



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRESENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMPTE RENDU INTEGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

dinsdag

28-05-2002

14:15 uur

mardi

28-05-2002

14:15 heures

AGALEV-ECOLO	<i>Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
CD&V	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
FN	<i>Front National</i>
MR	<i>Mouvement réformateur</i>
PS	<i>Parti socialiste</i>
cdH	<i>centre démocrate Humaniste</i>
SP.A	<i>Socialistische Partij Anders</i>
VLAAMS BLOK	<i>Vlaams Blok</i>
VLD	<i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>
VU&ID	<i>Volksunie&ID21</i>

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>	
DOC 50 0000/000	<i>Parlementair document van de 50e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>	DOC 50 0000/000	<i>Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
QRVA	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	QRVA	<i>Questions et Réponses écrites</i>
CRIV	<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>	CRIV	<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>
CRIV	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>	CRIV	<i>Version Provisoire du Compte Rendu Intégral (sur papier vert)</i>
CRABV	<i>Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>	CRABV	<i>Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>
PLEN	<i>Plenum (witte kaft)</i>	PLEN	<i>Séance plénière (couverture blanche)</i>
COM	<i>Commissievergadering (beige kaft)</i>	COM	<i>Réunion de commission (couverture beige)</i>

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

INHOUD

Vraag van de heer Robert Hondermarcq aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het probleem van de zoonosen" (nr. 7191)

Sprekers: **Robert Hondermarcq, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Interpellatie van de heer Daniel Bacquelaine tot de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het voorstel van koninklijk besluit tot vaststellen van de normen ter erkenning van samenwerkingsverbanden, groepspraktijken en diensten in de thuisverpleging" (nr. 1271)

Sprekers: **Daniel Bacquelaine**, voorzitter van de MR-fractie, **Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, **Luc Goutry**

Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de registratie van minimale psychiatrische gegevens" (nr. 7261)

Sprekers: **Luc Goutry, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Vraag van de heer Bart Laeremans aan de minister van Binnenlandse Zaken over "het taalprobleem bij de hulpdiensten" (nr. 7264)

Sprekers: **Bart Laeremans, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Samengevoegde vragen van
- de heer Koen Bultinck aan de minister van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu over "een koninklijk besluit in voorbereiding dat de bijzondere beroepstitel voor verpleegkundigen in de intensieve zorg en spoedgevallen zorg zou afschaffen" (nr. 7297)

- de heer José Vande Walle aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het KB betreffende de afschaffing van de bijzondere beroepstitel voor verpleegkundigen in intensieve zorg en spoedgevallen zorg" (nr. 7322)

Sprekers: **Koen Bultinck, José Vande Walle, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Vraag van de heer José Vande Walle aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de financiële

SOMMAIRE

Question de M. Robert Hondermarcq à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "le problème des zoonoses" (n° 7191)

Orateurs: **Robert Hondermarcq, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Interpellation de M. Daniel Bacquelaine à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "le projet d'arrêté royal fixant les normes d'agrément des associations, cabinets de groupe et services de soins à domicile" (n° 1271)

Orateurs: **Daniel Bacquelaine**, président du groupe MR, **Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, **Luc Goutry**

Question de M. Luc Goutry à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum" (n° 7261)

Orateurs: **Luc Goutry, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question de M. Bart Laeremans au ministre de l'Intérieur sur "les problèmes linguistiques au sein des services de secours" (n° 7264)

Orateurs: **Bart Laeremans, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Questions jointes de
- M. Koen Bultinck à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "un arrêté royal en préparation qui supprimerait le titre professionnel particulier pour le personnel infirmier en soins intensifs et en soins d'urgence" (n° 7297)

- M. José Vande Walle à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'arrêté royal relatif à la suppression de titres professionnels particuliers pour le personnel infirmier des soins intensifs et des services des urgences" (n° 7322)

Orateurs: **Koen Bultinck, José Vande Walle, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Question de M. José Vande Walle à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'aide

steun aan beginnende huisartsen" (nr. 7312)

Sprekers: **José Vande Walle, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

financière accordée aux médecins généralistes se lançant dans la profession" (n° 7312)

Orateurs: **José Vande Walle, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Vraag van de heer Philippe Seghin aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de dringende medische hulp" (nr. 7316)

Sprekers: **Philippe Seghin, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Question de M. Philippe Seghin à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'aide médicale urgente" (n° 7316)

Orateurs: **Philippe Seghin, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

Vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het voorstel tot verhoging van de IVK-rechten en de autocontrole in de pluimveesector" (nr. 7279)

Sprekers: **Trees Pieters, Magda Aelvoet**, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu

Question de Mme Trees Pieters à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la proposition visant à augmenter les droits de l'IEV et l'autocontrôle dans le secteur avicole" (n° 7279)

Orateurs: **Trees Pieters, Magda Aelvoet**, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 28 MEI 2002

14:15 uur

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

du

MARDI 28 MAI 2002

14:15 heures

La séance est ouverte à 14.20 heures par M. Philippe Seghin, président.

De vergadering wordt geopend om 14.20 uur door de heer Philippe Seghin, voorzitter.

01 Question de M. Robert Hondermarcq à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "le problème des zoonoses" (n° 7191)

01 Vraag van de heer Robert Hondermarcq aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het probleem van de zoönosen" (nr. 7191)

01.01 Robert Hondermarcq (MR): Monsieur le président, madame la ministre, chers collègues, je précise tout d'abord que ma question se rapporte effectivement à l'Union européenne, mais c'est la Belgique qui m'intéresse en premier lieu.

Madame la ministre, à la demande de votre cabinet, j'ai accepté le report de ma question, mais j'espère qu'à présent, vous êtes en mesure de me donner une réponse élaborée.

La situation épidémiologique en matière de zoonose dans l'Union européenne – c'est en effet l'entité que j'ai choisie – correspond à 165.569 cas de salmonellose, 126.981 cas de campilobactère, 3.843 cas de brucellose et 155 cas de mycobacterium borus.

La réduction de l'incidence des zoonoses et d'agents zoonotiques en vue de prévenir des infections d'origine alimentaire, nécessite une approche concertée et pluridisciplinaire.

Néanmoins, les bovins qui présentent actuellement une réaction positive à la tuberculine ou une réaction positive à la brucellose, sont, dans la plupart des cas, éliminés par abattage, avec récupération possible de leur carcasse.

Après abattage, lors de l'examen post mortem, l'expert reconnaît, en autorisant l'apposition de l'estampille ou marque de salubrité, les viandes propres à la consommation humaine. Ainsi, l'expert est souverain pour déclarer les viandes propres ou impropres à la consommation humaine, pourvu que sa décision soit motivée.

01.01 Robert Hondermarcq (MR): De vermindering van de invloed van zoönosen en zoönoseverwekkers om infecties door voeding te voorkomen moet goed georganiseerd en multidisciplinair worden aangepakt.

Toch worden de runderen die positief reageren op tuberculine en hematologisch positief zijn voor brucellose momenteel meestal geslacht en kan hun karkas worden gerecupereerd. De deskundige beslist soeverein of het vlees geschikt is voor menselijke consumptie. Hij moet die beslissing enkel staven.

Het koninklijk besluit van 9 maart 1953 bepaalt echter dat een karkas dat waarschijnlijk gezond is maar afkomstig van een rund dat positief reageert op tuberculine in beslag moet worden genomen voor chirurgisch onderzoek: de organen die letsels vertonen moeten bacteriologisch worden onderzocht. De veterinaire dienst

Rien n'interdit à l'expert de procéder à des examens supplémentaires qu'il jugerait utiles en l'absence de symptômes ou de lésions.

L'ensemble des cas de saisie ou des cas de viande déclarée impropre à la consommation lors de l'expertise sont déterminés par l'annexe 2 de l'arrêté royal du 9 mars 1952. Ces règles sont complétées actuellement par la directive 64/433 insérée en droit belge par l'arrêté royal du 4 octobre 1985.

Dans le cas d'une carcasse apparemment saine provenant d'un bovin réagissant positivement à la tuberculine, l'arrêté royal impose une "saisie chirurgicale" des organes atteints de lésions et une saisie totale dans des cas précis.

La décision d'admettre à la consommation humaine une carcasse qui ne présente apparemment aucun signe ou lésion de tuberculose, mais pour laquelle les services vétérinaires compétents en épidémiosurveillance exigent un examen bactériologique des ganglions en vue de la recherche de BK est particulièrement délicate.

Cette requête signifie, en effet, que les services vétérinaires ont assez de motifs pour voir que l'animal pourrait être porteur de gènes pathogènes. En principe, il s'agit d'ailleurs d'un animal atteint de tuberculose au sens de l'arrêté du 10 mai 1963 portant des mesures de lutte contre la tuberculose.

Madame la ministre, si la présence de bacilles est confirmée dans les ganglions lymphatiques par l'analyse, il tombe sous le sens que des bacilles sont présents ou peuvent être présents dans les tissus musculaires adjacents. Or, la consommation de viande hachée crue est tout à fait courante dans notre pays. Par conséquent, admettre de telles viandes à la consommation pour de complexes motifs réglementaires défie, à mon avis, le bon sens de l'expert.

En outre, une extrapolation peut aisément être admise pour la brucellose. De plus, dans le registre économique, le problème réside dans l'attente des résultats des recherches bactériologiques exigées par les services vétérinaires. En cas de résultat positif, la carcasse et l'animal seraient reconnus atteints de tuberculose et son propriétaire pourrait alors prétendre à une indemnité. Dans le cas d'un résultat négatif, voire partiellement positif, les viandes pourraient être admises à la consommation, mais l'état de conservation en frigo à l'abattoir au-delà de quinze jours rend la viande inconsommable. Le propriétaire ne pourra invoquer un paiement de l'Etat pour le motif d'avoir subi un dommage causé par une demande d'analyse de l'administration.

Mme la ministre pourrait-elle dès lors me donner son avis quant au problème soulevé. Une indemnisation par l'Etat belge à l'égard des propriétaires d'animaux qui présentent des réactions positives à la tuberculose et/ou à la brucellose ne pourrait-elle pas être envisagée? Mme la ministre ne pense-t-elle pas, eu égard au principe de précaution pour la santé du consommateur, que ces animaux ne devraient plus être présentés à l'abattoir mais rachetés pour la destruction par l'autorité?

Je remercie Mme la ministre pour ses réponses.

bevoegd voor epidemiologisch toezicht kan dit onderzoek eisen. Als de analyse de aanwezigheid van bacillen in de lymfklieren bevestigt, ligt het voor de hand dat die bacillen ook aanwezig zijn in het aangrenzende spierweefsel. Dat dergelijk vlees geschikt zou zijn voor menselijke consumptie tart met het gezond verstand van de expert. Dit kan makkelijk worden geëxtrapoleerd voor brucellose.

Het wachten op de resultaten van de door de veterinaire diensten geëiste analyses heeft bovendien economische gevolgen. Als het resultaat positief is, zou de eigenaar van het dier aanspraak kunnen maken op een vergoeding. Als het resultaat negatief is, zou het vlees voor menselijke consumptie kunnen worden toegelaten op voorwaarde dat het minder dan twee weken in de koelkast werd bewaard. Na het verstrijken van die termijn zou de eigenaar vergoeding van de staat kunnen eisen voor de ten gevolge van een door de administratie gevraagde analyse geleden schade.

Wat denkt de minister hiervan? Kan een vergoeding in overweging worden genomen? Zouden de betrokken dieren uit voorzorgsmaatregel niet beter worden opgekocht en vernietigd in plaats van naar het slachthuis te worden gebracht?

01.02 Magda Aelvoet, ministre: Monsieur le président, cher collègue, tout d'abord, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de reporter votre question d'une semaine supplémentaire, ce qui m'a permis d'obtenir tous les éléments de réponse.

Pour ce qui est du problème que vous soulevez, il est vrai qu'en application d'un chapitre – dont je vous épargne les détails – du dispositif belge en traduction de ce qui est prévu au niveau de la directive européenne, et plus particulièrement de la directive 64/433 relative aux conditions sanitaires de production et de mise sur le marché de viande fraîche, ne sont actuellement pas déclarées impropres à la consommation humaine deux catégories de carcasses.

Premièrement, les carcasses d'animaux de boucherie ayant présenté une réaction positive ou douteuse à la tuberculine qui, lors de l'expertise *post mortem*, ont présenté une lésion tuberculeuse au sein d'un ganglion d'un même organe ou dans une même partie de la carcasse, laquelle lésion étant seule déclarée impropre à la consommation humaine et saisie à titre de saisie partielle.

Deuxièmement, les carcasses d'animaux de boucherie ayant présenté une réaction positive ou douteuse à la brucellose et qui n'ont pas présenté des lésions signalant une affection aiguë.

Cela a pour conséquence que les viandes provenant d'animaux de boucherie qui ont fait l'objet d'un abattage normal ou d'un abattage par ordre dans le cadre de la lutte contre la tuberculose ou la brucellose bovine, peuvent encore recevoir l'estampille ovale pour autant que la lésion tuberculeuse ou les mamelles, le tractus génital et le sang en cas de brucellose aient fait l'objet d'une saisie partielle par l'expert.

Dans tous les cas où une lésion tuberculeuse ou de brucellose est suspectée ou constatée, l'expert procède soit, en cas d'abattage par ordre de police sanitaire, à l'avertissement immédiat de l'inspecteur vétérinaire par l'envoi du document de transport et d'abattage dûment complété et à la demande d'analyses de confirmation au CODA, soit, en cas d'abattage normal, à l'avertissement immédiat de l'inspecteur vétérinaire du lieu de l'abattoir et à la demande d'un avis de confirmation au CODA.

Dans l'attente de la mise en oeuvre de nouvelles techniques de laboratoire compatibles avec un délai d'expertise raisonnable, il n'est actuellement pas possible d'attendre le résultat des analyses de confirmation pour déclarer une carcasse propre ou non à la consommation humaine.

Ces dispositions datent toutefois d'une époque où l'autosuffisance alimentaire dans notre pays était encore difficile à atteindre. Le législateur avait donc géré le risque sanitaire en se basant sur l'analyse globale.

Il est évident que la situation aujourd'hui est radicalement différente et impose une révision de ces dispositions.

Les directives européennes sont d'ailleurs actuellement largement plus restrictives en matière de tuberculose, par exemple.

01.02 Minister Magda Aelvoet: In uitvoering van de regelgeving kan het vlees uit slachtvee dat op een normale wijze of op bevel werd geslacht in het kader van de bestrijding van tuberculose of brucellose bij runderen nog een ovale stempel krijgen, op voorwaarde dat het door tuberculose veroorzaakt letsel op de uiers, het canalis genitilis en het bloed in geval van brucellose gedeeltelijk door de deskundige in beslag zijn genomen.

In afwachting van nieuwe technieken dankzij welke binnen een redelijke termijn een deskundigenonderzoek kan worden uitgevoerd, is het niet mogelijk de resultaten van de ter bevestiging verrichte analyses af te wachten om een karkas geschikt voor consumptie te verklaren. Ik heb mijn bestuur ermee belast de wijziging van de betrokken artikelen voor te bereiden met het oog op een betere bescherming van de consumenten. De teksten zullen voor overleg worden voorgelegd aan de Raad van het Fonds voor de gezondheid van de dieren, die zal moeten oordelen of het opportuun is om bij inbeslagnames in schadeloosstellingen te voorzien.

Het zou echter niet normaal zijn voor individuele inbeslagnemingen een beroep op het Fonds te doen. We zullen het advies van het wetenschappelijke comité van het Federaal Agentschap over de te nemen maatregelen afwachten.

J'ai chargé mon administration de préparer la modification de ces articles afin d'améliorer la protection des consommateurs et de rendre les décisions d'expertise plus praticables. En effet, il n'est actuellement pas aisé pour un expert vétérinaire, qui voudrait s'entourer de toutes les garanties, de mener son expertise à terme. Un exemple récent, l'a bien rappelé.

Dès que les nouveaux textes seront prêts, ils seront soumis pour concertation au Conseil du Fonds de santé animale. Ce dernier devra juger s'il est opportun de prévoir des indemnisations en cas de telle saisie.

Je vous rappelle que la sécurité du produit relève de la responsabilité des producteurs et que le Fonds de santé fonctionne comme une mutuelle qui indemnise les pertes liées à la lutte contre certaines maladies contagieuses. Le Fonds ne doit donc normalement pas intervenir pour des cas de saisie individuelle mais uniquement en cas d'abattage par ordre de l'autorité.

En tout état de cause, nous attendons l'avis du comité scientifique de l'Agence fédérale sur le réel risque sanitaire et les mesures adéquates à prendre.

01.03 Robert Hondermarcq (MR): Monsieur le président, je remercie Mme la ministre pour sa réponse et je me réjouis des mesures qu'elle compte prendre. Je suppose qu'elle soutiendra tout à fait l'idée du principe de précaution. Vu le nombre peu élevé de cas de tuberculose et de brucellose que l'on constate actuellement, je pense que la dépense de l'Etat ne sera pas importante et que le principe de précaution sera respecté dans l'intérêt du consommateur.

01.03 Robert Hondermarcq (MR): Ik verheug mij over de maatregelen die de minister wil nemen. Ik hoop dat het voorzorgsprincipe in acht zal worden genomen. Aangezien het aantal tuberculose- en brucellosegevallen zeer beperkt is, zou de tegemoetkoming door de overheid niet al te hoog moeten oplopen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Interpellation de M. Daniel Bacquelaine à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "le projet d'arrêté royal fixant les normes d'agrément des associations, cabinets de groupe et services de soins à domicile" (n° 1271)

02 Interpellatie van de heer Daniel Bacquelaine tot de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het voorstel van koninklijk besluit tot vaststellen van de normen ter erkenning van samenwerkingsverbanden, groepspraktijken en diensten in de thuisverpleging" (nr. 1271)

02.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, madame la ministre, chers collègues, j'ai déjà soulevé ce sujet il y a peu de temps. Je suis désolé d'insister sur ce point mais je comprends difficilement l'ensemble des éléments d'information que vous m'avez fournis à l'époque et il me semble qu'il n'a pas été suffisamment répondu à mes interrogations. Je me permets donc de vous interpeller à nouveau à ce sujet.

Votre projet d'arrêté royal définit différentes typologies pratiques de soins infirmiers à domicile qui présentent des exigences respectives

02.01 Daniel Bacquelaine (MR): Uw ontwerp van koninklijk besluit bepaalt de verschillende types van thuisverpleging en de voorwaarden voor de erkenning ervan. Welk organisme zal worden belast met de erkenning van en de controle op die diensten? Wat zijn de mogelijkheden als de erkenning wordt geweigerd of

liées aux agréments. En ce qui concerne précisément l'agrément, la question est de savoir quel organisme sera chargé de l'accorder et de contrôler ensuite si les conditions qui ont prévalu à l'octroi de cet agrément sont bien respectées et si les choses se passent de manière conforme à l'arrêté royal.

Si cet agrément était refusé ou retiré pour une raison bien précise, quel serait le recours possible pour l'infirmier, l'association, le cabinet de groupe ou le service de soins à domicile?

Par ailleurs, à la lecture de l'article 2 du projet d'arrêté royal, on constate que pour être et demeurer agréées, les différentes typologies pratiques doivent offrir des soins infirmiers aux patients fortement dépendants en soins, identifiés comme tels à l'aide de l'instrument d'évaluation que vous définissez.

Cela veut-il dire que les soins lourds seront confiés aux seuls associations, cabinets ou services au détriment des infirmiers(ères) qui prestent seul(e)s et qui ne pourraient soigner que des patients légers? Le projet d'arrêté ne me paraît pas clair à ce sujet.

Pouvez-vous nous confirmer que tous les types de soins pourront être dispensés par les infirmiers(ères) non agréé(e)s, les infirmiers(ères) agréé(e)s travaillant seul(e)s ou en association et les infirmiers(ères) travaillant dans les cabinets de groupe et dans les services de salariés?

En ce qui concerne la notion d'infirmier(ère) relais qui a remplacé la notion d'infirmier(ère) de référence, je me pose la question de savoir qui va être chargé de la formation et du contrôle de celle-ci. De plus, les formations actuelles des infirmiers(ères) entreront-elles en ligne de compte dans le cadre des critères d'agrément comme infirmier(ère) relais?

Au niveau des nouvelles obligations administratives à charge des infirmiers(ères) comme le registre de pratique et le plan de soins, quelles seront les sanctions en cas de non-respect? Comment ce non-respect sera-t-il vérifié?

La tenue du registre de pratique ne va-t-elle pas alourdir encore plus les obligations administratives des infirmiers(ères) de soins à domicile qui doivent déjà tenir un registre de prestations et des dossiers infirmiers? Et je ne parle pas ici des documents autres qui n'ont rien à voir avec la pratique elle-même mais qui sont imposés à tous les indépendants.

En ce qui concerne plus précisément le dossier infirmier, vous m'aviez dit, lors de ma première interpellation, qu'il n'était effectivement pas nécessaire de constituer un dossier infirmier pour les patients n'ayant subi que des soins légers. Je repose la question: faut-il un dossier infirmier pour une série de dix piqûres intramusculaires ponctuelles par exemple?

N'est-ce pas trop demander par rapport à l'objectif poursuivi? A la lecture de la dernière version du projet d'arrêté royal, je ne retrouve pas la garantie relative au fait d'éviter des obligations administratives trop lourdes.

ingetrokken?

Om erkend te worden en te blijven moeten de samenwerkingsverbanden, groepspraktijken en diensten patiënten verplegen die er zwaar afhankelijk van zijn. Kunnen we hier niet uit afleiden dat die zware verzorging zal worden toevertrouwd aan samenwerkingsverbanden, groepspraktijken en diensten ten nadele van onafhankelijke verpleegkundigen die alleen nog de lichte patiënten toegewezen zullen krijgen?

Wie zal de opleiding van de 'verbindingsverpleegkundigen' organiseren? Hoe zullen deze opleidingen worden gecontroleerd? En wat zal met de vroeger gevolgde opleidingen gebeuren?

Er worden nieuwe administratieve verplichtingen aan de verpleegkundigen opgelegd. Zij betreffen het praktijkregister en het zorgenplan. Hoe zal de naleving van die verplichtingen worden bestraft? Zal het praktijkregister het werk van de verpleegkundigen niet verzwaren? Zij moeten immers al een register van de prestaties en fiscale en boekhoudkundige documenten bijhouden en verpleegkundige dossiers samenstellen.

De minister heeft mij bevestigd dat het niet nodig is om een verpleegkundig dossier samen te stellen voor patiënten die maar een lichte verzorging hebben gekregen. Die garantie is echter niet in het koninklijk besluit opgenomen. Zou men de samenstelling van een verpleegkundig dossier niet enkel voor de zware gevallen verplicht kunnen stellen?

Om te worden erkend zouden de samenwerkingsverbanden zich ertoe moeten verbinden een verzorging aan te bieden die

Madame la ministre, je désirerais vous poser une question complémentaire qui ne figure pas dans le texte de l'interpellation que je vous ai transmis mais qui m'est apparue lors des dernières lectures du projet d'arrêté royal.

L'article 3 concernant les critères particuliers relatifs à l'agrément des associations prévoit que l'accord de coopération devra comporter "un engagement à offrir des soins infirmiers conformes aux normes et standards en vigueur dans notre pays" – j'ignore ce à quoi cela correspond exactement – "sans aucune forme directe ou indirecte de discrimination ou de sélection préalable des patients".

Fort bien, mais je m'étonne que, pour les cabinets de groupe, dotés de la personnalité juridique, cette condition ne soit pas reprise. Les autres conditions qui sont les conditions générales de l'article 2 sont reprises pour tous – l'effet est cumulatif et ce fait est bien stipulé dans le commentaire des articles – mais cet engagement à prodiguer des soins conformes aux normes et à éviter toute forme de discrimination et de sélection préalable des patients est uniquement destiné, semble-t-il, aux associations et non aux cabinets de groupe ou aux cabinets de groupe dotés de la personnalité juridique.

Aussi conviendrait-il peut-être de reprendre cet engagement tant pour les cabinets de groupe que pour les services de soins à domicile.

02.02 Magda Aelvoet, ministre: Monsieur le président, monsieur Bacquelaine, en réponse à votre première question, je puis vous dire que c'est l'administration fédérale qui va accorder l'agrément. Elle expliquera dans le détail dans quelle mesure la pratique répond ou non aux critères. En cas de refus, le candidat aura la possibilité, soit de s'adapter, en fonction des points qui manqueraient, soit d'introduire une sorte de recours. Toute personne qui introduit une demande d'agrément doit répondre aux critères fixés, mais il est évident qu'une première réponse qui serait négative n'est pas à considérer comme définitive.

L'objectif n'est nullement de confier explicitement certaines tâches de l'art infirmier à certains types de pratiques.

L'objet de l'instauration d'infirmiers et infirmières de référence est d'intégrer leurs compétences dans les qualifications particulières. C'est ce à quoi mes collaborateurs travaillent actuellement. L'idée – qui est parfaitement logique – est donc de partir des compétences des infirmiers et infirmières de référence actuels, car ils répondent déjà à l'essentiel des critères. Ces qualifications seront détruites par la suite. Le concept d'infirmier de référence est, en cela, précurseur. Cependant, comme je l'ai indiqué, leurs compétences seront, à un stade ultérieur, intégrées dans les qualifications particulières. Mais bien entendu, des mesures transitoires seront prévues.

Le registre de pratique devient un instrument de contrôle élémentaire. Et il est erroné de prétendre qu'il est difficile de l'organiser d'un point de vue administratif. Rien n'est plus simple que de compléter de manière chronologique un registre. Nous ne demandons rien de véritablement compliqué. Ce registre doit en outre pouvoir être consulté par l'organe de contrôle.

Pour ce qui est du dossier infirmier, je ne puis que répéter ce que je

voldoet aan de in ons land geldende standaardnormen en geen patiënten te discrimineren. Waarom wordt die verbintenis ook niet opgelegd aan groepspraktijken en groepspraktijken met rechtspersoonlijkheid?

02.02 Minister Magda Aelvoet: De federale administratie zal de erkenning voorbereiden. De minister zal die ondertekenen en er zal een controle worden ingesteld. De weigeringen zullen worden gemotiveerd. De kandidaat kan altijd het nodige doen om aan de voorwaarden te voldoen, zodat hij een erkenning kan verkrijgen.

Het is niet de bedoeling bepaalde taken uitdrukkelijk aan bepaalde types van zorgverlening toe te wijzen. Wij willen de deskundigheid van de referentieverpleegkundigen opnemen in de "bijzondere kwalificaties", die later uitvoerig zullen worden omschreven. Er zal uiteraard in overgangsmaatregelen worden voorzien.

Het praktijkregister wordt een elementair controle-instrument. Het kan gemakkelijk worden bijgehouden en moet door de controle-instantie kunnen worden geraadpleegd. Het bestaat bovendien al voor bepaalde types van verzorging. Een gedetailleerd

vous ai dit précédemment, à savoir que pour les pathologies légères, nous demandons exactement la même chose que ce qui se fait déjà à l'heure actuelle car les infirmières notent déjà une série de choses. A cet égard, rien ne change donc.

Par contre, pour des situations de soin très complexes, un dossier étoffé est requis. J'ai veillé à ce que pour les soins à domicile plus légers, seules soient exigées les données qui, à l'heure actuelle, sont déjà collectées à des fins administratives et d'évaluation et ce afin de ne pas ajouter de travail. Nous ne voulons nullement embêter les gens avec de la paperasserie.

En résumé, un bon exercice de la pratique suppose un dossier minimal pour chacun de ses membres et un dossier plus étoffé dans le cadre de pathologies plus complexes.

En ce qui concerne votre dernière question, n'ayant pas amené l'arrêté, je suis dans l'impossibilité de vous répondre tout de suite. Mais je m'engage à vous répondre par écrit. Et si la réponse ne devait pas vous satisfaire, je suis toute disposée à vous répondre lors d'une prochaine réunion.

02.03 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la ministre, merci pour vos réponses. Pour en revenir à ma dernière question, je pense que la seule chose à faire sera de modifier l'arrêté afin de prévoir le cumul, tel que le prévoit votre exposé des motifs. Comme cela n'apparaît pas dans l'arrêté, je pense qu'il s'agit là d'un léger oubli.

02.04 Magda Aelvoet, ministre: Je vais le contrôler. Je voudrais vous faire part d'un élément qui ne figure pas dans le texte mais que j'ai vérifié avec l'aide d'un de mes collaborateurs. C'est ainsi que cet arrêté a déjà été soumis au Comité de l'INAMI compétent et il a été approuvé à l'unanimité.

02.05 Daniel Bacquelaine (MR): Madame la ministre, j'ai pris acte de votre réponse en ce qui concerne le recours. Cependant, on pourrait quand même prévoir un niveau auquel puisse être introduit le recours qui soit différent de celui auquel la demande initiale a été introduite. Sinon, il ne s'agit pas d'un recours tel qu'on l'entend dans un Etat de droit. Un recours doit, en effet, pouvoir être adressé à un autre niveau que celui auquel la demande initiale a été enregistrée. Dans le cas contraire, ce n'est plus tout à fait un recours, c'est une contestation. Or, la notion de recours est utile et nécessaire si on ne veut pas se contenter de décisions qui pourraient être considérées comme arbitraires par les personnes auxquelles elles s'appliquent.

Madame la ministre, j'ai bien entendu votre réponse en ce qui concerne le dossier infirmier. Vous avez dit qu'il était repris dans l'arrêté.

Il est vrai que ce que l'on demande n'est pas très compliqué pour des soins légers. On établit d'ailleurs bien la différence entre les soins légers et les soins lourds. Pour ces derniers, de nombreuses références supplémentaires doivent apparaître dans le dossier infirmier.

Cependant, dans la partie "soins légers" du dossier infirmier, on

dossier is enkel vereist voor zware pathologieën. Voor lichtere thuisverzorging zijn enkel de gegevens vereist die momenteel al voor administratieve doeleinden worden verzameld.

Ik verbind mij ertoe uw laatste vraag schriftelijk te beantwoorden.

02.03 Daniel Bacquelaine (MR): Er is niet veel nodig om het besluit cumulatief te maken.

02.04 Minister Magda Aelvoet: Het bevoegde RIZIV-comité heeft het besluit al doorgenomen en staat erachter.

02.05 Daniel Bacquelaine (MR): Er zou in een andere beroepsinstantie moeten worden voorzien dan die waarbij de oorspronkelijke aanvraag wordt ingediend.

Het verpleegkundig dossier wordt beschreven in het besluit. Voor lichte verzorging moet worden geëvalueerd in welke mate de toestand van de patiënt beantwoordt aan de criteria op het stuk van de zelfredzaamheid. Voor een intramusculaire routine-injectie lijkt dit dossier mij overbodig en moet het worden afgeschaft.

demande une évaluation du patient établie à l'aide des critères de dépendance.

Demander à une infirmière de procéder à une évaluation du patient établie à l'aide de critères de dépendance parce que ce patient a besoin, trois fois par semaine et durant trois semaines, d'une injection de vitamines B12 semble excessif. Tel est le sens de mon intervention dans le cadre du dossier infirmier.

Je comprends la nécessité d'un dossier infirmier. Cela permet une certaine méthodologie dans le travail. Cela donne également des possibilités de contrôle de la qualité du travail fourni. Mais exiger une évaluation du patient sur la base de critères de dépendance pour une simple intramusculaire de routine et alors que la personne n'est pas vraiment malade, me semble inutile. Selon moi, tout ce qui est inutile doit, si possible, être supprimé.

02.06 Magda Aelvoet, ministre: Monsieur Bacquelaine, j'ai pris note de vos dernières remarques. Je vais les analyser et tenter de voir de quoi il s'agit concrètement avant de me prononcer. En effet, dans un certain nombre de cas, des critères de dépendance sont mesurés au moment où l'on entame une certaine forme d'encadrement. C'est le cas, par exemple, dans les maisons de repos et de soins. Je ne connais pas assez la problématique sur le terrain pour vous répondre de manière précise.

02.07 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijn aandacht is gewekt door het feit dat het hier gaat over een interpellatie en niet over een vraag. Dat betekent dat collega Bacquelaine een motie kan indienen. Normaal gezien wordt daarover beslist in de Conferentie van voorzitters. Interpellaties van de oppositie worden vaak afgewezen wegens hun geringe politieke belang. Ik hoor dat dit een zeer politiek geladen onderwerp is.

Welnu, hier is sprake van een ontwerp van koninklijk besluit, waarvan ik helemaal geen kennis heb. Mag ik vragen dat dit ontwerp ook aan de andere commissieleden wordt bezorgd, zodat wij ook weten waarover het gaat? Het is een beetje eigenaardig dat een interpellatie wordt gehouden over een ontwerp van koninklijk besluit waarvan het Parlement niet in kennis is gesteld, waarvan de parlementsleden geen tekst hebben en zelfs niet geacht zijn het bestaan ervan te kennen.

02.08 Minister Magda Aelvoet: Mijnheer Goutry, de ziekenfondsen beschikken over de tekst. Het is voor mij echter geen enkel probleem om u het document te bezorgen. Normaal functioneren de communicatiekanalen goed en ik zal er zeker voor zorgen dat de tekst van het koninklijk besluit u bezorgd wordt.

02.09 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de minister, ik denk dat u slecht ingelicht bent, want ik heb met de ziekenfondsen helemaal niets te maken. Ik weet niet waar u dat haalt. Ik ben sinds tien jaar onafhankelijk, niet cumulerend parlements lid – waarschijnlijk een van de weinigen in dit huis. Ik heb zelfs geen beheersmandaat. Ik zie dus niet goed in waarom u dit zegt. Mijn vraag is gewoon of wij die tekst kunnen krijgen.

02.06 Minister Magda Aelvoet: Ik neem nota van uw opmerking, maar ik ken de situatie in de praktijk onvoldoende om onmiddellijk op uw vraag te kunnen antwoorden.

02.07 Luc Goutry (CD&V): Je m'étonne que M. Bacquelaine puisse quant à lui interpellier la ministre sur ce sujet alors que les demandes d'interpellation analogues sont souvent converties en simples questions lorsqu'elles émanent de l'opposition.

Comment se fait-il d'ailleurs que tous les commissaires ne soient pas en possession du projet d'arrêté royal qui fait l'objet de l'interpellation de M. Bacquelaine?

02.08 Magda Aelvoet, ministre: Nous veillerons à ce qu'il le reçoivent. Les mutuelles ont déjà reçu le texte.

02.09 Luc Goutry (CD&V): Je ne comprends pas cette dernière observation. Je suis, depuis plusieurs années déjà, un député totalement indépendant qui ne cumule pas. Mais j'ai une autre question à vous poser: s'agit-il d'une compétence totalement

fédérale?

02.10 Minister **Magda Aelvoet**: Ik heb al twee keer "ja" gezegd.

02.10 **Magda Aelvoet**, ministre: Absolument.

02.11 **Luc Goutry** (CD&V): Ik heb nog een opmerking. Ik vraag mij af dit of ten gronde wel volledig tot de federale bevoegdheid behoort.

02.12 Minister **Magda Aelvoet**: Jawel, de Raad van State heeft daarover al een advies uitgebracht en dat is volledig in orde.

02.13 **Luc Goutry** (CD&V): En het advies is bij de tekst gevoegd?

02.14 Minister **Magda Aelvoet**: Dat is allemaal in orde, mijnheer Goutry.

02.15 **Luc Goutry** (CD&V): U zult mij niet kwalijk nemen dat ik hierom vraag.

02.16 Minister **Magda Aelvoet**: Hebt u de indruk dat ik u iets kwalijk neem? Nee toch?

02.17 **Luc Goutry** (CD&V): Nee.

02.18 **Daniel Bacquelaîne** (MR): Monsieur le président, je voudrais simplement dire à M. Goutry que je me suis procuré l'arrêté royal sur internet. Ce dernier peut d'ailleurs être consulté pour les avis du Conseil d'Etat.

02.18 **Daniel Bacquelaîne** (MR): Het besluit is terug te vinden op internet, net als de adviezen van de Raad van State.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de registratie van minimale psychiatrische gegevens" (nr. 7261)**

03 **Question de M. Luc Goutry à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum" (n° 7261)**

03.01 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag handelt over de registratie van minimale psychiatrische gegevens. Sinds 1996 bestaat er een registratiesysteem voor de geestelijke gezondheidszorg, de Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG). Twee arresten van de Raad van State met betrekking tot problemen van privacy van dit systeem hebben grote moeilijkheden veroorzaakt. De registratie heeft haar verplichtend karakter verloren. Dit heeft een aantal gevolgen voor de sector.

(...)

Le **président**: Les problèmes techniques sont réglés. Allez-y M. Goutry.

03.02 **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de minister, de juridische betwistingen over de privacy hebben ertoe geleid dat een juridisch vacuüm is ontstaan waardoor de motivatie om door te gaan met de registratie van deze gegevens in de betrokken sector sterk is gedaald. Men stelt zich vragen over het nut van al dat werk. Zoals dat het geval is met een neerwaartse spiraal leidt dit tot een

03.02 **Luc Goutry** (CD&V): Le système d'enregistrement de données mis en place en 1996 dans le secteur de la santé mentale – le RPM (résumé psychiatrique minimum) – pose

kwaliteitsdaling van de geregistreerde gegevens. We houden ons hart vast mochten deze gegevens later gebruikt worden voor belangrijke beleidsinformatie of zelfs voor de financiering van de ziekenhuizen. U weet dat de MKG een belangrijke rol zullen spelen bij de financiering van de algemene ziekenhuizen.

De sector was bereid inspanningen te doen en mee te werken aan de registratie teneinde het systeem te verbeteren en te verfijnen. Door het langdurig juridisch vacuüm waaraan niemand schuld heeft, voelt de sector zich gepasseerd omdat hij in het verleden voorstellen tot bijsturing had gedaan waarvan beloofd was dat er rekening mee zou worden gehouden. Ondertussen zit de sector in een juridisch vacuüm en wordt er aan het systeem niet veel meer gedaan. Bepaalde instellingen gaan door omdat ze het belangrijk vinden, andere zijn minder gemotiveerd. Weer andere stellen de kwaliteit in vraag.

De registratie van deze gegevens is echter zeer belangrijk. De psychiatrie verkeert immers in een kritische periode van volle ontwikkeling en hervorming. De registratie is een belangrijke informatiebron om uit te maken welke wegen men in de toekomst moet inslaan.

De groep pleitbezorgers voor een integraal systeem van registratie neemt gestaag toe. Thans bestaan MKG, MVG, en MPG. De vraag dringt zich op of een uniform systeem niet beter zou zijn zodat de parallelle gegevens integraal deel uitmaken van alle systemen.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van de problemen inzake de MPG-registratie? Hebt u reeds initiatieven genomen om het MPG-systeem opnieuw vlot te krijgen? Zo ja, welke? Wat is uw standpunt inzake de oprichting van een ad hoc-werkgroep die het probleem moet bestuderen? Een dringende aanpak is nodig. Op die manier kunnen nieuwe voorstellen worden aangebracht om de zaak vlot te krijgen. Overweegt u een geïntegreerd registratiesysteem in te voeren? Zo ja, wat betekent dat concreet?

03.03 Minister **Magda Aelvoet**: Mijnheer de voorzitter, zoals de heer Goutry terecht deed opmerken zijn er met die MPG-registratie heel wat problemen. Er was in de eerste plaats de Raad van State die verklaarde dat de registratie in de psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-instellingen moest worden vernietigd. Daarnaast werd het registratiesysteem zelf zwaar op de korrel genomen. Men was van oordeel dat er voldoende rekening moet worden gehouden met de verschillende werksoorten waarin een dienst moet opereren en dat de registratie die verschillende werksoorten moet weerspiegelen.

Wat het verloop in de tijd betreft, zal ik niet alle details geven maar alleen de laatste elementen. Er is een wetsaanpassing gebeurd en er werd een nieuw koninklijk besluit voorbereid na de opmerkingen van de Raad van State en de commissie voor de bescherming van de privacy. Het ontwerp werd daarna opnieuw voorgelegd aan de commissie ter bescherming van de privacy en daarna aan de Raad van State. De adviezen dateren van september en augustus 2001. De commissie voor de bescherming van de privacy maakte zich vooral zorgen over het extensieve karakter van de bevraging. De Raad van State wees vooral op het feit dat de bevraging van gegevens retroactief geoorloofd was maar dat de periode vóór de

une série de problèmes: l'enregistrement n'est pas obligatoire, les services compétents sont peu enclins à enregistrer les données et la qualité des données enregistrées est faible. Le secteur a fourni des efforts en vue d'améliorer le système. En raison d'un vide juridique persistant à propos du respect de la vie privée et deux arrêts du Conseil d'Etat, toute motivation a disparu et l'ensemble des projets du groupe de travail qui planchait sur une réforme du système ont été suspendus. L'enregistrement ne suit plus les développements sur le terrain. Dès lors, des voix s'élèvent en faveur d'un système intégré dans le cadre duquel le RCM, le RIM et le RPM seraient regroupés. Une série de données relatives à l'identification des patients et aux aspects socio-démographiques sont, en effet, analogues pour l'ensemble des enregistrements.

La ministre envisage-t-elle de prendre des mesures afin de réactiver l'enregistrement de données dans le cadre du RPM? Lesquelles? Songe-t-elle à un système d'enregistrement intégré? Que cela signifie-t-il concrètement?

03.03 **Magda Aelvoet**, ministre: Le projet d'enregistrement du résumé psychiatrique minimum se heurte à deux obstacles. Le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté royal établissant l'enregistrement dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux. En outre, le système d'enregistrement n'est pas adapté aux différentes formes de travail auxquelles il doit être appliqué. Le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté royal parce que l'anonymat du patient n'était pas garanti. La loi, en accord avec la directive européenne, est très stricte à l'heure actuelle. L'article 6 de la loi sur les hôpitaux a été adapté par la loi-programme du 12 août 2000 à la nouvelle situation

wetswijziging aan de meer strikte bepalingen van anonimiteit moest voldoen.

Mijn diensten hebben het ontwerp aangepast aan de opmerkingen van de Raad van State en daarna opnieuw voorgelegd aan de privacycommissie. Dat laatste advies hebben we ontvangen op 21 maart van dit jaar. Het advies was positief maar er werd uitdrukkelijk herhaald dat voor het opvragen van dergelijk uitgebreide gegevens er een omstandige verantwoording moest worden gegeven. Die verantwoording is ondertussen opgenomen in het verslag aan de Koning dat het ontwerp vergezelt. In de loop van de volgende weken mag de publicatie eindelijk worden verwacht.

Hoewel dit wettelijke steekspel de hele revisie van MPG niet in de weg had moeten staan, heeft de motivatie om daaraan met bekwame spoed door te werken toch wel een ernstige deuk gekregen. Ik heb zoals u weet de instellingen bij de schorsing laten weten dat het de bedoeling was om de gegevens voor de voorbije periode op te vragen. Ik heb uitdrukkelijk aan de instellingen gevraagd dat zij die zouden bijhouden zonder te registreren. De schorsing van die registratieverplichting heeft langer geduurd dan oorspronkelijk werd aangenomen. Toch kan ik zeggen dat vooral langs Nederlandstalige zijde de instellingen in grote mate zijn blijven registreren. Er is slechts van één instelling – met name een PAAZ – bekend dat zij gedurende korte tijd niet heeft geregistreerd. Aan Franstalige kant is de situatie minder duidelijk. Men wordt echter ongeduldig en dat begrijp ik. Ik meen dat mijn antwoord belangrijk is want die publicatie mag binnen enkele weken worden verwacht.

Waar het met de MPG naartoe moet, is ondertussen wel zeer duidelijk. Binnen de geestelijke gezondheidszorg moet de registratie worden afgestemd op de verschillende werksoorten. Het zorgaanbod “beschut wonen” verschilt van het zorgaanbod “PAAZ-dienst”. Beide willen schilderen met eenzelfde pallet is niet goed. Daarnaast moet er ook rekening worden geworden met nieuwe inzichten in de zorgverlening: het denken in patiëntgerichte zorgprogramma's en het volgen van heel het zorgproces veeleer dan het volgen van de werking van de instellingen. Dit vergt onder meer het invoeren van een nieuw patiëntnummer zodat instellingsoverschrijdend registreren mogelijk wordt. Dit laatste is een delicate operatie die in nauw overleg met de commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer zal worden doorgevoerd. Vanuit datzelfde principe stopt het toezicht op de zorg niet aan de grenzen van de geestelijke gezondheidszorg. Het is historisch te verklaren dat we op dit ogenblik werken met drie verschillende registratiesystemen die elk hun eigen logica en definities hanteren. Het is evenwel duidelijk dat dit moet worden geïntegreerd tot een consistent geheel dat zich modulair aanpast aan de verschillende zorgomgevingen.

De suggestie om een ad hoc-werkgroep op te richten die deze problematiek behandelt en een planning opmaakt om deze globale revisie door te voeren, vind ik zeer waardevol en zal ik als dusdanig aan mijn diensten voorleggen.

et prescrit maintenant que les données demandées ne peuvent contenir aucun élément permettant d'identifier directement la personne.

Après cette adaptation de la loi, un nouvel arrêté royal, qui rétablit l'obligation d'enregistrement a été préparé. La Commission pour la protection de la vie privée et le Conseil d'Etat ont tous deux rendu un avis favorable, avec toutefois différentes remarques. Le projet a été adapté à ces remarques et il a été décidé qu'une justification plus circonstanciée devait être fournie pour les demandes d'informations détaillées. Cette justification a été reprise depuis lors dans le rapport au Roi qui accompagne le projet et la publication interviendra prochainement. Tous ces facteurs ont en effet porté un coup dur à la motivation. Au moment de la suspension, j'ai fait savoir aux institutions qu'elles devaient demander les données de la période précédente. Ce n'est que lorsque toutes les institutions procéderont à nouveau à l'enregistrement qu'une révision pourra être organisée.

La suspension de l'obligation d'enregistrement a duré beaucoup plus longtemps que prévu. Les institutions ont malgré tout continué à enregistrer dans une large mesure, pensant que les autorités demanderaient ces données. Du côté flamand, un seul service psychiatrique d'hôpital général n'a pas procédé à l'enregistrement de données, et ce, pendant peu de temps. Du côté francophone, la situation est moins claire.

Le cap à suivre en ce qui concerne le résumé psychiatrique minimum est évident. Il faut qu'il soit beaucoup mieux adapté aux différents types de travail, qui varient selon qu'il s'agit d'un service psychiatrique dans un hôpital général ou une habitation protégée. De nouveaux concepts

en matière de soins sont également importants, tels que la réflexion en termes de programmes de soins adaptés au patient ou de suivi du processus de guérison et non en termes de fonctionnement des institutions. Cela exige l'introduction du numéro de patient unique, afin de permettre un enregistrement qui ne soit pas limité à une seule institution.

En outre, les trois systèmes d'enregistrement existants doivent être fusionnés en un ensemble cohérent qui s'adapterait sans problème aux différents types d'institutions. La solution consistant en la création d'un groupe de travail ad hoc et l'élaboration d'un planning pour la révision globale est, selon moi, très valable; je la présenterai à mes services.

03.04 Luc Goutry (CD&V): Dank u wel, mevrouw de minister, voor uw uitgebreid en hoopgevend antwoord. Ik heb er nooit aan getwijfeld dit u het zeer belangrijk zou vinden om over goede beheersinformatie te beschikken over deze sector in volle ontwikkeling en over de grenzen heen. Op die manier krijgt men zicht op patiënten die zich zowat overal aanbieden, waardoor de instellingen een wrang gevoel krijgen en niet meer goed weten waarmee zij bezig zijn. Als beheersinstrument is dit zeer belangrijk.

03.04 Luc Goutry (CD&V): Cette réponse est de bon augure. Je partage entièrement l'analyse de la ministre et je me réjouis de l'intention qu'elle a exprimée de réunir tous les intéressés pour débattre du problème.

Het verschil tussen Vlaanderen en Wallonië – waarover ik thans geen polemiek wens te voeren – moet voor u een indicatie zijn om daar binnen uw beleid aandacht voor te hebben en wellicht mogen wij binnen enkele weken meer duidelijkheid verwachten over het systeem. Wat ik vooral interessant vind, is dat u overweegt te onderzoeken of het niet zinvol zou zijn om ad hoc de mensen samen te zetten en na te gaan wat er van deze registratie nog gerealiseerd wordt en hoe men met zo weinig mogelijk schade deze crisis kan overleven.

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

04 Vraag van de heer Bart Laeremans aan de minister van Binnenlandse Zaken over "het taalprobleem bij de hulpdiensten" (nr. 7264)

04 Question de M. Bart Laeremans au ministre de l'Intérieur sur "les problèmes linguistiques au sein des services de secours" (n° 7264)

(Het antwoord zal worden verstrekt door de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.)

(La réponse sera fournie par la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de

l'Environnement.)

04.01 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, de burgemeesters uit de ruime omgeving van Brussel maken zich zorgen over de hulpdiensten, meer bepaald over de ambulancediensten en de MUG's. Sinds enige tijd is men bezig met de centralisatie van die hulpdiensten per provincie. Dat proces is in handen van Binnenlandse Zaken. Dat is dan ook de reden waarom ik eerst de minister van Binnenlandse Zaken daarover heb aangesproken en pas daarna naar u ben doorverwezen. Op zich is die centralisatie allicht goed, maar ze heeft wel tot gevolg dat de wet veel rigoreuzer dan vroeger wordt toegepast. Aan de wet zelf is niets aangepast; daar staat uitdrukkelijk in dat in principe de meest dichtbijge hulppost in actie moet treden, maar in het verleden werd die bepaling iets soepeler toegepast, naar gelang van de concrete omstandigheden. Sinds de centralisatie is dat niet meer het geval.

Het taalaspect speelt hierbij natuurlijk een grote rol. Bij hulpdiensten is de taal natuurlijk cruciaal, ten eerste voor het vinden van de weg. Wanneer men onderweg hier of daar inlichtingen moet vragen aan de bevolking en men kent de taal van de streek niet, zit men met een ernstig probleem. Ten tweede, als de hulpdienst iemand moet komen helpen die in nood verkeert, is het kennen van de taal zeer essentieel om zijn klachten te aanhoren. Het ontbreken van die kennis kan levensbedreigend zijn.

Mevrouw de minister, ik heb u vroeger al ondervraagd over de problematiek van de taalkennis bij de hulpdiensten en bij de spoeddiensten. Mede door de zeer rigoureuze toepassing van de wet neemt het probleem nu echter nog grotere proporties aan. Zeer terecht is er verzet gekomen van vier burgemeesters, die van Merchtem, Londerzeel, Kapelle-op-den-Bos en Meise tegen de nieuwe toepassing van de wet. Zij hebben daarover een omstandig perscommuniqué verspreid. Zij baseren zich onder meer op een brief van het hulpcentrum 100 van Leuven, waarin wordt gezegd dat er eigenlijk geen wettelijke basis is om met de moedertaal van de hulpbehoevende rekening te houden. Voordien reeds had de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren laten weten dat zij zich daar ook niet mee kunnen verzoenen en dat zij reeds op 15 december 2001 een brief hebben besproken van een dokter die met die problematiek begaan is.

Ik citeer: "Aangezien de wetgeving betreffende de dringende medische hulpverlening situaties impliceert waarin een patiënt zijn hulpverlener niet vrij kan kiezen, beschouwt de Nationale Raad het als een deontologische plicht dat zowel de MUG-arts als de arts in de gespecialiseerde functie – spoedgevallen – de taal beheerst van de streek waar hij deze permanentie waarneemt". Men bedoelt daarmee dus: eentalig of minstens de taal kennend van de streek in eentalige gebieden, en tweetalig in Brussel. Tot nu toe wordt daaraan eigenlijk weinig concreet gevolg gegeven.

Er was dus protest van die vier burgemeesters. Intussen is daar ook die van mijn eigen gemeente aan toegevoegd. Ook Grimbergen heeft zich bij het protest aangesloten. Ook daar kan men niet akkoord gaan met de gang van zaken. Voor ons betekent die regeling concreet dat waar vroeger Vilvoorde optrad in dringende situaties, dat nu soms gebeurt door de spoeddienst van het militair hospitaal van Neder-

04.01 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Le 16 mai, les bourgmestres de Londerzeel, Kapelle-op-den-Bos, Meise, Merchtem et Grimbergen ont protesté parce que leur région est desservie régulièrement par des ambulances dont le personnel ne connaît pas le néerlandais.

Le nouveau système de navigation ne tient compte que du critère de la distance minimale, qui fait relever ces communes de l'Hôpital militaire de Neder-over-Heembeek plutôt que de l'hôpital de la VUB à Jette.

Les bourgmestres préféreraient que le déplacement prenne un peu plus de temps plutôt que d'être confrontés à un problème linguistique gênant. La ministre a-t-elle connaissance de cette protestation et y a-t-elle déjà répondu? Sait-elle que les organisations médicales aussi ont déjà soulevé cette question?

La ministre a-t-elle pris des mesures pour corriger le système de navigation et faire en sorte de réserver la priorité absolue aux services de secours néerlandophones?

Pourquoi le service d'urgence de Neder-over-Heembeek ne dispose-t-il toujours pas d'un personnel néerlandophone suffisant pour pouvoir venir en aide à des patients néerlandophones, tant dans la région de Hal-Vilvorde qu'à Bruxelles? Qu'en est-il dans les autres services d'urgence? Cet aspect fait-il l'objet d'une évaluation? Quand les critères seront-ils enfin renforcés?

over-Heembeek, waar men onvoldoende mensen vindt die Nederlands kennen.

Natuurlijk, de kern van het probleem is dat die diensten, de spoeddiensten, de ambulancediensten en de MUG's, in Brussel tweetalig moeten zijn. Ondanks alle goede voornemens die u hebt geuit – recent nog op vraag van collega Valkeniers – blijkt dat er nog altijd geen manifeste verbetering is.

Ik kom tot mijn concrete vragen. Ten eerste, mevrouw de minister, bent u op de hoogte van het protest van die burgemeesters? Hebt u reeds geantwoord? Ten tweede, wat hebt u intussen ondernomen om het navigatiesysteem in Vlaams-Brabant bij te sturen zodat Nederlandstalige hulpdiensten daar absolute voorrang krijgen? Ten derde, hoe komt het dat de spoeddienst van Neder-over-Heembeek nog altijd niet over voldoende Nederlandssprekend personeel beschikt om zowel in Halle-Vilvoorde als in Brussel Nederlandstalige patiënten te kunnen helpen? Hoe is de situatie bij andere spoeddiensten? Worden die regelmatig geëvalueerd? Wanneer worden de criteria terzake eindelijk strenger?

04.02 Minister **Magda Aelvoet**: Mijnheer Laeremans, zoals u zelf zegt is deze vraag eerst bij Binnenlandse Zaken aan bod gekomen. Voor alle duidelijkheid, de diensten 100 hangen effectief af van Binnenlandse Zaken. De dringende medische hulp valt echter onder mijn bevoegdheid. Mijn medewerker heeft uw medewerker gecontacteerd om verdere inlichtingen te bekomen over het protest van de burgemeesters omdat wij als dusdanig geen brieven van hen hadden gekregen. Wij hebben ook de persmededeling onderzocht en wij hebben onze diensten gelast om die klachten te onderzoeken. Wat in een krant staat is één ding, maar volgens onze ervaring is dat niet altijd van a tot z correct. Wij moeten zekerheid hebben. Gezien het belang van de klacht en de bijkomende informatie die voor dat onderzoek nodig is, ben ik niet in staat om u vandaag details te geven. Zodra ik die echter krijg van mijn administratie zal ik ze aan u overmaken. Ik ben en blijf ervan overtuigd dat MUG's en ziekenwagens tenminste iemand aan boord moeten hebben die de taal spreekt van de regio waar men een persoon oppikt. Ik moet nogmaals herhalen dat ik op 12 juli al advies heb gevraagd aan de Raad van State over een bepaald koninklijk besluit in dat verband. Ik heb een tijd geleden van de heer Valkeniers en mevrouw Van de Castele nog vragen gekregen, wat perfect normaal is. Ik had op dat ogenblik het goede nieuws dat het koninklijk besluit op 5 maart behandeld was bij de Raad van State. Tot op heden is het officiële advies echter nog niet overgemaakt. Wat dat betreft, heb ik de indruk dat de bespreking daarvan nogal wat voeten in de aarde heeft. Ik kan niet ageren voor ik het advies heb.

Ik ben het eigenlijk niet eens met de stelling van de burgemeesters als zij zeggen dat het verlies van een paar minuten te verkiezen is boven de negatieve impact van het taalprobleem. In een aantal situaties kan dit goed klinken, maar als men weet hoe groot het belang is van binnen een bepaald aantal minuten ergens aan te komen, dan beseft men dat dit niet waar is. De eerste keer dat er iemand overlijdt in de laatste minuut voor de hulp aankomt omdat men een omweg heeft gemaakt naar een plaats waar men wel Nederlands zou spreken, krijgt men precies het tegenovergestelde verhaal. Er wordt dan schande van gesproken dat men niet de kortste

04.02 **Magda Aelvoet**, ministre: L'assistance médicale urgente fait partie de mes attributions. C'est la raison pour laquelle je réponds pour le ministre de l'Intérieur, à qui la question avait été adressée. Le bourgmestre avait protesté contre le ministre Duquesne, qui est chargé de l'installation et du fonctionnement des centres d'appel uniforme.

Les plaintes déposées seront bien évidemment examinées. Nous devons en avoir le cœur net. Je communiquerai à M. Laeremans les résultats de cet examen.

J'estime qu'au moins un membre du personnel soignant se trouvant à bord des ambulances et des véhicules du SMUR doit parler la langue de la région concernée. Cet élément de la réglementation a été soumis pour avis au Conseil d'Etat le 12 juillet 2001. Le Conseil d'Etat n'a pas encore rendu son avis mais il a examiné le projet intégral le 5 mars 2002.

Je ne partage pas l'avis des bourgmestres, qui considèrent qu'il vaut mieux perdre quelques secondes pour éviter l'incidence négative du problème linguistique. Lors d'un arrêt cardiaque, par exemple, les chances de survie

afstand heeft gekozen. In dat verband wil ik er bijvoorbeeld ook op wijzen dat er situaties zijn, bijvoorbeeld aan de grens van zuidwest-Vlaanderen met Frankrijk, waarin op bepaalde momenten mensen naar het dichtstbijzijnde hospitaal in Frankrijk werden gebracht omdat het belangrijk was om er zo snel mogelijk te zijn. Dat werd echt op medische gronden afgewogen. Ik vind dit dus een te gemakkelijke uitspraak van de burgemeesters. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat bijvoorbeeld bij hartstilstand de kans op een gunstige afloop 10% bedraagt indien binnen de 10 minuten de MUG met adequate hulp opdaagt. Eens voorbij de 10 minuten slinken de kansen zienderogen in functie van de tijd. Daar zo'n algemene uitspraak over doen is dus niet serieus. Ik vraag dus nog even de tijd tot ik de resultaten heb van het gedetailleerd onderzoek waarmee mijn administratie bezig is.

04.03 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Mevrouw de minister, ik heb uw antwoord aan de heer Valkeniers gelezen. U hebt zopas aan de heer Goutry beloofd hem het koninklijk besluit te bezorgen. Het is, mijns inziens, opportuun dat u de inhoud van het koninklijk besluit meedeelt aan alle commissieleden.

04.04 Minister Magda Aelvoet: U kunt het van het internet plukken.

04.05 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Ik zal dat nakijken.

04.06 Minister Magda Aelvoet: Doet u dat!

04.07 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Kunt u de exacte gegevens van het koninklijk besluit meedelen? Een datum? Of heeft het nog geen datum?

04.08 Minister Magda Aelvoet: Ik heb het koninklijk besluit op 12 juli 2002 voor advies aan de Raad van State overgezonden. Het werd behandeld op 5 maart. Zolang de Raad van State zijn besluitvorming niet formaliseert...

04.09 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Dat snap ik. Hoe kunnen we het terugvinden?

04.10 Minister Magda Aelvoet: Ik zal u het document opsturen. Op die manier moet u het internet niet raadplegen.

04.11 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Dank u, mevrouw de minister.

Wat de kortste afstand betreft, zou u gelijk hebben als het gaat over situaties waarbij slechts één ziekenhuis in de buurt is. In het geval dat er net over de taalgrens een ziekenhuis ligt en het dichtstbijzijnde Vlaamse ziekenhuis ligt op 20 kilometer, hebt u gelijk. Zonder te willen spreken van een luxeprobleem wens ik u er attent op te maken dat in mijn regio de ziekenhuizen dicht bij elkaar liggen. Het militair ziekenhuis van Neder-over-Heembeek en de ziekenhuizen van Jette en Vilvoorde liggen dicht bij elkaar. Of men in Londerzeel een ploeg heeft van het militair ziekenhuis of van Jette maakt slechts een paar seconden verschil. Tot op heden verzorgde in Grimbergen de brandweer van Vilvoorde de hulp. Met het nieuwe navigatiesysteem

sont de 10 % si le SMUR intervient dans les dix minutes. Passé ce délai, elles s'amenuisent considérablement. Ce qui importe donc, c'est de réagir aussi rapidement que possible. Il est effrayant d'imaginer qu'une personne puisse perdre la vie simplement parce que le SMUR n'aurait pas emprunté le chemin le plus court.

04.03 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): Il serait bienvenu de communiquer la teneur de cet arrêté royal aux membres de la commission.

04.08 Magda Aelvoet, ministre: Vous en trouverez le texte sur internet. Il a été transmis le 12 juillet 2001 et traité le 5 mars 2002. Nous vous le transmettrons.

04.11 Bart Laeremans (VLAAMS BLOK): En ce qui concerne la situation concrète du nord de Bruxelles, il y a dans cette zone une concentration suffisante d'hôpitaux: Jette et Neder-over-Heembeek sont, par exemple, très proches l'un de l'autre. La différence en temps n'est que de quelques secondes.

Avec le nouveau système de navigation, l'ordinateur décide aveuglément. Or, il n'y avait

is dat veranderd. Nu bepaalt de computer welke hulpdienst wordt opgeroepen. Met de diensten van Vilvoorde zijn er in het verleden nooit problemen geweest. Men was altijd zeer snel ter plekke. Door het nieuwe navigatiesysteem komt het erop neer dat men omwille van enkele seconden tijdswinst, dreigt geconfronteerd te worden met ploegen die geen Nederlands kennen. Dat is onaanvaardbaar. In principe zou er geen probleem mogen zijn omdat alle diensten in Brussel tweetalig zijn. Het zal, mijns inziens, echter nog lang duren vooraleer alle spoed- en MUG-diensten in Brussel bemand zijn met mensen die Nederlands spreken. Daarom blijft de vraag dat de Vlaamse gemeenten rond Brussel bij voorrang kunnen rekenen op Nederlandstalige ploegen. Ik weet dat men met een cascadesysteem werkt: eerst ziekenhuis X, als daar niemand aanwezig is of er een operatie plaatsheeft gaat men over naar ziekenhuis Y, enzovoort. Ik herhaal dat ik het zeer wenselijk vind dat bij voorrang een Nederlandstalige ploeg van VUB-Jette of van Vilvoorde wordt ingeschakeld in de Vlaamse gemeenten rond Brussel. De luttele seconden dat deze ploegen er langer over doen zullen weinig verschil maken. De burgemeesters dringen trouwens zelf aan op deze maatregel. Mevrouw de minister, u zult het systeem in deze zin moeten aanpassen.

autrefois aucun problème et les pompiers de Vilvorde assuraient généralement le service.

Aujourd'hui, il se pose cependant un problème linguistique qui, en théorie, ne devrait pas se produire à Bruxelles.

J'estime que là où le système de l'appel automatique en cascade le permet, une équipe maîtrisant le néerlandais devrait systématiquement intervenir. Ce ne sont pas les quelques secondes de retard qui feront la différence.

04.12 Minister **Magda Aelvoet**: Ik zal de gegevens laten onderzoeken.

04.13 **Bart Laeremans** (VLAAMS BLOK): Ik zal u de brief van Londerzeel bezorgen.

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

Le **président**: Vu l'absence de Mme Frieda Brepoels, sa question n° 7331 n'aura pas lieu.

05 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Koen Bultinck** aan de minister van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu over "een koninklijk besluit in voorbereiding dat de bijzondere beroepstitel voor verpleegkundigen in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg zou afschaffen" (nr. 7297)

- de heer **José Vande Walle** aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het KB betreffende de afschaffing van de bijzondere beroepstitel voor verpleegkundigen in intensieve zorg en spoedgevallenzorg" (nr. 7322)

05 **Questions jointes de**

- M. **Koen Bultinck** à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "un arrêté royal en préparation qui supprimerait le titre professionnel particulier pour le personnel infirmier en soins intensifs et en soins d'urgence" (n° 7297)

- M. **José Vande Walle** à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'arrêté royal relatif à la suppression de titres professionnels particuliers pour le personnel infirmier des soins intensifs et des services des urgences" (n° 7322)

05.01 **Koen Bultinck** (VLAAMS BLOK): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, als wij de berichten uit de verpleegkundige sector mogen geloven, dan heerst er terecht onrust in die kringen.

Als leden van de commissie voor de Volksgezondheid werden wij inderdaad aangeschreven door een aantal belangenverenigingen die vrezden dat u de intentie hebt om de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige in de intensieve zorg- en spoedgevallenzorg te vervangen door de meer algemene titel bijzondere

05.01 **Koen Bultinck** (VLAAMS BLOK): Il me revient que la ministre envisagerait de remplacer le titre d'infirmier en soins intensifs et en soins d'urgence par une aptitude professionnelle particulière.

Or, il existe une grande différence

beroepsbekwaamheid.

Als lid van het Parlement weet ik goed dat wij moeten opletten met vragen naar de intenties van een minister, maar dat belet mij niet te informeren naar de stand van zaken.

Volgens de sector is de beroepstitel verpleegkundige in de intensieve zorg- en spoedgevallenzorg de enige officiële vorm van erkenning na een belangrijke opleiding van ongeveer negenhonderd uren, terwijl de titel bijzondere bekwaamheid al kan worden behaald na een opleiding van 250 uur.

In bijkomende orde verwijzen betrokkenen naar een aantal terecht gevoerde mediacampagnes die het tekort aan verpleegkundigen zouden moeten oplossen. Volgens hen zou de eventuele intentie van de minister om de beroepstitel terug te schroeven haaks staan op dat soort imagocampagnes.

Voorts rijst ook de vraag of er al dan niet overleg werd gepleegd met de sector. Immers in zijn advies van 6 juli 1999 adviseerde de Nationale Raad voor Verpleegkunde wel degelijk om de beroepstitel niet af te schaffen. Na contacten met personen uit de sector vernam ik inmiddels dat er overleg werd gepleegd met personen van uw kabinet. Vandaar dat mijn vraag veeleer informatief van aard is en niet zozeer politiek geladen. Toch wens ik te polsen naar de stand van zaken, naar uw eventuele intenties en naar de reden waarom u voornoemde beroepstitel alsnog zou willen vervangen.

05.02 José Vande Walle (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, in mijn vraag deel ik de bekommernis van de heer Bultinck.

Wij werden eveneens aangeschreven door de verpleegkundige beroepsverenigingen die zich terecht zorgen maken over een eventueel koninklijk besluit in voorbereiding en waarbij de bijzondere beroepstitel – ik benadruk het woord bijzondere – voor verpleegkundigen in de intensieve zorg- en spoedgevallenzorg zou worden afgeschaft. Betrokkenen zouden zich moeten tevredenstellen met de beroepstitel bijzondere beroepsbekwaamheid.

De algemene verpleegkundige beroepsverenigingen en de specifieke vakverenigingen vragen met aandrang het behoud van de beroepstitel en brengen hiervoor de volgende argumenten naar voren.

Die titel is de enige officiële vorm van erkenning na een opleiding van negenhonderd uren, hetgeen een extra-studiejaar inhoudt en derhalve een jaar loonverlies, economisch gezien.

De gelijkschakeling met een opleiding van 250 uur wordt door betrokkenen als een kaakslag ervaren.

De afschaffing die eventueel zal worden voorgesteld zou eveneens in strijd zijn met de gevoerde campagnes die tot doel hadden het image van de verpleegkundigen op te krikken. Jonge verpleegkundigen worden gedemotiveerd om een zware specifieke opleiding te volgen die recht zou geven op die titel.

De gelijkstelling met "beroepsbekwaamheid" vergroot het risico op

entre les deux sur le plan des heures de formation: 900 heures d'un côté contre 250 de l'autre. En 1999, le secteur avait conseillé de ne pas supprimer les titres.

Où en est concrètement ce dossier et quelle est l'argumentation qui le sous-tend?

05.02 José Vande Walle (CD&V): Les titres professionnels particuliers d' « infirmier en soins intensifs » et d' « infirmier en soins d'urgence » seraient supprimés et remplacés par une *aptitude professionnelle particulière*. Les associations professionnelles spécifiques demandent instamment leur maintien.

Les titres existants requièrent 900 heures de formation et entraînent une perte de rémunération d'une année. Les porteurs des titres existants considèrent comme un camouflet l'assimilation à une formation de 250 heures. En outre, la suppression des titres actuels va à l'encontre de la campagne d'information visant à améliorer l'image de la profession d'infirmier. Il existe un risque réel de baisse qualitative de l'exercice de cette profession. Un arrêté royal de 1992 a offert aux infirmiers brevetés A2 la possibilité d'obtenir les titres professionnels mais les arrêtés d'exécution n'ont toujours pas été

kwaliteitsvermindering van de specifieke zorgverlening. Ik ben er nochtans van overtuigd, mevrouw de minister, dat u staat voor optimale kwaliteit.

De gebrevetteerde verpleegkundigen die door deskundige inzet en gelijkwaardige opleiding de functie vervullen, kregen via het koninklijk besluit van 1999 de wettelijke mogelijkheid om de titel in kwestie te behalen. De uitvoeringsbesluiten verschenen echter nog steeds niet; hen die titel thans weigeren betekent een belofte breken.

Daarom heb ik een paar vragen voor u.

Ten eerste, hoe kunt u de gelijkschakeling van de een jaar durende specifieke opleiding van 900 uur aan een opleiding van 250 uur verantwoorden? Kan dergelijke inkrimping een kwaliteitsbehoud garanderen, wat vanuit ons oogpunt niet mogelijk is?

Ten tweede, is er over dat eventueel koninklijk besluit voorafgaandelijk overleg gepleegd met de betrokken beroepsverenigingen? De Nationale Raad voor Verpleegkunde stelt in zijn advies van 6 juli 1999 voor om de beroepstitels niet af te schaffen.

Ten derde, zijn de uitvoeringsbesluiten – de beloftes voor de gebrevetteerde verpleegkundigen – nu ingehouden? Worden zij dan ook gelijkgeschakeld met een beroepsbekwaamheid gebaseerd op die kortere opleiding van 250 uren?

05.03 Minister **Magda Aelvoet**: Mijnheer de voorzitter, collega's, de ontstaansgeschiedenis van de beroepstitel en de beroepsbekwaamheid gaat terug tot de vorige legislatuur. Een gedeelte van het verzet heeft meer te maken met het ooit geplande onderscheid tussen een titel en een bijzondere bekwaamheid, wat in een vorige legislatuur heeft bestaan. Daarbij bouwt de bijzondere beroepstitel voort op gegradueerden en de bijzondere bekwaamheid op gebrevetteerden. In een vroegere legislatuur is deze kwestie op die manier aangekaart.

Op het ogenblik dat het non-profitakkoord werd gesloten, hebben de syndicale organisaties de vraag voorgelegd om de "bijzondere beroepstitel" door "bijzondere bekwaamheid" te vervangen. Dat is in het sociaal akkoord van 1 maart 2000 bepaald. Daar komt het probleem vandaan. Dat wil ik even duidelijk maken. Dat zegt misschien wel iets over vertegenwoordigingen en de wijze waarop de zaak in een beroepsgroep en op verschillende niveaus wordt gepercipieerd.

De basisfilosofie was dat iedere afgestudeerde verpleegkundige eerst de gewone titel – eigenlijk een beroepstitel – krijgt. Dat moet de basis zijn om het beroep te mogen uitoefenen. In het kader van het opleidingstraject kan men spreken over een gegradueerde verpleegkundige, die dan die beroepstitel verkrijgt en de gediplomeerde verpleegkundige die de beroepstitel van verpleegkundige verkrijgt. Ik heb het nu niet over de bijzondere beroepstitel, maar de gewone beroepstitel. Na het behalen van een beroepstitel, kan een bijzondere bekwaamheid op diverse domeinen worden behaald. Dat stond in het sociaal akkoord. Ik spreek over oncologie, nefrologie, diabetologie enzovoort.

pris. Si on leur refusait aujourd'hui les titres, on ne tiendrait pas une promesse qu'on leur a faite.

Comment la ministre justifie-t-elle cette assimilation? Comment peut-on garantir que le niveau qualitatif de cette profession sera maintenu? Une concertation a-t-elle eu lieu avec les associations professionnelles? Dans un avis rendu vers le milieu de 1999, le conseil national de l'art infirmier avait recommandé à la ministre de ne pas supprimer les titres professionnels. La ministre compte-t-elle peut-être donner aux infirmiers brevetés cette *aptitude professionnelle* sur la base d'une formation plus courte?

05.03 **Magda Aelvoet**, ministre: Cette discussion est menée depuis des années. Aux termes de l'accord social du 1^{er} mars 2000, le *titre professionnel particulier* est remplacé par l'*aptitude particulière* qui est réservée aux infirmiers gradués. Le principe de base est que chaque infirmier qui termine ses études obtient d'abord le titre professionnel, qui constitue un préalable pour pouvoir exercer la profession. Au terme d'une formation, le gradué peut obtenir le titre professionnel d'"infirmier gradué". Le diplômé peut acquérir le titre professionnel d'"infirmier". Après l'obtention du titre professionnel simple, une compétence particulière *peut* être acquise dans divers domaines: oncologie, diabétologie, etc. Les conditions et critères de formation doivent être définis pour chaque domaine. Ils peuvent être extrêmement variés et nous reconnaissons cette différence. Seule l'appellation change. Il convient toutefois d'abandonner la

Nu heeft men de indruk dat een woord – het gaat alleen om een woord – een andere appreciatie zou inhouden en dat het ook de zeer reële en grote verschillen zou uitvlakken tussen verschillende types van opleidingen, waarvan sommige 900 uur duurt, andere 250 uur en nog andere 450 uur. Dat is helemaal niet de bedoeling. Wij hebben dat, in alle contacten die er wel degelijk zijn geweest, heel duidelijk verklaard.

Het gaat niet op te zeggen: “Je krijgt de bijzondere beroepstitel en als je die houdt dan is alles in orde”. Ook onder de mooie term “bijzondere beroepstitel”, waar men zo blijkt van te houden, bestaan er verschillende opleidingen die ook zeer verschillend zijn qua aantal uren en dergelijke. We probeerden dus uit te leggen dat het inderdaad over een woord gaat en niet over het uitvlakken van verschillen. We erkennen ze wel degelijk.

Tot op heden werd al meermaals overleg gepleegd en we merken dat, ondanks mijn uitleg die volgens mij als boodschap helder en klaar is, het blijkbaar emotioneel niet aanvaardbaar is. Zij blijven bij hun standpunt, niettegenstaande al die uitleg over het accepteren van het verschil en over het niet uitvlakken ervan. Het gaat immers alleen om een andere naam. Dit blijft echter zeer moeilijk voor degenen die deze titel al voerden. Eén type van titel was al gepubliceerd. Het ging dus enkel over de intensieve zorg. Dit wordt geïnterpreteerd als zou een verandering van dat woord betekenen dat er hen iets wordt ontnomen.

Naar aanleiding van de laatste vergadering die we samen hadden, is met de beroepsorganisaties afgesproken dat er een bereidheid aanwezig is om het verder te onderzoeken en dat we binnen een maand een definitief standpunt naar voren zullen brengen.

Vanuit een zeer positieve houding ten aanzien van verpleegkundigen, kan ik alleen maar zeggen dat ik enigszins verbaasd ben over de manier waarop men aan dat woord – het gaat immers enkel over dat woord – is verknocht. Maar, dat zijn nu eenmaal zaken die gebeuren.

Mijnheer Vande Walle, wat uw meer gedetailleerde vragen betreft, kan ik u het volgende meedelen.

Ten eerste, het is evident dat een langdurige opleiding niet gelijk is aan een korte opleiding. Volgens ons is het zeker normaal dat de duur van de opleiding bepaald wordt door het specifiek domein en dat een differentiatie terzake normaal is, zodanig dat de nodige kwaliteitseisen blijvend worden gegarandeerd. Het moet duidelijk zijn dat voor de domeinen “spoed” en “intensieve”, waar topprestaties van verpleegkundigen worden gevergd, er geen sprake is van inkrimping van uren opleiding en dergelijke meer.

Ten tweede, zoals eerder gestipuleerd, is het voorstel van wijziging gebeurd in het kader van het sociaal akkoord, waarin de vakbonden, die de betrokkenen vertegenwoordigen, ons voorstellen hebben gedaan en die vervolgens in overleg werden aanvaard. Nu blijkt dat de beroepsorganisaties dit niet op dezelfde wijze aanvoelen. Dat is de realiteit. Zij werden immers pas nadien bij het overleg betrokken. Er is meermaals overleg gepleegd met de betrokken beroepsorganisaties van intensieve zorg en spoedgevallenzorg.

distinction qui était autrefois opérée et de parler désormais d'*aptitude particulière*. Jusqu'à présent, seuls les arrêtés d'exécution relatifs aux soins intensifs et aux soins d'urgence ont paru. Il y est question de *titre professionnel particulier*, en exécution de l'accord social. Les conditions de formation et les critères qualitatifs restent inchangés.

Le secteur a été consulté et rejette la nouvelle terminologie. Il demande qu'une distinction soit faite entre les formations de longue et de courte durée et dès lors qu'une différence soit opérée dans la terminologie.

Les domaines détermineront eux-mêmes la durée des formations. Une différenciation est normale. Pour les soins urgents il n'est pas question de réduire la formation. Rien n'empêche de prévoir une gradation dans l'aptitude particulière à acquérir dans ce domaine.

La proposition de modification a été présentée dans le cadre de l'accord social auquel les associations professionnelles n'ont pas été associées. Elles n'ont été associées à la concertation que par la suite. Dans l'intervalle, une concertation a été organisée régulièrement avec les associations professionnelles des soins intensifs et des soins urgents.

Le Conseil national de l'art infirmier a proposé une liste des titres professionnels particuliers mais a abandonné la distinction établie précédemment. Les titres professionnels généraux ne sont pas supprimés.

Les arrêtés d'exécution relatifs aux soins intensifs et aux soins urgents sont prêts. Il s'agit de mesures transitoires. Outre la formation, une expérience équivalant à 2,5 années à temps

De Nationale Raad voor Verpleegkundigen heeft in zijn advies een lijst opgemaakt van enkele bijzondere beroepstitels, maar heeft daarmee ook het vroegere onderscheid verlaten. De algemene beroepstitel wordt niet afgeschaft, integendeel, in de recente wijziging van het koninklijk besluit van '78 werden ze precies ingevoerd. Dat zult u zich nog herinneren van de besprekingen in het kader van de gezondheidswet.

De uitvoeringsbesluiten met betrekking tot de bijzondere bekwaamheid in verband met intensieve zorg en spoedgevallenzorg voor gediplomeerde verpleegkundigen zijn klaar. Dat zijn de overgangsmaatregelen, die beperkt zijn in de tijd. Met betrekking tot de toepassing van de criteria gebaseerd op de overgangsmaatregelen van de gegradueerde verpleegkundigen of de normale erkenningscriteria, met name de 900 uur opleiding, wordt naast de opleiding eveneens tweeëneenhalf jaar fulltime-equivalent ervaring gevraagd, zoals gestipuleerd was in het sociaal akkoord.

05.04 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Mevrouw de minister, ik dank u voor dit heldere antwoord. Het was echt verhelderend. Als dit een onderdeel was van het sociale akkoord van 1 maart 2000, is het toch wel een beetje merkwaardig dat nu blijkbaar opnieuw een zeer emotionele discussie over titels en beroepsbekwaamheden wordt gevoerd.

05.05 Minister Magda Aelvoet: U begrijpt het verschil tussen de organisaties wel: de ene zijn beroepsorganisaties, de andere syndicale organisaties. Dat overlapt elkaar slechts zeer gedeeltelijk, zoals blijkt.

05.06 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Dat is zeer duidelijk. Uit uw antwoord heb ik begrepen dat er verder op een positieve manier wordt overlegd, zodat wij vermoedelijk toch uit dit probleem zullen geraken. Dan kan dit in positieve zin worden afgesloten.

05.07 José Vande Walle (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u op mijn beurt voor het klare en heldere antwoord. Wat mij vooral treft, is dat u nog verder met beroepsorganisaties – iets anders dan syndicale organisaties – overleg pleegt. Mensen reageren meer op het welbevinden in de job dan op de zuiver syndicale elementen. Het verheugt mij ook te horen dat veel aandacht zal worden besteed aan de spoed en de intensieve zorg. Vanuit het verleden en door eerdere vragen weet ik dat u terecht bekommerd bent om de eerstelijnszorg en de aanpak van belangrijke domeinen daarin. Wij houden ons aanbevolen om dat met u in de toekomst op te volgen.

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

06 Vraag van de heer José Vande Walle aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de financiële steun aan beginnende huisartsen" (nr. 7312)

06 Question de M. José Vande Walle à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé

plein est demandée, comme convenu dans l'accord social.

05.04 Koen Bultinck (VLAAMS BLOK): Votre réponse est édifiante. Mais je m'étonne que cette matière suscite encore aujourd'hui une discussion aussi émotionnelle.

05.05 Magda Aelvoet, ministre: Cela s'explique peut-être par la nature des organisations qui sont à l'origine de la controverse et dont les intérêts se confondent quelque peu, l'une étant une organisation syndicale, l'autre une organisation professionnelle.

05.07 José Vande Walle (CD&V): Il s'agit en effet d'une réponse claire. Nous continuerons de suivre ce dossier.

publique et de l'Environnement sur "l'aide financière accordée aux médecins généralistes se lançant dans la profession" (n° 7312)

06.01 José Vande Walle (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag betreft de berichten die wij lazen omtrent het verlenen van financiële steun aan huisartsen.

U stelt voor om beginnende huisartsen financieel te steunen. Elke afgestudeerde arts zou een financiële tegemoetkoming krijgen van 3.000 euro als hij belooft niet binnen de vijf jaar een andere betrekking te zoeken. Er wordt eveneens voorzien in een bijkomende subsidie van 2.000 euro voor een arts die 750 patiënten telt. In dit verband meen ik evenwel een kleine correctie te moeten aanbrengen. Inderdaad, afhankelijk van het krantenbericht worden 750 patiënten vermeld, terwijl in andere berichten sprake is van 750 GMD's. Dat zou een van de pogingen zijn om de leegloop uit de sector gedeeltelijk tegen te gaan.

Mevrouw de minister, ziehier mijn concrete vragen in dat verband.

Rijmen dergelijke maatregelen met de numerus clausus voor de studie geneeskunde? Werd omtrent deze voorstellen tot financiële ondersteuning overleg gepleegd met de betrokken sector? Onder welke voorwaarden zou die financiële tegemoetkoming worden verleend? Wordt de tussenkomst in schijven uitbetaald? Werden er termijnen vooropgesteld? Zal er eerst een voorschot worden uitbetaald en het overige bedrag pas nadat het vijf jaar in de sector is gebleven? Zullen er misschien nog andere voorwaarden gelden?

Bent u van oordeel, mevrouw de minister, dat uw voorstel de werkdruk van de huisartsen zal verminderen? In dat verband denk ik aan de administratieve werkdruk waaraan huisartsen tegenwoordig ook onderhevig zijn.

Zitten er eventueel nog andere voorstellen in de pijplijn om het beroep van huisarts op te waarderen? Naar aanleiding van een vorige vraag weet ik immers dat u zich eveneens bekommert om wat er met de huisartsen in de toekomst zal moeten gebeuren.

Présidente: Michèle Gilkinet.

Voorzitter: Michèle Gilkinet.

06.02 Minister Magda Aelvoet: Mevrouw de voorzitter, dit voorstel is een onderdeel van een reeks voorstellen die door onder andere dokter Vandemeulebroucke werden uitgewerkt naar aanleiding van ons verzoek om een enquête te houden in het huisartsenmilieu, teneinde een coherent en globaal plan te kunnen uitwerken. Dit voorstel is als het ware in embryonale vorm terug te vinden in de gezondheidsagenda. Het staat dus niet los van het geheel, maar maakt een beperkt onderdeel ervan uit.

Op de eerste vraag, met name of dit voorstel te rijmen valt met de numerus clausus, kan ik u zeggen dat de bestaande plethora mede de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts verminderde aangezien voor een aantal artsen het probleem niet een te groot aantal patiënten is, maar een te klein aantal patiënten. Dat is een van de redenen waarom een aantal artsen het beroep relatief vroeg verlaten.

06.01 José Vande Walle (CD&V): La ministre propose d'aider financièrement les généralistes débutants. Chaque médecin diplômé obtiendrait une intervention financière de 3.000 euros s'il s'engage à exercer pendant cinq ans au moins. Un subside supplémentaire de 2.000 euros serait même prévu pour les médecins qui ont 750 patients, ou 750 dossiers médicaux globaux (DMG) comme le disent d'autres sources.

Ces mesures sont censées endiguer l'hémorragie dont souffre ce secteur. Mais comment concilier ces propositions avec le numerus clausus qui a été instauré pour les études de médecine?

Quelles conditions spécifiques les intéressés doivent-ils remplir pour obtenir cette prime? Comment leur sera-t-elle versée concrètement? Une concertation a-t-elle eu lieu à ce sujet avec le secteur? D'autres mesures de ce type seront-elles prises?

06.02 Magda Aelvoet, ministre: Le secteur des généralistes est en proie à un malaise. Les médecins sont confrontés aux problèmes des arriérés de rémunération, de la féminisation croissante de la profession, de la modification des perspectives en matière de volume de travail et des mauvaises conditions périphériques, telles que la difficile constitution de cabinets médicaux de groupe et l'accroissement des tracasseries administratives. La proposition dont vous faites état fait partie de notre politique

Het opheffen van de contingentering zou tot gevolg hebben dat het aantal specialisten fors wordt opgedreven. Dit zou personen aantrekken tot het financieel aantrekkelijker beroep van specialist in de geneeskunde, met een toename van verdere technische en specialistische onderzoeken waarvan wij weten dat zij niet in alle omstandigheden nodig zijn.

Wat de contingentering betreft voor de drie komende jaren die nog niet gereguleerd zijn, zal het aantal artsen inderdaad stijgen omwille van drie redenen, namelijk de feminisering van het beroep, de vergrijzing en het feit dat mannelijke artsen niet meer wensen ter beschikking te staan van 's morgens vroeg tot 's avonds laat. Er is een algemene vraag bij huisartsen om een betere combinatie te krijgen tussen werk en privé-leven.

Wat het overleg met de sector betreft, hebben een aantal huisartsengroepen zich heel positief getoond voor een globaal systeem van ondersteuning met inbegrip van startpremies. Bij de veralgemening van het Globaal Medisch Dossier vanaf 1 mei zullen de nieuwkomers het moeilijker krijgen om vlot een patiëntenbestand op te bouwen. Toch zullen de investeringen hiervoor niet minder zijn.

De voorwaarden waaronder die financiële tegemoetkoming moet worden verleend, zijn nog niet definitief bepaald. Er wordt gedacht aan formules op basis van een investeringsplan van de kandidaat-aanvrager. Op die basis zou dan een subsidiebedrag worden verleend terwijl een ander gedeelte de vorm zou kunnen aannemen van een rentesubsidie. Andere analoge systemen zijn bekend. Ik denk bijvoorbeeld aan KMO-starters.

Wat de werkdruk bij huisartsen betreft, is het mijn bedoeling om vormen van samenwerking te stimuleren. Binnenkort zal terzake met de sector worden gediscussieerd om nog vóór het zomerreces tot een vergelijk te kunnen komen. In het kader van vormen van samenwerking zal inderdaad meer gepland met tijd kunnen worden omgesprongen.

Wat uw laatste vraag betreft, kan ik het volgende antwoorden. Ik zal inderdaad nog andere voorstellen doen om het beroep van huisarts op te waarderen. Ik denk hierbij voornamelijk aan administratieve ondersteuning. We hebben het dan over een bedrag van mogelijk 2.000 euro per 750 patiëntendossiers. Het spreekt voor zich dat in samenwerkingsverbanden dit geld vlot kan worden gebruikt ter financiering van een daartoe opgeleide administratieve kracht.

Uiteraard zal ik met mijn collega Vandenbroucke samenwerken aan de ondersteuning van het Elektronisch Medisch Dossier. Met dit alles meen ik dat wij op korte termijn een verandering in de sector kunnen bewerkstelligen.

globale en matière de soins de santé. Le contingentement n'est pas intéressant en soi mais il est toujours nécessaire pour empêcher un dérapage des dépenses dans le secteur de l'assurance-maladie. Il faut remédier aux imperfections du financement classique des prestations et prendre des mesures pour accroître l'efficacité des prestations. Parmi la communauté des généralistes, des groupes se sont prononcés très favorablement en faveur d'un système global d'aide incluant les primes de départ.

Du fait de la généralisation du dossier médical global, les primes de départ pour les nouveaux venus revêtent une importance vitale. Les conditions de cette intervention financière ne sont pas encore fixées définitivement. Nous songeons à des formules fondées sur un plan d'investissement des candidats-demandeurs. Ainsi, il sera possible d'accorder à ceux-ci un montant de subside forfaitaire ainsi qu'un subside d'intérêts. Pour réduire la charge de travail, je voudrais stimuler la formation de cabinets médicaux de groupe. Nous en discuterons prochainement avec le secteur, l'objectif étant de parvenir à un compromis avant les vacances parlementaires.

Je ferai encore d'autres propositions pour revaloriser la profession de médecin généraliste. Je songe en particulier à une aide administrative, par exemple d'un montant de 2.000 euros pour 750 dossiers de patients. En outre, je voudrais soutenir les cabinets médicaux qui se spécialisent dans les soins aux personnes défavorisées, les soins psychiatriques à domicile, etc. En collaboration avec mon collègue, M. Vandenbroucke, je m'emploie actuellement à soutenir le dossier médical électronique. Ainsi, nous pourrions apporter à court terme

des changements substantiels. C'est là un élément essentiel étant donné que notre option visant à rationaliser notre système de soins de santé est axée sur le médecin généraliste qui joue le rôle de pivot et, si nécessaire, sur le spécialiste.

06.03 José Vande Walle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor deze verhelderende antwoorden. Ik heb daaraan voorlopig niets toe te voegen.

06.03 José Vande Walle (CD&V): Merci pour votre réponse édifiante. Je n'ai rien à y ajouter pour l'instant.

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

07 Question de M. Philippe Seghin à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "l'aide médicale urgente" (n° 7316)

07 Vraag van de heer Philippe Seghin aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "de dringende medische hulp" (nr. 7316)

07.01 Philippe Seghin (MR): Madame la présidente, madame la ministre, la loi portant des mesures en matière de soins de santé a modifié la loi de 1964 relative à l'aide médicale urgente. Elle prévoit qu'à partir d'une date à fixer par le Roi, il ne pourra plus être fait appel qu'à des services ambulanciers agréés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Madame la ministre peut-elle m'informer de l'état d'avancement de cette réforme?

07.01 Philippe Seghin (MR): Hoe ver is men intussen gevorderd met de herziening van de wet van 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, waarbij enkel nog een beroep zal mogen worden gedaan op door de minister van Volksgezondheid erkende ambulancediensten?

En second lieu, madame la ministre, je vous adresse une question sur la problématique de la région carolorégienne. Comme vous le savez, le nombre d'ambulances agréées couvrant la région de Charleroi est de 8, ce qui représente à peu près une ambulance pour 50.000 habitants. En outre, et je l'ai déjà précisé lors d'une précédente question, lorsque l'on observe l'implantation géographique des ambulances 100, on constate qu'elles se situent toutes dans la zone du grand Charleroi, au détriment des régions telles que Courcelles, Pont-à-Celles et le Nord.

Op dit moment zijn er 8 ambulances erkend voor de regio Charleroi, d.i. één per 50.000 inwoners, en die bevinden zich alle acht in de agglomeratie van Charleroi. De dienst 100 van Jumet zou eind december verdwijnen, samen met het AZ van Jumet. De erkenningsaanvragen van een privé-ambulancebedrijf uit het noordwesten van Charleroi worden verworpen door de federale gezondheidsinspecteur. Hoe denkt de minister het probleem op te lossen?

Fait nouveau, madame la ministre, le CHU de Jumet sera définitivement fermé fin décembre 2002, le bâtiment étant racheté par la Région wallonne. Or, un service 100 lui était attaché. Il sera donc fermé, ce qui diminuera encore l'accessibilité et les possibilités d'interventions rapides dans toute cette région. Je souhaite rappeler qu'une société d'ambulances privées répondant à tous les critères a son siège d'exploitation dans le Nord-Ouest de Charleroi, région qui n'est pas directement couverte par les ambulances 100. Cette société d'ambulances a introduit un dossier d'agrément 100 en 1995!

A ce jour, toutes les demandes d'agrément sont restées lettres mortes. Or, les différentes demandes d'agrément se heurtent toujours au bon vouloir de votre inspecteur de l'hygiène fédéral. J'estime que cette situation est inadmissible et inacceptable. Elle pousse à croire qu'un jour un accident pourrait avoir lieu et que personne ne voudra en porter la responsabilité. Madame la ministre peut-elle me donner des précisions quant au problème soulevé? Quelle solution définitive

envisagez-vous aujourd'hui?

07.02 Magda Aelvoet, ministre: Madame la présidente, cher collègue, une enquête a été réalisée dès l'ouverture du dossier. Comme lors de toute demande d'agrément, des compléments d'enquête ont été apportés grâce à des sollicitations ultérieures. Mes services ont reçu M. Delmeire, le responsable en question, et lui ont proposé de s'installer dans une zone géographique dépourvue d'AMU. Cette proposition ne l'a pas intéressé.

En termes de qualification, il est en ordre mais mes services ont classé la demande de remplacement du service de Jumet au même titre que les autres candidatures reçues et la demande sera traitée dès que le service de Jumet aura annoncé sa fermeture. Cependant, la proposition qui lui a été faite de s'installer dans une autre zone géographique dépourvue d'AMU ne l'a pas intéressée, m'a-t-on dit.

Dans ce dossier, notre seul souci est véritablement la santé publique et mes services ne portent aucun jugement personnel au sujet de M. Delmeire. Comme cela a été signalé dans de nombreux courriers, la réponse ne peut changer car aucun élément nouveau n'est apparu si ce n'est la personne qui appuie la demande.

Les conclusions de l'enquête de l'inspecteur d'hygiène sont les suivantes. Il apparaît que l'ASBL Eurosamu remplit les conditions adéquates pour être agréée par un service et qu'elle fait preuve de professionnalisme. Néanmoins, la couverture des besoins de la population dans cette région est assurée par les services existants. C'est à ce niveau, apparemment, qu'existe un différend profond entre l'analyse effectuée par les services de la Santé publique et la demande émanant de l'ASBL Eurosamu.

Si une solution n'est pas possible, je suis prête à demander que l'on envisage l'installation de cette société dans une autre zone géographique.

07.03 Philippe Seghin (MR): Madame la présidente, je tiens tout d'abord à remercier Mme la ministre pour les précisions qu'elle m'a apportées.

Madame la ministre, il y a eu au départ, selon moi, une querelle intestine au niveau de l'arrondissement de Charleroi en ce qui concerne l'implantation de cette société d'ambulances.

Pour ma part, je suis convaincu qu'une neuvième société agréée est nécessaire dans l'arrondissement de Charleroi, d'autant plus que Jumet – c'est un fait acquis – va fermer ses portes. Le service 100 affecté à ce CHU va donc disparaître. Or il faut savoir que les régions de Pont-à-Celles, Courcelles, Trazegnies sont très proches de Jumet. L'implantation de cette société privée d'ambulances à cet endroit est donc tout à fait justifiée. Je ne comprends pas très bien pourquoi elle devrait chercher un autre endroit pour s'implanter alors que sa présence à cet endroit est nécessaire. Et cette société doit être agréée pour pouvoir répondre à une population excessivement importante.

Il existe, selon moi, un problème interne. Le responsable de ce service d'ambulances ne parvient d'ailleurs pas à entrer en contact

07.02 Minister Magda Aelvoet: Na een onderzoek hebben mijn diensten het bedrijf – vruchteloos – voorgesteld zich te vestigen in een zone waar nog geen dringende medische hulpverlening wordt aangeboden. De aanvraag van dat bedrijf, dat de dienst van Jumet wil vervangen, werd ad acta gelegd in afwachting van de daadwerkelijke opdoeking van de dienst. Volgens de federale inspecteur zijn de behoeften reeds vervuld, ook al voldoet het bedrijf in kwestie aan de erkenningsvoorwaarden.

07.03 Philippe Seghin (MR): Er moet een negende dienst erkend worden in de streek, temeer daar de dienst 100 van Jumet dicht gaat.

Ik begrijp niet waarom het voormelde bedrijf zich elders zou moeten gaan vestigen – het is toch al dichtbij gelegen.

Ik heb de indruk dat de federale inspecteur op een onbegrijpelijke manier dwarsligt.

avec l'inspecteur fédéral dont la porte reste fermée. Pourtant, il a demandé à pouvoir lui parler mais on lui a répondu que cela n'était pas possible. Il rencontre donc de grosses difficultés relationnelles avec le docteur Luys, si mes souvenirs sont bons. On constate donc là un blocage qui ne semble pas logique. Pourtant je suis convaincu que dans ces régions, une société d'ambulances supplémentaire agréée est tout à fait nécessaire. L'aide médicale urgente dans la région de Charleroi en serait indiscutablement améliorée, ce dans l'intérêt de toute la population. Il faut savoir que plus de 500.000 habitants sont ici concernés. Et je répète que je suis convaincu que cette société a sa place à cet endroit.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Trees Pieters aan de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu over "het voorstel tot verhoging van de IVK-rechten en de autocontrole in de pluimveesector" (nr. 7279)

08 Question de Mme Trees Pieters à la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement sur "la proposition visant à augmenter les droits de l'IEV et l'autocontrôle dans le secteur avicole" (n° 7279)

08.01 Trees Pieters (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag is het gevolg van mijn interpellatie van 14 mei inzake het voorstel tot verhoging van de controlerechten van het IVK. Mijn interpellatie heeft heel wat commotie veroorzaakt. Dat is de reden waarom ik opnieuw op de problematiek wil ingaan.

De verhoging van de controlerechten ten bate van het IVK treft de pluimveesector bijzonder zwaar. Alle sectoren worden getroffen maar de pluimveesector in het bijzonder. De sector verwijst naar zijn specifieke structuur waarbij er bijna altijd een koppeling is van de slachthuizen aan de uitsnijderijen. Dat was het onderwerp van mijn interpellatie. Ik kom terug op deze problematiek omdat de antwoorden die u hebt verstrekt niet helemaal correct blijken te zijn. U hebt beweerd dat het management van het IVK de beroepsfederaties van de inrichtingen die door de verhoging van de IVK-rechten geraakt zijn, werden uitgenodigd om hen hierover uitvoerig te informeren. Zo had ik het vorige week uitvoerig gesteld. U voegde eraan toe dat dit initiatief uit correctheid tegenover de sectoren werd genomen. De vereniging van industriële pluimveeslachterijen ontkent dit. Vorige week heb ik erop gewezen dat een aantal sectoren niet waren uitgenodigd. De vereniging van industriële pluimveeslachterijen stelt dat zij geraadpleegd, noch geïnformeerd werd. Mevrouw de minister, blijft u bij uw antwoord?

U stelde eveneens dat alleen de effectieve invoering van de autocontrole een weerslag zal hebben op de evolutie van de controle van de overheid en niet de intentieverklaring. De pluimveesector reageert dat hij reeds in 1997 in overleg met het IVK een autocontrolehandleiding heeft opgesteld. De sector beweert dat dit handboek niet alleen een intentieverklaring is maar ook effectief wordt toegepast. Tot slot beweert de sector te behoren tot de Europese topgroep als het over de toepassing van autocontrole gaat.

Mevrouw de minister, wat is uw reactie op het wederwoord van de sector? Zijn de beweringen van de sector correct? Bent u bereid uw

08.01 Trees Pieters (CD&V): L'augmentation des droits de contrôle au profit de l'IEV touche de plein fouet le secteur avicole. Cette situation est due à une structure spécifique, l'abattoir et l'atelier de découpe ne faisant souvent qu'un.

J'ai récemment interpellé la ministre à ce sujet mais sa réponse était pour le moins lacunaire. C'est ainsi que la ministre a prétendu que toutes les fédérations professionnelles avaient été pleinement informées de l'augmentation des droits de l'IEV. La Fédération des abattoirs de volaille industriels a déclaré qu'elle n'avait été ni consultée ni informée. Comment la ministre explique-t-elle cette contradiction?

Le secteur avicole affirme qu'un manuel d'autocontrôle avait été rédigé dès 1997, en concertation avec l'IEV, et que ce manuel était effectivement appliqué. Or, la ministre ne cesse d'insister sur la nécessité d'instaurer un autocontrôle efficace. Là encore, la ministre et le secteur se contredisent. Comment cela se peut-il? La ministre serait-elle disposée à reconsidérer sa

oordeel te herzien? De sector heeft u dat wellicht schriftelijk meegedeeld. Welke gevolgen koppelt u hieraan met betrekking tot de financiering van het IVK?

position? Dans l'affirmative, quelles en seraient les conséquences pour le financement de l'IEV?

Voorzitter: Philippe Seghin.

Président: Philippe Seghin.

08.02 Minister **Magda Aelvoet**: Mijnheer de voorzitter, collega's, wat de informatie aan de sectoren betreft, herinner ik eraan dat het initiatief van het management van het IVK buiten elke wettelijke verplichting is genomen. Van elke sector was een vertegenwoordiger aanwezig die zetelt in het raadgevend comité van het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen. Er was een vertegenwoordiger van de slachthuissector aanwezig, een vertegenwoordiger van de verwerkende sector en een vertegenwoordiger van de distributiesector. Van de vertegenwoordiger van de slachthuizen mag normaliter verwacht worden dat hij de hele sector van de slachthuizen vertegenwoordigt. Ik stel vast dat de informatie goed werd overgebracht. Ik heb immers een gemeenschappelijk standpunt van de beroepsorganisaties ontvangen met inbegrip van de vereniging van de industriële pluimveeslachthuizen.

Het is correct dat de betrokken sector een autocontrolehandboek heeft opgesteld dat gebaseerd is op de fameuze GMP, Good Manufacturing Practice. Dat handboek heeft als basis gediend voor de invoering van een proef met bedrijfsgeassisteerde keuring waaraan twee bedrijven deelnemen. Andere bedrijven zijn kandidaat om dit toe te passen. De bedrijfsgeassisteerde keuring zal eerlang op haar verdiensten worden geëvalueerd. Het kan ongetwijfeld als een eerste stap in de richting van autocontrole worden beschouwd.

De invoering dit jaar van de beschikking 2001/471 EG in de pluimveeslachthuizen en -uitsnijderijen waarbij de zeven principes van de HACCP boven op de GMP verplicht worden gesteld zal het niveau van de autocontrole in aanzienlijke mate versterken. Daartegenover staat dat de keuring en de controle in die sector alsook in andere sectoren aan een nieuwe aanpak zal worden onderworpen, aangezien de Europese Commissie binnenkort een voorstel van verordening bij de Raad zal indienen om keuring en controle op een moderne leest te schoeien, uiteraard gebaseerd op de principes van de risicoanalyse, met name de wetenschappelijk onderbouwde risico-evaluatie. In de toekomst zullen de controletaken van het Federaal Agentschap anders kunnen verlopen, indien een onafhankelijke, geaccrediteerde en erkende certificeringsinstelling een attest uitreikt dat garandeert dat de voedselveiligheid in de dagelijkse uitbating daadwerkelijk beheerd wordt. Dat zal ongetwijfeld een weerslag hebben op de controlerechten.

Ten slotte, met betrekking tot de specifieke structuur van de pluimveesector die u beschrijft, benadruk ik dat de uitsnijderijen die samen met het slachthuis één enkel geheel vormen en waarvan het te versnijden vlees afkomstig is van dat slachthuis hun controlerechten met 70% van de normale rechten verminderd zien.

08.02 **Magda Aelvoet**, ministre: Pour ce qui est de l'information aux secteurs, l'initiative du management de l'IEV a été prise en dehors de toute disposition légale. Le secteur des abattoirs était représenté par son délégué au sein du comité consultatif de l'AFSCA. Je constate que l'information a été correctement transmise, car j'ai reçu un avis commun des organisations professionnelles, en ce compris la Fédération des abattoirs industriels de volaille. Le secteur a effectivement rédigé un manuel d'autocontrôle, basé sur la *good manufacturing practice* (GMP). Ce manuel a servi de base pour la mise en œuvre d'un essai d'expertise assistée par les entreprises. Cette expertise fera prochainement l'objet d'une évaluation. L'expertise assistée peut être considérée comme une première étape vers l'autocontrôle.

La mise en oeuvre de la décision 2001/471/CE dans les abattoirs de volaille et les ateliers de découpe va encore renforcer l'autocontrôle. Sur proposition de la Commission européenne, l'expertise et le contrôle seront toutefois réorganisés dans tous les secteurs et seront fondés sur une analyse et une évaluation scientifiques des risques. A l'avenir, si une institution de certification délivre un certificat attestant que la sécurité alimentaire est contrôlée quotidiennement au sein de l'exploitation, les fonctions de contrôle de l'IEV pourront se dérouler différemment. Cette mesure aura une incidence sur les droits de contrôle. Les ateliers de découpe du secteur des volailles qui ne font qu'un avec les

abattoirs et dont la viande à découper provient de cet abattoir verront leurs droits de contrôle diminués de 70 pour cent par rapport aux droits normaux.

08.03 Trees Pieters (CD&V): Mevrouw de minister, net als op 15 mei herhaal ik dat de sector verwijst naar de vergadering op 18 februari waar een beperkt aantal afgevaardigden uit de sector van de vleesverwerking en de vleesdistributie geïnformeerd werd dat de regering het Parlement voorstellen zou doen over de zorgwekkende financiële toestand van het IVK. Dat is intussen gebeurd via de programmawet. Wij zien dat u bij uw beslissing blijft. Als u nu zegt dat er van elke sector een afgevaardigde is, dan zullen wij dat meedelen aan de betrokken sectoren en hun reactie daarop afwachten.

Wat de autocontrole betreft, kan ik kort resumeren. U zegt dat die onvoldoende was. Na verloop van tijd, vanaf 2002, zal ze versterkt worden ingevolge de Europese dimensie. Dat is ook genoteerd. De betrokken sectoren hebben waarschijnlijk gedaan wat zij moesten doen, een handboek samengesteld en geprobeerd die te implementeren waar het kon. Het is aan hen om daarop te reageren. De controletaken zullen anders verlopen.

Tot slot zegt u dat de controlerechten voor uitsnijderijen die samenwerken met een slachthuis, met 70% zullen dalen. Dat moet u toch even uitleggen.

08.04 Minister Magda Aelvoet: Het gaat om de uitsnijderijen.

08.05 Trees Pieters (CD&V): Zullen zij minder controlerechten betalen? De uitsnijderijen zelf zullen minder moeten betalen aan het IVK?

08.06 Minister Magda Aelvoet: Ik herhaal die laatste zin, om geen onduidelijkheid te laten bestaan. Met betrekking tot de specifieke structuur van de pluimveesector benadruk ik dat de uitsnijderijen die samen met een slachthuis één enkel geheel vormen en waarvan het te versnijden vlees afkomstig is van het slachthuis, hun controlerechten met 70% van de normale rechten verminderd zien.

08.07 Trees Pieters (CD&V): Ik wil graag van u uitleg hebben. U zult de controlerechten optrekken met 15% maar specifiek voor de uitsnijderijen die samenwerken met een slachthuis dat alleen vlees van de pluimveesector verwerkt, zal er een vermindering van de controlerechten met 70% zijn? Dat begrijp ik goed?

08.08 Minister Magda Aelvoet: Ja, dat begrijpt u goed.

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

08.03 Trees Pieters (CD&V): Le 18 février, vous avez déclaré que le gouvernement présenterait au Parlement des propositions relatives à la situation financière préoccupante de l'IEV. C'est ce qu'il a fait par le biais de la loi-programme. Quant à la représentation par le secteur, vous vous en tenez à vos précédentes déclarations. Nous les transmettrons au secteur et attendrons ses réactions.

Vous avez jugé l'autocontrôle insuffisant, il sera donc renforcé à partir de 2002. Je suis curieux de voir ce qu'il en sera. Qu'en est-il désormais précisément des droits de contrôle pour les ateliers de découpe qui collaborent avec un abattoir?

08.06 Magda Aelvoet, ministre: Ces ateliers de découpe bénéficient d'une réduction des droits de contrôle.

08.07 Trees Pieters (CD&V): Si les ateliers de découpe transforment seulement de la viande provenant d'abattoirs de volailles avec lesquels ils collaborent, obtiennent-ils une réduction des droits de contrôle?

08.08 Magda Aelvoet, ministre: Certainement, je vous renvoie à ma réponse.

De **voorzitter**: De vraag nr. 7289 van mevrouw Yolande Avontroodt wordt naar een latere datum verschoven.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.43 uur.

La réunion publique de commission est levée à 15.43 heures.