van Leefmilieu, Waterbeleid, Natuurbehoud, Openbare Netheid en Buitenlandse Handel van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en Thierry Detienne, minister van Sociale Aangelegenheden en Gezondheid van het Waalse Gewest.

Ten tweede, alvorens tot uitvoering over te gaan, dient er bij alle bevoegde ministers consensus te zijn over de inhoud van het protocolakkoord. Toch ben ik van mening dat, zelfs indien het ontwerp van protocolakkoord een uitstekende werkbasis is, dit herwerkt dient te worden. Daar de basisprincipes van de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in zorgcircuits en netwerken prioritair dienen geconcretiseerd te worden voor de doelgroep kinderen en jongeren, ontbreekt mijn inziens momenteel in het ontwerp een volledig overzicht van wat er actueel bestaat aan zorgaanbod voor kinderen en de rol en opdracht van de huisarts. Daarom stel ik voor dat de interkabinettenwerkgroep Kinder- en jeugdpsychiatrie, aangevuld met experts en met de vertegenwoordigers van de huisartsen, zich over deze denkpiste buigt, ten einde te komen tot een aangepast protocolakkoord dat door alle bevoegde ministers zou kunnen ondertekend worden.

07.03 Jo Vandeurzen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik denk dat ook de minister en zijn kabinet beseffen dat het hier over een zeer belangrijk protocol gaat. Ik ben nog altijd verbaasd over het verzet vanuit Brusselse en Franstalige hoek. Immers, als men er zelfs niet meer in slaagt een vooraf onderhandeld protocol goed te keuren en dan uit te voeren, hoewel dat protocol er toch op is gericht het zorgaanbod te stroomlijnen in het belang van de patiënt, dan valt ook elk argument voor de tegenstanders van de regionalisering of communautarisering van de gezondheidszorg helemaal weg. Als dat al niet meer kan, wat moeten wij hier dan eigenlijk nog doen op federaal vlak?

Ik begrijp nu dat men het protocol gaat herbekijken met een interkabinettenwerkgroep. Ik hoop, mijnheer de minister, dat u beseft dat op het terrein heel veel mensen zitten te wachten op duidelijkheid. Men heeft op het terrein natuurlijk niet gewacht op het protocol om onderhandelingen te voeren over zorgcircuits in de verschillende regio's. Nogmaals, als dit al niet gefinaliseerd kan worden met een samenwerkingsprotocol, een vooraf onderhandelde tekst die sneuvelt op de handtekening van enkele ministers die hun eigen onderhandelaars niet volgen, dan denk ik dat men vanuit Franstalige hoek een belangrijke stap zet naar verdere communautarisering van de gezondheidszorg. Als men zelfs niet meer kan samenwerken, denk ik dat men echt argumenten geeft aan diegenen die voor de splitsing zijn. Ik zou dat zeer verbazingwekkend vinden dat dit uitgerekend vanuit Franstalige hoek zou gebeuren.

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

08 Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het koninklijk besluit tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die een zorgkundige kan uitvoeren" (nr. 468)

08 Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêté royal fixant les activités infirmières pouvant être exercées par un aide-soignant" (n° 468)

MM. Gosuin de la Région de Bruxelles-Capitale et Thierry Detienne de la Région wallonne. Avant de pouvoir passer à la mise en oeuvre du protocole d'accord, il faut en outre qu'existe un consensus à propos de son contenu entre tous les ministres compétents. A mon estime, même si le projet de protocole d'accord constitue une bonne base de travail, il doit tout de même être remodelé. Selon moi, il manque actuellement dans le projet un aperçu complet de ce qui existe pour l'heure concernant l'offre de soins pour les enfants et le rôle et la mission du médecin généraliste. C'est pourquoi je propose que le groupe de travail intercabinets psychiatrie infantile et juvénile examine le projet, de sorte qu'un accord adapté puisse être signé par tous les ministres.

07.03 Jo Vandeurzen (CD&V): Je m'étonne de l'opposition des Bruxellois et des francophones. Si l'on ne parvient pas à adopter et à exécuter un protocole préalablement négocié, les arguments contre la communautarisation des soins de santé s'effondrent. J'apprends à présent que le protocole va être renégocié au sien d'un groupe de travail intercabinets. J'espère que vous réalisez que les acteurs de terrain ont besoin de clarté. Sur le terrain, au demeurant, on n'a pas attendu le protocole pour engager des négociations au sujet de circuits de soins dans les différentes régions.

08.01 Jo Vandeurzen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, opnieuw zal ik mijn vraag kort situeren. Mijnheer de minister, in de vorige legislatuur is via één of andere gezondheidswet het concept van de zorgkundige in koninklijk besluit nr. 78 opgenomen. Dat begrip was ingevoerd door mevrouw Aelvoet omdat zij van oordeel was dat men op die manier een aantal verpleegkundige handelingen zou kunnen laten stellen door mensen met andere diploma's, dit weliswaar onder bepaalde randvoorwaarden die dan ook in de wet werden beschreven. Die wettelijke basis veronderstelde vervolgens een koninklijk besluit om de handelingen te beschrijven die daarvoor in aanmerking kwamen en een wettelijke basis om een register aan te leggen, binnen het RIZIV neem ik aan, om te weten wie zich als zorgkundige presenteerde en daarvoor de nodige bevoegdheden zou krijgen. Ik heb de minister daar reeds voor het reces over ondervraagd. Hij heeft toen gezegd dat het koninklijk besluit dat de verpleegkundige handelingen zou beschrijven die door een zorgkundige kunnen worden uitgevoerd zou verschijnen in het Belgisch Staatsblad. Ondertussen is er vanuit Vlaanderen echter heel wat kritiek op deze regel, precies omdat die ertoe zou strekken dat het personeel van diensten voor gezinszorg, dus mensen die in de thuiszorg actief zijn, deze handelingen plots niet meer zou kunnen stellen, tenzij mits omkadering met verpleegkundigen en onder de voorwaarden van een nieuwe wet. Het zou een soort medicalisering van een aantal zorgtaken inhouden waar vanuit Vlaanderen nogal wat protest tegen is, overigens ook vanuit de Vlaamse regering. Dat is u wellicht bekend. Mijn vraag is of u de kritiek vanuit Vlaanderen op dit initiatief kent. Gaat u met die kritiek rekening houden? Wat zijn de argumenten ten opzichte van die kritiek? Kunnen wij nog verwachten dat het project ook echt zal worden doorgezet?

08.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Vandeurzen, de gezondheidswet van 10 augustus 2001 creëerde de functie van zorgkundige. De zorgkundige wordt omschreven als "de persoon die specifiek is opgeleid om de verpleegkundige onder zijn of haar toezicht bij te staan inzake zorgverstrekking, gezondheidsopvoeding en logistiek in het kader van de door de verpleegkundige gecoördineerde activiteiten binnen een gestructureerde equipe". Het is mij bekend dat het door mijn voorganger ontworpen koninklijk besluit tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundige kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundige deze handelingen kan stellen kritische reacties oproept. Daarom heb ik proactief mijn medewerkers de opdracht gegeven om samen met de administratie te onderzoeken of deze kritiek terecht is. Bovendien wilde ik via de gezondheidsdialoog luisteren naar de kritieken die door de beroepsmensen over dit koninklijk besluit werden geuit en er rekening mee houden.

Uit de dialogen blijkt duidelijk de wil om tot een wettelijke opheldering te komen met betrekking tot de functie van ziekenverzorger of ziekenverzorgster. Het spreekt voor zich dat ik een zo belangrijk koninklijk besluit niet wens te publiceren zonder in samenwerking met de sector de wijzigingen aan te brengen die nodig zijn opdat de uitvoering van het koninklijk besluit op een realistische en coherente wijze beantwoordt aan de noden en verwachtingen van de beroepsmensen en de patiënten.

De kritiek dat dit een medicalisering van de zorg is, is onterecht. Dat het personeel van de diensten van gezinszorg bepaalde taken niet meer kan vervullen zonder aan de voorwaarden te voldoen van het voornoemd koninklijk besluit wordt dikwijls als argument aangebracht. Ik ben van plan niet alleen een duidelijk wettelijk kader te scheppen, maar ook een juridisch statuut en mutatis mutandis een bescherming van het

08.01 Jo Vandeurzen (CD&V): Par l'arrêté royal n° 78 Mme Aelvoet avait créé le concept d'aide soignant pour permettre, sous certaines conditions, l'exercice d'activités infirmières à des personnes qui possèdent un autre diplôme. Un arrêté royal énumérant ces activités doit encore être promulgué. En Flandre, d'aucuns ont critiqué l'initiative dans la mesure où elle consiste à médicaliser certaines tâches d'assistance. Ainsi, les membres du personnel des services d'aide aux familles ne pourraient plus exercer leur fonction sans s'entourer de personnel infirmier et sans s'adapter aux prescriptions légales.

Le ministre a-t-il tenu compte de ces critiques? La mise en oeuvre du projet sera-t-elle poursuivie?

08.02 Rudy Demotte, ministre: Mme Aelvoet a exécuté la loi du 10 août 2001 qui instaure la fonction d'aide soignant. J'ai chargé mes collaborateurs de vérifier si les critiques étaient justifiées. Par le biais des "dialogues de santé", je souhaite prendre connaissance des critiques émises par les professionnels et en tenir compte. Je n'ai pas l'intention de publier un arrêté royal important qui ne satisferait pas les besoins des professionnels et des patients.

Les critiques selon lesquelles les soins sont médicalisés sont injustifiées. J'établirai un cadre légal clair et j'arrêterai un statut juridique pour protéger le personnel dont les gestes sont de la compétence exclusive du personnel infirmier. La qualité des soins, l'accessibilité et la durabilité du système des soins santé priment.

personeel dat handelingen doet die exclusief tot de bevoegdheid van het verplegend personeel behoren. Dit zal gebeuren op basis van de noodzakelijke samenwerkingssynergie tussen de beide actoren die zich rond de patiënt scharen.

Alle overwegingen inzake deze nieuwe functie moeten vertrekken vanuit drie principes: de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid en de duurzaamheid van het gezondheidsstelsel. Een voorbeeld hiervan is de hygiënische zorg bij patiënten met ADL-dysfuncties. Dankzij het nieuwe koninklijk besluit kunnen bepaalde technisch verpleegkundige prestaties, die zijn opgenomen in het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige prestaties en de lijst van de handelingen die door een geneesheer aan de beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd alsmede de wijze van uitvoering van die prestaties en handelingen en kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, door zorgkundigen worden uitgeoefend.

08.03 Jo Vandeurzen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik dank de minister voor het uitvoerig en duidelijk antwoord. Ik neem te hebben begrepen dat de minister wenst te sleutelen aan de wettelijke bepalingen inzake de zorgkundigen. Aan Vlaamse kant, mijnheer de minister, zullen zeker een aantal medestanders vinden dat dit punt nog verder moet worden uitgekristalliseerd. In deze fase dank ik u hiervoor alvast.

08.03 Jo Vandeurzen (CD&V): Je comprends que le ministre a l'intention de modifier les dispositions légales relatives aux aides-soignants. Il trouvera certainement des partisans du côté flamand.

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

09 Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van de hulpverleningszones" (nr. 515)

09 Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement des zones de secours" (n° 515)

09.01 Jo Vandeurzen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, enige tijd geleden heeft de minister van Binnenlandse Zaken aangekondigd dat hij zou overgaan tot een reorganisatie van de brandweer en de civiele bescherming. Hij kondigde tevens aan dat in die discussie over de reorganisatie van de dringende hulpverlening, ook de medische dringende hulpverlening en bijgevolg ook de medische urgentieteamen, opgenomen zouden zijn.

09.01 Jo Vandeurzen (CD&V): Dans le cadre de la réorganisation générale des services de secours annoncée par le ministre de l'Intérieur, le ministre de la Santé publique a planifié une réorganisation de l'aide médicale urgente et des services médicaux d'urgence.

Het staat, mijnheer de minister, ook in het regeerakkoord dat u daaromtrent een initiatief zou nemen. U zal intussen ook weten dat de erkenning van de gespecialiseerde spoedgevallendiensten en van de MUG's al een hele lijdensweg achter zich heeft. Ik herinner me nog de eerste vragen hierover die vier jaar geleden aan toenmalig minister Aelvoet werden gesteld. Zij zei toen dat dit binnen enkele weken geregeld zou zijn en dat die erkenningen snel afgeleverd zouden zijn. Het heeft dan nog enkele jaren geduurd eer de MUG's door de Gemeenschappen werden erkend. De programmering wordt geregeld door een koninklijk besluit – althans de basisversie van toenmalig minister Colla – en er is ook een koninklijk besluit dat de erkenningsvoorwaarden regelt.

La reconnaissance des services d'urgence organisés et des SMUR a déjà rencontré de multiples difficultés. Comment le ministre adaptera-t-il à la réorganisation les arrêtés royaux qui règlent la programmation et les conditions de fond relatives à l'agrément?

Ik ben benieuwd om te weten hoe deze regelgeving, die onder uw bevoegdheid valt, zal worden aangepast in functie van het aangekondigde debat dat blijkbaar geleid wordt door de minister van Binnenlandse Zaken. Vandaar mijn volgende vragen.

La réorganisation des SMUR a-t-elle fait l'objet d'une concertation avec le ministre de l'Intérieur? Que pense le ministre de la réunion des SMUR et des autres services d'urgence au sein d'une même zone? Le système ASTRID doit-il s'étendre aux services médicaux

Mijnheer de minister. Pleese u met uw collega. de minister van

Binnenlandse Zaken, overleg met betrekking tot de reorganisatie, waarbij ook de medische urgentieteams betrokken zijn? Wat is uw houding ten opzichte van de samenvoeging van de medische urgentieteams en andere hulpverleningsdiensten in één zone, in welk geval u het koninklijk besluit op de programmering van die diensten uiteraard herzien, terwijl ze pas in een recent verleden zijn erkend? Moet volgens u het ASTRID-communicatienetwerk worden uitgebreid naar de medische urgentieteams? Komt er rond de indeling en de werking van die nieuwe hulpverleningszones een structureel overleg tussen u en uw collega van Binnenlandse Zaken?

09.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, er nog geen overleg geweest tussen de minister van Binnenlandse Zaken en mijzelf met betrekking tot het voorstel om de brandweerzones om te vormen tot hulpverleningszones waarin ook de diensten van de medische urgentieteams opgenomen zouden worden.

Volgens de technici die ik hiervoor geraadpleegd moet het uitgangspunt zijn om een zo kort mogelijke beantwoordingstijd te realiseren. Voor de medische urgentieteams geldt als specifieke regel dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis gekozen moet worden om de noodzakelijke hulp te bieden en dit onafgezien van de interventiezone waarin geopereerd wordt. Voor zwaardere pathologieën kan van deze regel slechts worden afgeweken onder welomschreven voorwaarden. Gelet op de techniciteit van deze aangelegenheid is het noodzakelijk om dit voorstel met een werkgroep van deskundigen verder verder te onderzoeken. Ik zal de minister van Binnenlandse Zaken hiervoor dan ook contacteren.

De vorige regering heeft beslist om in Luik en Antwerpen een proefproject voor een geïntegreerd communicatiesysteem voor hulpdiensten op basis van de TETRA-technologie en de computer bij de dispatching, op te starten voor de periode 2002-2005.

De integratie van de dringende geneeskundige hulpverlening in deze systemen zal alleen maar kunnen gebeuren bij beslissing van de Ministerraad na evaluatie van de proefprojecten en op gezamenlijk voorstel van de minister van Binnenlandse Zaken en mijzelf. Deze evaluatie zal in het bijzonder moeten aantonen dat het medisch geheim volstrekt gewaarborgd is. Ik excuseer me voor mijn hapering, maar het is slecht geschreven.

Ingevolge de beslissing van de Ministerraad werden een stuurgroep en vier werkgroepen belast met het begeleiden en coördineren van het geheel van de toekomstige ontwikkelingen. Dit gebeurt volgens een stappenplan. Inmiddels zijn de werkzaamheden van de stuurgroep en van de vier werkgroepen opgestart. Ik verwacht een tussentijds rapport op het einde van dit jaar. Op het terrein werden de werkzaamheden ondertussen eveneens gestart.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, wij hebben vroeger op school allemaal veel oefening in schoonschrift gehad. U ziet dat het nog steeds zijn vruchten zou kunnen afwerpen.

09.03 **Jo Vandeurzen** (CD&V): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het lijkt mij zeer duidelijk. Het bevestigt mijn vermoeden. De criteria voor de programmatie van medische urgentieteams en voor het verlenen van erkenningen aan ziekenhuizen kunnen niet zomaar ingevoegd worden in de omschrijvingen van de brandweerterritoria. Het lijkt mij dus inderdaad aangeraden om dat aan te pakken met de nodige voorzichtigheid. De erkenningen zijn nu maar enkele jaren oud. Ik

d'urgence? Une concertation structurelle avec le ministre de l'Intérieur est-elle prévue au sujet des nouvelles zones de secours?

09.02 **Rudy Demotte**, ministre: La réorganisation des services de secours n'a pas encore fait l'objet d'une concertation avec le ministre de l'Intérieur. Nous devons nous attacher à réduire autant que possible le temps de réponse. Les SMUR doivent choisir l'hôpital le plus proche, quelle que soit la zone dans laquelle ils opèrent.

Compte tenu de la grande technicité du dossier, un groupe de travail d'experts devra examiner la proposition. A cet effet, je prendrai contact avec le ministère de l'Intérieur.

A Liège et à Anvers, un projet pilote de système intégré de communication pour les services de secours a été lancé au cours de la dernière législature. Après une évaluation de ce projet, les ministres de l'Intérieur et de la Santé publique transmettront une proposition au Conseil des ministres, qui devra alors se prononcer sur l'intégration de l'aide médicale urgente.

Entre-temps, un groupe d'impulsion et quatre groupes de travail ont été créés en vue de coordonner l'ensemble de la réforme, selon un plan par étapes. J'attends un rapport intermédiaire d'ici la fin de l'année. Les travaux ont également démarré sur le terrain.

09.03 **Jo Vandeurzen** (CD&V): Votre réponse confirme que la programmation en ce qui concerne les SMUR et la reconnaissance des hôpitaux ne peuvent être intégrées telles quelles dans les délimitations des zones d'incendie.

denk dat het niet verstandig zou zijn om dat nu allemaal weer ter discussie te stellen.

Les reconnaissances datent d'il y un an seulement et il ne me semble pas opportun de remettre déjà en question le système.

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

10 Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van buitenlandse patiënten" (nr. 534)

10 Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge de patients étrangers" (n° 534)

10.01 Jo Vandeurzen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, de steeds groter wordende, transnationale mobiliteit van de patiënten is een toch wel heel belangrijk probleem, en dus ook de vraag naar de gevolgen van het behandelen van buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen.

10.01 Jo Vandeurzen (CD&V): La mobilité transnationale des patients s'accroît de jour en jour et la jurisprudence européenne encourage cette évolution. Un article paru dans le *Knack* m'amène à me poser certaines questions à cet égard.

Ik heb over het onderwerp ook heel wat schriftelijke vragen gesteld. Ook in de vorige legislatuur werden er in de Kamer af en toe al eens vragen over gesteld. Het is dan ook een heel fundamenteel debat.

Qu'en est-il du financement des hôpitaux traitant des patients étrangers? Les hôpitaux et les médecins peuvent-ils réclamer d'autres indemnités aux patients assurés à l'étranger? Un régime différent sera-t-il appliqué si le patient produit le document E112?

Mijnheer de voorzitter, eigenlijk zouden we een ruime bespreking aan het probleem moeten kunnen wijden, want het is niet zo onschuldig als het er op het eerste gezicht uitziet.

Mijn vragen werden geïnspireerd door het artikel dat ik in *Knack* van 22 oktober 2003 heb gelezen. Het artikel had als titel: "Groothandel in ziekenzorg". Daarover stel ik de volgende vragen.

Quel effet le traitement de patients étrangers a-t-il sur le budget fermé des hôpitaux belges? Ce budget est réparti entre les hôpitaux sur la base d'un arrêté particulièrement complexe. Une distinction est-elle établie si le patient dispose du document E112? Qu'advient-il si le patient est un illégal et n'est donc pas du tout assuré? Si certains hôpitaux s'occupent du traitement de ce dernier groupe de patients, quel en est l'effet sur le budget total des hôpitaux belges?

Ten eerste, wij weten allemaal dat er Europese rechtspraak is. Ze gaat overigens steeds verder in de afbraak van remmen die werden ingebouwd om verzekerde patiënten in het buitenland te verbieden zich in België te laten verzorgen. Volgens mij is het belangrijk dat wij in alle klarheid weten wat de gevolgen zijn van deze rechtspraak. Daarom stel ik mijn punctuele vragen.

Mijnheer de minister, kent u het juiste effect van het behandelen van buitenlandse patiënten op de berekening van budgetten van ziekenhuizen? Weet men exact wat er gebeurt met de financiering van een ziekenhuis wanneer men er een buitenlandse patiënt behandelt? Maakt het al dan niet een verschil of de patiënt wordt behandeld door gebruik te maken van het document E112?

Les patients anglais devant subir une opération du cœur seraient orientés vers la Belgique, cette option étant nettement moins coûteuse pour le *Public Health Service*. Comment se fait-il que les tarifs belges soient si avantageux pour certaines interventions? Le contribuable belge doit-il financer les soins prodigués aux patients qui financent une assurance-maladie dans le cadre d'un autre système?

Ten tweede, is er een verschil in wat de ziekenhuizen en de artsen als vergoeding voor prestaties mogen aanrekenen aan patiënten die verzekerd zijn via het Belgische stelsel of aan patiënten die in het buitenland zijn verzekerd? Opnieuw is de vraag: kan de aanrekening verschillen wanneer een patiënt zich al dan niet aanbiedt met een formulier E112?

Mijnheer de minister, mijn derde vraag vind ik eerlijk gezegd minstens zo belangrijk. Ze heeft betrekking op het effect op het totale budget dat voor de ziekenhuizen beschikbaar is wanneer patiënten uit het buitenland in België worden behandeld en deze behandeling aanleiding geeft tot prijsberekeningen voor de verschillende ziekenhuizen in België. Straks zullen er hier vragen worden gesteld over de onderfinanciering. Als wij patiënten opereren en behandelen die in het buitenland zijn verzekerd, is het natuurlijk belangrijk om te weten welk effect dat heeft op het gesloten budget dat voor de Belgische ziekenhuizen ter beschikking staat en onder hen wordt verdeeld aan de hand van een

bijzonder ingewikkeld besluit. Dat besluit werd door uw voorganger nog eens grondig herzien. Is er ook daar een verschil naargelang men zich al dan niet bevindt in het systeem met document E112? Is er ook een verschil wanneer de patiënt helemaal niet zou zijn verzekerd? Dat kan zich bijvoorbeeld voordoen met mensen die illegaal in België zijn en dus helemaal geen verzekering hebben. Dat heeft dan zijn effect op het globale budget. Als één ziekenhuis immers bepaalde activiteiten ontwikkelt en daardoor het budget draineert ten koste van andere ziekenhuizen, is dat op zich natuurlijk ook een probleem voor het gehele budget. De vraag is dan ook heel uitdrukkelijk: wat is het effect op het macrobudget als een of meerdere ziekenhuizen zich op de behandeling van niet-verzekerde patiënten zouden toelagen?

Ten vierde, het schijnt dat voor sommige ingrepen de Belgische tarieven heel gunstig zijn. Dat lees ik alleszins in het voornoemde artikel. Wat is daarvan de oorzaak? Bent u ervan overtuigd dat wij met onze Belgische sociale zekerheid en via de Belgische belastingbetaler niet betalen voor de zorg van mensen die in een ander stelsel de financiering van hun ziekteverzekering moeten organiseren? Heeft u daar een zicht op? Met name in Engeland heeft men er blijkbaar alle belang bij om patiënten voor een hartoperatie naar België te sturen, omdat het veel goedkoper is voor de Public Health Service in Engeland. In dat geval rijzen vragen, zeker nu het budget van de ziekteverzekering kritisch wordt bekeken en het groeiritme ervan nauwlettend in het oog wordt gehouden.

Ten slotte, welke verplichtingen rusten er op ziekenhuizen inzake de registratie van activiteiten die betrekking hebben buitenlandse patiënten? Geldt dat voor ambulante zorg, voor zorg in daghospitalisatie en/of hospitalisatie? Zijn er volgens hospitalisatievorm verschillende systemen en registratieverplichtingen van toepassing?

10.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Vandeurzen, in antwoord op uw vragen kan ik het volgende meedelen.

Voor de berekening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen wordt er, met name voor de vaststelling van de verantwoorde activiteiten, rekening gehouden met de gegevens betreffende alle in het ziekenhuis opgenomen patiënten, dus ook de buitenlandse patiënten. De Belgische tarieven – en niet alleen de tarieven, maar ook de kwaliteit – gelden voor de buitenlandse patiënten. Dat is trouwens bepaald in de kaderovereenkomst met betrekking tot de Engelse patiënten.

Zodra het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen zal worden berekend op basis van de gegevens van een dienstjaar tijdens hetwelk buitenlandse patiënten in het ziekenhuis zijn opgenomen, kan dit voor de betrokken ziekenhuizen leiden tot een toename van het aantal verantwoorde bedden, maar wel binnen hetzelfde beschikbare nationale budget.

Wat het budget van financiële middelen betreft, dient het ziekenhuis voor de buitenlandse patiënten de door de Koning vastgelegde prijs per verpleegdag aan te rekenen. Die prijs is dezelfde als de prijs die wordt aangerekend aan de Belgische patiënten, bedoeld in artikel 104ter van de wet op de ziekenhuizen. Wat de registraties volksgezondheid – MKG, MVG – betreft, is de verplichting niet afhankelijk van het feit of de patiënt al dan niet een buitenlander is. De verplichting geldt meer bepaald voor alle verblijven waarvoor een verpleegdagprijs wordt vastgelegd overeenkomstig titel III, hoofdstuk V van de gecoördineerde ziekenhuiswet, waarbij de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt op dezelfde daad als die waarop hii is opgenomen. met name in diensten

Dans quels cas les hôpitaux doivent-ils enregistrer le traitement de patients étrangers? Des différences existent-elles en fonction du type d'hospitalisation?

10.02 **Rudy Demotte**, ministre: Pour calculer le budget d'un hôpital et déterminer les activités justifiées, il est tenu compte de tous les patients, y compris les patients étrangers. Les patients étrangers entrent en ligne de compte pour le calcul des moyens d'un hôpital et peuvent conduire à une augmentation du nombre de lits justifiés. Le budget national reste toutefois identique. La nationalité du patient n'a aucune influence sur le prix de la journée d'hospitalisation ou sur l'obligation d'enregistrement dans le cadre de la santé publique. Celui-ci s'applique à tous les séjours pour lesquels un prix de journée d'hospitalisation a été déterminé.

waar verstrekkingen worden verricht als bedoeld in artikel 4, §§ 4, 5 en 5bis van de nationale overeenkomst van 1 januari 1993 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen of, in voorkomend geval, als bedoeld in de afzonderlijke overeenkomsten gesloten met de verpleeginrichtingen, voor pasgeborenen waarvoor geen afzonderlijke verpleegdagprijs wordt vastgelegd overeenkomstig titel III, hoofdstuk V van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

10.03 Jo Vandeurzen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, het is natuurlijk een bijzonder ingewikkelde aangelegenheid en misschien moeten wij niet alle details in mondelinge vragen behandelen. Toch wil ik drie elementen aanstippen. De minister heeft niet geantwoord op de vraag of het juist is dat sommige ingrepen in de Belgische ziekenhuizen veel goedkoper zijn dan wanneer zij in het land van herkomst van de patiënt worden uitgevoerd? Nogmaals, het artikel in het tijdschrift Knack doet veronderstellen dat dat inderdaad zo is. Ik kan niet genoeg onderstrepen dat wij ons goed bewust moeten zijn van wat er zich dan kan afspelen en welke dynamiek er kan ontstaan.

Ten eerste, straks zullen er collega's de onderfinanciering van de ziekenhuizen aan de orde stellen. Als ik u goed begrepen heb, mijnheer de minister, wanneer men buitenlandse patiënten behandelt, gaat de verantwoorde activiteit omhoog en kan men meer activiteiten declareren, binnen hetzelfde, vaste, Belgische bedrag dat beschikbaar is voor alle ziekenhuizen? Dat wil dus zeggen dat de spoeling dunner wordt, doordat men buitenlandse patiënten behandelt! Dat zijn toch mechanismen die niet onschuldig zijn? U zult zeer snel het effect krijgen dat iedereen dat dan maar gaat doen, omdat wanneer men het niet doet, men zelfs achteruitgaat inzake financiering, omdat er elders meer activiteiten worden gedeclareerd die met hetzelfde bedrag moeten worden gefinancierd.

Het is misschien niet zo zwart als ik het nu formuleer, maar uw antwoord doet dat alleszins veronderstellen. Met dat mechanisme moeten wij zeer voorzichtig zijn. Ik vind dat dat onze aandacht met grote prioriteit zou moeten kunnen wegdragen.

Ten tweede, u verwijst naar het akkoord dat minister Vandembroucke heeft gemaakt met de Britse overheid. U weet natuurlijk ook dat de Britten een systeem van financiering van public health hebben, terwijl bijvoorbeeld in Nederland een systeem bestaat waarin de private zorgverzekeraars een veel grotere rol spelen en waarbij het akkoord met de Nederlandse Staat überhaupt geen enkele oplossing zou bieden wat dat betreft. Immers, in dat geval sluit men geen contract met de Nederlandse overheid, maar met de private zorgverzekeraars. Daar geldt een andere constellatie. Ik vind het toch belangrijk dat u ook daaraan de nodige aandacht geeft.

Ten derde en ten laatste, u hebt niets gezegd over de prijzen. Het feit dat onze tarieven zo laag zijn voor bepaalde zware ingrepen is toch ook een punt, mijnheer de minister, dat niet onbelangrijk is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Question de Mme Marie-Claire Lambert au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la couverture vaccinale contre la grippe en maisons de repos ou de soins" (n° 503)

11 Vraag van mevrouw Marie-Claire Lambert aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de griepvaccinatiegraad in de rust- en verzorgingstehuizen" (nr. 503)

11.01 Marie-Claire Lambert (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, une enquête menée en 2002 fait apparaître que seulement 64% des personnes de plus de 60 ans s'étaient fait vacciner contre le virus de la grippe.

Or, on sait que ce virus cause le décès de 1.000 à 2.000 personnes âgées dans notre pays. Les personnes âgées ne sont pas les seules à être visées par cette vaccination puisque toute une série d'autres catégories sont aussi reprises, ce qu'on appelle les personnes à risques et, notamment aussi, ce qu'on pourrait appeler les personnes "institutionnalisées".

Selon les recommandations du conseil supérieur d'hygiène, toutes les personnes pouvant transmettre la maladie aux personnes à risques, donc aussi les personnes âgées, devraient être impérativement vaccinées. Sont donc visées ici essentiellement toutes les personnes qui travaillent en institution de soins ou de repos, que ce soit du personnel médical ou administratif.

Or, on peut constater que le personnel soignant, qui est un important vecteur de transmission dans les maisons de repos et de soins, ne montrerait pas franchement le bon exemple. En effet, d'après une étude réalisée par la KUL en Région flamande auprès de 1.097 personnes occupées dans 21 MRS de Flandre, seulement 20,7% du personnel étaient vaccinés contre la grippe.

La couverture vaccinale dans les maisons de repos qui proposent, de façon automatique, une vaccination antigrippale gratuite est de 28,9%. Lorsqu'il n'y a pas de campagne de vaccination, on se rend compte que le pourcentage dégringole alors à 6,8%.

Or, toujours selon cette étude, 13,5% du personnel de ces structures contractent la grippe en hiver. Pire, sur dix travailleurs malades, un continue à travailler pendant sa période grippale et représente, bien entendu, une source de contamination pour son entourage.

Enfin, à titre d'indication, selon le professeur Van Ranst, on peut déplorer que toutes les maisons de repos et de soins ne souscrivent pas à une campagne de vaccination antigrippale pour leur personnel. On constate dès lors que quatre personnes sur cinq travaillant dans les institutions qui hébergent des personnes âgées, ne sont pas vaccinées contre la grippe.

Face à cette situation pour le moins préoccupante, monsieur le ministre, - mais qui pourrait aussi devenir alarmante- ne conviendrait-il pas, en concertation avec les Communautés bien sûr, de prendre les mesures sanitaires urgentes qui s'imposent face à ce constat chiffré et statistique?

11.02 Rudy Demotte, ministre: En ce qui concerne la couverture vaccinale contre la grippe, notamment pour les groupes à risque, il s'agit de prévention, c'est-à-dire une matière relevant de la compétence des Communautés.

Jusqu'à présent, ce point n'a jamais été soulevé au sein du groupe de travail interministériel vaccination de la Conférence interministérielle de la Santé publique.

En ce qui concerne le personnel des structures hébergeant des personnes âgées dans les maisons de repos et de soins, la couverture vaccinale éventuelle incombe à l'employeur. Ceci ne peut se faire que

11.01 Marie-Claire Lambert (PS): De resultaten van een onderzoek in 2002 tonen aan dat slechts 64 % van de mensen ouder dan 60 jaar zich tegen het griepvirus heeft laten inenten. De chronisch zieken laten zich ook onvoldoende inenten. Deze inenting is niet alleen voor de risicogroepen bestemd. Volgens de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad zou iedereen die in een rust- of verzorgingstehuis werkt zich immers moeten laten inenten.

Nochtans zou volgens een onderzoek van de KUL bij 21 RVT-instellingen in Vlaanderen slechts 20,7 procent van het personeel zijn ingeënt, terwijl dat percentage nog afneemt tot 6,8 procent als er geen vaccinatiecampagne wordt gevoerd.

Dit onderzoek toont bovendien aan dat 13,5 procent van het personeel van die instellingen griep krijgt en dat een persoon op tien in die toestand blijft werken.

Zou het niet verstandig zijn om in overleg met de Gemeenschappen dringend maatregelen op het stuk van de gezondheid te nemen?

11.02 Minister Rudy Demotte: De griepvaccinatiegraad heeft te maken met preventie en valt dus onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Dat punt kwam nog niet aan bod in de interministeriële werkgroep vaccinatie van de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

De eventuele vaccinatie van het personeel van de

sur base volontaire.

Cependant, il me semble que la sensibilisation à ce problème est primordiale. Lors de la prochaine Conférence interministérielle de la Santé publique, je proposerai à mes collègues des Communautés de réfléchir à ces campagnes de prévention visant non seulement les groupes à risque mais également les intervenants proches, qu'ils soient professionnels ou non.

11.03 Marie-Claire Lambert (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de prendre cette initiative. Cependant, cela m'étonne qu'aucune mesure n'ait encore été prise à ce sujet. Selon moi, un encouragement, sous forme de circulaire vers toutes les institutions de soins, pourrait être envisagé en complément des campagnes de sensibilisation. A mes yeux, cette forme d'encouragement aurait un impact plus important.

11.04 Rudy Demotte, ministre: Je le répète, nous parlons d'une matière qui relève de la compétence des Communautés.

ouderlingentehuizen valt onder de verantwoordelijkheid van de werkgever en gebeurt op vrijwillige basis.

Tijdens de volgende interministeriële conferentie, zal ik mijn collega's van de Gemeenschappen voorstellen na te denken over die preventiecampagnes.

11.03 Marie-Claire Lambert (PS): Ik dank u voor dat initiatief. Het verwondert me trouwens dat op dat vlak nog niets gebeurde.

11.04 Minister Rudy Demotte: Het lijkt me een interessant idee, maar ik wijs er nogmaals op dat het om een gemeenschapsbevoegdheid gaat.

Le **président:** L'idée est tout de même intéressante.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

12 Question de Mme Sophie Pécriaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le phénomène Fun Box" (n° 507)

12 Vraag van mevrouw Sophie Pécriaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Fun Box" (nr. 507)

12.01 Sophie Pécriaux (PS): Monsieur le ministre, ma question a été déposée le 23 octobre dernier. Depuis lors, des informations complémentaires ont été communiquées par votre cabinet en la personne de votre porte-parole.

Dès lors, la pertinence de mon intervention réside dans le fait que je trouve toujours aussi inadmissible qu'on détourne aussi cyniquement une législation élaborée en faveur d'une meilleure santé pour l'ensemble de nos concitoyens. En effet, le Fun Box, housse de camouflage pour paquets de cigarette, remporte un succès grandissant en Europe. Le concept n'est pas neuf: il existe depuis belle lurette des housses en cuir ou dans d'autres matières destinées à cacher les paquets de cigarettes. Le triomphe du Fun Box découle de son caractère ludique voire attractif de ce mode d'emballage que je comparerais volontiers à la folie des faces de gsm, inutiles mais indispensables pour être "branché". À quand le Fun Box code de reconnaissance pour un groupe, même pour les non-fumeurs? Il coïncide en outre avec l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 29 mai 2002 fixant la taille des caractères des avertissements pour la santé repris sur l'emballage et faisant état de l'interdiction d'utiliser des dénominations telles que "light", "mild" ou "medium". Cet arrêté ne constitue pas un exemple de surréalisme mais transcrit tout simplement en droit belge la directive du 5 juin 2002.

Même si les messages morbides ont des allures de faire-part de décès. il faut persister dans une politique d'information courageuse et

12.01 Sophie Pécriaux (PS): De *fun box* is een doosje dat de boodschap op een pakje sigaretten verbergt en aldus een wetgeving omzeilt die tot doel heeft de gezondheid te beschermen. Ook al is het concept onaanvaardbaar, het kent een enorm succes in Europa doordat het zo ludiek en eigentijds overkomt. De aantrekkingskracht van de fun box valt samen met de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 29 mei 2002 dat de Richtlijn van 5 juni 2001 in Belgisch recht omzet. In de strijd tegen het tabaksgebruik is het van essentieel belang een moedig en oprecht informatiebeleid te blijven voeren.

Ik verneem dat uw juristen een antitabaksplan uitwerken. Hoe bent u van plan de onwettige handel in *fun boxen* in te dijken? Kan de reclamewetgeving misschien een dwanamiddel zijn? Overweeft u een

honnête sur les dangers et les conséquences du comportement tabagique. Il est d'ailleurs particulièrement déplaisant d'apprendre que certains n'hésitent pas à tourner en ridicule les avertissements sanitaires ou même à déposer des films opaques sur les messages. Monsieur le ministre, j'ai appris que vos juristes planchent sur ce dossier dans le cadre d'un futur plan anti-tabac. Dès lors, mes questions sont les suivantes.

Avez-vous trouvé le moyen de contraindre les fabricants et les distributeurs de Fun Box à abandonner leur juteux commerce? Comment se prémunir de telles tentatives flagrantes de détournement de la législation en vigueur? Il y a peut-être une piste à explorer dans la législation en matière de publicité en raison de la destination initiale du Fun Box, présenté par son créateur, un patron d'agence de publicité, comme un support publicitaire avant toute autre chose. Envisage-t-on une communication spécifique à destination du grand public en vue de contrecarrer l'effet du Fun Box? Où en êtes-vous dans l'élaboration de votre plan anti-tabac?

12.02 Rudy Demotte, ministre: Monsieur le président, la vente d'étuis à cigarettes branchés, qu'on qualifie de "fun boxes" – que je pourrais qualifier de "death boxes" – porte sur le masquage de mises en garde textuelles qui, pour moi, sont de mauvais goût mais ne sont pas nécessairement prohibées par la loi. La loi du 10 décembre 1997 interdisant la publicité pour les produits de tabac n'est applicable qu'aux produits du tabac, c'est-à-dire aux marques. A ce stade, je dis bien à ce stade, les étuis comme les fun boxes ne tombent pas sous l'application de la loi, dans la mesure où ils ne constituent pas un produit du tabac.

En l'état actuel – j'insiste, en l'état actuel – de la législation les comportements suivants sont déjà prohibés: les fun boxes sur lesquels une marque de tabac – par exemple un nom, un logo de marque – serait apposée, les fun boxes qui seraient offerts à l'achat d'un produit du tabac – le fait de remettre gratuitement une housse branchée, un étui lors de l'achat d'un paquet de cigarettes est en effet considéré comme une technique d'ordre publicitaire. Ainsi, en septembre de cette année, le service de contrôle du SPF Santé publique a adressé un procès-verbal pour une infraction de ce type. Il s'agissait d'une offre gratuite d'un étui en métal, à l'achat d'un étui de cigarettes. Par ailleurs, les services d'inspection ont déjà adressé un procès-verbal à l'encontre d'un producteur qui mettait des paquets de cigarettes dans un papier de cellophane non transparent, masquant ainsi les avertissements sanitaires.

Pour l'avenir, en ce qui concerne les fun boxes, j'examine la possibilité de sanctionner les comportements ayant manifestement pour objectif de contourner les effets de la réglementation, en masquant les avertissements sanitaires. Ce sera donc vraisemblablement une des mesures dans le plan global de lutte contre le tabac auquel je mets actuellement la dernière main. Mon intention est de présenter ce plan global antitabac au Conseil des ministres pour la fin de cette année.

12.03 Sophie Pécriaux (PS): Monsieur le président, je remercie M. le ministre pour l'attention qu'il porte à la problématique du phénomène Fun Box et pour son futur plan anti-tabac car la problématique du tabac est quand même très importante.

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

specifieke mededeling om het succes van de fun box tegen te gaan? Hoe ver is uw antitabaksplan gevorderd?

12.02 Minister Rudy Demotte: De verkoop van *fun boxen* is niet bij wet verboden. De wet van 10 december 1997 betreft enkel de tabaksproducten.

Op dit ogenblik verbiedt de wetgeving enkel *fun boxen* waarop een tabaksmerk is vermeld en fun boxes die worden geschonken bij de aankoop van een tabaksproduct.

Ik onderzoek de mogelijkheid handelingen die ertoe strekken de wet te omzeilen, te bestraffen. Die maatregel zou moeten worden opgenomen in het globaal plan ter bestrijding van het tabaksgebruik, dat eind dit jaar aan de Ministerraad zal worden voorgelegd.

13 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onderfinanciering van de stedelijke openbare ziekenhuizen" (nr. 514)
- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de versoepeling van de personeelsnormen in ziekenhuizen teneinde de structurele onderfinanciering aan te pakken" (nr. 527)
- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de precaire financiële situatie van de openbare ziekenhuizen" (nr. 699)

13 **Questions jointes de**

- Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le sous-financement des hôpitaux publics urbains" (n° 514)
- M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'assouplissement des normes en matière de personnel dans les hôpitaux afin de remédier au sous-financement structurel" (n° 527)
- Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation financière précaire des hôpitaux publics" (n° 699)

13.01 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, het ziekenhuis speelt uiteraard een belangrijke rol in ons gezondheidssysteem. Door de toenemende bestaansonzekerheid van een deel van de bevolking in de grootstedelijke kernen en in de regio's met een verouderde industrie zouden de zorginstellingen, die eigenlijk fundamenteel tot taak hebben om een gelijke toegang tot de geneeskunde te garanderen, moeten worden versterkt. Het zijn vooral de openbare ziekenhuizen die deze opdracht van algemeen belang verzekeren en daarvoor extra aandacht verdienen.

Deze ziekenhuizen zijn zich met het oog op hun doelpubliek eigenlijk gaan toespitsen op activiteiten die inzake financiering vaak verlieslatend zijn. Ik denk aan pediatrie, psychiatrie, geriatrie, revalidatie, ernstige infectieziekten enzovoort. Daarnaast is het zo dat de huidige financieringsmechanismen eigenlijk onvoldoende rekening houden met de complexiteit van het ziektebeeld, niettegenstaande verschillende studies duidelijk hebben aangetoond dat er een verband is tussen complexe ziektebeelden en de sociale situatie van de patiënt. Patiënten wachten inderdaad langer als ze uit sociaal zwakkere klassen komen om een beroep te doen op de gezondheidsdiensten, wat een nefaste weerslag heeft op hun gezondheidstoestand, waardoor ze weer langer in het ziekenhuis moeten blijven, enzovoort. Het zijn vooral de stedelijke openbare ziekenhuizen die een laatste toevluchtsoord zijn voor mensen die een medische factuur vaak niet kunnen betalen. Het zijn vooral die ziekenhuizen die worden geconfronteerd met achterstallige facturen, met niet-betalde facturen. Ik zwijg dan nog over de buitenlandse patiënten die vaak speciale aandacht vragen, die meer tijd vragen door hun taal en cultuur. Ten slotte wacht de Belgische Staat ook vaak lang met het terugbetalen van de gemaakte kosten. Daarnaast zorgt de administratieve behandeling van de sociale begeleiding van die kwetsbare groepen toch voor heel wat extra kosten. Er zijn enorme administratieve en sociale inspanningen nodig die slechts in beperkte mate worden gefinancierd.

Ik zou toch de aandacht van de minister willen vragen voor het eindrapport van de universiteit van Gent over de toegankelijkheid in de gezondheidszorg dat nog onder de vorige minister van Sociale Zaken werd voorgelegd. Dat rapport stond onder leiding van promotor professor Jan De Maeseneer die tot de conclusie komt dat er absoluut een grote nood bestaat aan informatie die verstaanbaar is voor de doelgroep van sociaal zwakkeren op het vlak van de gezondheidszorg. Een van de belangrijke conclusies van die studie is dat er bijzondere aandacht moet worden besteed aan de personeelsselectie en de navorming voor alle voorzieningen die werken met kansarmen. Er moet absoluut een

13.01 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Le rôle des hôpitaux est capital. La détérioration de la sécurité d'existence pour une partie de la population exige un développement des établissements de soins dans les grandes villes, là où il y a une concentration de personnes défavorisées. Il convient dès lors d'accorder une attention toute particulière aux hôpitaux publics qui, plus que d'autres hôpitaux, prodiguent souvent des soins de base, une activité qui n'est guère rémunératrice.

Les mécanismes de financement favorisent encore l'émergence de problèmes au sein des hôpitaux. Statistiquement, les personnes socialement défavorisées présentent des pathologies plus complexes quand elles arrivent à l'hôpital si bien qu'elles coûtent plus cher. Il est tenu insuffisamment compte de cette réalité au moment d'attribuer les crédits. Il est fréquent que ces personnes ne paient pas leurs factures ou n'en paient pas l'intégralité.

Et les hôpitaux doivent attendre longtemps toute compensation venant de l'Etat. Les frais d'administration supplémentaires qui sont engendrés par le fait que ces patients ne paient pas leurs factures augmentent encore la pression financière qui pèse sur les hôpitaux. Tous ces facteurs réunis sont à l'origine de difficultés dans les hôpitaux publics à Anvers, Bruxelles, Charleroi, Liège et Gand.

betere omkadering komen van de voorzieningen die op intensieve wijze met deze doelgroepen te maken hebben.

Dat is wat de openbare ziekenhuizen vragen: dat er voor hun specifieke opdracht, namelijk extra zorg en aandacht besteden aan de financieel zwakke groepen, een specifieke financiering wordt geplaatst. Er is een eerste stap gezet maar dat is nog onvoldoende. Daarom trekken deze ziekenhuizen, vooral in de grote steden, aan de alarmbel. Ook de armen zelf trekken aan de alarmbel. Ik verwijs naar het Antwerps Platform Generatiearmen dat vorige week nog een persconferentie heeft gegeven. Daar zei men duidelijk dat de sociale opdrachten van de openbare ziekenhuizen in de Antwerpse stedelijke context zijn: de sociale en culturele dienstverlening, een menselijk ontslagbeleid voor patiënten die extra zorg nodig hebben, een afbetalingsbeleid voor problematische betalende en gezondheidszorg voor onverzekerden.

Mijnheer de minister, de problematiek is duidelijk, zeker voor u. Wat is uw standpunt terzake? Ziet u mogelijkheden binnen onze moeilijke budgettaire toestand waarvan ik mij ten volle bewust ben? De cruciale rol die deze ziekenhuizen vervullen in de toegankelijkheid van de zorg, verdient, mijns inziens, extra aandacht.

13.02 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, ik wens me aan te sluiten bij het betoog van mevrouw De Meyer.

De financiering van de openbare ziekenhuizen blijft een terugkerend item in deze commissie. Ik wens de aandacht te vestigen op de precaire financiële situatie van deze ziekenhuizen. De concentratie van de sociale ongelijkheid in de grote steden rechtvaardigt de aanwezigheid van openbare instellingen. Omdat deze openbare ziekenhuizen meer dan andere ziekenhuizen toegang verzekeren voor de sociaal-economisch zwakkeren investeren ze minder in economisch lucratieve specialiteiten maar veeleer in noodzakelijke specialiteiten. Jammer genoeg blijven de openbare ziekenhuizen verstoken van de noodzakelijke financiële middelen. Het huidige financieringsmechanisme houdt immers geen rekening met de complexiteit van het ziektebeeld en de sociale situatie van de patiënt waartussen een ontegensprekelijk verband bestaat. Bovendien hebben deze ziekenhuizen extra uitgaven omdat ze speciale aandacht moeten besteden aan buitenlandse patiënten vanwege hun taal en cultuur. Aanvullend zorgt de administratieve behandeling van de sociale begeleiding van de meest kwetsbare groepen van de bevolking ook voor specifieke kosten.

Mijnheer de minister, dit is slechts een greep uit de vele opdrachten die een openbaar ziekenhuis vervult binnen zijn sociale opdracht. Indien u deze taken belangrijk vindt, moet u ervoor zorgen dat deze opdrachten verder kunnen worden uitgevoerd. Dit betekent dat deze opdrachten gefinancierd moeten worden.

De gemeenten en OCMW's zijn niet langer in staat de tekorten goed te maken die onvermijdelijk het gevolg zijn van de onderfinanciering, de meerkosten en de onvolledige ontvangsten.

Mijnheer de minister, erkent u deze problematiek? Welke acties plant u in de toekomst om aan de specifieke noden van de openbare ziekenhuizen tegemoet te komen? Hierbij kan gedacht worden aan een betere compensatie van de specifieke kosten verbonden aan de sociaal-economisch kwetsbare patiënten, de zogenaamde B8, een betere financiering van bepaalde diensten zoals geriatrie en pediatrie of een financiering oorzaken die aangepast is aan de tvouische eisen van

lesquels sont le plus durement touchés par le sous-financement structurel de tous les hôpitaux.

Ce sous-financement, ces coûts supplémentaires et ces recettes incomplètes menacent l'existence même des hôpitaux. Le ministre pourrait-il préciser son point de vue? Quelles mesures envisage-t-il?

13.02 Maya Detiège (sp.a-spirit):

Les hôpitaux publics se trouvent dans une situation financière précaire en raison de la forte concentration de personnes socialement défavorisées dans leurs établissements, de leurs spécialités indispensables mais peu rémunératrices, de la charge administrative supplémentaire due au profil des patients et de l'accompagnement supplémentaire que les patients étrangers requièrent.

Si le ministre juge importantes les missions sociales des hôpitaux publics, il devra fournir à leur effet un financement supplémentaire. Le ministre l'admet-il? Quelles actions envisage-t-il? Les ministres se concerteront-ils avec tous les partenaires et toutes les autorités concernées?

patiënten die lijden aan typische infectieziekten. Zult u overleg plegen met al de partners, zowel met de openbare ziekenhuizen als met de andere overheden die hierbij betrokken zijn?

13.03 Luc Goutry (CD&V): Collega's, ik sluit mij daar kort bij aan.

Mijnheer de minister, mijn uiteenzetting bevat eigenlijk drie punten. Collega's, wat u hier hebt opgemerkt is uiteraard een belangrijke materie. Ik heb dat ook vorige week al aan de orde gebracht tijdens de begrotingsbespreking. Wij zullen er morgen, bij de bespreking van de beleidsnota, zeker en vast op terugkomen. Dit is natuurlijk één van de fundamentele pijlers van ons gezondheidsbeleid, de werking en financiering van de ziekenhuizen. U weet dat mijn punt toen was dat er een structurele onderfinanciering van alle ziekenhuizen is.

Collega De Meyer, bij het totstandkomen van de gezondheidswet in de zomer van 2002 hebben wij een lange discussie gevoerd over de verpleegdagprijs in ziekenhuizen, de samenstelling ervan. We hebben toen de B8 ingevoerd, met de sociale factoren. We hebben echter gezegd dat men ervoor moet opletten dat dit geen vertekening wordt en dat niet alleen de B8 gevoed wordt, wat ten koste zou gaan van de B2 waarmee het personeel moet worden betaald. Ik denk dat het zeer belangrijk is in de hele discussie dat we moeten zien dat we niet op basis van de zogenaamde sociale factoren aan ziekenhuizen middelen toekennen, hoewel we denken dat dit voldoende is en eigenlijk niet zien dat er een onderfinanciering is in alle ziekenhuizen. Herinner u dat we toen gezegd hebben dat het niet altijd zo duidelijk is. Ik denk dat de tijd voorbij is dat de openbare ziekenhuizen alle patiënten opnemen en privé-ziekenhuizen patiënten zouden weigeren, behalve dan in Brussel en misschien in de grote agglomeraties waar ik de situatie minder goed ken. Dit kan echter zeker niet veralgemeend worden. Er zijn zeer veel privé-ziekenhuizen die nooit vragen naar de sociale en financiële toestand van de mensen. Natuurlijk zitten zij dan ook met die factuur die zogenaamd via de B8 gerecupereerd zou moeten worden. Zij krijgen dat echter niet omdat zij niet voldoen aan de parameters. Dat is een eerste bedenking. Mijnheer de minister, ik vraag dus om niet alleen de openbare maar alle ziekenhuizen te bekijken.

Ik heb nog een tweede vraag. Mijnheer de minister, op een bepaald ogenblik hebt u aangekondigd dat, als er toch personeel tekort zou zijn in ziekenhuizen, men soepel zou zijn met de normen, bijvoorbeeld voor de neonatologie die flink omkaderd is. Misschien kunnen we de ziekenhuizen voldoende speelruimte geven om daar zelf wat personeel te recupereren en het eventueel te verschuiven naar andere diensten. Ik ben echter nogal voorzichtig met dit soort dingen. Totnogtoe hebben wij altijd normen opgelegd. We hebben steeds per aantal bedden de omkadering per dienst strikt genormeerd. Als wij nu zeggen dat men het zelf mag uitzoeken en dat men personeel mag verschuiven naar behoefte, dan zetten wij een gevaarlijke operatie in die zeker implicaties kan hebben voor de kwaliteit. Ik zou het nog kunnen volgen dat men dit doet voor neonatologie omdat de omkadering daar nog redelijk ruim is. Voor bijvoorbeeld spoedgevallen zou ik echter zeker de aandacht willen vragen. Er is al reactie gekomen van mensen van de spoeddiensten die zeggen dat men niet moet denken dat zij mensen te veel hebben zodat de normen soepeler zouden kunnen worden gehanteerd.

Daarom wil ik u vragen wat nu eigenlijk de onderliggende bedoeling was. Houdt u dit voorstel aan? In welk kader situeert u dat? Uiteraard zal ik daar morgen ook nog een paar dingen over zeggen.

13.04 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, ik zal eerst de

13.03 Luc Goutry (CD&V): Les problèmes des hôpitaux publics sont indéniables mais à cet égard je rappellerai que tous les hôpitaux souffrent d'un sous-financement structurel. De nombreux hôpitaux privés sont confrontés aux mêmes problèmes car il n'y a pas de discrimination lors de l'admission des patients.

Le ministre a récemment manifesté son intention d'assouplir les normes en matière de personnel pour certains services hospitaliers. En d'autres termes, il y aurait donc moins de personnel pour accomplir les mêmes tâches. Les normes en question avaient été définies à l'issue de discussions approfondies. Le ministre entend-il à présent les remettre en cause? Ne craint-il pas qu'un assouplissement des normes pourrait avoir des répercussions sur la qualité?

13.04 Rudy Demotte, ministre:

vragen van mevrouw De Meyer beantwoorden. Mevrouw, ik ben het met u eens dat de gezondheidsproblematiek in grootstedelijke gebieden een eigen specificiteit vertoont. Hiermee dient terdege rekening te worden gehouden bij de organisatie van een adequate gezondheidszorg. Ziekenhuizen spelen hierin een belangrijke rol. Het lijkt mij dan ook billijk tegemoet te komen aan de administratieve en medische meerkosten die de opvang en verzorging van de door u geschetste patiëntengroep met zich meebrengt. Dit staat mijns inziens overigens los van het statuut van het ziekenhuis.

Ik ben mij bewust van de gerapporteerde onderfinanciering van de ziekenhuizen. Zoals reeds aangekondigd, laat ik het rapport dat hieromtrent recent werd opgesteld op basis van gegevens die door de ziekenhuizen zelf werden aangereikt, door het Federaal Kenniscentrum valideren. In afwachting daarvan heb ik alvast bij de begrotingsopmaak in 2004 voor de sector 34,8 miljoen euro vrijgemaakt. Hiermee wordt eerst en vooral de verdere toename van de onderfinanciering gestopt en wordt een eerste, zij het beperkte stap gezet naar een herfinanciering. Ook de bijkomende injectie van 14 miljoen euro voor een bredere terugbetaling van medisch materiaal zal het ziekenhuisbudget ontlasten. Hierbij komt nog de specifieke financiering voor ziekenhuizen met een sociaal-economisch zwak patiëntenprofiel, de zogenaamde B8. Ik beschik nu niet over de budgettaire ruimte om deze enveloppe uit te breiden.

Sommigen vragen in hoeverre deze enveloppe optimaal is verdeeld en of de procedure voor vergoeding van ziekenhuizen voor de verzorging van niet-verzekerde patiënten niet kan worden vereenvoudigd en versneld. Ik ben bereid om over deze punten een reflectie aan te gaan.

Ik zal nu antwoorden op de vragen van mevrouw Detiège. Zoals reeds gesteld, erken ik de gezondheidsproblematiek die zich voordoet in grootstedelijke gebieden en die een eigen specificiteit vertoont. Het lijkt mij billijk om tegemoet te komen aan de administratieve en medische meerkosten die de opvang en verzorging van de door u geschetste patiëntengroep met zich meebrengt. Dit staat mijns inziens overigens los van het statuut van het ziekenhuis. Ik heb dat al gezegd en herhaal het nogmaals, want het is belangrijk.

Ik heb reeds in deze commissie de maatregelen uiteengezet die ik heb genomen met betrekking tot de gerapporteerde onderfinanciering van de ziekenhuizen. Ik ben bereid tot reflectie rond de specifieke financiering voor ziekenhuizen met een sociaal-economisch zwak patiëntenprofiel. Ik herhaal nogmaals dat ik niet beschik over de budgettaire ruimte om deze enveloppe uit te breiden. Sommigen vragen zich af of we iets beter kunnen doen met dezelfde enveloppe. Ik denk dat het mogelijk is, maar ik heb de oplossing nog niet en ik moet dit nog met de verschillende actoren bespreken.

Tevens wordt gevraagd of de procedures voor vergoeding van ziekenhuizen en voor de verzorging van de niet-verzekerde patiënten niet kan worden vereenvoudigd en versneld. Ik ben er zeker van dat het beter en vlugger kan.

Een ander element in uw vraag is of er een verschil is tussen de openbare en de privé-ziekenhuizen. Los van de behandelde pathologie zijn de globale financieringsregels die worden gehanteerd bij de berekening van het ziekenhuisbudget gelijklopend. Wel kunnen met allerlei akkoorden de hiermee te financieren globale loonlasten beïnvloeden en dus verschillen creëren in de rentabiliteit van de openbare en de privé-ziekenhuizen. Ik denk bijvoorbeeld aan de recente maatregel die de openbare ziekenhuizen uitsluit van een verlaging van

La problématique de santé dans les grandes villes est en effet spécifique et il convient d'en tenir compte. La prise en charge des coûts médicaux et administratifs supplémentaires qui résultent de l'accueil des personnes socialement défavorisées se justifie. A mes yeux, cet aspect n'a aucun rapport avec le statut de l'hôpital.

Je suis conscient du sous-financement des hôpitaux. Je laisse le soin au Centre d'expertise fédéral de valider le rapport rédigé à ce propos. Une première étape limitée vers un refinancement a été franchie par la libération d'un montant de 34,8 millions d'euros lors de la confection du budget de 2004.

L'injection de 14 millions d'euros supplémentaires pour un remboursement plus large du matériel médical allégera également le budget des hôpitaux.

Je reconnais que la problématique de la santé présente un profil spécifique dans les grandes villes. Il est équitable d'intervenir dans les frais administratifs et médicaux supplémentaires générés par une telle patientelle spécifique, indépendamment du statut de l'hôpital.

J'ai déjà pris des mesures concernant le sous-financement des hôpitaux. Je suis prêt à discuter du financement spécifique des hôpitaux qui accueillent une patientelle au profil socio-économique faible. Il n'y a actuellement pas de marge budgétaire pour élargir cette enveloppe. Certains s'interrogent sur la répartition optimale de cette enveloppe. Je pense qu'il est possible, en opérant des aménagements, de faire plus avec la même enveloppe. On peut également se demander s'il ne serait pas possible de simplifier et d'accélérer les procédures d'indemnisation pour les soins des patients non assurés.

Les règles générales de financement sont identiques pour

patronale lasten voor lage en hoge inkomens.

Ik beantwoord nu de vragen van de heer Goutry. Eerst wil ik er u attent op maken dat de voorbeelden die ik aanhaalde in mijn brief aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen betrekking hebben op ziekenhuisdiensten, -afdelingen en -functies waarvoor een normering qua personeelsomkadering werd opgelegd.

Dat betekent niet dat ik een specifieke herziening van de normen viseer. De vraag aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen is een open vraag.

Ik stel zeer duidelijk dat dit geen weerslag mag hebben op de kwaliteit. Het is ook niet mijn bedoeling om vroegere, grondige discussies in de commissie voor Ziekenhuisvoorzieningen ter discussie te stellen. Alleen ben ik van oordeel dat de visie op medische praktijkvoering in ziekenhuizen verandert doorheen de tijd. Van een sterk afdelingengebonden aanpak evolueert men steeds meer naar de visie van een patiëntgeoriënteerd zorgtraject. Het lijkt mij nuttig om na te gaan of de norm op het vlak van personeelomkadering zowel qua aantal als qua kwalificatiegraad daarop afgestemd zijn. Gelet op het dreigend personeelstekort moet dat juist toelaten om een beschikbare ploeg gekwalificeerde verpleegkundigen in te zetten op plaatsen waar de patiëntenzorg er het meeste baat bij vindt.

Dat houdt voor de sector een inhoudelijke revalorisatie in en niet, zoals u laat uitschijnen, een saneringsoperatie. U zegt dat niet alleen, want ik heb dat ook al op andere plaatsen gehoord dat dit banen zou kosten. Ik heb zelfs het cijfer van 100.000 banen gehoord. Dat heeft geen zin. Het is duidelijk dat ik geen extra normeringen opleg en evenmin de bestaande financiering wil afbouwen, integendeel. Dat heb ik bewezen bij de opmaak van de begroting-2004. Ik heb het juist herhaald. Ik breng nieuwe middelen bij de budgetten. Ik weet dat er een tekort bestaat. Ik laat het Kenniscentrum nu de cijfers bestuderen waarover wij beschikken. Wij zullen daaruit conclusies trekken.

Ik wil nagaan of binnen de ziekenhuizen de personeelsomkadering anders ingevuld kan worden dan op basis van structurele normen. Ook wil ik nagaan of alle taakopdrachten wel degelijk door hooggekwalificeerde verpleegkundigen ingevuld dienen te worden. U merkt zelf terecht op dat er een tekort aan hooggekwalificeerde verpleegkundigen dreigt. U ziet dus dat ik geen versoepeling wil om besparingen te doen, maar wel om een beter en efficiënter systeem in te voeren.

les hôpitaux publics et privés. Des accords de nature diverse peuvent toutefois influencer sur la charge salariale totale, et donc déterminer la rentabilité des hôpitaux. Je songe à la récente mesure qui exclut les hôpitaux publics du bénéfice d'une diminution des charges patronales pour les salaires bas et élevés.

Les exemples que je cite dans ma lettre au Conseil national des établissements hospitaliers ont trait aux services hospitaliers, aux sections et aux fonctions pour lesquelles une normalisation a été imposée en matière d'encadrement en personnel. Je ne vise pas à revoir les normes; la question adressée au Conseil national est ouverte. La qualité ne peut en pâtir. Je considère que la conception de la pratique médicale évolue. L'approche évolue d'une pratique étroitement liée aux sections de l'hôpital à un parcours de soins axé sur le patient.

Nous devons vérifier si les normes en matière d'encadrement en personnel suivent cette évolution, sur le plan tant qualitatif que quantitatif. A la lumière de la pénurie de personnel qui menace, le personnel infirmier hautement qualifié disponible doit être affecté là où il servira le mieux les intérêts des soins aux patients. Il n'en résultera pas une opération d'assainissement dévoreuse d'emplois, comme le suggère M. Goutry. Je n'impose pas de normes supplémentaires et je ne souhaite pas non plus réduire le financement existant.

J'en veux d'ailleurs pour preuve le budget de l'année prochaine. J'ai l'intention de vérifier, d'une part, si l'encadrement en personnel dans les hôpitaux peut être complété autrement que sur la base des normes structurelles et, d'autre part, si toutes les tâches doivent être effectuées par du personnel infirmier hautement qualifié.

13.05 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, ik ben tevreden met het antwoord van de minister. Dank u wel.

13.06 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de minister, ook ik zal mij in mijn repliek beperken, omdat wij daarop morgen, bij de bespreking van de beleidsbrief, ongetwijfeld verder zullen ingaan, want het is inderdaad een zeer belangrijke materie.

Ik heb u nooit de woorden in de mond gelegd dat u zou saneren of dat u mensen zou laten afvloeien. Wel had ik het over verschuiven. Toch houd ik mijn hart vast. Een structureel probleem van onderfinanciering kan u namelijk wel wat maskeren met verschuivingen, maar u kan dat maar op één manier oplossen, namelijk door het structureel probleem weg te nemen en ervoor te zorgen dat er niet 18 miljard Belgische frank aan problemen zijn, maar dat er een plan is waardoor die onderfinanciering geleidelijk wordt weggewerkt. U spreekt van de toevoer van 38 miljoen nieuwe middelen, maar ik heb u vorige week ook gezegd dat er anderzijds voor 50 miljoen aan middelen bespaard zal worden.

13.07 Minister Rudy Demotte: Staat u mij toe om nog even kort te antwoorden.

Eenzijds is dat een structurele oplossing. Ik breng namelijk gestructureerde middelen in.

Anderzijds zal ik de bedragen vanaf nu pas op 1 juli van het jaar betalen. Dat betekent dat wij een theoretische besparing doen.

Beide mogen dus niet worden vergeleken. Ik zal het morgen bij de bespreking van de beleidsbrief wat meer detailleren.

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

14 Vraag van mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "nepsnoep en nepmedicamenten op de Belgische markt" (nr. 595)

14 Question de Mme Hilde Dierickx au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les contrefaçons de bonbons et de médicaments disponibles sur le marché belge" (n° 595)

14.01 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik had inderdaad een vraag over namaaksnoep en namaakmedicamenten die meer en meer op de Belgische markt verschijnen.

Het is al jaren bekend dat heel wat namaakartikelen op de wereldmarkt en dus ook op de Belgische markt verschijnen. We weten allemaal van kleding, handtassen, parfum, uurwerken en zo verder. Volgens cijfers van de EU zou sinds 2001 het aantal namaaklevensmiddelen even groot zijn als het aantal namaakkleding. De laatste maanden en jaren verschijnen ook meer en meer namaakmedicamenten en namaaksnoepgoed op de Belgische markt. Dat kan een bedreiging vormen voor de volksgezondheid. De bevolking beseft immers niet altijd dat het hier om gevaarlijke producten kan gaan.

Het probleem van de namaakmedicamenten die volgens internationale cijfers 6% tot 7% uitmaken van de verbruikte medicamenten, is drieërlei. Ten eerste, er zitten meestal de juiste bestanddelen in, maar ze zijn op de verkeerde manier vermengd. Ten tweede, het kan om verkeerde, giftige bestanddelen gaan. Ten derde, actieve bestanddelen kunnen ontbreken. Zoals gezegd zijn de patiënten zich niet altijd bewust dat ze dit innemen, maar het geeft ook een vertekend beeld aan de arts over de juiste evolutie van het ziektepatroon van zijn patiënt. Het probleem van namaaksnoep en namaakmedicamenten is vooral dat het meestal wordt besteld via internet en zo niet via het normale circuit tot

13.06 Luc Goutry (CD&V): Je n'ai pas dit que le ministre entend assainir ni programmer des départs. Mais il me semble qu'il faut aborder le problème du sous-financement sous l'angle d'une mesure structurelle.

13.07 Rudy Demotte, ministre: Demain, lors de l'examen de ma note de politique générale, je pourrai fournir davantage d'explications à cet égard.

14.01 Hilde Dierickx (VLD): De nombreux articles contrefaits surgissent sur le marché belge: vêtements, parfums, accessoires de mode, horlogerie. Depuis quelque temps, des bonbons et des médicaments contrefaits ont également fait leur apparition. Ces produits ne sont bien évidemment pas sans risques pour la santé publique. Les consommateurs n'en perçoivent pas toujours le danger potentiel. Le principe actif est absent de nombreuses contrefaçons de médicaments. Ces derniers n'agissent dès lors pas et le médecin appréhende mal l'état de son patient.

Des mesures ont-elles été prises pour lutter contre la mise sur le marché de produits contrefaits sur le marché? La douane est-elle en mesure d'intercepter ces produits? Y a-t-il un débat aux niveaux

bij de consument komt. Het is natuurlijk een mondiaal probleem. Bestellen via internet kan iedereen. Wat kunnen wij daar nu aan doen? Omdat dit een probleem is voor de volksgezondheid, heb ik daarover enkele vragen.

Wordt in deze zaak actie ondernomen voor de bevolking? Wordt bijvoorbeeld een informatiecampaigned gericht naar de bevolking of naar de artsen? De producten kunnen wel worden onderschept door de douane, die ongeveer 10% tot 15% van de producten kan controleren, maar is er een garantie dat alle producten kunnen worden onderschept? Worden er eventueel maatregelen genomen om deze nepproducten tijdig op te sporen en tijdig te vernietigen? Is er Europees en mondiaal overleg, mondiaal, omdat de meeste producten in Azië geproduceerd worden?

14.02 Minister **Rudy Demotte**: Mevrouw, ik ga uw verschillende vragen specifiek beantwoorden.

Ten eerste, wordt er actie ondernomen in deze zaak die een gevaar vormt voor de gezondheid van de bevolking? Er is een continue waakzaamheid ingesteld, vooral qua hoogte van invoer van geneesmiddelen, door de douane. Namaak vindt men in België hoofdzakelijk in sportmilieus - in body building denk ik aan namaak van anabolica - via het internet, postzendingen en sporadische smokkel - georganiseerde misdaad - van geneesmiddelen. Nepmedicamenten bestaan voornamelijk uit anabolica en viagra. In deze wordt met de security-afdelingen van de reguliere producenten nauw samengewerkt. Tot op heden werd in de officiële distributiecircuiten geen namaakmedicamenten waargenomen.

We dienen echter waakzaam te zijn.

In uw tweede vraag vroeg u of er een garantie is dat alle producten door de douane kunnen worden onderschept. Een totale garantie bestaat niet, omdat de douane zich hoofdzakelijk tot monitoring van het extracommunautair verkeer beperkt. Door de open binnengrenzen is men echter niet zeker dat vanuit de lidstaten geen namaakproducten worden aangevoerd.

In uw derde vraag vroeg u of het niet best zou zijn om een informatiecampaigned voor de bevolking op te starten. Wij dringen reeds jaren aan op informatie aan de bevolking in verband met mogelijke namaak, alsook voor vervalsing, afleiding, vervalste voedingssupplementen, valse therapeutische claims, boerenbedrog enzovoort. Volgende week wordt het probleem in Humo hopelijk uitgebreid naar voren gebracht.

In uw vierde vraag vroeg u of er Europees en mondiaal overleg is. Europees overleg lijkt mij nuttig wegens de open grenzen met onze buurlanden. Mondiaal overleg lijkt mij nuttig, omdat de meeste producten in Azië worden geproduceerd. Momenteel neem ik deel aan een werkgroep ad hoc binnen de Raad van Europa die het probleem van de namaakproducten behandelt. De bedoeling van de werkgroep is het probleem in te schatten en een modelprocedure op te stellen, die moet leiden tot een guideline. Jaarlijks wordt eveneens een internationale maar informele, operationale meeting gehouden, waarbij terreingegevens worden uitgewisseld en informele netwerking wordt nagestreefd.

européen et mondial? Le ministre envisage-t-il une campagne d'information pour la population?

14.02 **Rudy Demotte**, ministre: Je pense comme Mme Dierickx que nous devons rester vigilants face au phénomène des médicaments contrefaits. Particulièrement dans le milieu sportif, on observe l'apparition d'un nombre toujours croissant de tels articles. Je pense à l'anabolica ou au viagra, qu'on se procure surtout par Internet ou par la vente par correspondance.

Il existe une coopération étroite avec les fabricants des produits originaux pour mettre un terme à cette situation. Jusqu'ici, aucun produit contrefait n'a été retrouvé sur le marché officiel.

Hélas, on ne peut garantir que la totalité de ces produits pourra être interceptée par la douane, compte tenu de l'ouverture des frontières avec les pays voisins.

A la question de savoir si nous devons mener une campagne d'information à l'intention des citoyens, je réponds que nous demandons depuis longtemps déjà des informations sur toutes les formes de contrefaçon.

Une concertation à l'échelle européenne s'avère utile en raison de l'ouverture des frontières avec les pays voisins. Il en va de même au niveau mondial du fait que la plupart des produits proviennent d'Asie. Au sein du Conseil de l'Europe, je participe à un groupe de travail ad hoc sur les produits contrefaits. Les discussions doivent aboutir à l'élaboration d'une directive. En outre, une réunion informelle visant à échanger des

données et à élaborer un réseau informel est organisée chaque année.

14.03 Hilde Dierickx (VLD): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Dat volstaat.

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

15 Interpellation de M. Josy Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les besoins spécifiques des institutions hospitalières de la province du Luxembourg" (n° 85)

15 Interpellatie van de heer Josy Arens tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de specifieke behoeften van de ziekenhuizen in de provincie Luxemburg" (nr. 85)

15.01 Josy Arens (cdH): Monsieur le ministre, je voudrais revenir – et si je dis revenir, c'est que j'avais déjà interpellé, sous la législature précédente, votre prédécesseur – sur ce problème qui me semble vraiment très important. Je voudrais donc revenir sur une situation inacceptable vécue en province du Luxembourg et significative des difficultés auxquelles sont confrontés les hôpitaux de la province du Luxembourg. La situation reste toujours sans solution.

Un patient - une vingtaine de patients sont concernés, par an, par ce problème - est venu en urgence passer une coronographie aux cliniques du Sud-Luxembourg à Arlon (CSL). Son état étant très grave, le cardiologue a décidé – pour lui sauver la vie – de procéder à une dilatation de son artère coronaire.

La vie du patient est sauvée mais ses ennuis commencent: l'INAMI refuse le remboursement de l'acte de dilatation de ce patient (cela représente un montant de plus de 7.000 €) parce que cette intervention a été faite dans un hôpital qui ne bénéficie pas d'un programme de soins pathologiques cardiaques B complet.

Les conditions fixant les normes auxquelles les programmes de soins pathologiques cardiaques sont fixées par l'arrêté royal du 28 août 2002. L'application de cet AR a abouti à la reconnaissance de cinq centres agréés en pathologie cardiaque B en Wallonie: trois dans le Hainaut, un à Namur et un à Liège. Bien que les CSL - cliniques du Sud Luxembourg - aient posé une candidature au nom des trois hôpitaux luxembourgeois, la réglementation a donné une préférence au programme préexistant.

La programmation doit faire en sorte de rétablir une égalité de traitement entre tous les citoyens. Le principe de l'équité dans l'accessibilité aux soins a été compromis par ce choix.

En conséquence, l'hôpital d'Arlon ne bénéficie que d'agréments partiels B1 permettant uniquement de faire des examens de coronographie. Cependant, l'équipement et les compétences des médecins sont quasi identiques pour les programmes de soins pathologiques cardiaques B1 et B2, thérapies interventionnelles non chirurgicales, les machines pour le B1 et le B2 sont les mêmes; les compétences sont donc bien présentes au sein de l'hôpital d'Arlon, surtout quand on sait que ceux qui pratiquent ces interventions à Arlon les pratiquent massivement dans d'autres hôpitaux de notre pays.

Le scandale, dans l'affaire, est que ce monsieur n'est pas remboursé pour un acte urgent considéré comme vital parce qu'il est fait dans un centre qui n'a pas d'accord. Tout transfert aux cliniques universitaires de Mont-Godinne, hôpital le plus proche disposant d'un agrément B complet, aurait été fatal pour ce patient.

15.01 Josy Arens (cdH): Een chirurg besliste een dilatatie van de kransslagader uit te voeren bij een patiënt die in de urgentiedienst van de Cliniques du Sud-Luxembourg was binnengebracht om er een coronariografie te ondergaan. Het leven van de patiënt werd gered, maar het RIZIV weigert de ingreep terug te betalen omdat het ziekenhuis van Aarlen geen deel uitmaakt van de vijf centra die erkend zijn voor een B2-programma in het kader waarvan die ingreep is erkend. Het is wel erkend voor een B1-programma, dat enkel een coronariografie toestaat.

De patiënt kon niet naar Mont-Godinne, het dichtstbijzijnde erkende centrum, worden vervoerd. Bovendien is de deskundigheid en de apparatuur dezelfde voor een B1 en een B2-programma en voeren de artsen van Aarlen in andere instellingen ingrepen uit die onder het B2-programma vallen.

De programmatie moet de billijkheid op het stuk van de toegang tot de verzorging herstellen.

Is het normaal dat een levensnoodzakelijke en dringende ingreep niet door de sociale zekerheid wordt terugbetaald?

Hoe zit het met de verantwoordelijkheid van de zorgverstrekker en de ziekenhuisbeheerder in dat geval?

Staat de regelgeving niet haaks op de wet, die bepaalt dat de patiënt recht heeft op een kwalitatief

Mes questions, monsieur le ministre, sont donc les suivantes:

1. Est-il normal qu'un acte - vital pour un patient - posé en urgence ne puisse être remboursé par l'assurance soins de santé ?
2. Qu'en est-il de la responsabilité du prestataire de soins et du gestionnaire de l'hôpital confrontés au cas d'urgence alors qu'ils savent que cet acte n'est pas autorisé dans leur institution ?
3. N'y a-t-il pas contradiction entre la loi sur les droits du patient - qui prévoit en son article 5 que le patient a droit à des prestations de qualité répondant à ses besoins - et la réglementation définissant l'organisation des institutions de soins de santé ?

Et je voudrais ajouter à mes questions une suggestion et un très grand espoir, connaissant très bien le nouveau ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. J'espère, monsieur le ministre, que, dans les semaines qui viennent, nous obtiendrons que les cliniques du Sud-Luxembourg soient les sixièmes à obtenir l'agrément voulu pour pratiquer cette intervention là-bas.

Voilà, monsieur le président, monsieur le ministre, mes questions et ma suggestion.

15.02 Rudy Demotte, ministre: Je vais essayer d'être bref pour notre confort à tous. Mais, aussi, de rester précis dans la réponse.

Ne connaissant pas le détail du dossier médical du patient, je ne peux évidemment pas me prononcer sur l'état clinique de celui-ci, ni même sur l'efficacité relative des différentes options thérapeutiques qui se posaient et là je pense que les membres de la commission le comprendront.

Par principe, je suis tout à fait d'accord que nous devons assurer le principe d'équité dans l'accessibilité pour tous à une médecine de haute qualité, par le biais d'un système de soins de santé durable à long terme. C'est d'ailleurs pourquoi une condamnation de certains services s'impose, basée entre autres sur des critères d'activités.

Il apparaît clairement que, dans certaines situations, un seuil d'activité minimum est requis pour garantir la qualité des prestations. Des recommandations officielles du "Belgian Working Group on Invasive Cardiology" – Acta Cardiol 2003.58.341-8 -, il apparaît qu'en dessous d'un certain nombre de dilatations coronariennes, le taux de complications augmente. Dès lors, il s'avère nécessaire, pour garantir la qualité des soins, d'imposer un seuil d'activité comme critère d'agrément.

Votre question en soulève directement une autre. Avons-nous le droit de proposer à une population des soins qui risquent de ne pas atteindre la qualité désirée parce qu'ils ne sont pas pratiqués à une fréquence suffisante pour garantir un taux de complications le plus bas possible ?

Une gestion budgétaire responsable de notre système de soins de santé implique des choix dans le remboursement d'actes médicaux et donc de favoriser ceux qui ont une réelle valeur ajoutée. Si, dans le cadre d'une programmation de services de soins, basée sur des critères de qualité de soins, ceci ne peut être retenu, il me semble logique que la prestation ne soit pas remboursée.

Chaque médecin est tenu d'offrir les meilleurs soins possibles, tenant compte des possibilités qui sont à sa disposition. Le transfert d'un patient vers un centre qui dispose des techniques requises, peut dès lors se révéler une option valable. Je voudrais aussi noter que, pour des

hoogstaande verzorging die overeenstemt met zijn behoeften?

Ik hoop dat de Cliniques du Sud-Luxembourg snel als zesde centrum voor de desbetreffende ingreep worden erkend.

15.02 Minister **Rudy Demotte**: Ik ken het dossier van de patiënt niet en kan mij dus niet uitspreken over de mogelijke therapeutische opties.

Ik ben het met u eens dat eenieder gelijke toegang dient te hebben tot kwalitatief hoogstaande medische verzorging, en dit via een stelsel van duurzame gezondheidszorg.

Om de kwaliteit van de zorgverstrekking te verzekeren is dan ook een programmering vereist. Deze dient te zijn gestoeld op een aantal criteria, waaronder dat van de minimale activiteitsgraad.

Indien men bij de programmering van de gezondheidszorg de kwaliteit van de zorgverlening vooropstelt, is het logisch dat de medische handelingen die geen echte toegevoegde waarde hebben, niet worden terugbetaald.

De patiënt doorverwijzen naar een centrum dat over de vereiste technieken beschikt, kan een waardevolle optie zijn. De wet voorziet in de mogelijkheid om strafrechtelijke en financiële sancties op te leggen aan ziekenhuizen die zonder toestemming een dienst uitbaten of een programma aanbieden.

De begroting voor de gezondheidszorg is een delicaat compromis tussen de ideale

raisons de qualité de la santé publique et de sécurité du patient, la loi sur les hôpitaux prévoit la possibilité d'une sanction pénale et financière au moyen d'une réduction du budget des moyens financiers envers un hôpital qui exploite un service médico-technique, un programme de soins qui n'aurait pas obtenu un agrément préalable.

Pour terminer, il n'est évidemment pas possible d'installer un service de cardiologie invasive à la porte de chaque patient à risque. Le budget des soins de santé reste malheureusement un compromis entre un idéal théorique et le souci de rendre disponibles des soins de qualité pour le plus grand nombre de citoyens. C'est là un exercice difficile. Mais c'est aussi une condition - je l'ai déjà exprimé dans cette commission à plusieurs reprises - du maintien d'un système de santé durable.

Je voudrais préciser qu'en Wallonie, monsieur Arens, il y a neuf et non cinq sites hospitaliers reconnus qui exploitent un programme de soins B complet.

Considérant les éléments précités, notamment le nombre minimal de prestations requis pour garantir durablement une qualité, compte tenu de ce que je viens de dire sur l'équilibre entre l'idéal et les capacités, il est incontestable que l'offre de ce programme de soins est globalement suffisante sur le territoire, même si je reconnais qu'il est toujours pénible de se trouver dans une zone qui considère à priori ne pas être suffisamment desservie.

15.03 Josy Arens (cdH): Monsieur le président, je tiens à remercier le ministre pour sa réponse qui vient de me surprendre.

En effet, monsieur le ministre, quand vous parlez de nombre minimal de prestations, j'imagine que c'est par médecin. Je précise que, dans ce cas, les médecins qui pratiquent dans une institution universitaire sont les mêmes que ceux qui pratiquent à Arlon, ce qui veut dire que le nombre minimal requis existe. Il faut savoir que l'équipement existe également à Arlon.

Je suis donc surpris de la réponse du ministre. En effet, Mont-Godinne se trouve à 120 km d'Arlon, ce qui veut dire que le patient risque de ne plus pouvoir être soigné, une fois sur place.

J'avais décidé de ne pas déposer de motion, car c'est la première interpellation que l'on vous adresse, monsieur le ministre, depuis que vous avez pris vos fonctions. Cependant, je vais en déposer une pour demander au gouvernement de vous soutenir et d'aider les cliniques d'Arlon. En effet, à côté d'Arlon, il y a Luxembourg qui se développe beaucoup. Si nous n'obtenons pas les agréments nécessaires pour Arlon, les patients iront à Luxembourg et demain, la province de Luxembourg ne disposera plus que de petits hôpitaux de brousse, ce qui est inacceptable.

Motions **Moties**

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

Une motion de recommandation a été déposée par M. Josy Arens et est libellée comme suit:
"La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de M. Josy Arens
et la réponse du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

situatie en de zorg om eenieder gelijke toegang tot de gezondheidszorg te verschaffen. Wallonië beschikt niet over vijf maar over negen centra met een volledig B-programma. Dit aanbod is over het algemeen voldoende.

15.03 Joseph Arens (cdH): Het antwoord van de minister verrast mij.

De minimale activiteitsgraad van de artsen is verzekerd aangezien zij die ingrepen ook elders uitvoeren. De uitrusting is voorhanden in Aarlen. Mont-Godinne bevindt zich op 120 km afstand en het transport zou de patiënt fataal zijn geworden.

Ik zal dus een motie indienen waarin ik de regering zal vragen u te steunen en de ziekenhuizen in Aarlen te helpen om de vergunning te verkrijgen.

recommande au gouvernement

- de tenir compte dans ses décisions en matière d'offre de programmes de soins et de financement des soins de santé des spécificités relatives à la densité et à l'organisation de la population sur le territoire de la province du Luxembourg;
- d'agréer un dixième centre en pathologie cardiaque B complet en Wallonie, à savoir les Cliniques du Sud Luxembourg d'Arlon."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer Josy Arens en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van de heer Josy Arens

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

beveelt de regering aan

- bij haar beslissingen inzake het aanbod van de zorgprogramma's en de financiering van de gezondheidszorg rekening te houden met de specifieke kenmerken van de provincie Luxemburg op het stuk van de bevolkingsdichtheid en de spreiding van de bevolking over het grondgebied;
- de Cliniques du Sud Luxembourg van Aarlen als tiende volwaardig centrum voor hartpathologie B in Wallonië te erkennen."

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Magda De Meyer, Maya Detiège et Anissa Tamsamani et par M. Olivier Chastel.

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Magda De Meyer, Maya Detiège et Anissa Tamsamani et door de heer Olivier Chastel.

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

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

16 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verdeling van 'startersvoeding'" (nr. 618)

16 Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la distribution d'aliments 'premier âge'" (n° 618)

16.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, sinds 1 oktober 2003 is een nieuwe Europese richtlijn van kracht die tot doel heeft borstvoeding te stimuleren. Als gevolg van deze richtlijn mag Kind en Gezin eerste leeftijdsmelk onder de vorm van stalen niet langer gratis verdelen. Kind en Gezin heeft het OCMW van Antwerpen verzocht in te staan voor de verdeling van deze startersvoeding. De leveranciers blijken echter niet langer bereid deze voeding gratis te verstrekken en hebben hierover een akkoord gesloten met de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Concreet betekent dit dat het OCMW-Antwerpen de voeding zal moeten aankopen. De meerkost wordt geschat op 3.333 euro per maand of 39.996 euro per jaar.

Mijnheer de minister, er zijn belangrijke argumenten om de verdeling van deze startersvoeding voort verder te zetten. Kind en Gezin vreest, mijns inziens terecht, dat baby's uit kansarme en illegale gezinnen alleen aangelengde koemelk zullen krijgen. Deze melk is niet goed voor de ontwikkeling van het kind. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt overduidelijk dat aangepaste en degelijke voeding gedurende het eerste levensjaar essentieel is voor de verstandelijke en psychische ontwikkeling van kinderen. Preventief werken bij uitstek, zou ik durven zeggen.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van deze problematiek? Welke initiatieven zult u nemen om het probleem te verhelpen? Mogelijke hulpmiddelen zijn de toekenning van subsidies aan OCMW's of onderhandelingen met de leveranciers opdat zij de startersvoeding opnieuw gratis leveren.

16.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): Une directive européenne visant à favoriser l'allaitement est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2003. En vertu de cette directive, une association comme *Kind en Gezin* ne peut plus distribuer gratuitement des échantillons de lait pour nourrissons. Le CPAS doit désormais s'en charger. Etant donné que les fournisseurs ne veulent plus distribuer gratuitement ce type d'aliments, le CPAS devra inclure cette nouvelle dépense dans son budget mensuel.

Si les CPAS décident d'interrompre la distribution d'aliments premier âge, les bébés issus de familles défavorisées ou en situation illégale risquent de devoir se contenter de lait de vache dilué. Des études scientifiques ont pourtant démontré le rôle essentiel que joue une alimentation appropriée et de qualité pendant la première année d'existence de l'enfant, sur le plan de son développement psychique.

Le ministre at-il connaissance des problèmes qui se posent en la matière? Comment compte-il y remédier?

De **voorzitter**: Hoewel ik de problematiek al een tijdje ontgroeid ben, aandacht het antwoord van de minister op deze "nutriciële" vraag volgen.

16.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, in antwoord op de vraag van mevrouw Detiège kan ik het volgende meedelen.

Ten eerste, bij de omzendbrief van 29 augustus 2002 betreffende hygiënemaatregelen voor een terbeschikkingstelling van zuigelingenvoeding in materniteiten van de Algemene Eetwareninspectie gericht aan de algemene ziekenhuizen werd er nogmaals op gewezen dat, volgens de Europese regelgeving, richtlijn 91/321EEG, omgezet in Belgisch recht, het gratis ontvangen van zuigelingenvoeding en het gratis ter beschikking stellen van monsters aan de ouders, wettelijk verboden is. Het gratis afleveren van de zuigelingenvoeding aan de ziekenhuizen voor gebruik in het ziekenhuis en het gratis verdelen van monsters van zuigelingenvoeding is enkel toegestaan mits deze bestemd zijn voor zuigelingen die enkel via kunstvoeding mogen worden gevoed. Enkel een beperkt aantal medische redenen kunnen het rechtvaardigen om aan bepaalde zuigelingen gratis kunstvoeding te geven.

De beslissing van de moeder om geen borstvoeding te geven, wordt uiteraard niet beschouwd als een medische reden dat de zuigeling met kunstvoeding moet worden gevoed. Studies hebben aangetoond dat het uitdelen van melkpoeder aan de moeders tijdens hun verblijf in de kraaminrichting een negatieve invloed heeft op de duur van het geven van borstvoeding. Kraaminrichtingen die het geven van borstvoeding echt willen steunen, moeten hun gewoonten onderzoeken vooral wat het gratis uitdelen van monsters betreft.

In een brief van 26 mei 2003 heeft de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, aan de Belgische Vereniging van de sector der kinder- en dieetvoeding vzw, het bevel gegeven om ten laatste vóór 30 juni 2003 de wetgeving toe te passen. De leden van Abside hebben positief gereageerd op dit bevel en verbinden zich ertoe om na 30 juli 2003 geen startvoedingen meer te leveren met het oog op hun verdeling aan de ouders. Deze beslissing werd opgelegd door de Europese wetgeving die vervolgens door zowel onze overheid als door de overheden van de andere Europese lidstaten werd overgenomen.

Ten tweede, tijdens de plenaire vergadering van 24 juni 2003 en 18 september 2003 van het Federaal Borstvoedingcomité opgericht bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, werd het probleem van de financiële tussenkomst van de OCMW's met betrekking tot startvoeding voor minderbedeelden ter sprake gebracht.

De vraag was tweërlei. Dient het OCMW in te staan voor de financiële tussenkomst en/of de distributie van kunstvoeding bij minderbedeelden? Om hierover een standpunt in te nemen, zal dit punt op de agenda van de volgende plenumvergadering worden geplaatst. Ik zal niet nalaten deze problematiek verder op te volgen.

16.03 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Ik heb iets niet goed begrepen. Het komt op de agenda van wat?

16.02 **Rudy Demotte**, ministre: La circulaire du 29 août 2002 stipule qu'il est légalement interdit de distribuer gratuitement aux parents des aliments pour nourrissons ou encore des échantillons. La distribution gratuite d'aliments pour nourrissons aux hôpitaux et destinés à être utilisés au sein même des hôpitaux ainsi que la distribution gratuite d'échantillons n'est autorisée que pour les nourrissons ne pouvant recevoir qu'une alimentation artificielle. Des aliments artificiels peuvent être donnés gratuitement à certains nourrissons et ce pour des motifs médicaux bien précis. La décision de la mère de ne pas allaiter n'est pas considérée à cet égard comme un motif médical valable. Les producteurs se sont engagés à ne plus procéder à la distribution gratuite d'aliments après le 30 juin 2003.

Je continue à suivre de près la question de l'intervention financière des CPAS pour les personnes défavorisées.

16.04 **Minister Rudy Demotte:** De eerste vergadering vond plaats op 18 september. De tweede vergadering is nog niet geagendeerd.

16.05 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Ik zou toch twee dingen willen opmerken.

Eenzijds, zijn er vrouwen die geen borstvoeding kunnen geven. Dat mag men ook niet vergeten. Anderzijds, zijn er heel veel, voornamelijk kansarme vrouwen die geen borstvoedingsverlof opnemen. Zij gaan na 15 weken terug werken uit angst om uit het arbeidscircuit te verdwijnen. Ik zou toch rekening houden met die situatie als u dat aankaat op de volgende vergadering.

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

17 Questions jointes de

- **M. Olivier Chastel au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'AFSCA (Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire) et le dépistage de l'ESB" (n° 630)**

- **M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tests ESB" (n° 697)**

17 Samengevoegde vragen van

- **de heer Olivier Chastel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het FAVV (Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen) en het opsporen van BSE" (nr. 630)**

- **de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de BSE-tests" (nr. 697)**

17.01 **Olivier Chastel** (MR): Monsieur le ministre, l'AFSCA est donc chargée du dépistage de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB). Cette mission implique la réalisation de tests rapides de dépistage dans les abattoirs, surtout les bovins âgés de plus de 30 mois, abattus pour la consommation humaine, ou de plus de 24 mois, s'ils sont abattus pour cause de nécessité ainsi d'ailleurs qu'en clos d'équarrissage sur tous les bovins morts âgés de plus de 24 mois.

Cela représente 400.000 tests par an, dont la réalisation est confiée à 18 laboratoires agréés pour le moment par l'AFSCA. Ces laboratoires ont dû consentir de lourds investissements, tant matériels qu'humains en plus d'une agrégation notamment via l'accréditation Beltest et ont dû évidemment engager du personnel spécifique. Ils remplissent aujourd'hui cette mission à la satisfaction générale. Les milieux concernés ont récemment été avertis de la volonté de l'AFSCA de réaliser elle-même ces tests, dans deux laboratoires qu'elle ferait agréer. Ces deux laboratoires gérés par l'AFSCA, l'un à Melle, l'autre à Gembloux, se verraient confier 75% des tests à réaliser, le reste étant confié à quatre ou cinq laboratoires à choisir parmi les 18 laboratoires actuels.

Je voudrais donc savoir quelles sont les intentions exactes de l'AFSCA et connaître ses motivations dans la mesure où cela viendrait bouleverser un système qui fonctionne bien.

Enfin, je souhaiterais spécifiquement savoir dans ce contexte quel sort sera réservé aux trois laboratoires hennuyers, dont deux, le CARAH et l'Institut provincial d'hygiène et de bactériologie de Mons, sont des institutions provinciales. Ces laboratoires, à l'instar des autres, ont énormément investi et sont parvenus à créer et motiver des équipes performantes et les tests ESB représentent évidemment pour eux un chiffre d'affaires important. Ainsi pour les laboratoires provinciaux, au total, plus d'un tiers de leur chiffre d'affaires.

16.05 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Le ministre devrait tenir compte du fait que certaines femmes n'arrivent pas à allaiter leur enfant. Des femmes défavorisées hésitent d'ailleurs à solliciter un congé d'allaitement auprès de leur employeur.

17.01 **Olivier Chastel** (MR): Het FAVV dat belast is met het opsporen van boviene encephalopathieën laat jaarlijks 400.000 tests door 18 erkende laboratoria uitvoeren. Twee laboratoria die door het FAVV worden beheerd zouden in de toekomst 75% van de tests toegewezen krijgen. Graag vernam ik wat het FAVV van plan is en meer specifiek wat het lot is van de drie Henegouwse laboratoria die veel investeringen hebben gedaan en die met performante teams werken.

Il apparaît que quatre ou cinq laboratoires seront maintenus en plus des deux laboratoires que gèrerait l'AFSCA demain. Dans un premier temps, il a même été question qu'ils soient préférentiellement liés à des universités, ce qui pourrait éventuellement exclure les laboratoires hennuyers dont je viens de parler.

J'aimerais donc, monsieur le ministre, connaître les intentions précises de l'AFSCA en la matière.

17.02 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, de heer Chastel zegt terecht dat voorbije dagen commotie ontstond over een plan van het Federaal Agentschap voor de voedselveiligheid om vanaf het voorjaar 2004 de BSE-tests in eigen laboratoria uit te voeren.

Mijnheer de minister, kunt u bevestigen of op dit ogenblik terzake reeds een formele beslissing werd genomen? In bevestigend geval betekent dit dat de eigen laboratoria geheroriënteerd zullen worden en een aantal testen verschoven zullen worden. In een interview met De Morgen stelt de afgevaardigd beheerder van het FAVV onomwonden dat we tussen twee crisissen in zitten. De hormonenproblematiek is opnieuw brandend actueel. Indien de eigen laboratoria meer BSE-testen zullen moeten uitvoeren vrees ik dat de aandacht voor de hormonenproblematiek, die op dit ogenblik reeds zwak is, nog minder aandacht zal krijgen. Op welke manier zal de principiële beslissing in de praktijk worden uitgevoerd? Hebt u terzake reeds met de sector en de betrokken laboratoria overlegd? Zo ja, wat is het resultaat? Ten slotte, wat zullen de budgettaire gevolgen zijn? Iedereen die dit dossier heeft gevolgd weet dat BSE-testen grotendeels door de sector zelf worden betaald. De verschuiving van de testen kan budgettaire gevolgen hebben. Zal het huidige personeelsbestand deze taak aankunnen?

17.03 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, de Europese verordening 1999/2001 van het Europees Parlement en van de Raad van 22 mei 2001 betreffende de preventie, controle en uitroeiing van BSE, geamendeerd door de verordeningen van de Commissie 1248/2001, 1326/2001 en 270/2002, 1053/2003 bepaalt de EU-vereisten voor de epidemiologische bewaking van BSE. Deze reglementering is bedoeld voor runderen ouder dan 30 maanden die geslacht worden alsmede verdachte dieren en kadavers. Het jaarlijkse monitoringsprogramma omvat eveneens een beperkt aantal testen op kleine herkauwers.

Le vendredi 7 novembre à 15 heures, une réunion s'est tenue, rassemblant les laboratoires concernés, le secteur et l'AFSCA, avec pour objectif, entre autres, d'exposer et de discuter des projets pour l'organisation et la réalisation des tests ESB par des laboratoires externes ainsi que ceux de l'AFSCA.

Een aantal BSE-testen zal in de eigen laboratoria van het FAVV worden uitgevoerd en een beperkte hoeveelheid -25% - zal worden uitbesteed aan private laboratoria. De doelstelling van dit project is dubbel: enerzijds, de rationalisatie van de financiële aspecten van de BSE-testen en, anderzijds, de valorisatie van de eigen laboratoria van het FAVV.

Ten tweede is er de valorisatie van de eigen laboratoria van het FAVV.

17.02 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Le ministre peut-il confirmer l'intention de l'AFSCA de procéder, dès le printemps 2004, à des tests ESB dans ses propres laboratoires ? Cela implique que les autres tests doivent être effectués ailleurs. Il est dès lors à craindre que la question des hormones ne fasse l'objet d'une attention moindre encore. Quelle sera l'incidence budgétaire, le secteur lui-même en charge une grande partie des coûts des tests BSE? Tous les tests seront-ils réalisés avec l'effectif actuel?

17.03 Minister Rudy Demotte: Op 7 november hebben de laboratoria en het FAVV een vergadering gehouden. Die vergadering stond in het teken van de voorstellen om de tests door externe laboratoria te laten uitvoeren. Un règlement européen fixe les exigences de l'UE en matière d'épidémiologie de l'ESB.

Ce règlement s'applique aux bovins de plus de 30 mois qui sont destinés à l'abattage, aux animaux suspects et aux cadavres. Le programme de surveillance prévoit également un certain nombre de tests limités sur les petits ruminants.

75% des tests ESB seront réalisés dans les laboratoires de l'AFSCA à Melle et à Gembloux. 25% des tests seront donnés en sous-traitance à des laboratoires privés. L'objectif du projet est de rationaliser les aspects financiers des tests ESB et de valoriser les

In overeenstemming met het businessplan zal de bestaande infrastructuur niet uitgebreid worden, maar zal de bestaande situatie efficiënter aangewend worden.

Ten derde, een gedeelte van de testen wordt zoals voorheen uitbesteed aan private labo's, namelijk 25%. Het merendeel, 75%, wordt uitgevoerd door de eigen laboratoria van het FAVV. Het betreft het labo te Melle en het labo te Gembloux. Dat is de huidige situatie aangaande de BSE-testen in de laboratoria met startdatum januari 2001.

De markt van BSE-analyse omvat jaarlijks circa 450.000 stalen. De verdeling van de stalen en het volgen van de resultaten gebeurt door de diensten van het FAVV. De staalname in de slachthuizen gebeurt door de dierenartsen in opdracht van het FAVV. Op het totaal aantal stalen zijn er 40.000 à 50.000 van verdachte dieren en kadavers. De testen en autopsies op deze dieren worden uitgevoerd door DGZ. De overige stalen, een vierhonderdduizendtal, worden uitbesteed aan 17 geaccrediteerde laboratoria, onder andere universitaire, provinciale en private laboratoria. Het ophalen bij de slachthuizen en het transport van de stalen, de BSE-testen, de rapportering en de verwijdering van het gevaarlijk afval worden uitbesteed. De laboratoria beschikken over maximaal dertig uur voor het afleveren van de resultaten en werken ook op zaterdag. De bevestigingstesten voor de positieve stalen worden uitgevoerd door het CODA.

En ce qui concerne la répartition de la sous-traitance, les 17 laboratoires externes traitent chacun environ 20.000 à 40.000 échantillons par an. Le système est organisé de telle manière que les laboratoires reçoivent une semaine sur deux des échantillons durant six jours.

A propos du coût des tests ESB en Belgique, les tests sont exécutés par le biais du système Biorad. Les prix dans les laboratoires privés belges, depuis le 1^{er} avril 2001, sont les suivants: 62,99 euros TVAC pour les tests pendant les jours de semaine; 68,99 euros TVAC pendant le week-end. Pendant la période de lancement, du 1^{er} janvier au 1^{er} avril, le coût était supérieur: 99,16 euros TVAC.

Twee, de prijs per test in de FAVV-laboratoria. Een onderzoek naar de kosten voor de uitvoering van de analyse in de eigen laboratoria leert dat de prijs 31 euro zou bedragen indien er op jaarbasis 300.000 tests uitgevoerd worden. Hierbij werd rekening gehouden met alle kostenparameters inclusief de lonen van de medewerkers, de aanschaf van de reagentia Biorad aan de prijzen die de private labo's vandaag betalen en de afschrijving van de apparatuur op één jaar. Een openbare offerte wordt kortelings voorgesteld voor de aanschaf van de reagentia waardoor andere leveranciers dan Biorad in competitie komen en er eventueel gunstiger voorwaarden kunnen worden afgedwongen.

laboratoires de l'AFSCA. L'infrastructure existante ne sera pas étendue mais sera utilisée plus efficacement.

Le marché des analyses de l'ESB représente annuellement 450.000 échantillons. Les services de l'AFSCA prennent en charge l'organisation de la répartition des échantillons et le suivi des résultats. Le prélèvement d'échantillons dans les abattoirs est effectué par des vétérinaires pour le compte de l'AFSCA. Parmi l'ensemble des échantillons, 40.000 à 50.000 proviennent d'animaux suspects et de cadavres. Les tests et les autopsies sur ces animaux sont réalisés par l'association DGZ.

Les 400.000 échantillons restants sont donnés en sous-traitance à 17 laboratoires accrédités. Cette sous-traitance consiste en la prise en charge et le transport des échantillons, le test ESB proprement dit, la rédaction d'un rapport et l'élimination des déchets dangereux. Pour ce faire, les laboratoires disposent d'un délai maximum de 30 heures et ils travaillent également le samedi. Les tests de confirmation pour les échantillons positifs sont réalisés par le CERVA.

Wat de verdeling van het werk in onderaanneming betreft, hebben de externe laboratoria 20.000 à 40.000 stalen per jaar verwerkt. Een week op twee hebben de laboratoria gedurende zes dagen stalen ontvangen. De BSE-tests met het Biorad-systeem kosten 62,99 euro (BTW inbegrepen) op weekdagen en 68,99 euro (BTW inbegrepen) in het weekend. In de startfase (van 1 januari tot 1 april) diende 99,16 euro (BTW inbegrepen) te worden betaald.

Le prix du test effectué dans les laboratoires de l'AFSCA est de 31 euros, à condition d'arriver à un total de 300.000 tests par an. Tous les paramètres relatifs aux coûts ont été pris en compte dans le calcul de ce prix. Une offre publique sera publiée sous peu pour la fourniture des réactifs, qui pourraient être livrés à des

J'en viens au prix dans les autres Etats membres. Aux Pays-Bas, cela se situe entre 27 et 32 euros. Au Danemark, entre 27 et 33 euros. En Norvège et en Irlande, cela coûte 35 euros. La fixation du prix dans les autres pays n'est pas suffisamment transparente pour pouvoir continuer le tableau de comparaison.

Zo kom ik tot de raming van de impact van het project. Ten eerste, voor de onderstaande ramingen wordt uitgegaan van 400.000 stalen afkomstig van de runderen van meer dan 30 maanden in het slachthuis. Ten tweede, geleidelijk, over een periode van 6 à 8 maanden zullen twee FAVV-labo's tot 2x150.000 stalen testen. Dat betekent 300.000 van de 400.000 beschikbare stalen. Ten derde, de tests op verdachte dieren en kadavers worden zoals voorheen uitgevoerd door de Dierengezondheidszorg Vlaanderen (DGZ). Ten vierde, de bevestigingstests worden, zoals voorheen, uitgevoerd door het CODA, het Nationaal Referentielaboratorium.

Wat de laboratoriumkosten met private laboratoria betreft heb ik een tabel die te technisch is om voor te lezen, maar waarvan ik voor u een kopie kan maken, dat is gemakkelijker voor iedereen. In het algemeen kan men zeggen dat we voor ongeveer 10 miljoen euro per jaar kunnen besparen, dat is 400 miljoen Belgische frank. We kunnen dus niet ontkennen dat de prijzen tot nu toe zeer hoog waren en dat er iets aan gedaan moest worden om ze te verlagen.

De **voorzitter**: Tot daar het antwoord. Troost u, mijnheer de minister, er zijn ook heel wat Nederlandstaligen die moeite hebben met de uitspraak van het woord 'epidemiologisch'.

17.04 Minister **Rudy Demotte**: Ik heb moeite met dergelijke Franstalige woorden die ik in het Nederlands moet uitspreken, ik weet niet waarom.

De **voorzitter**: Maar ook voor Nederlandstaligen is het een potenbreker.

17.05 **Olivier Chastel** (MR): Monsieur le ministre, c'est un domaine que je connais un tout petit peu. Objectivement et philosophiquement aussi d'ailleurs, je suis assez déçu de l'attitude de l'Etat dans le dossier. Je vous explique ici pourquoi. Même si je comprends l'objectif de la mesure - la rationalisation financière et la valorisation des laboratoires de l'AFSCA - quand la crise de l'ESB s'est déclenchée, l'AFSCA était incapable de répondre à cette crise. Les laboratoires de l'AFSCA ne pouvaient pas absorber de tels essais.

Qu'est-ce que l'agence a fait? Elle a crié au secours. Qui est venu au secours de l'AFSCA? Toute une série de laboratoires qui ont consenti à des efforts énormes, tant humains que financiers. Des laboratoires qui se sont d'abord faits accréditer au niveau européen sur leurs performances techniques et enfin, des laboratoires qui ont consenti à travailler jour et nuit, week-ends compris, pendant des semaines et des semaines pour que notre pays soit cité en exemple par rapport à la

conditions plus intéressantes que celles offertes actuellement par Biorad.

In de overige EU-lidstaten gelden de volgende prijzen : van 27 euro tot 32 euro in Nederland, van 27 euro tot 33 euro in Denemarken, 35 euro in Noorwegen en Ierland. In de andere landen is de prijszetting niet transparant genoeg om die gegevens te kunnen vergelijken.

Les estimations sont fondées sur un chiffre de 400.000 échantillons de bovins âgés de plus de 30 mois. 300.000 de ces échantillons seront soumis aux tests par deux laboratoires de l'AFSCA dans un intervalle de 6 à 8 mois. Les animaux suspects seront testés comme avant par Dierengezondheidszorg Vlaanderen (DGZ), tandis que les tests de confirmation seront confiés au CERVA. Pour ce qui est des prix demandés par les laboratoires privés, je transmettrai deux tableaux à la commission. Il est possible de réaliser une économie générale de quelque € 10 millions par an. Les prix étaient jusqu'à présent fort élevés, et nous devons absolument agir pour les faire baisser.

17.05 **Olivier Chastel** (MR): Ik ben thuis in deze materie. Ik ben ontgoocheld door de houding van de staat, ook al begrijp ik het doel van de maatregel. Toen de BSE-crisis uitbrak, kon het FAVV alleen niet alle tests afnemen. Het riep om hulp. De laboratoria hebben grote inspanningen geleverd en nu kondigt het FAVV aan dat het de tests weer voor zijn rekening zal nemen.

In het algemeen hebben de laboratoria hun investeringen eruit gehaald. Er moet met de achttien

crise de l'ESB.

Ma déception vis-à-vis de l'Etat, vous l'aurez bien compris, c'est qu'aujourd'hui que la crise est relativement bien maîtrisée, l'AFSCA se dit qu'elle va reprendre les tests à son compte, accréditer ses deux laboratoires pour ces deux essais-là et, effectivement, elle va économiser dix millions d'euros par an. Vous avez raison: on ne crache pas sur dix millions d'euros par an.

Les prix, monsieur le ministre, c'est l'AFSCA qui les fixe. Il suffirait aujourd'hui de rediscuter, avec les 18 laboratoires, du prix fixé pour continuer à travailler avec tous ces laboratoires sur base d'un prix qui pourrait être effectivement beaucoup plus raisonnable, d'autant que je me suis laissé dire que bon nombre de ces laboratoires, s'ils ont investi des millions d'euros à l'époque, sont globalement rentrés dans leurs investissements. Aujourd'hui, on pourrait en arriver à un prix qui, vous les avez cités au niveau de l'Europe, pourrait être bien plus raisonnable par rapport au budget que vous avez cité.

Là où je suis aussi déçu, c'est qu'un porte-parole de votre ministère ou de votre cabinet a cité dans la presse le fait que, si on réorganisait aussi le travail à l'AFSCA, c'est parce qu'à l'AFSCA, il y avait beaucoup de personnel qui ne servait pas à grand-chose et que les recaser dans les laboratoires serait une bonne chose. Je peux vous dire, moi qui suis un "qualiticien", dans les laboratoires notamment, que ce n'est pas en procédant de la sorte que l'on augmente la qualité des tests effectués en la matière. Je pense que le personnel qui réalise ce genre de tests, est effectivement du personnel compétent qui est formé et motivé et je me pose un certain nombre de questions par rapport à la manière avec laquelle on va procéder à l'avenir. J'en ai fini, monsieur le président.

17.06 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, eerst en vooral dank ik de minister voor het technisch zeer interessant en zeer uitgebreid antwoord. Voor degenen die de sector van de voedselveiligheid een beetje gevolgd hebben, bevatte dit antwoord zeer veel nuttige en interessante gegevens.

Ik heb nog twee randopmerkingen. Ik neem in het dossier een andere houding aan als collega Chastel. Vanuit een gemeenschappelijke bezorgdheid kunnen wij nochtans vrijwel gelijkaardige vragen stellen. Er blijft bij mij een vraagje onbeantwoord, mijnheer de minister. U zegt terecht dat dit een besparing oplevert, maar het grootste deel van de kost van die BSE-testen wordt toch aan de sector doorgerekend als ik me niet vergis. Bij mij blijft dan ook de vraag bestaan hoe dit een niet onaardige besparing kan opleveren. Het merendeel van de kosten voor die BSE-testen wordt immers naar de sector doorgespeeld.

Een tweede opmerking waarmee ik blijf zitten, is de vraag of er een heroriëntering komt van de eigen labo's van het voedselagentschap. U zegt zeer uitdrukkelijk dat dit binnen de bestaande mankracht en binnen hetzelfde budget moet gebeuren. Komt een groot deel van de problematiek van onder andere het opsporen van hormonen daardoor niet in het gedrang? Ik zou terzake mijn bezorgdheid willen laten blijken. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat omwille van besparingsdoeleinden een aantal andere, belangrijke elementen in het kader van de voedselveiligheid – de strijd tegen hormonen – worden verwaarloosd.

17.07 Minister Rudy Demotte: Op uw laatste vraag is mijn antwoord neen.

laboratoria nu alleen opnieuw over betere prijzen worden onderhandeld. Ik ben ook ontgoocheld omdat een van uw woordvoerders aan de pers heeft gezegd dat die taak naar het FAVV wordt overgeheveld omdat er mensen werken die niets doen. Dit is niet de manier om de kwaliteit van de tests op te voeren. Ik vraag mij af hoe er in het vervolg te werk zal worden gegaan.

17.06 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Voilà une réponse très intéressante, mais je me demande comment on pourra réaliser une économie de 10 millions d'euros par an, étant donné que le coût des tests ESB est facturé au secteur. La réorientation des laboratoires ne risque-t-elle pas d'avoir pour effet que d'autres problèmes, comme la lutte contre les hormones, seront négligés?

17.07 Rudy Demotte, ministre: Ma réponse à votre dernière question est non. En ce qui

Ik ga even in op uw eerste vraag. Wij moeten natuurlijk besparingen doorvoeren en niet alleen om minder geld van de overheid uit te geven, maar ook omdat de producenten en de consumenten het uiteindelijk betalen. Volgens mij is het een belangrijke opdracht van de Staat om ervoor te zorgen dat de kosten zo laag mogelijk liggen.

En ce qui concerne la fonction de l'Etat, je ne suis pas un partisan de l'Etat providence à toutes les sauces! Aussi, à partir du moment où je découvre que les prix pratiqués par le privé sont visiblement trop chers, non seulement en comparaison interne mais aussi en comparaison internationale, je serais un ministre inconscient et vraisemblablement indigne de sa charge si je ne soulevais pas le problème.

Quant aux modalités à mettre en œuvre, je me tiens évidemment toujours à priori derrière les conseils de l'administration. L'administration a observé que l'amortissement des investissements dans les laboratoires privés, provinciaux ou universitaires s'est fait dans des délais relativement courts et qu'aujourd'hui le matériel est amorti.

concerne votre première question, je souligne qu'en définitive, ce sont les consommateurs qui paient la facture et nous entendons la réduire.

Wat de werking van de Staat betreft ben ik geen voorstander van de verzorgingsstaat voor alles en nog wat. Als ik vaststel dat de prijzen die de privé-sector hanteert te hoog zijn in vergelijking met wat niet alleen nationaal maar ook internationaal gangbaar is dan zou het van lichtzinnigheid getuigen als ik het probleem niet aan de orde zou stellen.

Op het vlak van de voorwaarden houd ik me aan de adviezen van de administratie die heeft opgemerkt dat het materiaal snel werd afgeschreven.

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

18 Vraag van de heer Jan Mortelmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het mogelijk verdwijnen van de artisanale lambiekbieren" (nr. 686)

18 Question de M. Jan Mortelmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la disparition éventuelle des bières 'lambic' artisanales" (n° 686)

De **voorzitter**: Ik kijk uit naar de volgende vraag en uiteraard naar het antwoord van de minister. Ik geef u dus graag het woord, mijnheer Mortelmans.

18.01 Jan Mortelmans (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, ik begrijp uit uw opmerking dat u ook bekommerd bent om de problematiek. Het is een vraag die bij uitstek gaat over de gezondheid van onze mensen.

Mijnheer de minister, vroeger waren er meer dan honderd lambiekbrouwerijen en gueuzestekers in het Pajottenland en de Zennevallei. Nu blijven daar welgeteld nog elf brouwerijen en gueuzestekers van over. Nu, het unieke aan lambiekbrouwerijen is dat zij gebruikmaken van lucht om bier te maken, om het bier te doen gisten. Dat is een uniek procédé dat nergens anders in de wereld nog op die manier kan worden gedaan. Er wordt geen gist aan het bier toegevoegd; het gist op een spontane manier. Ik bespaar u de verschillende titels die aan die wilde gisten worden gegeven. Ik kan er wel bij vertellen dat de bevruchting van het bier op één nacht gebeurt.

Lambiek is de basis voor een aantal afgeleide producten, onder meer de gueuze en de kriek. Dat zijn producten die volgens mij, en ook volgens vele anderen, bescherming verdienen, maar die jammer genoeg met uitsterven zijn bedreigd om verschillende redenen. Ik zet ze kort op een rijtje. Er is de smaakvervlakking bij een deel van het publiek, daarin aangemoedigd door mastodontbrouwerijen die enkel commerciële doeleinden hebben en die bewust of onbewust een dreiging vormen voor de lambiekbrouwerijen. Een andere reden is de regelneveling, zoals men dat tegenwoordig pleegt te noemen. Daarover gaat eigenlijk mijn vraag. Ik heb vernomen dat inspecteurs van Volksgezondheid verklaard

18.01 Jan Mortelmans (VLAAMS BLOK): Il me revient que les fûts de chêne vont être interdits dans les brasseries de gueuze lambic. Le nivellement du goût, mais aussi le formalisme excessif mettent en péril des produits authentiques tels que la gueuze lambic. L'Europe aurait l'intention d'édicter une directive interdisant les fûts de bois, considérés comme antihygiéniques. Les fûts de chêne sont pourtant indispensables à la fabrication du lambic. Entre-temps, l'association Zythos a tiré la sonnette d'alarme et a demandé des explications au ministère. Le ministre a-t-il connaissance du problème? Que compte-t-il faire pour y remédier?

zouden hebben dat hout in de toekomst niet meer gebruikt mag worden, niet alleen houten vaten maar ook houten trappen, houten vloeren enzovoort, omdat hout onvoldoende kan worden afgewassen.

Ik weet natuurlijk dat Europa daar om de hoek komt kijken en dat er een ontwerprichtlijn bestaat sinds 1998. Wat Europa volgens mij uit het oog verliest, is dat lambiek een uniek product is dat nergens anders kan worden geproduceerd. De brouwers vrezen dat door die ontwerprichtlijn, of door maatregelen die misschien vanuit het ministerie van Volksgezondheid uitgevaardigd worden, die bieren in de toekomst zouden kunnen verdwijnen. Volgens bierkenners en volgens de brouwers vormen de houten vaten een essentieel onderdeel van de productiemethode van die unieke bieren. Het verbod ervan zou een regelrechte catastrofe betekenen voor de sector.

U zult ongetwijfeld weten dat de vereniging Zythos – een nieuwe vereniging die is opgericht – u een brief heeft geschreven waarin zij aan de alarmbel hebben getrokken en u om uitleg hebben gevraagd. Ik sluit mij daarbij aan. Ik heb trouwens de volgende vragen gewoon overgenomen van de vereniging Zythos.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van de problematiek? Welk standpunt neemt u terzake in? Welke maatregelen hebt u genomen om ervoor te zorgen dat de artisanale lambiekprocedure niet verdwijnt? Ik dank u bij voorbaat voor uw antwoord.

18.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik moet mij eerst verontschuldigen. Ik drink geen bier. Voor een Belg is dat zeer erg, ik weet het. Dat neemt niet weg dat ik het bier verdedig.

Toen ik minister van economie was, heb ik al enkele concrete acties kunnen ondernemen om de kleine artisanale brouwerijen te verdedigen. Dus zeg ik op voorhand dat ik een verdediger blijf van de kleine brouwerijen.

Ik kom tot de technische kant van mijn antwoord. Wat betreft mijn technisch antwoord, het volgende. Het koninklijk besluit van 7 februari 1997 inzake de algemene voedingsmiddelenhygiëne bepaalt het volgende: "Oppervlaktes die in aanraking komen met voedingsmiddelen, vervaardigd moeten zijn uit of bedekt met glad, niet-absorberend, afwasbaar en niet-toxisch materiaal, behalve voor afwijkingsgevallen, indien de verantwoordelijken van de voedingssector aan de bevoegde overheid kunnen aantonen dat de andere gebruikte materialen voldoen". Einde van het citaat.

Zoals de vereniging Zythos ons eraan herinnerde, vereist het brouwen van fruitige bierspecialiteiten het gebruik van eikhouten vaten. Hieruit ontstaan de microflora die zo karakteristiek zijn voor het gebrouwen bier. Ik ben mij ervan bewust dat de houten vaten noodzakelijk zijn bij het brouwen van bier met eerbiediging en naleving van de tradities. Ook ben ik mij ervan bewust dat de risico's op besmetting door pathogene of ziekteverwekkende organismen en de risico's voor de volksgezondheid te verwaarlozen zijn.

Mijn diensten hebben mij immers meegedeeld dat enerzijds de gebruikte vaten niet-absorberend zijn en aan hun oppervlakte bacteriën vertonen die de oorzaak zijn van de gisting van het bier.

Anderzijds zijn de risico's op besmetting door andere pathogene micro-organismen beperkt door de reeds bestaande bacteriële populatie en door de lange fase van melkzuuraistind. eiden aan het fabricageproces.

18.02 **Rudy Demotte**, ministre: Si je ne bois pas de bière, je n'en défends pas moins le secteur, et notamment les petites brasseries. En vertu de l'arrêté royal de février 1997 relatif à l'hygiène générale des denrées alimentaires, les surfaces qui entrent en contact avec les aliments ne peuvent effectivement pas être en bois. Il existe toutefois une exception : si l'on peut démontrer que le matériau utilisé satisfait aux exigences et qu'il ne comporte dès lors aucun risque, il peut être dérogé à la règle.

Les fûts en bois, qui sont effectivement essentiels pour la production de spécialités de bière fruitée, ne comportent quasi aucun risque de contamination. Ils ne sont pas absorbants et leurs parois abritent une population bactérienne inoffensive qui assure la fermentation et élimine les bactéries indésirables, assistée en cela par la fermentation lactique.

Il n'a pas été prouvé qu'il y avait sécrétion toxique et les dispositions légales en tant que telles ne représentent donc aucun péril pour les fûts de Lambic.

Bovendien is er geen enkel bewijs dat de eiken vaten toxische stoffen afscheiden. Om de traditionele productiemethode te kunnen eerbiedigen, zal ik bij mijn dienst de nodige maatregelen nemen opdat de reglementaire bepalingen oordeelkundig zouden worden toegepast in functie van een analyse van de gevaren.

De **voorzitter**: Mijnheer Mortelmans, u krijgt de kans om nog te reageren, misschien kan u ook voorstellen dat wij een hoor- en proefzitting daarover zouden hebben.

18.03 Jan Mortelmans (VLAAMS BLOK): Ja, ik ben daar absoluut voorstander van. Mijnheer de minister, ik ben - wat uw antwoord betreft - voor een groot gedeelte gerustgesteld. Ik stel inderdaad vast dat u overtuigd bent en blijft van het nut van het gebruik van houten vaten, maar anderzijds - ik heb u dit daarstraks al gezegd - is daar ook een Europese ontwerprichtlijn van 1998 in het geding, die zou bepalen dat die houten vaten op termijn zouden moeten verdwijnen. Ik heb de ontwerprichtlijn zelf nog niet gelezen, maar ik heb me laten vertellen dat Frankrijk bijvoorbeeld een uitzondering heeft gekregen op die regel. Dat is nogal logisch, want zij gebruiken die vaten uiteraard voor de wijn. Ik ben overtuigd van uw antwoord en ik ben daar vrij gerustgesteld in, maar ik vraag mij toch af of Europa nog roet in het eten kan gooien.

18.03 Jan Mortelmans (VLAAMS BLOK): Me voilà rassuré, mais l'Europe ne risque-t-elle pas de «faire tourner la bière» avec ce projet de directive de 1998? L'Europe a déclaré la guerre aux fûts de bois et seule la France a jusqu'à présent demandé et obtenu une exception.

18.04 Minister Rudy Demotte: Ik kan alleen maar antwoorden als het gebeurt. Dan kunnen we misschien dezelfde uitzondering vragen als Frankrijk.

18.04 Rudy Demotte, ministre: Si nous en arrivons un jour à cette situation, nous pourrions solliciter la même exception que la France.

18.05 Jan Mortelmans (VLAAMS BLOK): Dan stelt u me eigenlijk helemaal gerust. Wij houden dat dus in het oog. Als die ontwerprichtlijn er zou komen en wij hebben de kans om een veto te stellen, of alleszins om een uitzondering te vragen, dan gaan wij dit alleszins doen, begrijp ik uit uw antwoord.

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

19 Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het remgeld op de spoedgevallendienst voor jonge sporters" (nr. 668)

19 Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le ticket modérateur pour les soins administrés par le service des urgences aux jeunes sportifs" (n° 668)

19.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, onder de vorige legislatuur werd beslist een forfaitaire bijdrage van 12,5 euro in te voeren op de spoeddiensten, met als bedoeling het oneigenlijke gebruik ervan te ontmoedigen. In een aantal gevallen echter moet die 12,5 euro niet worden betaald, onder andere na doorverwijzing door een arts of als de patiënt op de spoeddienst wordt binnengebracht door de dienst 100 of door de politie. Een andere uitzondering op de 12,5 euroregel is wanneer de patiënt op de spoeddienst wordt binnengebracht als gevolg van een schoolongeval. De reden hiervoor is waarschijnlijk - dit is mijn interpretatie - dat de minderjarige patiënt op dat moment onder de verantwoordelijkheid van de school valt en men in afwezigheid van de ouders geen risico durft te nemen.

19.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Le gouvernement précédent a instauré un forfait de 12,5 euros pour les personnes se présentant au service des urgences, en vue d'éviter un recours abusif à ces services. Certaines catégories de patients sont exemptées du paiement de ce forfait, notamment les mineurs envoyés aux urgences à la suite d'un accident à l'école. Les jeunes sportifs qui se blessent dans un club sportif ou dans le cadre d'activités organisées par un mouvement de jeunesse pourraient-ils également être dispensés du paiement de cette somme?

Een zelfde geval doet zich mijns inziens voor met betrekking tot de jeugdsporters die een ongeval krijgen. Sportclubleiders en jeugdbegeleiders zijn immers ook verantwoordelijk voor de hun toevertrouwde spelers of leden, net zoals het onderwijzend personeel verantwoordelijk is voor minderjarigen tijdens de schooluren. Tijdens het

weekend is er uiteraard een arts van wacht, maar die staat meestal in voor een hele stad of voor verschillende gemeenten. Hierdoor kan de wachttijd bij een ongeval erg lang oplopen. De verantwoordelijke van de sportclub kan natuurlijk de dienst 100 bellen, maar het is een beetje gek die dienst in te schakelen wanneer het niet echt een levensbedreigende situatie is. Het is vaak ook zo dat de ouders in het weekend niet kunnen worden bereikt als de spelers aan het spelen zijn.

Mijnheer de minister, om al deze redenen wil ik u vragen te overwegen of de forfaitaire vrijstelling van 12,5 euro voor schoolongevallen ook niet kan worden toegepast op jeugdspelers tot 18 jaar. Uiteraard zou u de jeugdclubs daarmee een groot genoegen doen.

19.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Meyer, we moeten ernaar streven dat geneeskundige verzorging wordt verstrekt door diegene die onder de gegeven omstandigheden het best geplaatst is om dat te doen. Vaak is dat de huisarts, ook voor problemen die zich onverwachts voordoen. Ik ben het met u eens dat dit wel inhoudt dat een huisarts, ook tijdens de wachtdienst, vlot bereikbaar moet zijn.

Daarom worden er inspanningen geleverd om de organisatie van huisartsen en wachtdiensten beter te ondersteunen, waaronder bijvoorbeeld het disponibiteitshonorarium of de toelage voor de huisartsenkringen. De maatregel van de 12,5 euro dient ook in dit kader te worden gezien. Daarom heeft de wetgeving deze maatregel op deze wijze vastgelegd. Enerzijds worden situaties vastgelegd waarvoor een duidelijk verbod geldt om de 12,5 euro aan te rekenen. Anderzijds wordt aan het ziekenhuis de mogelijkheid geboden om, onafhankelijk van de lokale situatie en in overleg met de huisartsorganisaties, afspraken te maken rond het al dan niet aanrekenen van het supplement voor bepaalde pathologieën. Dit principe kan zeker worden toegepast voor de lokale opvang van sportletsels. Ik wil er overigens aan herinneren dat ik wens na te gaan in hoeverre met de maatregel van 12,5 euro de vooropgestelde doelstellingen worden bereikt. Het Kenniscentrum is met deze evaluatie belast.

19.02 **Rudy Demotte**, ministre: Les soins médicaux doivent être dispensés par la personne la mieux placée pour assumer cette tâche. Il s'agit souvent du médecin de famille, y compris en cas d'accident. Pour encourager les patients à se rendre effectivement chez le médecin de famille, le gouvernement a décidé de mettre en place ce forfait pour les services d'urgence ainsi que de promouvoir et de renforcer les services de garde de médecins généralistes.

Les catégories exemptées du paiement du forfait de 12,5 euros sont clairement définies. Pour certaines catégories de patients, les hôpitaux ne peuvent pas réclamer le forfait, tandis que pour d'autres catégories et pour certaines lésions ou affections spécifiques ils ont le choix. Dans le cas des jeunes sportifs, la décision de faire payer le forfait ou non appartient aux hôpitaux.

A l'heure actuelle, le Centre d'expertise se penche sur la question de savoir si l'imposition d'un forfait de 12,5 euros porte ses fruits.

19.03 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, heb ik u goed begrepen? Zegt u dat het lokale ziekenhuis eigenlijk zelf kan beslissen of het al dan niet de 12,5 euro aanrekenen? Zij moeten het niet aanrekenen?

19.04 Minister **Rudy Demotte**: U hebt het goed begrepen.

19.05 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Er kan eventueel daarover met de lokale huisartsenkring een afspraak worden gemaakt.

19.06 Minister **Rudy Demotte**: Zij zijn dus niet gedwongen.

19.07 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Wanneer verwacht u de evaluatie van het Kenniscentrum van die 12,5 euro?

19.08 Minister **Rudy Demotte**: Die komt hier in de volgende maanden.

De **voorzitter**: Het belang van een goede definiëring zal hier niet uit de lucht zijn. Wat wordt bedoeld met jonge sporters? Dit is echter een vrije tekening van de voorzitter die niet terzake doet.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "osteoporose" (nr. 698)

20 Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'ostéoporose" (n° 698)

20.01 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijn vraag gaat over osteoporose. In België zou volgens de gezondheidsenquête van 1997 3 procent van de mannen en 15 procent van de vrouwen van 65 jaar of ouder aan osteoporose lijden. Een van de mogelijke gevolgen is, bijvoorbeeld, een heupfractuur, ten gevolge van een val. Osteoporose wordt verantwoordelijk geacht voor 12.000 heupfracturen per jaar en heupfracturen hebben zware gevolgen. Zo zou 10 tot 20 procent van de patiënten sterven, slechts 20 tot 60 procent wordt weer even onafhankelijk als vroeger, 15 tot 25 procent verblijft voortaan in een instelling en 25 tot 35 procent keert terug naar huis, maar blijft hulpbehoevend. Voor België zou de totale kostprijs op 198 miljoen euro of 8 miljard Belgische frank worden geschat.

20.01 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): L'ostéoporose touche de nombreuses personnes de plus de 65 ans, plus particulièrement des femmes. Les fractures de la hanche surtout génèrent des coûts élevés et entraînent des séquelles permanentes exigeant un traitement. En Belgique, le coût global de l'ostéoporose se monterait à 198 millions d'euros par an.

Gezien het belang hiervan is een samenhangend programma ter preventie van fracturen en osteoporose noodzakelijk. Dit kan bestaan uit – onder andere – voldoende lichaamsbeweging en een toereikende hoeveelheid calcium en vitamine D voor de algemene bevolking. Ook dient rekening te worden gehouden met de oorzaken van secundaire osteoporose. Voor elke vrouw die de menopauzale leeftijd heeft bereikt, kan een substitutiehormonenbehandeling worden overwogen. Hierbij moet rekening worden gehouden met zowel de voordelen – preventie van osteoporose en cardiovasculaire aandoeningen – als de nadelen, zoals het risico van borstkanker.

Un programme de prévention est dès lors indispensable. Une tâche importante incombe également aux professionnels de la santé de première ligne, qui doivent identifier les patients à risque et le cas échéant suivre le traitement. La densitométrie radiologique est actuellement la technique de dépistage du risque de fractures la plus efficace. Ce test, qui lui-même n'est pas remboursé, constitue toutefois un critère de remboursement des médicaments contre l'ostéoporose.

Het opsporen van de kans op botfracturen wordt op dit moment het beste voorspeld door middel van een radiologische botdensitometrie. Deze test kost op dit ogenblik ongeveer 40 euro en wordt niet terugbetaald door de ziekteverzekering. Volgens sommige studies is deze techniek niet geschikt voor systematisch bevolkingsonderzoek. Nochtans moeten de resultaten van dit onderzoek worden voorgelegd om in aanmerking te komen voor de terugbetaling van geneesmiddelen tegen osteoporose. Dat bepaalt een ministerieel besluit van 11 juli 2000.

Que comptez-vous faire, en collaboration avec les Communautés, afin de prévenir l'ostéoporose? Envisagez-vous de revoir, après une série de consultations scientifiques, les modalités de remboursement du test?

Zoals uiteengezet, kan het belang van preventie niet genoeg onder de aandacht worden gebracht.

Ik kom tot mijn eerste vraag aan de minister. Welke acties zal de minister in overleg met de andere Gemeenschappen ondernemen om een gemeenschappelijk programma uit te bouwen ter preventie van osteoporose? Hierbij kunnen we denken aan identificatie van risicopatiënten en het opzetten of aanmoedigen van programma's ter preventie van valpartijen in ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen.

Mijnheer de minister, ten tweede, bent u bereid om de terugbetalingsmodaliteiten van deze tests te herzien nadat u eventueel

een wetenschappelijke adviesronde over dit thema georganiseerd hebt? Het gaat over de botdensitometrietest. Hierbij wordt de dichtheid van het bot gemeten.

20.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, ik ben mij bewust van dit probleem. Het aantal gevallen van osteoporose zal blijven toenemen als gevolg van de vergrijzing van onze bevolking. Op het gebied van de primaire en secundaire preventie moeten we absoluut reageren. Ik zal dus een concreet antwoord geven op uw twee vragen.

Ten eerste, de preventie valt onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Ik heb het reeds enkele malen gezegd. Ik herhaal het. Ik stel alvast voor om een vergadering te houden met leden van de kabinetten van de ministers Maréchal en Byttebier. We kunnen dan bestuderen hoe ze de problematiek aanpakken en hoe ze deze aanpak kunnen verbeteren.

Ten tweede, de botdensitometrietechniek werd op 1 april uit de nomenclatuur van de gezondheidsverstrekking geschrapt. Het wordt dus niet meer terugbetaald door het RIZIV. De niet-terugbetaling van deze verstrekking zou eventueel de daling van het gebruik van de botdensitometrieapparaten kunnen uitleggen. Er moet advies gevraagd worden aan het Technisch Geneeskundig Comité om te bestuderen in welke precieze omstandigheden – op wetenschappelijke basis – dit onderzoek mag worden terugbetaald.

20.03 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, gaat u dan ook een adviesronde doen? U gaat dat doen.

20.02 **Rudy Demotte**, ministre: Je partage l'opinion de Mme Detiège quant à l'importance de la prévention, le problème de l'ostéoporose étant de plus en plus aigu. La prévention étant une compétence des Communautés, il est capital que les diverses instances se concertent.

Le test de densimétrie osseuse n'est plus remboursé depuis le 1^{er} avril 2003 : la baisse de la vente de ces appareils est sûrement liée à cette décision. Nous allons à présent demander l'avis du comité médico-technique afin d'examiner sous l'angle scientifique dans quelles conditions un remboursement serait néanmoins possible.

20.03 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Je présume que vous procéderez donc d'abord à une série de consultations scientifiques.

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

21 **Vraag van de heer Staf Neel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een onderzoek naar onregelmatigheden die zich zouden hebben voorgedaan tijdens de facturatie- en betalingscyclus bij Nederlandse patiënten in het A.Z. Middelheim te Antwerpen" (nr. 703)**

21 **Question de M. Staf Neel au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'examen des irrégularités qui auraient été constatées dans le cadre de la facturation et du règlement de soins administrés à des patients néerlandais à l'A.Z. Middelheim d'Anvers" (n° 703)**

21.01 **Staf Neel** (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, mijn vraag zal zeer kort zijn. Naar ik vernam zou de heer Decoster, directeur-generaal bij de FOD Volksgezondheid zijn secretaris-generaal, de heer Tassio, opdracht gegeven hebben om een onderzoek te doen naar mogelijke onregelmatigheden in de facturatie- en betalingscyclus bij Nederlandse patiënten en dit in het algemeen ziekenhuis Middelheim te Antwerpen. Tot daar de brief. Insiders of zijn het kwatongen beweren dat er een aantal zwarte kassa's zou zijn. Ik weet niet of dat waar is. Daarom stel ik hier de vraag. Anderzijds zou er geknoeid worden met de facturatie bij Nederlandse patiënten. Ik weet niet of dat waar is. Ik wil het systeem zoals dat is uitgelegd in een bepaalde brief niet naar voren brengen. Deze vraag is ingegeven door de brief die ik heb gekregen die was ondertekend door de heer Decoster. Hierin gaf hij de voornoemde opdracht aan de heer Tassio. Mijn bezorgdheid geldt de precaire toestand van de Antwerpse OCMW-ziekenhuizen. Is er een onderzoek geweest? Wat is het resultaat van dit onderzoek? Kunt u mij iets meedelen?

21.01 **Staf Neel** (VLAAMS BLOK): Dans sa lettre du 9 juillet 2003, M. Decoster, directeur général auprès du SPF Santé publique informait Mme De Coninck, présidente du CPAS d'Anvers, du fait qu'il avait chargé son conseiller général, M. Tasiaux, d'ouvrir une enquête au sujet des irrégularités qui se seraient produites dans le cycle de facturation et de paiement des patients néerlandais au sein de l'AZ Middelheim à Anvers.

Ces informations sont-elles exactes? Qu'en est-il de cette enquête?

21.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer de voorzitter, geacht lid, ik zal

21.02 **Rudy Demotte**, ministre: Je

het heel kort houden. Ik kan u melden dat de heer Decoster mevrouw Deconing geantwoord heeft dat het niet tot zijn bevoegdheden behoort om op de gestelde vraag in te gaan. U ziet dat het heel kort is maar duidelijk.

peux être très bref: M. Decoster a informé Mme De Coninck du fait qu'une telle enquête ne relevait pas de ses compétences.

21.03 Staf Neel (VLAAMS BLOK): Mijnheer de minister, er is een onderzoek gevraagd. Tot wie moet men zich dan richten om te onderzoeken of het wel waar is? Kunt u mij dat zeggen? Mevrouw Deconing heeft die brief waarschijnlijk gestuurd aan de heer Decoster. Het antwoord is negatief volgens u. Aan wie moet ze dan haar brief sturen? Kunt u zeggen aan welke dienst er een brief moet worden gestuurd? U weet het niet?

21.03 Staf Neel (VLAAMS BLOK): Qui alors est compétent en la matière?

21.04 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, mocht ik een antwoord hebben, ik zou het verstrekken, maar ik wens de heer Neel geen verkeerd technisch antwoord geven.

21.04 Rudy Demotte, ministre: Je ne suis pas en mesure de répondre pour l'heure à cette question. Je ferai procéder aux vérifications nécessaires et transmettrai la réponse par écrit à M. Neel.

Mijnheer Neel, Ik kan u via e-mail, laten weten aan wie het exact moet gevraagd worden om het volgens de regels te doen, maar ik kan u niet antwoorden. Ik kan u de concrete gegevens van de bevoegde overheid bezorgen, maar geef me een beetje tijd opdat ik u precies zou kunnen antwoorden.

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

22 Agenda

22 Agenda

De **voorzitter:** Met dit verhaal over zwarte kassen en zwarte dozen besluiten wij deze lange namiddagzitting. Collega's, ik dank u omdat u tot het einde bent gebleven. Voor alle vragen die niet aan de orde zijn gekomen, zal worden bekeken wat de indiener met de vraag wenst te doen. De indieners zullen in elk geval het secretariaat moeten verwittigen indien zij de vraag willen behouden.

(...): Kan er morgen een vraag worden gesteld vóór de verdere bespreking van de beleidsnota?

De **voorzitter:** Neen, morgen staat op de agenda de onmiddellijke bespreking van de beleidsnota. Volgende week maandag staan er in de namiddag opnieuw vragen op het programma.

22.01 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, ik wil wat tijd besparen. Ik zie dat wij al enkele weken vragen moeten beantwoorden. De leden die de vragen zouden moeten stellen, zijn regelmatig niet aanwezig in de commissie. Kunnen wij bijvoorbeeld vragen dat deze vragen schriftelijk worden behandeld? Het zou ons tijd besparen.

De **voorzitter:** Mijnheer de minister, wanneer de indieners er niet zijn en aan het secretariaat niets laten weten, worden de vragen gewoon geschrapt. Zij bestaan dan niet meer.

22.02 Minister Rudy Demotte: Ik wil met het voorstel enkel tijd besparen en het werk wat efficiënter maken.

De **voorzitter:** We waren ook niet rouwig dat een aantal leden afwezig waren. Anders hadden we broodjes moeten laten aanrukken.

*La réunion publique de commission est levée à 17.35 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.35 uur.*