

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 29 APRIL 2008

Namiddag

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

du

MARDI 29 AVRIL 2008

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.40 uur en voorgezeten door mevrouw Katia della Faille de Leverghem.

La séance est ouverte à 14.40 heures et présidée par Mme Katia della Faille de Leverghem.

01 Question de M. David Clarinval à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la dynamisation du Fonds IMPULSEO pour faire face à la pénurie grandissante de médecins généralistes dans les régions rurales" (n° 4292)

01 Vraag van de heer David Clarinval aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het IMPULSEO-fonds dat nieuw leven wordt ingeblazen om het groeiende tekort aan huisartsen op het platteland het hoofd te bieden" (nr. 4292)

01.01 David Clarinval (MR): Madame la présidente, madame la ministre, les primes IMPULSEO sont une excellente initiative du gouvernement précédent qui encouragent les jeunes médecins généralistes à s'installer dans les zones en manque de praticiens. Toutefois, je m'interroge quant à la réelle attractivité de ces primes pour les zones rurales.

En effet, si je m'arrête quelques instants sur les chiffres disponibles élaborés par l'INAMI, je constate non seulement que de nombreuses communes rurales connaissent une pénurie de médecins généralistes mais que, par ailleurs, cette pénurie s'accroît de plus en plus.

En guise d'exemple, aujourd'hui, il manque des médecins généralistes dans 37 des 44 communes de la province de Luxembourg. La situation en province de Namur n'est pas identique mais on y constate tout de même que la moitié des 15 communes de l'arrondissement de Dinant est concernée par cette pénurie.

Madame la ministre, il me semble que les jeunes médecins généralistes s'installent de préférence dans les communes urbaines ou semi-urbaines plutôt que dans les petits villages car ils se situent souvent à l'écart de nombreuses facilités médicales évidemment mais aussi économiques, sociales et culturelles. Cette distance engendre des contraintes énormes pour les médecins résidant dans ces zones défavorisées: gardes innombrables, un rythme effréné, refus de nouveaux patients.

Je constate aussi qu'il est de plus en plus difficile pour les généralistes actuels, dont la moyenne d'âge est sans cesse croissante, d'assumer la relève. Cette situation est inquiétante car ce sont souvent ces communes qui sont les plus éloignées des centres hospitaliers.

Pour combler ce manque, les primes IMPULSEO ont notamment été accordées aux médecins qui s'installent dans les zones en sous-effectifs mais je crains que cette mesure ne soit pas suffisante pour attirer de jeunes médecins dans les zones plus reculées.

Madame la ministre, quelle est votre analyse de la situation? Comment comptez-vous redynamiser le dossier? Ne serait-il pas envisageable d'octroyer des avantages supplémentaires aux jeunes médecins qui décideraient de pratiquer dans les zones rurales?

Ces premières questions datent un peu puisque, entre-temps, j'ai vu que vous aviez pris les mesures IMPULSEO II, que je salue. En complément – je ne sais pas si on peut rajouter ainsi des questions –, pouvez-vous m'indiquer s'il est maintenant possible de recruter des infirmières plutôt que des secrétaires administratives?

Pensez-vous qu'IMPULSEO II va permettre à plusieurs médecins de pouvoir s'associer au sein d'un même cabinet, de telle sorte que la qualité de vie de ces médecins soit améliorée?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Clarinval, il est vrai que IMPULSEO I est une initiative intéressante et importante dans son principe, puisqu'il s'agit de combler un déficit de médecins généralistes dans les zones quelque peu désertées. Le projet est d'application depuis le 1^{er} juillet. Plus de 276 médecins ont pu bénéficier, soit du prêt de 15.000 euros pour bénéficier d'une première installation, soit de la prime de 20.000 euros pour une nouvelle installation dans certaines zones connaissant une pénurie de médecins généralistes. Certains ont même été en mesure de bénéficier cumulativement des deux financements. À titre informatif, pour la période 2006 jusqu'à ce jour, pour les personnes avec un lieu d'investissement en province de Luxembourg, 13 dossiers de crédit ont été traités par le fonds de participation pour un montant global de 260.000 euros.

Je partage évidemment votre remarque sur la difficulté d'attirer des jeunes médecins dans des zones rurales ou semi-rurales plus reculées malgré ce type d'incitants. Dans l'accord national medicomutualiste 2008, il a été prévu de faire une évaluation de l'impact des aides octroyées. C'est dans le cadre de cette évaluation que l'on discutera avec les partenaires, dont les syndicats des médecins, en vue de trouver de nouveaux moyens pour les attirer dans ces zones-là. On pourra le faire notamment pour le budget 2009. Parmi les pistes que nous pourrions étudier, il y a la revalorisation du dossier médical global dans ces zones, les horaires de disponibilité, les frais de déplacement, etc. C'est ce dont nous discuterons dans le cadre de l'évaluation.

Pour ce qui concerne IMPULSEO II, je n'ai pas pris le dossier, étant donné que cela ne faisait pas partie de votre première question. IMPULSEO II permet justement de donner une aide logistique aux médecins qui se mettent en association. Cela ne signifie pas nécessairement être dans le même cabinet, cela peut être le travail en réseau. Il s'agit principalement d'une aide administrative, à savoir la prise en charge d'une partie du salaire d'une aide administrative.

En la matière, je pense, mais il faut que je vérifie, qu'on ne parle pas des qualifications de la personne, mais plutôt des conditions de rémunération de l'aide administrative. Néanmoins, soit lors d'une question écrite, soit lors d'une prochaine question orale, je reviendrai sur le dossier IMPULSEO II.

01.03 David Clarinval (MR): Madame la ministre, l'aide proposée par le Fonds IMPULSEO II sera, pour moi, efficace.

Je suis confronté à un problème dans ma commune. J'ai rassemblé les quelques médecins qui pratiquaient encore et qui sont sur le point de prendre leur retraite ainsi que les médecins des communes avoisinantes. Je n'ai pu que constater que ce dont ils ont réellement besoin, c'est de préserver une certaine qualité de vie en n'étant pas confrontés à des gardes de sept jours sur sept, 24 heures sur 24. L'aide administrative sera plus efficace si elle est apportée par une personne, par exemple une infirmière, qui peut déjà orienter les malades et ne se borne pas à prendre des rendez-vous.

Certes, le réseau est important. Il n'est pas nécessaire d'avoir une maison en briques, au milieu des villages. La mise en réseau par le biais de l'informatique présente un grand intérêt. Si l'on pouvait déjà intervenir sur ces deux aspects, ce serait un grand pas en avant, surtout pour les zones les plus rurales. Parfois, on confond les zones semi-rurales et les zones rurales, mais il existe encore des coins reculés, où aucun médecin n'exerce.

Je voulais faire ces remarques et vous encourager dans la poursuite de vos démarches.

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

02 Question de Mme Jacqueline Galant à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'orthodontie" (n° 4464)

02 Vraag van mevrouw Jacqueline Galant aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de orthodontie" (nr. 4464)

02.01 Jacqueline Galant (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'orthodontie est une discipline relativement jeune à laquelle un intérêt de plus en plus important est accordé dans les soins dentaires. C'est pour cette raison que vous avez édité une série de mesures qui s'y rapportent.

Actuellement, les soins orthodontiques sont partiellement remboursés par l'assurance maladie pour les plus jeunes et pas du tout pour les adultes. Or, la prise en charge de ce type de soins représente une dépense importante pour les familles, malgré l'intervention, dans certains cas, des assurances complémentaires.

Le Centre fédéral d'expertise vient de publier un rapport concernant l'orthodontie des enfants et adolescents. Ce rapport examine notamment le rôle que peut remplir l'assurance maladie obligatoire dans ces traitements chez les enfants.

Plusieurs recommandations apparaissent dans ce rapport: une différenciation de la politique de remboursement en fonction de la sévérité des déviations dentofaciales et des malocclusions; une utilisation d'un index des besoins du traitement orthodontique pour identifier les divers besoins au sein de la population des patients; l'instauration de contrôles et la vérification des appréciations, soit via un contrôle a posteriori soit via un contrôle a priori.

Madame la ministre, quelles suites comptez-vous donner à ce rapport du Centre fédéral d'expertise? Des initiatives précises sont-elles prévues dans votre département? La mise en place d'une concertation avec les dentistes et les orthodontistes sur la problématique est-elle envisagée? Un débat au sein de la dento-mut est-il programmé quant à la possibilité d'un remboursement différencié? Enfin, un débat semblable pour les soins orthodontiques pour les adultes est-il envisagé?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, oui, il est vrai que le rapport a été rendu le 21 avril dernier. Il concerne l'orthodontie chez les enfants et les adolescents. Il a été présenté à la commission nationale dento-mutualiste en présence des membres du Conseil technique dentaire.

Consécutivement à la présentation du rapport du Centre fédéral d'expertise, un travail est réalisé en coopération avec les dentistes généralistes et spécialistes en orthodontie afin d'étudier comment appliquer les recommandations du Centre fédéral d'expertise.

Comme de coutume en soins de santé, nous travaillons donc en collaboration et nous voyons, en cas d'évaluations favorables et de propositions précises, comment les intégrer dans le cadre du budget 2009 des soins de santé, bien sûr en accord avec l'ensemble des partenaires dento-mut. Il convient d'attendre le travail actuel d'expertise, puis l'élaboration du budget.

Je suis bien consciente que l'orthodontie n'est que partiellement remboursée pour les jeunes. À court terme, nous prévoyons de nouvelles initiatives pour ce groupe cible. Un budget est prévu en 2008 avec une entrée en vigueur au 1^{er} septembre, qui prévoit un forfait de 400 euros pour le premier traitement orthodontique. Des projets semblables pour les adultes ne sont pas encore envisagés, mais j'attends d'éventuelles propositions des partenaires sociaux.

Dans le courant de cette année, comme je l'ai fait savoir, le remboursement du traitement de première intention jusqu'au neuvième anniversaire entrera en vigueur. À l'heure actuelle, les organes de concertation au sein de l'INAMI développent des besoins pour l'année 2009.

Accordons donc un peu de temps pour la concertation. J'espère que, lors du budget 2009, j'apporterai des nouvelles intéressantes pour l'orthodontie dans le suivi des propositions du Centre d'expertise.

02.03 Jacqueline Galant (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie. Pour les jeunes, c'est évidemment très bien et il convient de poursuivre en ce sens. Cependant, ma crainte est que, si l'on se base uniquement sur les recommandations du rapport, on omet totalement les adultes. Or, et je parle en connaissance de cause, il s'agit de traitements très lourds et excessivement onéreux. Malheureusement, les jeunes ne se rendent pas toujours compte de la nécessité de suivre de tels traitements.

Il convient de ne pas confondre l'esthétique et les besoins médicaux d'un tel traitement.

Si vous avez besoin de témoignages, de gens de terrain – ils sont demandeurs d'un contact avec votre département pour discuter de la problématique des adultes –, je suis à votre disposition.

02.04 Laurette Onkelinx, ministre: Vous avez mis le doigt sur le travail à réaliser: bien distinguer entre l'esthétique et les besoins médicaux. C'est bien ce que les partenaires essaient de faire. Voilà qui permettrait de mettre de côté les soins esthétiques et de se focaliser sur la nécessité des soins. C'est le travail actuellement en cours.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Samengevoegde vragen van

- de heer Bruno Steegen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van drugsverslaafden met vervangmiddelen" (nr. 4341)

- mevrouw Hilâl Yalçın aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het drugsbeleid" (nr. 4778)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorschrijven van methadon" (nr. 4894)

03 Questions jointes de

- M. Bruno Steegen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les traitements de substitution pour les toxicomanes" (n° 4341)

- Mme Hilâl Yalçın à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la politique en matière de drogues" (n° 4778)

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription de méthadone" (n° 4894)

De **voorzitter**: Aangezien mevrouw Yalçın onbereikbaar is, vervalt haar vraag nr. 4778.

03.01 Bruno Steegen (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het koninklijk besluit betreffende de reglementering van de behandeling met vervangmiddelen stelt onder andere voorwaarden aan artsen die twee of meer patiënten een behandeling met vervangmiddelen voorschrijven.

Zij moeten hiertoe een specifieke opleiding hebben gevolgd en moeten zich registreren bij een erkend opvangcentrum, een erkend netwerk voor de opvang van druggebruikers of een erkend gespecialiseerd centrum.

Er blijven echter veel onduidelijkheden bestaan over de praktische toepassing van dit koninklijk besluit. Deze moeten dringend worden verduidelijkt.

Mevrouw de minister, ik wil u daarom de volgende vragen stellen. Ten eerste, volgens artikel 3 van het koninklijk besluit in kwestie worden centra en netwerken voor de opvang van druggebruikers erkend volgens de regels die worden goedgekeurd door de minister. Welke zijn deze regels? Hoeveel centra zijn momenteel erkend?

Ten tweede, werden de betrokken centra geïnformeerd over hun taak en functie met betrekking tot de uitvoering van dit koninklijk besluit? Op welke manier is dat gebeurd?

Ten derde, hoeveel artsen staan momenteel geregistreerd bij het Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België die aan twee of meer patiënten een behandeling met vervangmiddelen mogen voorschrijven? Zijn op dat vlak geografische concentraties op te merken?

Ten vierde, hoeveel drugverslaafde patiënten kregen in 2007 een behandeling met methadon voorgeschreven?

Ten vijfde, zijn u artsen bekend die ondanks de bepaling van artikel 11 van het koninklijk besluit aan meer dan 120 patiënten methadon voorschrijven? Indien ja, met welke maatregel wordt hierop gereageerd?

Ten slotte, artikel 13 van hetzelfde koninklijk besluit stelt dat in het medisch dossier van deze artsen een verklaring moet te vinden zijn dat de patiënt een bevoegd centrum heeft gecontacteerd. Is er enige indicatie

dat dit ook daadwerkelijk gebeurt?

03.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het zal u niet verwonderen dat de zeer recente media-aandacht voor het overlijden van een aantal jongeren aan een overdosis methadon een aantal parlementaire collega's de mogelijkheid biedt terug te komen op het voorschrijven van methadon.

Onze collega heeft terecht verwezen naar de wetgeving van 22 augustus 2002 en naar een aantal koninklijke besluiten van uitvoering ter zake. Zeer recent blijkt dat er praktische problemen zijn bij de concrete uitvoering van het koninklijk besluit.

Onze fractie heeft altijd gesteld dat het in een heel beperkt aantal gevallen wel degelijk moet kunnen dat methadon als substitutieproduct wordt toegediend om de drugsverslaafden die wij in eerste orde ook als zieke mensen beschouwen van hun probleem af te helpen.

Mevrouw de minister, ik wil u een viertal concrete vragen stellen om wat meer zicht te krijgen op de problematiek en op de bijstellingen die moeten volgen. Ten eerste, het blijkt zeer duidelijk dat er heel wat problemen zijn bij de concrete uitvoering van een aantal betrokken koninklijk besluiten. Kunt u het Parlement de huidige problemen schetsen die ongetwijfeld wat ruimer gaan dan de vraag over het al of niet correct toepassen van de wet op de privacy?

Een tweede vraag van een oppositielid, al was het maar om onze rechten van parlementaire controle efficiënt te kunnen uitoefenen, is de vraag binnen welk tijds kader u aan een oplossing voor dit probleem werkt. Op die manier kunnen wij dit dossier verder opvolgen.

Twee belangrijke vragen waarbij ik bij de bespreking van de begroting op mijn honger ben gebleven, zijn toch wel fundamenteel. De wet dateert reeds van 2002 en we zijn intussen ruim zes jaar verder. Het zou volgens mij goed zijn om die wet en het voorschrijven van methadon te evalueren, al was het maar omdat de vijf medisch-sociale opvangcentra in Vlaanderen een enorme toename zien van het aantal heroïnegebruikers dat zij moeten behandelen. Zij moeten intussen al meer dan 3.000 mensen behandelen in hun centra. Ik denk dus dat het goed zou zijn te overwegen de betrokken wetgeving te evalueren.

Een logische daaruit voortvloeiende slotvraag is de vraag of uw departement reeds heeft onderzocht of het geen tijd wordt om de betrokken wetgeving uit 2002 en de koninklijke besluiten van uitvoering bij te sturen. Gezien het feit dat zowel collega's uit de meerderheid als uit de oppositie heel concrete vragen stellen, moet misschien de fundamentele vraag worden gesteld of de wetgeving ter zake al of niet moet worden bijgestuurd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw antwoord.

03.03 Minister Laurette Onkelinx: De cel Gezondheidsbeleid Drugs is opgericht door het protocolakkoord van 30 mei 2001 tussen de federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten. Het akkoord formuleert volgende doelstellingen voor de cel: ten eerste, het verkrijgen van een globaal inzicht in alle aspecten van drugs en de drugsverslavingsproblematiek; ten tweede, de continue preventie van het drugsgebruik en het beperken van de eventuele schade die eraan verbonden is; ten derde, de optimalisering van het hulpverlenings- en behandelingsaanbod van drugsverslaafden; en ten vierde, de uitwerking van overlegde beleidsplannen met het oog op een geïntegreerd gezondheidsbeleid inzake drugs.

Voor een volledige beschrijving van de opdrachten en de werking van de cel verwijs ik naar het protocolakkoord, dat gepubliceerd is in het Belgisch Staatsblad van 23 augustus 2001.

Sinds haar oprichting vergadert de cel maandelijks. Zij heeft reeds verschillende resultaten op haar actief, waaronder een protocolakkoord inzake de Treatment Demand Indicator, een samenwerkingsakkoord inzake tabaksbestrijding, verschillende aanbevelingen over haar werking en het drugsbeleid in het algemeen, en zo meer.

Voor een volledig overzicht van de activiteiten van de cel kan ik verwijzen naar het meest recente driejaarlijkse rapport, dat in de komende weken gepubliceerd zal worden en dat beschikbaar zal zijn op de website van de FOD Volksgezondheid. Het rapport bevat tevens een beschrijving en een korte evaluatie van de pilootprojecten inzake zorgcoördinatie, dubbele diagnose en crisiseenheden met case management.

Zoals ik heb aangegeven in mijn algemene beleidsnota zullen de laatste twee pilootprojecten dit jaar verlengd worden.

Ik zal dus dit jaar nog niet overgaan tot structurele financiering van de zorgmodellen. Die projecten moeten immers ook ingeschreven worden in de hervorming van de sector van de geestelijke gezondheidszorg, zoals die al gestuurd wordt door de therapeutische projecten en het transversaal overleg. De evaluatie van het proces wordt voorzien voor 2010.

Op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 11 maart heb ik mij geëngageerd om een vergadering te beleggen met de relevante actoren voor de oprichting van de algemene cel Drugs. Voor 16 mei heb ik een vergadering gepland met de beleidscellen van de regeringsleiders. Gelet op het belang van deze algemene cel zal ik zoveel als mogelijk de verdere oprichting en operationalisering ervan aansturen.

De subsidies in het kader van het fonds ter Bestrijding van de Verslavingen zijn toegekend door de ministeriële besluiten van 27 april, 31 mei en 5 juni 2007. Voor 2007 gaat het om een totaalbedrag van 6.595.150 euro, voor 52 projecten. Ik zal uiterlijk volgende week de officiële oproep lanceren voor de eventuele verlenging van de huidige projecten. Deze verlengingsaanvragen zullen via een bepaalde template ingediend moeten worden om een maximale en objectieve vergelijking tussen de aanvragen te garanderen.

De comités Verslavingen en Tabak zullen in de maand mei samenkomen om mij advies te geven over de projectvoorstellen. Daarna zal ik snel een beslissing nemen, om de verlenging van de projecten niet in gevaar te brengen.

Op dit ogenblik zijn er geen structurele overlegvergaderingen of werkgroepen met de kabinetten van de ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie over bepaalde thema's. Dergelijke overlegmomenten moeten worden georganiseerd in de algemene cel Drugs.

Betreffende de behandeling van drugsverslaafden met vervangmiddelen wil ik vooreerst onderstrepen dat het KB tot reglementering van de behandelingen met vervangingsmiddelen reeds een belangrijk en noodzakelijk kader biedt voor dit soort behandelingen. Mijn voorganger heeft door de invoering van het KB in 2004 en de verdere optimalisering in 2006 belangrijke stappen gezet.

Het KB bepaalt zo reeds onder meer de samenstelling van het personeelskader van de centra en de netwerken.

Zo dient een centrum samengesteld te worden door uit minstens twee huisartsen, een psycholoog of een psychiater en een maatschappelijk werker.

Een van de huisartsen dient bovendien een specifieke opleiding gevolgd te hebben of over voldoende expertise te beschikken in het domein. De netwerken dienen onder meer ook samengesteld te zijn uit artsen.

Ook de basistaken van deze centra en netwerken zijn opgenomen in het KB. Het KB moet nu in een volgende fase inderdaad nog verder onderzocht en verduidelijkt worden. Dit geldt in het bijzonder voor de regels inzake de erkenning van de centra en de netwerken en de registratie door het IFEB.

Tot nu toe werden slechts delen van het registratiesysteem uitgetest. Hierdoor kan ik geen volledige en valide cijfers geven over de punten die u aanhaalt.

Ik heb bij mijn aantreden als minister mijn medewerkers onmiddellijk de opdracht gegeven om de verdere operationalisering van het KB samen met de administratie te onderzoeken en om voorstellen uit te werken, rekening houdend met de praktijkervaringen en de reeds beschikbare bepalingen in het KB.

De beslissing hierover zal nog voor de zomervakantie genomen worden. Zodra deze oefening afgewerkt is, zal ik de sector hierover uitgebreid informeren.

03.04 Bruno Steegen (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord, hoewel op mijn vragen niet echt een antwoord werd gegeven.

Ik vroeg concrete cijfers. Ik begrijp dat de registratie van de cijfers nog niet volledig in orde is. Ik behoud mij dus het recht voor om u na de zomer dezelfde vraag opnieuw te stellen, zodat u cijfers kunt geven. Mijn vraag spruit immers voort uit bezorgdheid, omdat ik uit het Limburgse artsenmilieu signalen opvang dat verscheidene artsen zich niet houden aan het koninklijk besluit en er wel degelijk inbreuken werden vastgesteld.

Ik kom na de zomervakantie op de kwestie terug.

03.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook ik wil u op mijn beurt bedanken voor het antwoord. Net zoals de heer Steegen stel ik echter vast dat wij moreel verplicht zullen zijn om het dossier verder op te volgen en u over enkele maanden opnieuw over de kwestie te ondervragen. Een aantal zaken zijn immers duidelijk nog hangende. Ook de tijdslimieten zijn vrij ruim. Blijkbaar blijft er ook nog wat onduidelijkheid.

Ik ben al blij dat u tegen de zomer van 2009 een aantal bijkomende verduidelijkingen in het vooruitzicht stelt. Mevrouw de minister, in de politiek is dat echter een eeuwigheid, zeker geconfronteerd zijnde met de recente berichten dat jongeren sterven aan overdosissen methadon. Bovendien blijkt ook overduidelijk dat een aantal artsen vrij los met het voorschrijven van methadon omgaat. Wij zijn bijgevolg vragende partij voor een echt stringenter toepassing van de koninklijke besluiten.

Wij zullen dus sowieso op het dossier moeten terugkomen, al was het maar om echte duidelijkheid over de zaak te krijgen en u door meerderheid en oppositie te stimuleren om werk van de kwestie te maken. Mevrouw de minister, ik kom dus ongetwijfeld op het dossier terug.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 4586 van mevrouw Florence Reuter wordt uitgesteld. La question n° 4586 de Mme Reuter est reportée.

04 Vraag van de heer Renaat Landuyt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de instelling voor geïnterneerden in Gent" (nr. 4590)

04 Question de M. Renaat Landuyt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'établissement pour internés à Gand" (n° 4590)

04.01 Renaat Landuyt (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, vous n'êtes pas prête?

04.02 Minister Laurette Onkelinx: Ja, toch wel.

04.03 Renaat Landuyt (sp.a+VI.Pro): Anders stel ik het uit.

Mevrouw de minister, chère Laurette, ik verwijs naar het antwoord van... Ja, het is even wennen.

(...): (...).

04.04 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Ik vind zelfs dat hij dat heel goed doet. Ja toch? Quand même?

04.05 Renaat Landuyt (sp.a+VI.Pro): Même dans le gouvernement, parce que l'autre jour, M. Vandeurzen n'était pas content de ce que j'avais dit et je lui ai expliqué que j'ai toujours dit la même chose.

04.06 Laurette Onkelinx, ministre: C'est tout à fait vrai. Vous faites preuve de cohérence!

04.07 Renaat Landuyt (sp.a+VI.Pro): Dans l'ironie aussi.

Ik verwijs naar het antwoord van de minister van Justitie Vandeurzen op een vraag die ik hem op 18 maart van dit jaar heb gesteld in de commissie voor de Justitie over de aangekondigde instelling voor geïnterneerden in Gent. Aanleiding voor deze vraag was het feit dat de werken voor de bouw van deze instelling nog steeds niet zijn aangevat. Naar verluidt zouden de plannen geblokkeerd zijn door de vraag aan welke vereisten het gebouw in Gent moet voldoen, die van Volksgezondheid of die van Justitie. In zijn

antwoord stelde de minister van Justitie dat het zijn standpunt is dat de instelling voor geïnterneerden in Gent moet worden opgevat als een forensisch psychiatrisch ziekenhuis dat dus moet voldoen aan de ziekenhuisnorm van Volksgezondheid, weliswaar met een aangepaste beveiligingsstructuur met het oog op de doelgroep die erin zal worden opgenomen.

Vandaar mijn vragen. Deelt u het standpunt van de minister van Justitie, wat effectief een deblokkering zou betekenen van een bestaande discussie? Ten tweede, zo ja, blijken er op het terrein nog een aantal onduidelijkheden te bestaan? Een eerste vraag heeft betrekking op de personeelsnorm. Wat zal de norm zijn indien de beveiliging blijvend ressorteert onder Justitie? Of zal Volksgezondheid in de personeelsnorm zelf in extra beveiligingspersoneel voorzien, verzekerd door het therapeutisch personeel? Na de structuur is er dus een vraag naar de personeelsnorm.

Derde vraag. In hoeverre kan het platform aangesteld door Justitie als adviespartner en coördinerend orgaan van de werkgroep bij de opstart van het FPCG, zijn functie blijven vervullen onder Volksgezondheid? Zal het platform met zijn recent geformuleerde adviezen en zijn expertise bij de uitbouw van het forensische project betrokken blijven bij de ontwikkeling van het FPCG?

Vierde vraag. Welke impact heeft de overheveling van het project naar Volksgezondheid op de bouwplannen? In hoeverre moet het voorlopig ingediende schetsontwerp worden aangepast aan een ziekenhuisnormering? Wat met de beveiligingsinfrastructuur? Kunnen de bevoegde instanties van de FOD Volksgezondheid duidelijk adviseren aan het ontwerpteam teneinde de plannen te toetsen aan de desbetreffende norm?

04.08 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Landuyt, ik ben blij dat u mij deze vraag stelt. Zoals u weet, heb ik tijdens de vorige regeerperiode als minister van Justitie meerdere maatregelen genomen om het lot van de geïnterneerden te verbeteren, onder meer door een wet te laten goedkeuren die de hele procedure van de internering hervormt. Als minister van Volksgezondheid wens ik met mijn collega van Justitie op dezelfde weg voort te gaan.

Ik denk inderdaad dat de geïnterneerden in een systeem van sociaal verweer van dezelfde zorgen moeten kunnen genieten als dewelke men in een psychiatrisch ziekenhuis verstrekt. Het is ook evident dat men binnen de structuur van het gebouw de onontbeerlijke veiligheidsmaatregelen moet integreren die moeten worden genomen ten aanzien van de personen die er zullen verblijven.

Volksgezondheid en Justitie moeten in dit dossier nauw samenwerken. Daarom zijn de minister van Justitie en ik het eens om een structureel overlegplatform tussen de twee departementen in te stellen. In dat raam zullen we de verschillende problemen moeten oplossen waarmee we bij de bouw van de instelling voor geïnterneerden in Gent te maken zullen krijgen.

Het probleem van de omkaderingsnormen is een goed voorbeeld van de problemen die we in dit overleg zullen moeten regelen. De omkaderingsnormen zullen onvermijdelijk verschillen naargelang het type van geïnterneerde dat er zal verblijven, van het risiconiveau dat ze vertonen en van de categorieën van zorgen die hen moeten worden verstrekt. De beheerders van dit dossier zijn in permanent contact om een akkoordprotocol voor te bereiden.

Het spreekt voor zich dat ik inzake de implementatie van dit project verder zal overleggen met alle actoren die betrokken zijn bij deze belangrijke hervorming, zowel met de actoren op het terrein als met de bevoegde beleidsverantwoordelijken.

Le modèle sur lequel nous sommes en train de travailler est celui de l'hôpital régional de Tournai qui dispose de moyens spécifiques sur le plan de la sécurité payés par le ministère de la Justice. Ce sera le cas pour le centre pour internés de Gand. En outre, les moyens habituels "Santé publique" seront octroyés pour l'accueil des internés psychiatriques.

Une concertation avec la Communauté flamande, avec le ministre Steven Vanackere est nécessaire. Il faudra aussi certainement travailler pour la reconnaissance d'un nouveau lit psychiatrique. Nous travaillons à tout cela actuellement mais, d'un point de vue philosophique, le fait que ce soit un hôpital sécurisé est selon moi la meilleure méthode.

Une autre méthode eût été de procéder un peu comme à l'hôpital de Neder-over-Heembeek qui a un statut

tout à fait spécifique "Défense nationale—Santé". Si on le souhaite, on peut également y travailler. J'ai en tout cas donné mon accord pour que la voie de l'hôpital psychiatrique sécurisé puisse être explorée prioritairement.

J'ignore si c'est également votre avis.

04.09 Renaat Landuyt (sp.a+VI.Pro): Ce qui me préoccupe, c'est le timing. Sur le terrain, on se sent un petit peu bloqué du fait que des décisions doivent être prises. J'ai compris qu'il y aura un protocole. Quand?

04.10 Laurette Onkelinx, ministre: Les négociations sont en cours. Je ne vais pas m'enfermer dans un délai. Des réunions se tiennent très régulièrement et j'espère pouvoir vous répondre très prochainement. Cela concerne aussi principalement le ministre Vandeurzen.

04.11 Renaat Landuyt (sp.a+VI.Pro): M. Vandeurzen est un homme très occupé! L'inspiration de la question vient des gens de terrain qui s'inquiètent que rien ne bouge pour le moment.

04.12 Laurette Onkelinx, ministre: Je comprends qu'ils aient l'impression que rien ne bouge mais des réunions ont lieu continuellement. J'espère que nous pourrions bientôt leur proposer un "package" avec une proposition très précise.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisopname van kinderen samen met hun begeleidende ouder" (nr. 4752)

05 Question de Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les enfants hospitalisés avec un parent accompagnateur" (n° 4752)

05.01 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, gelieve mij te excuseren voor mijn laattijdigheid. Ik kom van de commissie voor de Sociale Zaken.

Onder artikel 90, §2 van de wet op de ziekenhuizen werd een bepaling opgenomen die ertoe strekt dat voor de ziekenhuisopname van een kind samen met een begeleidende ouder op een individuele of een tweepersoonskamer, specifiek voor pediatrie, met inbegrip van daghospitalisatie, boven het budget van de financiële middelen ten laste van de patiënt die een dergelijke kamer heeft geëist, geen supplementen mogen worden aangerekend. Door de meest recente wijziging van dezelfde wet wordt aan de ziekenhuizen de mogelijkheid aangeboden ereloon-supplementen aan te rekenen bij de opname van een kind dat samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijft.

Mevrouw de minister, kunt u mij meedelen in hoeverre het naleven door de ziekenhuizen van deze wettelijke bepalingen wordt gecontroleerd? Welke middelen staan voor de patiënt ter beschikking teneinde hem toe te laten te controleren of er individuele kamers vrij zijn op het ogenblik van de opname van het kind?

De praktijk wijst vandaag uit dat indien de ouders ervoor kiezen om bij hun kind te blijven maar niet bereid zijn een document te ondertekenen waarin zij zich bereid verklaren de ereloon-supplementen ten laste te nemen, zij meestal het antwoord krijgen dat er geen kamers meer vrij zijn. Hoe kan worden gecontroleerd dat er wel degelijk een verbintenis is van de ziekenhuizen om de wet na te leven? Is dat controleerbaar?

Hoeveel ziekenhuisopnames van kind en ouder zijn er jaarlijks? Hebt u daar een zicht op?

05.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw De Maght, ik beschik momenteel niet over cijfers, maar u kunt daarvoor misschien een schriftelijke vraag stellen.

Bij opname van elke patiënt schrijft de wet thans effectief voor dat het ziekenhuis alle nodige informatie moet verstrekken over de budgettaire gevolgen van de keuze die hij in functie van de kamer maakt. Indien het ziekenhuis geen document kan voorleggen dat is ondertekend door de patiënt of zijn wettige vertegenwoordiger indien het een kind betreft en dat bewijst dat hij alle nuttige informatie verkreeg, kan het ziekenhuis aan de patiënt geen enkel supplement factureren voor de kamer noch voor de erelonen.

Indien de patiënt betwist dat hij correct geïnformeerd werd inzake de supplementen voor de kamer of de erelonen die hem kunnen worden aangerekend, beschikt hij over twee bevoorrechte bezwaarmiddelen. Ten eerste, de ziekenhuisbemiddelaar die verbonden is aan het ziekenhuis en die zal nagaan of alle wettelijke verplichtingen van het ziekenhuis werden nageleefd. Indien dat niet zo is, zal hij aan het ziekenhuis vragen om de factuur van de ten onrechte gefactureerde supplementen te verbeteren. Ten tweede, het ziekenfonds van de patiënt kan eveneens elk nazicht verrichten om na te gaan of de rechten van haar lid werden gerespecteerd. Indien dat niet zo is, kan ook zij een verbetering van de factuur eisen. Indien het ziekenhuis dat weigert, kan het ziekenfonds de zaak, in naam van haar lid, voor de arbeidsrechtbank brengen. Dit is volledig gratis voor het lid.

De patiënt kiest vrij in welk type kamer hij wenst te worden opgenomen. Indien hij bij de opname kiest voor een gemeenschappelijke kamer of voor een kamer met twee bedden en er alleen kamers met een bed beschikbaar zijn, zal hij in die laatste gehospitaliseerd worden zonder betaling van het supplement voor een privékamer. Indien hij daarentegen een kamer met een bed wenst en er alleen kamers met meerdere bedden beschikbaar zijn, zullen de dagen die hij doorbrengt in een gemeenschappelijke kamer of in een kamer met twee bedden als dusdanig worden gefactureerd. Het is bijgevolg voor een ziekenhuis wettelijk onmogelijk dat men aan de patiënt een privékamer opdringt indien deze dat niet wenst.

05.03 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de minister, u hebt gelijk wat betreft het wettelijke aspect van de zaak. Echter, een opname van een kind is voor de ouders een zeer emotionele gebeurtenis. Op het ogenblik dat men zijn kind gaat inschrijven en vraagt of men erbij mag blijven, wordt een document voorgelegd. De ouders ondertekenen dat hoe dan ook, want zij wensen immers bij het kind te blijven. Daarover is geen discussie. De ouders stellen zich daar ook geen vragen bij. Pas op het ogenblik dat men de factuur thuis krijgt en niet over een hospitalisatieverzekering beschikt, wordt men geconfronteerd met de feiten.

De praktijk wijst inderdaad uit dat er een document wordt ondertekend bij opname. Wie vraagt om bij het kind te mogen blijven, krijgt meestal een privékamer toegewezen, zonder daar zeer specifiek om gevraagd te hebben. De kamersupplementen worden bovendien ook aangerekend – wettelijk gezien mag dat niet meer, maar die aanrekening gebeurt in de vorm van vaste kosten – aan de ouders van de patiënt, die verkiezen om bij het kind te blijven.

Ik blijf erbij dat het een zeer emotionele gebeurtenis is. Daarom pleit ik ervoor de zaken te herzien, zeker voor de mensen die niet over een hospitalisatieverzekering beschikken, want tegenwoordig wordt daarin toch wel degelijk een onderscheid gemaakt. Het probleem stelt zich niet voor degenen die een hospitalisatieverzekering hebben, maar wel voor degenen die er geen hebben. Niemand stelt zich vragen bij de ondertekening van een document dat wordt voorgelegd op het ogenblik dat men daar zijn kind moet laten verblijven, want men wil de beste zorgen voor zijn kind – daar is elke ouder van overtuigd. Dat is iets waaraan ik in ieder geval graag aandacht aan besteed zou zien.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Ter informatie, ik had zelf ook een vraag nr. 4745 ingediend, maar het antwoord is nog niet toegekomen. Daarom stel ik voor dat we naar het volgende punt van de agenda overgaan.

06 Samengevoegde vragen van

- de heer Luk Van Biesen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doeltreffendheid van de MUG-diensten in het Pajottenland" (nr. 4776)
- de heer Bart Laeremans aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stand van zaken in het MUG-dossier van Halle" (nr. 4795)
- de heer Michel Doomst aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de MUG-problematiek in Zuidwest-Vlaams-Brabant" (nr. 4928)

06 Questions jointes de

- M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'efficacité des SMUR dans le Pajottenland" (n° 4776)
- M. Bart Laeremans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'état du dossier du SMUR de Hal" (n° 4795)
- M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique des SMUR dans le Sud-Ouest du Brabant flamand" (n° 4928)

06.01 Luk Van Biesen (Open Vld): Mevrouw de vice-eerste minister, deze vraag gaat over de doeltreffendheid van de MUG-dienst in het Pajottenland. Het is niet de eerste maal dat wij u in de vergadering vragen dienen te stellen over die problematiek. Op dinsdag 15 april was er een laattijdige interventie in het Pajottenland met een tragisch gevolg. We wensen niet uit te weiden over het incident. Het duidt opnieuw aan dat er toch wat schort aan de medische hulpverlening in Vlaams-Brabant en voornamelijk in het Pajottenland. Dat heeft vooral betrekking op enerzijds de aanrijtijden en anderzijds de informatie-uitwisseling tussen hulpverleners en slachtoffers, meestal ten gevolge van taalproblemen. Dat alles leidt tot schrijnende wantoestanden.

Het Pajottenland hangt voor de MUG-interventie af van de diensten van het Waalse Tubize of van Brussel bij ernstige gevallen en voor de PIT-dienst, het paramedisch interventieteam, van het nabijgelegen Sint-Mariaziekenhuis in Halle. Die dienst werd in 2006 opgestart door een akkoord tussen de Vlaamse minister Vervotte en de federale regering, de toenmalige minister Demotte. Als men in Vlaams-Brabant een urgentiearts nodig heeft, is men verplicht de MUG-dienst van het Waalse Tubize of van Brussel te raadplegen. Uiteraard is er ook de problematiek omtrent de telemonitoring, zeer belangrijk om het PIT te ondersteunen bij interventies op Vlaams grondgebied.

In Vlaams-Brabant – het is heel belangrijk dat we dit schetsen – zijn er vier MUG-diensten, namelijk Leuven, Vilvoorde, Tienen en Diest. In Waals-Brabant zijn er ook vier MUG-diensten, in Ottignies, Nivelles, Eigenbrakel en Tubize. Er zijn vier MUG-diensten voor enerzijds Vlaams-Brabant met 1 miljoen inwoners en voor Waals-Brabant met 360.000 inwoners anderzijds. Brussel telt ongeveer 7 MUG-diensten. Het is dus duidelijk dat Vlaams-Brabant en het Pajottenland in grote delen aangewezen zijn op Nederlandsonkundige diensten vanuit Tubize of Brussel. De Vlaamse regering had in 2006 na de mislukking rond Brussel-Halle-Vilvoorde een MUG-dienst beloofd in het ziekenhuis van Halle. Alvorens die gesprekken er kwamen, hebben wij zelf nog vergaderingen georganiseerd bij uw voorganger, de heer Demotte, om te komen tot een volwaardige MUG-dienst. Op dat ogenblik heeft de Vlaamse regering het laken naar zich toe getrokken – ik heb dat reeds gezegd in de vergadering –, waardoor er eigenlijk geen MUG-dienst gekomen is, maar een paramedisch interventieteam.

Ik ben er vandaag van overtuigd, zeker gesterkt door het tragisch gebeuren van 15 april jongstleden, dat het paramedisch interventieteam onvoldoende is en dat men moet uitgroeien tot een werkelijke MUG-dienst. Daarom heb ik een aantal vragen aan u, mevrouw de minister.

Erkent u de noodzaak van het probleem?

Wat is de stand van zaken in het dossier van een volwaardige MUG-dienst in Halle? Welke stap zult u ondernemen in verband met de noodzaak van een eigen MUG-dienst daar?

Kunt u eens definiëren wat de precieze werkwijze evenals het stappenplan zijn bij de melding van een dringende interventie in het Pajottenland? Welke MUG-dienst heeft de voorkeur? Welke dienst zal in tweede instantie uitrukken, als de eerste dienst onbeschikbaar is?

Waarom wordt in dit geval ook de MUG-dienst van Geraardsbergen geraadpleegd?

06.02 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik hoef de feiten niet meer te schetsen, dat is zonet gebeurd. Drie maanden geleden hebben wij u in onze commissie ondervraagd, toen u nog maar pas minister van Volksgezondheid was – vroeger was u alleen minister van Sociale Zaken – over de stand van zaken in het MUG-dossier van Halle.

U antwoordde toen dat u overleg zou opstarten met de ziekenhuisdirectie en andere overheden. Ook zou er een officieel advies worden gevraagd aan de Provinciale Commissie voor Dringende Medische Hulpverlening en aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling Erkenning en Programmatie, voor het opmaken van het fameuze koninklijk besluit – principieel leek u daar immers niet tegen. Het is dan ook logisch dat wij u vandaag vragen naar een stand van zaken.

Werd u inmiddels aangeschreven door de meerderheidsfracties in de provincieraad van Vlaams-Brabant? Dat was toen immers nog niet gebeurd, en ik zie u nog altijd neen schudden.

06.03 Minister Laurette Onkelinx: (...) van het ziekenhuis. Ik heb een brief nodig, een vraag.

06.04 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Hebt u inmiddels contact gehad met de ziekenhuisdirectie van Halle? Zo ja, wat leverde dat gesprek op?

Werd er ook gesproken met andere instanties, zoals de Vlaamse overheid? Wat is het resultaat van die gesprekken?

Werd inmiddels het advies gevraagd aan de Provinciale Commissie voor Dringende Medische Hulpverlening van Vlaams-Brabant? Werd dat advies ontvangen en kan het worden meegedeeld?

Is het advies gevraagd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, afdeling Erkenning en Programmatie? Kan dat worden meegedeeld?

Tegen wanneer kan er eindelijk een volledige MUG worden verwacht in Halle?

06.05 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, veel is al gezegd. Ik denk dat wij het gepraat stilaan voorbij zijn. Op dat vlak stonden wij met de collega's al wat verder. Ik dacht dat een aantal dingen in het verleden al was uitgepraat en besproken. Wat is echter de huidige stand van zaken van het dossier?

Ik denk dat wij niet van de grond geraken voor er een effectieve aanvraag is vanuit het ziekenhuis van Halle. Bij mijn weten is die vraag nog altijd niet officieel gesteld. Wij zullen dus wat druk moeten uitoefenen, opdat er officieel vanuit Halle een vraag zou komen om in het dossier vooruit te geraken.

Wij hadden gezegd dat wij daarover eens moesten praten. Kunnen wij de afspraak niet vastleggen om met het personeel van het ziekenhuis van Halle en met u, om de zaak vooruit te krijgen, rond de tafel te zitten?

06.06 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je vais répondre en français.

Je le dis et je le répète, s'il y avait eu une demande de l'hôpital, nous ne serions pas ici pour poser des questions et tenter d'y répondre le mieux possible. Mon problème dans ce dossier est que l'hôpital de Hal ne s'est jamais porté candidat à la fonction SMUR, ce qui constitue l'unique cause des problèmes actuels. Si j'avais eu une lettre de l'hôpital en faisant la demande, il aurait obtenu satisfaction.

Ce n'est pas la première fois qu'on me le demande et j'avais dit, en réponse à une question, qu'il fallait aller voir les gestionnaires de l'hôpital afin de débloquer la situation. Je constate, si vous les avez vus, que cela n'a pas fonctionné.

Mon administration les a sollicités plusieurs fois mais on ne peut obliger un hôpital à se porter candidat. Je n'ai donc aucune possibilité à ce niveau-là.

Le ministre Demotte avait lancé dix expériences pour déterminer si une équipe constituée d'un ambulancier et d'un infirmier urgentiste suffisait, c'est le fameux projet PIT (Paramedical Intervention Team). Cette équipe PIT, sous la supervision permanente des médecins urgentistes de l'hôpital de Hal, permet à la population d'être prise en charge en néerlandais. Ce projet PIT à Hal fait l'objet d'un financement exceptionnel, proche de celui d'un SMUR à part entière. La clinique de Hal est la seule en Belgique à jouir de ce financement trois fois supérieur, j'insiste, à celui des autres PIT.

Je regrette que cette demande n'ait pas été faite et je répète, pour la cinquième fois, que j'attends une demande officielle et univoque du principal acteur, l'institution hospitalière, que nous avons sollicité plusieurs fois.

En ce qui me concerne, j'ai le devoir de proposer et d'organiser le financement de solutions réalistes répondant à des besoins scientifiquement mesurés et en adéquation avec les capacités des acteurs concernés. J'attends une analyse technique des besoins pour la région concernée, qui dépasse le seul territoire de la ville de Hal, laquelle a été produite pour les comptes des commissions d'aide médicale urgente des provinces du Brabant flamand et de Flandre orientale. Cette analyse a été validée par le bureau de la commission de Flandre orientale mais doit encore être validée par le bureau de la commission du Brabant flamand, ce qui est prévu en mai. Cette analyse me sera envoyée officiellement par la suite.

Les indications qui ressortent du rapport provisoire mettent en avant que des besoins en termes de

médicalisation précoce existent bien dans la région concernée, besoins auxquels il faut évidemment apporter la meilleure des réponses.

Sans que nous ne négligions les autres zones où des besoins de médicalisation précoce sont présents, et parfois de manière plus pressante, je suis d'avis que ce dossier doit trouver une solution définitive qui réponde aux besoins.

Sur base de cette analyse, je vais rassembler les différents acteurs, dont les responsables de l'hôpital Sint-Maria de Hal, pour que ce dossier aboutisse rapidement.

En guise de conclusion, je dirais qu'il est difficile de faire le bonheur des gens malgré eux. J'aimerais leur offrir ce bonheur mais j'attends qu'ils aient envie de le recevoir.

06.07 Luk Van Biesen (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord, maar ik vind het toch een beetje eigenaardig. Uw voorganger, de heer Demotte, met wie wij een zeer goede verstandhouding hadden, heeft de ziekenhuisdirectie van Halle met onze bemiddeling driemaal bijeengeroepen en werd het systeem om een MUG uit te bouwen volledig besproken. Daarna is dat niet doorgegaan en heeft men, met een Vlaams budget, voor een PIT gekozen. Zeggen dat er geen aanvraag van het ziekenhuis is, lijkt mij bijzonder eigenaardig, wetende dat de ziekenhuisdirectie tot driemaal toe op het kabinet van uw voorganger werd ontvangen. Het volledig dossier bestaat. Ik was daarbij, mevrouw Onkelinx. Eind 2004, begin 2005 zijn er drie vergaderingen op uw departement geweest.

06.08 Minister Laurette Onkelinx: Er waren onderhandelingen over de PIT.

06.09 Luk Van Biesen (Open Vld): Het is toch eigenaardig dat er dossiers verdwijnen als een minister een andere minister opvolgt. Volgens mij bestaat dat dossier wel degelijk. Ik ben drie keer op die vergadering aanwezig geweest op het departement van de heer Demotte, in aanwezigheid van de ziekenhuisdirectie, eenmaal in aanwezigheid van de minister zelf en daarna met de kabinetsleden. Er bestaat wel degelijk een dossier voor de opstarting van een MUG. Daarna heeft men dat, in het kader van het akkoord omtrent BHV, afgezwakt tot een PIT omdat de Vlaamse regering met geld over de brug kwam. De initiële aanvraag in 2004-2005 is op uw departement gebeurd. Ik was aanwezig. Ik heb dat dossier samen met de ziekenhuisdirectie mee ingediend. Het volstaat om het dossier terug op te vragen en anders zullen wij opnieuw contact opnemen met het ziekenhuis om opnieuw het nodige te doen. Uw antwoord lijkt mij zeer eigenaardig.

06.10 Laurette Onkelinx, ministre: Je voudrais vous dire que je suis persuadée qu'il faut un SMUR là-bas et peu m'importe les affaires BHV, etc. En matière de Santé publique, ce qui m'intéresse, c'est d'avoir en tête et avant tout le travail qui doit être réalisé.

06.11 Luk Van Biesen (Open Vld): Ce n'est pas un problème communautaire.

06.12 Laurette Onkelinx, ministre: Absolument pas. Je pense qu'à Hal, on a besoin d'un SMUR.

Il y a effectivement eu des négociations mais le SMUR n'a pas été demandé et on a trouvé une solution alternative avec le PIT. Non seulement on a trouvé une solution alternative mais celle-ci est financée trois fois plus que les autres PIT. C'est vous dire qu'un effort a été consenti.

Je veux bien aller plus loin. Je le dis publiquement devant vous mais il faudrait une demande. De toute façon, j'attends le rapport technique dont je vous ai parlé. Ensuite, je rassemblerai tout le monde autour de la table. Si à ce moment, tout le monde est d'accord, on trouvera une solution.

De **voorzitter:** Ik neem aan dat ik hierbij het incident mag sluiten.

06.13 Bart Laeremans (Vlaams Belang): Nee, mevrouw de voorzitter, u kunt het incident hier nog niet sluiten; dat kan pas aan het einde van dit punt. Het is een van de eerste keren dat u moet voorzitten, dus u leert dat nog wel.

Mevrouw de minister, ik vind het antwoord interessant in die zin dat u zich nu, in tegenstelling tot 22 januari, principieel schaaft achter de stelling dat er vooruitgang geboekt moet worden in dat dossier en dat u achter het idee van een MUG staat. Dat vind ik al belangrijk.

Ik heb, doordat u in het Frans geantwoord hebt en ik misschien niet helemaal aandachtig was, op een aantal vragen geen antwoord gekregen.

Mevrouw de minister, op 22 januari hebt u gezegd: "Hiertoe zal een officieel advies gevraagd worden aan de provinciale commissie". Werd het advies gevraagd? Is het advies al verstrekt? Daarop heb ik niet meteen een duidelijk antwoord gekregen. Heeft de provinciale commissie voor dringende medische hulpverlening al een advies gegeven?

06.14 Minister **Laurette Onkelinx**: Er is een tijdelijk advies. Ik wacht op een definitief advies. Ik zal met alle actoren, met name met het ziekenhuis, vergaderen.

06.15 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): Dat is een gunstig advies, als ik het goed begrijp.

06.16 Minister **Laurette Onkelinx**: Het is geen advies dat ja of nee zegt. Het is een advies dat nagaat welke noden er zijn.

06.17 **Bart Laeremans** (Vlaams Belang): Het is dus veeleer een omstandig advies. Het zou wel nuttig zijn als we daarvan kennis konden krijgen, als we daarvan een kopie konden krijgen. In elk geval is het wel een positieve evolutie.

Wat het ziekenhuis zelf aangaat, hebben wij al heel lang geleden, al van in het begin, vastgesteld dat zich daar een zeer groot deel van het probleem situeert. De ziekenhuisdirectie heeft lange tijd verstoppertje gespeeld. Ik ervaar hier een soort pingpongspel tussen de minister en de ziekenhuisdirectie. Ik laat in het midden wie er gelijk heeft. Als de ziekenhuisdirectie echter niet antwoordt op vragen van de administratie van Volksgezondheid, dan ligt het probleem wel degelijk daar. Het is niet omdat er drie jaar geleden een overleg was en dat we toen verder stonden, dat ze vandaag geen fouten kunnen begaan.

Ik zou dan ook aan de collega's willen vragen om hun relaties met de stad Halle en met de Vlaamse regering – jullie zitten daar toch ook allebei in, en de Vlaamse regering heeft in dat dossier een verantwoordelijkheid – aan te wenden om dat ziekenhuis in beweging te zetten.

Bovendien, het is de Vlaamse regering die zich geëngageerd heeft voor een oplossing. Een groot financieel verschil tussen de PIT en de MUG kan er toch niet zijn. Desnoods moet de Vlaamse regering maar een soort opstartpremie geven, zodanig dat het project van start kan. De Vlaamse regering moet haar verantwoordelijkheid opnemen. Ik doe dus een beroep op CD&V en Open Vld om dat dossier in gang te zetten. Het is namelijk een kwestie van goede wil. We kunnen hier blijven vragen indienen.

Collega's, jullie zitten in de meerderheid, zowel op federaal als op Vlaams niveau. Jullie kunnen daar mee een duw aan geven. Ik ervaar hier inertie, op alle vlakken. We spreken opnieuw af voor het zomerreces. Als er dan geen vooruitgang is, dan is het toch wel ook uw verantwoordelijkheid. We zullen daar dus niet alleen de minister op aanspreken, maar ook u beiden.

06.18 **Michel Doomst** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik ben heel blij dat wij voor die betoging ook de steun van de minister zullen hebben, die sterk mee zal protesteren.

Het overleg tussen de burgemeesters van het Pajottenland, die toch iets dichter bij de problematiek staan, heeft bij mij het gevoel opgeleverd dat het probleem inderdaad ligt bij – mevrouw de minister, nogmaals bedankt trouwens voor het evaluatierapport van de PIT dat ik van u heb mogen ontvangen – de ziekenhuisdirectie, die nu trouwens aan vervanging toe is - er is een nieuwe directeur op komst - en die twijfelt of de PIT geen afdoend instrument is voor onze regio. In tegenstelling tot de Antwerpenaars, maar daarmee moet men natuurlijk voorzichtig zijn, zegt bijvoorbeeld dokter Beaucourt dat dit geen oplossing is. Andere medici zeggen dat er meer in zit dan wij op dit ogenblik denken. Ik meen dat de ziekenhuisdirectie ook nog twijfelt.

Mevrouw de minister, wij zijn heel blij met het feit dat u heeft gezegd dat ook Halle recht heeft op een MUG en deze moet hebben. In ons overleg moet volgens mij dan ook in die richting worden geduwd. Het incident van maandag 14 april had volgens mij veel minder te maken met de echte aanwezigheid van een MUG, al zijn wij ervan overtuigd dat een directe lijn tussen Halle en het hinterland de interventietijd zou kunnen verkorten tot minder dan 10 minuten. Wij deden er met een personenwagen 10 minuten over, dus moet een

ziekenwagen met signalisatie die afstand nog sneller afleggen.

Het zal er nu op aankomen, denk ik, om eindelijk de officiële vraag vanuit het ziekenhuis te bekomen voor het verkrijgen van een MUG. Het is duidelijk dat daarin historische elementen meespelen die maken dat zij in hun budgettaire planning moeilijk de keuze kunnen maken om daarvoor een eigen financiële bijdrage te doen. Wij zullen bij de directie aandringen opdat u een officiële aanvraag bereikt. Op dat vlak kunnen de onderhandelingen dan concreet worden gestart.

De **voorzitter**: Ik ga mijn plaats afstaan aan mevrouw Gerkens.

Présidente: Muriel Gerkens.

Voorzitter: Muriel Gerkens.

07 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "biologisch vlees" (nr. 4745)

07 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la viande biologique" (n° 4745)

07.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, ik heb een vraag betreffende biologisch vlees.

Veel burgers zijn er zich van bewust dat regelmatig vegetarisch eten of een bewustere omgang met vlees de gezondheid ten goede komt. Vaak wordt de stap echter niet gezet omdat men gangbare vleessoorten gewoon is en omdat er in de directe omgeving geen of nauwelijks aanstalten gemaakt worden om eetgewoontes te veranderen. Men blijft dus vasthouden aan gewoonten, tegen beter weten in. Vegetarisch of biologisch voedsel krijgt vaak het etiket "smaakloos" opgeplakt.

Het is echter wetenschappelijk bewezen dat biologisch vlees niet alleen beter is voor ons lichaam, maar ook voor het leefmilieu. Dieren op een biologische boerderij krijgen natuurlijk voedsel, dit wil zeggen zonder chemicaliën en genetisch gemanipuleerde soja of maïs. Dieren op een biologische boerderij zijn gezonder en minder aan stress onderhevig, wat een onmiskenbare invloed heeft op het vlees. Biologisch vlees is helaas nog steeds duurder dan gewoon vlees.

Ik heb de volgende vragen. Ten eerste, kan, in het belang van de volksgezondheid, op een grote schaal bijkomende voorlichting georganiseerd worden om het belang van biologisch vlees te benadrukken?

Ten tweede, hoe staat u tegenover fiscale stimuli voor de producenten van biovlees, teneinde de prijs voor de verbruiker betaalbaar te maken?

Ten slotte, zult u hierover overleg plegen met uw collega van Financiën?

07.02 Minister Laurette Onkelinx: In het kader van het bestaande Nationaal Voedings- en Gezondheidsprogramma is er momenteel geen specifieke actie of voorlichtingscampagne opgezet die de eventuele gezondheid van biologische producten, waaronder vlees, zou benadrukken bij de consumenten.

Er is op dit ogenblik immers onvoldoende consensus en wetenschappelijke onderbouwing die een dergelijke voorlichtingscampagne zou rechtvaardigen. Uit de voedselconsumptiepeiling van 2004 blijkt bovendien dat de gemiddelde Belg ouder dan 15 jaar te veel vlees en vleesproducten eet. Daarom is het niet opportuun om, in het kader van het NVGP, een campagne te voeren rond biologisch vlees. De consumptie van groenten en fruit verhogen heeft een hogere prioriteit en is meer opportuun.

De normgeving en het beleid aangaande het invoeren en bevorderen van biologische productiemethoden in de landbouw betreffen een bevoegdheid van de Gewesten. Ik verwijs bijvoorbeeld naar het actieplan Biologische Landbouw in Vlaanderen. Op regionaal vlak bestaan er systemen waarbij land- en tuinbouwers die de biologische productiemethode invoeren of verder toepassen subsidies kunnen ontvangen.

Ook voor omschakelingsplannen en bedrijfsbegeleiding inzake biologische productie wordt er betaalde voorlichting gegeven door erkende centra. Hiervoor kan men eveneens subsidies ontvangen. Het is dan ook niet mijn bevoegdheid om eventuele subsidies, premies of andere geldelijke voordelen toe te kennen voor producenten van biologisch vlees.

Ten derde, gezien het feit dat dit een gewestelijke bevoegdheid betreft, heb ik niet de intentie dit te bespreken met mijn collega Reynders.

07.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, ik wist dat landbouw een bevoegdheid was van de Gewesten, maar ik hoopte dat de federale regering een specifieke voorlichtingscampagne kon voeren om biologisch vlees te stimuleren, omdat het om vele redenen gezonder is en ook – maar dat is evenmin uw bevoegdheid – omdat het beter is voor het leefmilieu, voor het klimaat en de CO₂-uitstoot als er minder vlees wordt gegeten. Als er dan toch vlees wordt gegeten, dan eventueel biologisch vlees omdat die dieren toch gezonder zijn, dus beter voor onze gezondheid. Ik begrijp dat u geen gevolg zult geven aan mijn vraag, wat ik ten zeerste betreurt.

La **présidente**: Peut-être dans le cadre des "printemps de l'environnement", où il y a un lien avec tout cela.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la loi relative à la protection et au bien-être animal modifiée en date du 11 mai 2007" (n° 4793)

08 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wet betreffende de bescherming en het welzijn der dieren die op 11 mei 2007 werd gewijzigd" (nr. 4793)

08.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je me permets de revenir une fois encore sur la loi du 15 août 1986 modifiée en date du 11 mai 2007 relative à l'interdiction de vente de chiens ou de chats dans les animaleries.

Dans votre réponse à ma question sur le même sujet début mars, vous confirmiez – je cite –: "Il y a de nombreuses incertitudes sur la portée de la loi prévoyant l'interdiction de la vente des chiens et des chats dans les magasins. En effet, la loi ne fixe pas clairement combien de chiennes ou de nichées un éleveur doit avoir pour pouvoir vendre des chiens ou des chats d'autres éleveurs dans son magasin".

Il s'avère qu'un certain nombre de questions subsistent quant à l'interprétation de la loi. C'est pourquoi je souhaitais vous interroger à nouveau.

1. Pouvez-vous à présent nous donner davantage d'éclaircissements?
2. Quand les arrêtés d'exécution seront-ils pris afin que le secteur puisse s'y conformer?
3. Comment le secteur doit-il se mettre en conformité avec la nouvelle loi vu l'absence d'arrêtés d'exécution?
4. Que ressort-il des concertations avec le secteur ad hoc et les associations du bien-être animal?
5. Qu'entend-on par "éleveur" au sens de la nouvelle loi? Quelles sont les conditions à satisfaire?
6. Que signifie précisément le terme "intermédiaire" dans l'article 4 de la nouvelle loi?
7. Comment les commerçants doivent-ils restructurer leurs exploitations?
8. Qu'est-il prévu pour les importations?
9. Des mesures transitoires sont-elles envisagées?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, madame Lejeune, au sujet de votre question concernant les interprétations, suite aux modifications de la loi de 1986, je puis vous informer que mes services ont pris les contacts nécessaires avec à la fois le secteur des commerçants pour animaux et les sociétés de protection animale.

En outre, les incertitudes concernaient certains points précis mais, sur l'essentiel, à savoir l'interdiction de commercialiser les chiens et les chats dans les magasins à partir du 1^{er} janvier 2009, aucun doute ne peut subsister et le secteur en est bien informé.

Pour la définition d'élevage, je vous renvoie à la définition de la loi modifiée d'après laquelle "tout qui détient plus d'une chienne ou d'une chatte et pratique la commercialisation des portées est considéré comme éleveur".

Quant à l'interprétation du terme "intermédiaire", je suppose que vous faites allusion aux dispositions insérées dans l'article 12 de la loi. Là aussi, d'après les travaux parlementaires, il paraît clair que la volonté

du législateur est bien d'interdire la présence physique des chiens et chats dans les établissements commerciaux pour animaux. La seule commercialisation qui reste possible pour ces établissements est la présentation d'annonces ou de catalogues.

Par ailleurs, afin de réaliser les adaptations nécessaires des dispositions réglementaires relatives à l'agrément des établissements pour animaux, mes services préparent une modification de l'arrêté royal du 27 avril 2007 portant les dispositions d'agrément des établissements pour animaux et portant les conditions de commercialisation des animaux. Le secteur a déjà été informé, lors d'une réunion tenue le 20 mars dernier, des orientations prises pour procéder à ces ajustements.

Il s'agira, par exemple, de subdiviser la définition d'éleveur en plusieurs catégories selon l'activité exercée: éleveur amateur, éleveur professionnel, éleveur commerçant. Il s'agira aussi d'exiger un local de quarantaine pour les éleveurs qui commercialisent des chiens ou des chats issus d'autres élevages que le leur ou de prévoir un système de 'certification bien-être animal' pour les élevages provenant d'autres pays. La Commission a d'ailleurs été interrogée sur ce point.

Selon le calendrier prévu, cet arrêté modificatif sera publié vers le mois d'octobre de cette année avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009, ce qui correspond à l'entrée en vigueur de la disposition de la loi relative au commerce des chiens et des chats dans les magasins.

On prévoit cependant une entrée en vigueur six mois plus tard pour les dispositions qui nécessitent des aménagements supplémentaires, comme la quarantaine.

J'insiste sur le fait que si ces dispositions modificatives apporteront des éclaircissements, il n'en demeure pas moins que le cadre légal existant, en ce compris la loi de 1986 et l'arrêté royal de 2007, est bel et bien d'application. Il n'y a donc pas de vide juridique. Il en ressort donc clairement que les établissements commerciaux pour animaux qui commercialisent des chiens et des chats ont deux possibilités: arrêter la commercialisation physique des chiens et des chats dans leur magasin, à partir du 1^{er} janvier 2009, ou se reconvertir en éleveur.

08.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, merci pour votre réponse.

Cela dit, je crois savoir que les agréments sont actuellement renouvelés tous les dix ans. Comment les commerçants et les éleveurs devront-ils procéder, à partir du 1^{er} juin, pour déposer une demande d'agrément? Il est incontestable qu'un problème se pose à ce niveau. Prenons le cas d'un éleveur qui dispose d'un agrément qu'il doit renouveler. En l'absence d'arrêté d'exécution, que doit-il faire?

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: La situation va changer au 1^{er} janvier 2009. Mais pour le moment, il doit choisir sa catégorie: éleveur ou commerçant. S'il choisit d'être éleveur, une procédure est prévue. S'il choisit d'être commerçant, il pourra poursuivre son activité sans aucun problème si la date de son commerce répond aux normes prévues dans la loi et l'arrêté royal.

08.05 Josée Lejeune (MR): Si je comprends bien, à l'heure actuelle, il peut demander son type d'agrément et, par la suite, il devra se mettre en conformité avec la réglementation.

08.06 Laurette Onkelinx, ministre: Pour le 1^{er} janvier 2009.

08.07 Josée Lejeune (MR): La loi entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

08.08 Laurette Onkelinx, ministre: Elle sera d'application à partir de cette date.

08.09 Josée Lejeune (MR): Oui, c'était le sens de mon propos.

Or le secteur éprouve quelques difficultés à se mettre en conformité, étant donné qu'il manque encore certains arrêtés. Est-il donc possible de repousser de trois mois l'application de la loi pour éviter que le secteur ne soit mis dans l'embarras, sans toucher évidemment à la loi?

08.10 Laurette Onkelinx, ministre: Non, je ne pense pas. Le report constituerait un mauvais message. Il faut se tenir à la date du 1^{er} janvier 2009. Certes, il reste encore quelques menues adaptations à opérer,

mais elles ne changeront pas fondamentalement l'obligation qui incombe aux professionnels de se mettre en ordre pour continuer leur activité au 1^{er} janvier 2009.

La **présidente**: Il leur reste six mois.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het 'project 600' voor opleiding tot verpleegkundige en de aangekondigde staking van de verpleegkundigen" (nr. 4794)

- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de projecten 600" (nr. 4962)

09 **Questions jointes de**

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le 'projet 600' de formation d'infirmier et la grève annoncée du personnel infirmier" (n° 4794)

- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les projets 600" (n° 4962)

09.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, morgen, 30 april 2008, werd een staking van de verpleegkundigen in het vooruitzicht gesteld.

U weet ongetwijfeld dat wij in het kader van de begrotingsbespreking dat debat met u al gedeeltelijk hebben gevoerd. In uw antwoorden tijdens de begrotingsbesprekingen kondigde u een fameus plan aan, teneinde het beroep van verpleegkundige in de toekomst aantrekkelijker te maken.

Mevrouw de minister, toen reeds zei ik u in mijn repliek dat ik het vrij onlogisch vond dat u een groot plan aankondigde, waar iedereen, over de grenzen van meerderheid en oppositie heen, achter zou kunnen staan en dat tot doel had het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken, terwijl er tegelijkertijd op het terrein een grote bezorgdheid bestaat dat er voor het project 600 onvoldoende middelen zouden zijn om het in de toekomst voort te kunnen zetten.

Mevrouw de minster, daarom willen wij u, samen met een aantal collega's, een aantal vragen stellen die ook aan de problematiek van de sociale Maribel zijn gelinkt.

In bijkomende orde is er de feitelijke vaststelling dat er aardig wat openstaande vacatures voor verpleegkundigen zijn, die op dit moment niet kunnen worden ingevuld. Voorts kennen wij allen de enorme werkdruk voor de verpleegkundigen, wat andermaal meer dan aanleiding geeft tot terechte verzuchtingen bij betrokkenen.

Mevrouw de minister, u kent ongetwijfeld het fameuze project 600, waarbij lagergeschoolden uit de zorgsector de mogelijkheid krijgen om de klassieke opleiding voor verpleegkundige te volgen. Zij werken en studeren in dat verband deeltijds, maar worden voltijds betaald.

Er bestaat grote ongerustheid over het komende schooljaar 2008-2009 dat per 1 september 2008 zou moeten starten. Er is allesbehalve duidelijkheid over de vraag of er nog voldoende middelen voorhanden zullen zijn.

Ik verwijs ook naar vorige vragen die ik dienaangaande aan uw voorganger stelde. Uw voorganger, de heer Demotte, bevestigde toen dat de intentie wel degelijk bestond om tot en met 2010 voldoende middelen uit te trekken. Bijgevolg is mijn verwondering over de manier waarop het dossier op dit moment concreet evolueert, nog veel groter.

Mevrouw de minister, ik heb vier heel duidelijke, concrete vragen.

Ten eerste, ik zou van u heel graag een zicht krijgen op de evaluatie die sinds de inwerkingtreding in 2000 van het project 600 al dan niet werd gemaakt.

Wij zijn ondertussen acht jaar later. Het zou goed zijn, mochten wij een zicht kunnen krijgen op het aantal

bijkomende verpleegkundigen dat het project ondertussen heeft opgeleverd. In welke mate heeft het project voor kosten gezorgd? In welke mate kunnen wij de wisselwerking sociale Maribel versus project 600 zien?

Mevrouw de minister, cruciale vragen zijn de volgende, al was het maar om de sector, met het oog op de betoging van morgen, gerust te kunnen stellen. Zijn er garanties dat het project 600 de komende jaren zal kunnen worden voortgezet? Zullen er voldoende middelen voorhanden zijn om het project 600 in zowel de privé- als in de openbare sector te kunnen voortzetten?

Mevrouw de minister, dat waren mijn heel concrete vragen.

09.02 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij de belangrijke vragen van mijn collega.

U kent uiteraard de voorgeschiedenis, ook al was u nog geen titularis op het departement. De Sociale Maribel kent al een lange geschiedenis, van het jaar 1997, toen de vermindering van de werkgeversbijdragen voor de non-profitsector in een fonds mochten worden gemutualiseerd. Dat moest zorgen voor middelen om tewerkstelling in de non-profitsector te genereren. Dit systeem werkt prachtig. Vandaag is de helft van de groei van de tewerkstelling in de private non-profitsector rechtstreeks het gevolg van de Sociale Maribel. 11.000 voltijdse jobs zijn in de private non-profitsector door de Sociale Maribel tot stand gekomen.

Als gevolg van het sociaal akkoord van 2000 werd beslist om de toenmalige overschotten die er waren in het begin van het stelsel, te investeren in het zogenaamde project 600, waarmee men twee doelstellingen realiseerde. Enerzijds konden verzorgers door een opleiding een hoger diploma van verpleegkundige behalen, een A1- of A2-diploma. Anderzijds kwamen daardoor opnieuw plaatsen vrij voor verzorgers. Op die manier loste men het tekort op aan verpleegkundigen in verschillende zorginstellingen zoals ziekenhuizen en rusthuizen.

Men noemde dit het project 600 omdat de doelstelling was om elk jaar 600 mensen tot verpleegkundige te kunnen opleiden, 300 in de private sector en 300 in de openbare sector. Jammer genoeg heeft men een splitsing gemaakt.

Ik denk dat dit niet goed is omdat de openbare sector wat bureaucratischer blijft. Daar vlot het niet echt en is het project nog niet uitgeput. Daar zijn nog middelen, terwijl in de private sector de middelen zijn uitgeput. Daar ligt precies het probleem, omdat deze middelen niet recurrent, niet structureel waren. Dat waren toevallige overschotten bij het begin van het systeem omdat die tewerkstelling wat later op gang kwam dan de middelen ervoor beschikbaar waren.

Ondertussen draait dit op kruissnelheid en zijn er geen overschotten meer. Er is trouwens ook een tussenkomst geweest waardoor er slechts 5% overschotten per jaar mochten zijn. De voedingsbron voor dat project is dus drooggevallen.

Ondertussen zitten er nog 300 mensen in dat project. Het gaat om een driejarige opleiding in het dagonderwijs. De mensen worden verder uitbetaald. Zij krijgen een loon dat wordt gerecupereerd uit het fonds van de Sociale Maribel. Dat brengt natuurlijk recurrente kosten met zich mee, want wie dit jaar start zal binnen drie jaar uiteraard nog kosten aan het systeem.

Wat zijn de resultaten van het systeem? Na zeven jaar stelt men vast dat dit 2.150 nieuwe verpleegkundigen heeft opgeleverd. Dat zijn meer dan 300 mensen per jaar die konden opklimmen van verzorger naar verpleegkundige met een A1- of A2-diploma, precies waaraan de sector zo'n behoefte heeft. Denk aan de verzorging van de ouderen, waarvoor veel te weinig verpleegkundigen zijn. Dit is dus een zeer goed systeem.

Er zijn echter grote problemen, mevrouw de minister. Daarmee bestoken wij u. Dat zal ook een van de ordewoorden zijn tijdens de betoging van de witte sector, morgen in Brussel, waarmee zij vragen naar meer personeel ter verlaging van de werkdruk. Het ene heeft uiteraard met het andere te maken. Ik denk dat zij voornamelijk drie zaken willen aankondigen.

Ten eerste moet er eigenlijk een structurele financiering komen voor dat project 600, niet meer op basis van occasionele overschotten. Het moet een structurele jaarlijkse financiering worden. Dat zou een stuk

bijkomende dotatie kunnen zijn binnen het Fonds van de Sociale Maribel. We stellen immers vast dat de vermindering van de werkgeversbijdragen in de non-profitsector kleiner is dan in de profitsector. Men moet daar een inhaalbeweging maken en men zou dat onder meer kunnen gebruiken voor dat project.

Ten tweede zou ik u willen vragen hoe u denkt over een fusie. Ik denk dat het noodzakelijk is om de publieke en de private sector, die twee projecten 600, in één project te brengen. Waarom moet men daar twee projecten houden met twee aparte begeleidingscomités? Dat is eigenlijk allemaal voor hetzelfde doel. Volgens mij heeft dat niet veel nut.

De vraag is ook of we dat project niet kunnen uitbreiden. Nu worden er immers verpleegkundigen opgeleid. We zouden nog lager kunnen gaan zodat logistieke assistenten verzorgenden kunnen worden en verzorgenden verpleegkundigen. Dan krijgt men een continuüm aan opleiding en zou men een permanente structurele voedingsbron krijgen tegen het tekort aan verpleegkundigen.

Ik denk dat het een mooi project is waar iedereen zou kunnen achter staan. Vandaar, mevrouw de minister, dat wij u bij het begin van uw bevoegdheid op dit departement met die vraag willen belasten, teneinde misschien tot een constructieve oplossing te komen binnen afzienbare tijd. Ik dank u bij voorbaat voor het antwoord dat zeker positief zal zijn.

09.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, j'ai reçu la semaine dernière les associations professionnelles.

Comme je l'ai dit dans ma note de politique générale, nous travaillons à l'élaboration d'un plan "attractivité" pour la profession d'infirmière. Cela ne concerne pas simplement le projet 600, mais celui-ci y est inclus. Il est également question de normes, de la participation au processus de décision, de la reconnaissance. Nous travaillons sur ces matières en collaboration avec différents groupes.

Hier matin, j'ai reçu les syndicats du secteur marchand privé et l'après-midi, les syndicats du secteur marchand public. J'ai ainsi reçu tout le monde. Nous avons discuté de l'accord social 2005-2010. Il n'a donc pas seulement été question du projet 600. Toutefois, il est vrai que les syndicats ont immédiatement mis sur la table ce projet qui fait effectivement partie de l'accord social 2005-2010.

Je connais particulièrement bien le projet puisque, lors de la signature de l'accord social 2000-2005, j'étais ministre de l'Emploi. J'ai donc participé aux négociations. Je sais à quel point ...

09.04 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Une longue vie politique présente beaucoup d'avantages!

09.05 Laurette Onkelinx, ministre: Vous voyez à quoi sert l'expérience! Peut-être devriez-vous m'écouter plus souvent!

Tout cela pour dire qu'il s'agit d'un projet qui fonctionne bien et qui fait l'unanimité.

J'ai les chiffres. Dans le secteur public, entre 2000 et 2006-2007, 851 personnes sur 1.694 inscrites ont pu terminer. Dans le secteur privé, 2.068 personnes étaient inscrites et 1.251 ont terminé.

Je profite de l'occasion pour dire que cela fonctionne assez bien car une vraie sélection est opérée. En effet, les organisations travaillent sur la sélection pour éviter qu'il y ait un trop grand nombre d'échecs.

Cela dit, ce projet s'est arrêté l'année passée car mon prédécesseur avait constaté que les caisses étaient vides.

Pour ma part, je voudrais relancer le processus, dès septembre. Le nombre de candidats est déjà très important. On constate donc une forte demande.

Cet après-midi - je ne pouvais être présente car je me devais de me trouver dans cette commission - des membres de mon cabinet recevaient des représentants des fonds.

Je ne dis pas qu'il ne faut pas travailler sur de nouveaux aspects. Et ce que vous avez dit, monsieur Goutry, notamment sur un fusionnement éventuel, est très intéressant. Mais dans un premier temps, il faut relancer le processus. Évidemment, il va falloir que je trouve des fonds, autrement dit des moyens budgétaires.

Je travaillerai également avec mes collègues dans le cadre de l'ajustement budgétaire afin d'obtenir des moyens nouveaux pour poursuivre cette opération très intéressante et très valorisante. Il ne faut pas oublier qu'il est ici question de personnes de terrain qui, grâce à un suivi, accèdent à la profession d'infirmière. Par ailleurs, cela représente un vrai soutien pour les employeurs puisque le remplacement est pris en charge par les fonds.

09.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik wil u uitdrukkelijk bedanken. Ik meen dat uw antwoord een vrij positieve boodschap inhoudt. Laat daar geen discussie over bestaan. Ik heb er vanuit de oppositie geen probleem mee dat eerlijk te erkennen. Als er goed nieuws is, moet men dat ook vanuit de oppositie kunnen erkennen. Ik stel tevreden vast dat u de voorbije dagen wel degelijk met de betrokken vakbonden van de verpleegkundigen hebt gesproken.

U bevestigt ook wat tijdens de begrotingsbesprekingen al bleek, met name dat er een echt plan komt om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijker te maken.

De echte test, mevrouw de minister – en dat zal onze rol als parlementsleden zijn – is de begrotingscontrole van juli. Ik meen dat het daar zal moeten gebeuren. Meerderheid en oppositie zullen u steunen om er minimaal voor te zorgen dat er niet alleen voldoende, maar zelfs meer middelen ingeschreven worden om het project 600 te kunnen heropstarten. Iedereen moet immers vaststellen dat het project vorige jaar door uw voorganger jammer genoeg werd stopgezet, ook al was in het vorig regeerakkoord de intentie opgenomen om tot 2010 in voldoende middelen te voorzien.

Ik ben tevreden dat er vandaag een positief antwoord is, mevrouw de minister. Het zal uiteraard onze taak zijn u met de regelmaat van een klok attent te maken op deze aangelegenheid en na te gaan of het positieve antwoord van vandaag ook positieve gevolgen krijgt op het terrein. De test zal uiteraard gebeuren bij de begrotingscontrole hier in het Parlement. Wij zullen dan zien of er voldoende middelen ingeschreven zijn voor het heropstarten van het project 600. Ik ben alvast tevreden met uw antwoord.

09.07 Luc Gouty (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, u hebt ook mijn waardering voor uw belangstelling voor dat belangrijke project. Zoals u zegt, is er bijna geen uitval. Iedereen die eraan begint, kan zijn opleiding ook beëindigen omdat het om gemotiveerde mensen gaat. Zij worden trouwens gescreend. Het project is zeer doeltreffend en er is ook een terugverdieneffect want er wordt natuurlijk bedrijfsvoorheffing betaald op die tewerkstelling, alsook sociale bijdragen, enzovoort. Het gaat dus niet louter om kosten.

Het is evident dat er nieuwe middelen zullen moeten worden gevonden. Misschien is het toch een aanmoediging dat dit ook in het regeerakkoord staat. Het is een van de dertien prioriteiten van Volksgezondheid. Er staat onder meer in dat er acties moeten worden ondernomen om het tekort aan verpleegkundigen op te vangen. Ik meen dat u dus een kapstok hebt. U wordt zeker gesteund door uw coalitiepartners om daar effectief iets te ondernemen.

Misschien is het belangrijk dat wij het zo snel mogelijk communiceren. Morgen is er een betoging in Brussel om meer aandacht te vragen voor het personeel. Misschien moeten wij dat snel communiceren, dan is er morgen al een betere sfeer tijdens de betoging omdat men ziet dat het Parlement en de minister inspanningen doen om op de vragen van de mensen in te gaan.

Ik dank u. Wij blijven dit uiteraard opvolgen. Wij zitten mee in de coalitie, dus ik bied de volle steun van onze fractie aan om dit project verder in goede banen te leiden.

La **présidente**: J'en conclus tout simplement qu'il y aura le budget nécessaire.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van de huisarts in beroepsopleiding" (nr. 4802)

10 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut du médecin généraliste en formation professionnelle" (n° 4802)

10.01 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de minister, ik heb hierop eigenlijk al kort gealludeerd tijdens

de bespreking van de beleidsnota. Ik wil toch iets uitgebreider de vraag stellen dan op dat ogenblik in de commissie.

Het gaat hier over de basishuisartsenopleiding en het statuut daarvan. Na de beëindiging van de basisopleiding tot arts dienen de studenten die voor de richting huisartsgeneeskunde kiezen een tweejarige bijkomende opleiding te volgen. Het gaat om een academische masteropleiding, waarbij in een uitgebreid aandeel stage in de praktijk van een huisarts/stagemeester is voorzien. Tot op heden werden deze huisartsen in opleiding vergoed door een stagemeester, die dan een deel van de onkosten kon recupereren via een opleidingstoelage van het RIZIV. Er waren nogal wat problemen met het statuut: verschillen in betaling tussen de praktijken onderling, een zelfstandigenstatuut dat eigenlijk een schijnzelfstandigenstatuut is met nauwelijks sociale bescherming bij ziekte en zwangerschap.

Minister Demotte had in een KB in 2007 vastgelegd dat per 1 juli 2008 er een nieuw statuut moest zijn voor de huisartsen in opleiding. In overleg met alle partners – universitaire huisartsencentra, stagemeesters, praktijkopleiders, huisartsen in opleiding, RIZIV – werd de laatste achttien maanden een consensusvoorstel uitgewerkt. Er was hoogdringendheid omdat de contracten voor de huisartsen in opleiding binnen de drie maanden operationeel moeten zijn.

Alles staat in de startblokken en nu beslist u, zo heb ik begrepen uit uw beleidsnota, om de invoering van het nieuwe statuut met een jaar uit te stellen. Dat is bijzonder jammer. Eerlijk gezegd begrijp ik de mogelijke argumenten niet echt. Er zouden nog enkele juridische vragen zijn. Het huidige statuut van de schijnzelfstandigen met al zijn juridische onzekerheid, zowel voor de stagemeester als de huisarts in opleiding, schept pas juridische vragen. Het nieuwe statuut zou eindelijk de lat gelijk leggen met de artsen/specialisten in opleiding die al vele jaren over een gelijkaardig statuut beschikken. Het nieuwe statuut is reeds jaren een vraag van de huisartsen in opleiding die niet begrijpen waarom zij, omwille van hun keuze voor de huisartsgeneeskunde, een opleiding dienen te volgen met een onzekere financiering en in een slechter sociaal statuut dan de specialisten in opleiding.

De huisartsgeneeskunde is cruciaal voor de toekomst van een menselijke en betaalbare gezondheidszorg. Zij moet echt centraal staan in de eerste lijn. Er zijn dan ook al heel wat initiatieven door de overheid genomen om het huisartsenberoep aantrekkelijker te maken. Intussen bevinden de studenten zich nu in de grootste onzekerheid over hun toekomst in de komende maanden tijdens hun vervolgopleiding. Het zou jammer zijn indien door deze onzekerheid een aantal gemotiveerde studenten die voor de huisartsrichting hadden gekozen, alsnog besluiten een andere weg in te slaan. U neemt toch wel een zware verantwoordelijkheid. Ik heb net in de Artsenkrant gekeken en ik zeg dit omdat het aantal huisartsen jaar per jaar blijft dalen. Voor 2006 zijn de RIZIV-cijfers 18.027 huisartsen, wat minder is dan de 20.801 specialisten.

Waarom zou u de kans om het sociaal statuut van de huisartsen in opleiding te verbeteren, met een betere bescherming bij ziekte of zwangerschap, nog uitstellen?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, het koninklijk besluit van 3 juni 2007, dat dus net vóór de federale verkiezingen en tijdens een heel uitgebreide periode van lopende zaken werd uitgevaardigd, voert inderdaad een nieuw statuut voor de huisartsen in beroepsopleiding in. Het moest op 1 juli 2008 in werking treden.

Mijn medewerkers hebben alle betrokken terreinactoren ontmoet, namelijk de universitaire centra die voor de opleiding verantwoordelijk zijn, de stagemeesters, de huisartsen en de toekomstige huisartsen in opleiding evenals vertegenwoordigers van de medische syndicaten.

Het was, enerzijds, heel moeilijk om op enkele weken tijd een statuut af te ronden dat voor alle actoren aanvaardbaar was. Anderzijds blijven er enige juridische onzekerheden. Het nieuwe statuut kan immers niet worden ingevoerd, zonder diverse aspecten van de arbeidswetgeving te wijzigen.

Daarom gaf ik er de voorkeur aan om de invoering van het nieuwe statuut voor maximum één jaar uit te stellen.

Net zoals mijn voorganger wens ik een statuut dat de sociale bescherming van de huisartsen in opleiding verbetert, meer in het bijzonder inzake ziekteverlof, zwangerschapsverlof en kindergeld. Ik wens ook dat het statuut meer egalitair en rechtvaardiger is dan nu het geval is. Tot slot moet het statuut passen binnen een pedagogische context, moet het de functie van stagemeester herwaarderen en de centrale rol van de

universitaire centra voor huisartsengeneeskunde, die voor de opleiding verantwoordelijk zijn, herbevestigen.

Een dergelijk statuut zou gedeeltelijk door het RIZIV kunnen worden gefinancierd. Ik heb bijgevolg aan mijn medewerkers gevraagd om met het overleg met alle terreinactoren door te gaan, zodat wij zo snel mogelijk tot een voor iedereen aanvaardbaar ontwerp kunnen komen. Zodra het ontwerp juridisch klaar is en in een uitvoerig besluit is omgezet, zullen de huisartsen in opleiding van het statuut kunnen genieten.

Ik herinner er bovendien aan dat er recent talrijke maatregelen voor de herwaardering van de huisartsen geneeskunde werden getroffen, zoals de herwaardering van de intellectuele handelingen, het globaal medisch dossier, de hulp bij de informatisering en de fondsen Impulso 1 en 2.

10.03 Maya Detiège (sp.a+VI.Pro): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord.

Ten eerste, ik ben blij dat u contact zult opnemen met de mensen die de werkgroepen in het verleden hebben bijgewoond: mensen van de universiteiten, de huisartsenpraktijken en dies meer omdat ik voel dat er bij hen een behoefte is om duidelijke feedback te krijgen. Ik heb het gevoel dat zij zich in de kou gezet voelen. Daar het toch belangrijk is dat de huisartsen een centrale rol blijven spelen in de gezondheidszorg meen ik dat u daarvan werk moet maken. Maar ik heb begrepen dat u dat ook zult doen en dat u met hen gaat praten.

Ten tweede, ik stel vast wat een regering van lopende zaken allemaal aanricht. Ik vind het heel spijtig dat de eindverantwoordelijken in dit verhaal – niet u, maar een aantal andere mensen van andere partijen – niet door de kiezer worden afgestraft. Wij hebben het al herhaaldelijk gezegd inzake een aantal punten. Wij stellen steeds opnieuw vast dat op het moment dat er iets fout loopt, dat komt doordat de regering in lopende zaken was. Ik vind dat spijtig.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de M. Philippe Henry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la cyberdépendance" (n° 4838)

11 Vraag van de heer Philippe Henry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "cyberverslaving" (nr. 4838)

11.01 Philippe Henry (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, la première question que je vous adresse porte sur la cyberdépendance, question de société pas nécessairement polémique à ce stade. Partant du constat qu'internet est un outil formidable d'information et de communication, mais qu'il comporte aussi différents risques dont on ne parle pas très largement: risques de standardisation, de surinformation, de pédophilie, de racisme, d'incitations à la violence, etc.; risques aussi de fossé social entre ceux qui sont connectés et ceux qui ne le sont pas; et aussi risques de dépendance.

La cyberdépendance est définie comme une toxicomanie moderne, à partir du moment où on n'arrive plus à se détacher de son écran, même pour se nourrir ou pour dormir, et que cela devient toxique. C'est un phénomène qui isole les individus aussi socialement puisqu'ils sont en connexion informatique avec d'autres tout en restant seuls.

On sait que les jeunes sont de plus en plus nombreux à utiliser internet (évolution importante d'après l'enquête du CRIOC: neuf sur dix en 2006 pour sept sur dix en 2003) et qu'ils surfent principalement à domicile, ce qui n'est pas sans impact. Aux États-Unis, une étude a été faite par un certain docteur Greenfield qui a estimé qu'environ 6% des usagers d'internet développaient, d'une manière ou d'une autre, une dépendance. Il y a différents niveaux de dépendance, mais 6% ce n'est pas négligeable. Ce sont des résultats partiels; ce phénomène naissant est encore relativement rare et complexe, mais qui peut provoquer des dommages sur les plans affectif, psychologique, financier, scolaire, professionnel.

Ce constat s'est trouvé récemment aggravé par la presse quand elle a parlé de suicides en chaîne à l'étranger et également en Belgique. Le phénomène du suicide via internet est particulièrement interpellant et il semble s'être introduit via les réseaux de socialisation fort utilisés par les adolescents: Face book, les blogs, etc. Presque tous les jeunes utilisent ces modes de communication mais, jusqu'à présent, le problème du pacte suicidaire n'avait pas encore été évoqué dans nos pays. Le phénomène est simple. Des jeunes mal dans leur peau se retrouvent sur le net, en parlent abondamment, entrent en discussion avec

d'autres adolescents tout aussi déprimés et après d'interminables échanges sur internet, le suicide apparaît comme une solution pour échapper à leur souffrance. Au Pays de Galles, en quelques mois, six garçons et une fille, âgés entre 17 et 27 ans sont morts par pendaison. Tous appartenaient au club de 'chat' Bebo, et l'enquête de la police a révélé six autres suicides autour de la même petite ville, tous adolescents liés à ce même club de discussion. Bien sûr les enquêteurs craignent un phénomène de suicide collectif, un pacte suicidaire, convenu lors de sessions de 'chat'.

Madame la ministre, vu l'ampleur potentielle de ce phénomène j'ai plusieurs questions.

- Des statistiques existent-elles, nous permettant d'évaluer le nombre de cyberdépendants dans notre pays?
- À partir de quels symptômes peut-on parler de cyberdépendance?
- Existe-t-il une définition chez nous?
- Existe-t-il une classification établissant les troubles dus à internet?
- D'autres actions sont-elles éventuellement entreprises par le gouvernement dans cette matière?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, actuellement, les systèmes d'enregistrement qui relèvent de la Santé publique, n'enregistrent pas ce diagnostic.

En effet, les perturbations actuelles dues à internet ne sont pas reprises dans les classifications internationales officielles des affections médicales ou des troubles psychiatriques. Or ce sont ces classifications qui sont utilisées par les systèmes d'enregistrement.

À l'heure actuelle, il n'existe pas non plus, dans la littérature scientifique internationale, de symptomatologie bien spécifique et largement étudiée à la cyberdépendance.

Néanmoins, l'expérience sur le terrain montre que cette dernière suit les mêmes mécanismes que n'importe quelle dépendance et se caractérise, par exemple, par un usage répétitif et intensif, par le besoin d'y consacrer de plus en plus de temps, et par une perte de liberté d'y mettre un terme et des signes de manque, des conséquences sociales, familiales, professionnelles ou autres. C'est un des secteurs de dépendance parmi d'autres.

Selon moi, comme pour chaque assuétude, le rôle essentiel se situe au niveau de la prévention primaire. Cette matière – vous le savez – ne relève pas du fédéral, mais des Communautés.

Cela étant dit, divers centres d'aide comme le CHU Brugmann ou le "Centrum voor alcohol- en andere drugproblemen" uit Limburg offrent déjà, dans notre pays, une prise en charge spécifique pour les patients de ce groupe cible. Quelques signaux montrent en effet que les demandes d'aide pour ce type de diagnostic augmentent. Il faut donc faire preuve de vigilance à l'égard de ce phénomène.

Dans ce but, je compte soumettre la question à la Cellule politique de Santé Drogues, qui rassemble tous les représentants des ministres belges de la Santé.

Cependant, à l'instar de l'assuétude au jeu, ce type de dépendance est pris en charge par les Communautés, dans le cadre de la prévention par les Communautés. Nous nous situons, pour notre part, en deuxième ligne. Et si des évolutions devaient s'avérer, notamment en termes de symptomatologie, etc., et que, ce faisant, on entrât dans les normes internationales, on pourrait disposer de chiffres, ce qui est important dans le cadre du développement d'une politique de santé publique, mais aussi examiner les mesures qui pourraient éventuellement être prises.

Cela dit, il s'agit effectivement d'une question importante (...).

11.03 Philippe Henry (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, je tiens à remercier Mme la ministre pour ses réponses.

Il est vrai que la prévention relève des Communautés. Bien entendu, la frontière entre prévention et traitement n'est pas toujours très précise. C'est d'ailleurs également le cas dans d'autres domaines.

Cependant, je suis assez étonné de constater qu'il n'existe pas encore de classification. En effet, il n'est plus question ici de prévention car la classification intervient quand le phénomène est avéré. Or il existe, notamment dans notre pays.

Madame la ministre, vous avez dit qu'il n'existait pas de classification internationale. Dois-je comprendre qu'en l'absence de classification internationale, il n'est pas possible de procéder à une classification en Belgique? Cela me semble assez bizarre.

11.04 Laurette Onkelinx, ministre: On pourrait effectivement peut-être imaginer un système national de classification sur base de données qui pourraient nous être fournies par les Communautés. Mais vous devez savoir que les systèmes d'enregistrement se font sur base de données admises au niveau international et par l'Organisation mondiale de la Santé. Or, comme je l'ai dit tout à l'heure, la cyberdépendance n'est pas reprise dans la classification internationale.

11.05 Philippe Henry (Ecolo-Groen!): Mais si des jeunes se retrouvent dans des systèmes médicaux sur base de cette dépendance, ils seront enregistrés. Le classement se fera donc autrement?

11.06 Laurette Onkelinx, ministre: On parlera de troubles psychologiques ...

11.07 Philippe Henry (Ecolo-Groen!): Il s'agit là, selon moi, d'une véritable lacune. En effet, le phénomène risque de s'aggraver avec le temps. Et je suppose que la question se pose aussi dans les autres pays.

Vous avez parlé de l'assuétude au jeu. Si ce phénomène est assez similaire, il est aussi relativement différent dans la mesure où la cyberdépendance concerne toute une catégorie de jeunes, alors que le jeu ne touche pas tout le monde. Le mécanisme est le même, mais, dans ce cas, il touche des enfants. En tant que parent, j'estime qu'il faut être attentif car tous les enfants sont concernés. En effet, il existe un réel attrait technologique et collectif, ce qui n'est peut être pas le cas pour le jeu.

11.08 Laurette Onkelinx, ministre: Il est difficile de faire une politique de santé publique autour de ce type de dépendance. Cela dépend au premier chef de l'école.

11.09 Philippe Henry (Ecolo-Groen!): Pour la prévention, vous avez raison mais si le traitement n'est pas enregistré, il manque un étage.

11.10 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a très peu de demandes de traitement: ce sont surtout des inquiétudes exprimées par les parents, par les responsables scolaires. On les entend souvent sur le sujet. Mais il n'y a pas de traitements, de prises en charge médicales; voilà pourquoi nous n'avons pas de données scientifiques.

11.11 Philippe Henry (Ecolo-Groen!): Il faudra suivre ce dossier.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Vraag van de heer Michel Doomst aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van de 100-diensten (nr. 4872)

12 Question de M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement des services 100" (n° 4872)

12.01 Michel Doomst (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik heb te veel vragen.

Mevrouw de minister, uit recente cijfers hebt u afgeleid dat ambulances blijkbaar te vaak uitrijden. Men spreekt over cijfers van 50% van patiënten die na een uur al terug op straat staan. Dat is natuurlijk een hoog cijfer, wat eigenlijk uw conclusie zou kunnen onderbouwen. Anderzijds zegt dat natuurlijk niks over de ernst van mogelijke gevallen. Men kan dat ook omdraaien en tevreden zijn dat na een uur reeds zovele patiënten het ziekenhuis hebben verlaten.

De efficiëntie van de diensten moet inderdaad bekeken worden, maar anderzijds valt het nu toch nog te vaak voor dat er gebieden zijn waar mensen ook te lang moeten wachten op de hulpdiensten. U zegt dat u een coördinatiecel wil oprichten om de efficiëntie van de centrale te optimaliseren, meer bepaald door een nieuw plan te maken om de beoordeling van het al dan niet uitzenden van een ambulance te verbeteren.

Wij ervaren op het terrein dat mensen dikwijls nog niet goed weten – ik denk dat we daar een informatieplicht rond hebben – wat zij moeten meedelen wanneer zij dringend dienstverlening moeten hebben. Zij communiceren dat ook niet altijd op de juiste manier.

Ik wil de minister vragen om wat meer informatie over haar plan te geven, tegen wanneer zij dit plan concreet wil maken, op basis van welke cijfers ze tot die conclusie is gekomen. Met andere woorden, is dit op basis van de aantallen die op de dienst Spoed binnenkomen of enkel op het aantal mensen dat binnenkomt via een ziekenwagen? In welke mate worden tevens de interventietijden bekeken?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer Doornik, ik dank u voor uw interesse in de centra van de dienst 100. Voor de vragen die u mij stelt, wenst u in feite dat ik u de volledige strategie preciezer inzake dringende medische hulpverlening. Ik neem aan dat het hoofdstuk dat hieraan is gewijd in mijn beleidsnota het meest adequate antwoord is op uw bekommernissen. Ik wens echter te benadrukken dat het medische regelsysteem – het verzamelen van de informatie van diegenen die het 100-centrum oproepen – de keuze en het mobiliseren van de middelen, het opvolgen van de opdrachten en de evaluatie van de adequatie tussen het antwoord en de reële noden in dit domein van kapitaal belang is.

De beambte heeft thans niet voldoende middelen opdat hij na evaluatie van een oproep bij de 100 zoals bedoeld in artikel 7 van het KB van april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel eventueel zou kunnen beslissen om geen ziekenwagen te sturen. De verbetering van de dispatching is het voorwerp van belangrijke projecten, zowel op multidisciplinair niveau – agentschap 112, een samenwerking met het departement Binnenlandse Zaken – als op het niveau van het medisch antwoord. In verband met het aantal onaangepaste ritten met ziekenwagens van de dienst 100 is voornamelijk het opsturen bepalend. Men moet dus absoluut het verzamelen van de informatie verbeteren, de competenties ontwikkelen van de beambten voor het evalueren van de situatie en voor het beheer van de oproepers en aan de beambten duidelijke richtlijnen geven, zodat ze gerust kunnen zijn inzake de genomen beslissing.

Als gevolg van de initiatieven die minister Demotte nam en die ik met genoegen voortzet, werden verschillende zeer belangrijke resultaten geboekt die vanaf 2008 hun meerwaarde zullen aantonen. Ten eerste, een betere ondersteuning voor de beambten die belast zijn met het beheer van de oproepen naar de dienst 100 voor de dringende medische hulpverlening. Er werden 15 deeltijdse verpleegkundigen voor dringende medische hulp aangeworven. Binnenkort zijn dat er 18. De andere tijd moet gepresteerd worden binnen een urgentiedienst. Deze regelende verpleegkundigen vertolken een rol als adviseur, opleider en coach van de beambten van de dienst 100. Dit gebeurt in harmonie met deze beambten en met de zaalchefs. Het samen met de beambte terug beluisteren van de tapes van een geselecteerd deel van de oproepen maakt deel uit van de permanente opleiding van deze beambten. Ik stelde een besluit op dat de functie van deze verpleegkundigen preciezer is. Het werd op 25 april gepubliceerd.

Verder werd er door deze verpleegkundigen en door urgentieartsen een regelhandboek opgesteld. Dit handboek werd op 24 april op de website geplaatst van de FOD Volksgezondheid en zal zeer binnenkort beschikbaar zijn voor de beambten van de dienst 100. Het is bedoeld om hen te helpen bij hun keuze van de middelen die ingezet worden. Het definieert een algoritme van vragen die moeten gesteld worden aan degene die de dienst 100 oproept op basis van het voornaamste symptoom en het stelt voor welke dringende medische hulpverlening er naar de patiënt wordt gestuurd.

Tot slot zal de registratie van de thans werkende diensten voor dringende medische hulpverlening een meer precieze evaluatie van de opdrachten mogelijk maken en ze zal op mijn initiatief ontwikkeld worden na de registratie van de opdrachten van de ziekenwagens van de dienst 100. De instelling van een dergelijk werktuig is essentieel voor het objectief evalueren van de genomen maatregelen en zal voeding geven aan een wetenschappelijke herziening van de toegepaste procedure.

12.03 **Michel Doornik** (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u omdat u via uw antwoord duidelijk maakt dat u dit probleem ernstig neemt. In de praktijk blijkt dat wij nog veel werk hebben. Bij het voorval van drie of vier weken geleden waarover wij het daarnet hadden, blijkt dat zowel degene die het ongeval signaleerde als degene die het signaal moest opvangen op een verkeerde manier hebben gereageerd, zodat iemand met een zware hartaanval 40 minuten heeft moeten wachten op een medische interventie. Dat was te wijten aan het feit dat de betrokken familie blijkbaar niet op de juiste manier het probleem heeft aangebracht en dat men aan de andere kant het signaal niet op de juiste manier heeft begrepen.

Ik meen dat de lokale overheden – ik heb daar trouwens een initiatief voor gepland in onze gemeente – duidelijker moeten maken aan de mensen dat zij bij een ongeval moeten signaleren welke symptomen er zijn. Dat zou eigenlijk op een eenvoudige manier doorgegeven moeten worden. Maar ook de signalen die men capteert bij de dienst 100 moeten op een correctere manier opgevolgd worden. Anders heeft het af en toe dramatische gevolgen.

Kortom, wij wachten op het vervolg van de beleidsvisie die u hebt uiteengezet.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fasciite nécrosante" (n°4637)

13 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "fasciitis necroticans" (nr. 4637)

13.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, ma question porte sur une maladie peu connue et très rare qui touche, selon les statistiques, quatre personnes sur dix millions.

Il s'agit de la "fasciite nécrosante". Pour rester simple, c'est une infection bactérienne grave qui affecte le tissu sous-cutané; en fait, qui ronge littéralement la chair et les muscles. Cette affection peut toucher à tout âge, sans prédilection du sexe, et peut ôter la vie en quelques heures. Le pronostic fonctionnel et vital de cette infection reste particulièrement sombre.

Madame la ministre, les soins sont onéreux, mais indispensables. Toutefois, cette maladie dite "orpheline" n'est pas reconnue. Seules les 60 premières séances de kiné sont remboursées, l'INAMI considérant cette pathologie comme faisant partie de la liste F.

Madame la ministre, quel est l'accompagnement mis en place pour cette maladie orpheline?

Combien de cas dénombre-t-on dans notre pays?

Pourriez-vous nous informer sur ce que vous comptez mettre en œuvre en faveur d'une amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins aux patients atteints de cette maladie?

D'une manière plus générale, la prise en charge des patients atteints d'affections rares sera-t-elle améliorée?

Au niveau fédéral et européen, une mise en place et un soutien de mécanismes favorisant l'échange d'informations relatives aux maladies rares sont-ils au programme?

Quelles actions concrètes envisagez-vous?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, selon la définition européenne, une maladie orpheline est une maladie dont la fréquence est inférieure à cinq cas sur 10.000 habitants et pour laquelle il n'existe pas de traitement. La "fasciite nécrosante" n'est donc pas une maladie orpheline; c'est l'expression peu fréquente, mais grave, il est vrai, d'une infection qui peut être traitée par des antibiotiques, nécessitant souvent une intervention chirurgicale afin de réséquer les parties nécrosées.

Moins de dix cas sont diagnostiqués annuellement en Belgique.

Par ailleurs, la prise en charge médicale rapide est l'élément le plus important pour cette maladie pouvant évoluer en quelques heures, avec un taux de mortalité pouvant s'élever à 30%.

Puisqu'il s'agit d'une maladie infectieuse, la prise en charge de cette pathologie repose sur une accessibilité rapide à des soins curatifs. Outre la rapidité de la prise en charge, l'évolution de la maladie et les éventuelles séquelles dépendent de facteurs tels que l'existence de maladies chroniques sous-jacentes chez le patient, comme l'obésité, l'efficacité du traitement antibiotique – même vis-à-vis des germes résistants –, l'identification du germe responsable, etc.

En matière de soins de kinésithérapie, pour des patients atteints d'une affection rare, une mesure est en préparation qui vise à reprendre les maladies dont la prévalence est inférieure à cinq pour 10.000 habitants dans la liste E des affections pour lesquelles des soins kiné restent remboursables au tarif le plus favorable durant une période en principe limitée. Le cas échéant, deux séances remboursables par jour pourront être accordées. Le texte modifiant l'arrêté royal est en phase finale de préparation.

D'autres mesures dans d'autres domaines et touchant aux maladies rares ne sont pour l'instant pas à l'étude dans les organes techniques de l'INAMI. Au niveau national, la prise en charge d'un épisode épidémique implique différentes instances: des médecins inspecteurs des Communautés, des médecins hospitaliers, des laboratoires de référence ou encore des épidémiologistes de l'ISP qui évaluent ensemble la situation et prennent les mesures nécessaires pour enrayer la dispersion de la souche incriminée dans l'apparition des formes invasives sévères.

L'amélioration de cette nécessaire collaboration entre les différents partenaires est évidemment encouragée.

Au niveau européen, le SGA n'est pas couvert par le champ d'application de la décision 2119/98 du Parlement européen relative à la surveillance et à la déclaration des maladies transmissibles. À ce jour, il n'existe pas d'échange systématique d'informations, mais la Belgique insiste à chaque réunion européenne sur la nécessité de l'inclure en raison de l'apparition de souches virulentes ou de la description d'épizooties épidémiques dans différents pays de l'Union européenne.

Quant aux actions concrètes, le rôle du laboratoire de référence est essentiel. Pour cette raison, dans l'attente de la promulgation de l'arrêté royal autorisant l'INAMI à subventionner des laboratoires de référence, j'ai signé un courrier engageant les sommes indispensables à ce financement pour l'année en cours.

Par ailleurs, je viens d'amorcer un large processus de concertation avec toutes les associations de patients de ce pays. Il a pour objectif, dans le cadre du budget 2009 de l'assurance obligatoire soins de santé, de définir un système spécifique de prise en charge des frais propres aux pathologies lourdes et coûteuses. Même si ce programme est destiné au premier chef aux maladies chroniques, les patients atteints de maladies rares seront aussi concernés.

13.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je me réjouis de votre réponse, puisqu'une mesure est en préparation, et c'est d'autant plus louable quand on connaît les souffrances de ces patients. De plus, cette maladie constitue un véritable fardeau pour la famille et les proches.

Je suis donc très heureuse de votre réponse et vous en remercie.

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

La **présidente**: La question n° 4842 de M. Christian Brotcorne est renvoyée en commission de l'Économie.

La question n° 4862 de M. Xavier Baeselen est reportée.

14 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afrekening van de verpleegkundige prestaties in geval van derdebetalersregeling" (nr. 4670)

14 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la facturation des prestations médicales dans le cadre du régime du tiers payant" (n° 4670)

14.01 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik heb een korte vraag aan u betreffende de afrekening van de verpleegkundige prestaties in geval van derdebetalersregeling.

Volgens de Nationale Overeenkomst Verpleegkundigen en Mutualiteiten wordt de wijze bepaald waarop deze afrekening van verpleegkundige prestaties moet gebeuren. Verpleegkundigen of diensten voor verpleegkundigen die hebben gekozen voor de derdebetalersregeling zijn verplicht elke maand naar elk ziekenfonds of gewestelijke dienst van een verzekeringsinstelling hun ereloonnota op te sturen. Deze omvat

de getuigschriften voor verstrekte hulp, de zogenaamde groene formulieren, en een in tweevoud opgemaakte verzamelstaat.

Sedert 1 januari 1994 zijn verpleegkundigen of hun diensten die hebben geopteerd voor de derdebetalersregeling verplicht om ook deze facturatiegegevens op nationaal niveau naar de verzekeringsinstellingen te sturen via magnetische drager en dit te koppelen aan de ereloonnota en de verzamelstaat. Dit betekent dat zij hun afrekening op twee manieren moeten versturen. Gelet op het groot aantal verpleegkundige prestaties per jaar en per dienst is het versturen van deze gegevens op papier enorm tijdrovend en bovendien veel overbodig werk aangezien alle gegevens reeds per magnetische drager worden verstuurd. Dit leidt tot het maandelijks versturen en versleuren van vele duizenden papieren. Ik heb van een ziekenfonds vernomen dat het bij hen alleen al om 6.000 formulieren per maand gaat.

De vraag dient te worden gesteld of het niet mogelijk is het versturen van deze papieren dragers stop te zetten en enkel nog de gegevens naar de verzekeringsinstelling te versturen per magnetische drager. Dit zou een gigantische administratieve vereenvoudiging zijn voor de diensten en ook heel wat kosten, manuren en waarschijnlijk ook lage rugpijn besparen.

Vandaar mijn vraag, mevrouw de minister, is u eventueel bereid om te laten onderzoeken of die papieren documenten kunnen worden afgeschaft zodat de gegevens enkel nog per magnetische drager aan de verzekeringsinstellingen worden bezorgd? Zo neen, waarom niet?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, collega's, het afschaffen van de papieren drager heeft inderdaad positieve gevolgen voor de thuisverpleegkundigen en in extenso voor andere zorgverleners. Maar misschien zijn er ook gevolgen die niet meteen duidelijk zijn. Daarom moet een dergelijke maatregel worden uitgewerkt in overleg met de betrokken zorgverleners en andere overheidsdiensten. De getuigschriften voor verstrekte hulp worden immers ook gebruikt door de FOD Financiën bij de controle van de belastingaangiftes. In die context volg ik dan ook met veel interesse de initiatieven van het Nationaal Intermutualistisch College dat in 2005 het project MyCareNet heeft opgestart in samenwerking met de Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen-Verzekeringsinstellingen binnen het RIZIV.

Dat project heeft onder meer als doel het afschaffen van de papieren documenten en van de magnetische dragers die worden gebruikt in de relaties tussen de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen. De thuisverpleegkundigen zouden kunnen beschikken over bepaalde informaticatoepassingen die zodanig ontworpen zijn dat alle papieren communicatie met de verzekeringsinstellingen vervangen wordt door een elektronische overdracht, inclusief de papieren factuur, getuigschriften voor verstrekte hulp en samenvattende staten, evenals alle papieren documenten die voorafgaandelijk of als bijlage aan de factuur moeten worden bezorgd.

Op dit moment wordt bekeken welke regelgeving aangepast moet worden om de elektronische overdracht van bepaalde documenten mogelijk te maken. De sector wordt daarbij betrokken via de Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen-Verzekeringsinstellingen.

14.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Men is daar dus mee bezig. Hebt u enig idee wanneer men die maatregel op het veld concreet zal kunnen beginnen voelen. Blijkbaar is niet iedereen daarvan op de hoogte. Anders zou die vraag niet aan ons gerapporteerd worden. Ik weet dat het een werk van lange adem wordt maar ik zou toch graag weten hoe lang ik moet leven om dat allemaal nog mee te maken.

14.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Ça ne dépend pas que de moi. Il y a d'autres acteurs concernés mais je vais veiller à ce que ça ne s'éternise pas. C'est important pour vous mais pour moi aussi.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 **Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contrôle des produits chimiques et leur innocuité ou toxicité sur l'organisme humain" (n° 4664)**

15 **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de controle op scheikundige producten en hun al of niet schadelijkheid voor het menselijk lichaam" (nr. 4664)**

15.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, vous voyez que je ne vous interroge pas que sur le Viagra.

Voici quelques semaines, j'avais interpellé votre collègue Sabine Laruelle sur les teneurs en pesticide dans les produits agricoles belges. Elle nous avait apporté des réponses rassurantes.

La toxicité potentielle des produits chimiques est un thème des plus préoccupants. Nous pouvons nous féliciter de voir l'Europe se doter d'un instrument de contrôle basé à Helsinki, dont la mission est de faire respecter le règlement REACH qui entrera en application à partir du 1^{er} juin 2008.

Les scientifiques considèrent que 2.000 substances chimiques sont inquiétantes quant à leur impact, notamment sur la reproduction, ou quant à leur potentiel cancérigène, bien que leur toxicité n'ait pas encore été prouvée officiellement.

Nous ne pouvons qu'être inquiets devant les résultats d'une étude menée par le WWF dans toute l'Europe. Les informations portant sur la Belgique nous indiquent que les résultats sanguins d'une famille de Mouscron révèlent 33 produits chimiques trouvés dans le sang de la grand-mère et 32 chez la mère et chez la fille. Ces chiffres placent les trois membres de cette famille belge au-dessus de la moyenne des familles européennes: 32 produits chimiques chez les grands-mères, 29 chez les mères et 24 chez les enfants. Je ne sais pas ce qu'il en est, madame la présidente, en province de Liège.

Ces produits se retrouvent partout, des boîtes de tartine aux DVD. Nous achetons des produits sans en connaître les risques.

Le WWF insiste sur le fait que ces résultats sont particulièrement préoccupants, étant donné que la plupart des produits chimiques décelés ne se décomposent que très lentement, sont persistants dans l'environnement et s'accumulent dans l'organisme à des taux toujours plus élevés durant toute la vie.

Dès lors, cette enquête se demande si les générations à venir seront plus exposées à des produits chimiques potentiellement cancérigènes ou qui agissent en tant que perturbateurs endocriniens, susceptibles d'entraîner des effets négatifs à long terme sur la santé.

Madame la ministre, devant ce danger, un organisme se penchant sur la possible toxicité des produits commercialisés, qu'ils soient d'entretien, de conditionnement, ou autres, a-t-il été mis en place? Si oui, a-t-il d'ores et déjà établi une liste des composants chimiques potentiellement dangereux? A-t-il dressé une liste des produits contenant ces produits?

A-t-il mené des études sur le degré de passage desdits produits dans l'organisme humain, le taux qui se transmet, la toxicité immédiate et le degré de récurrence à l'exposition nécessaire pour atteindre une toxicité excessive?

Enfin, quelles mesures va-t-il prendre pour que ces produits disparaissent des étals - rapidement, si possible?

Je vous remercie, madame la ministre, de votre réponse.

15.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je tiens à remercier M. Flahaux qui pose toujours des questions très pertinentes. D'une part, il a souligné combien il était urgent de maîtriser les effets induits par les substances les plus préoccupantes, notamment les perturbateurs endocriniens et les substances bio-accumulables dans les tissus humains. D'autre part, il a souligné l'importance du rôle que l'Agence pour les substances chimiques, l'ECHA ("European Chemicals Agency"), jouera dans la mise en œuvre du règlement REACH.

Je tiens cependant à préciser que l'ECHA est bien plus qu'un instrument de contrôle. En effet, son rôle est de gérer les aspects administratifs, techniques et scientifiques de REACH, ainsi que d'assurer l'harmonisation de ces divers aspects au niveau européen.

Afin d'assumer ce double rôle, l'ECHA est composé de plusieurs organes auxquels participent activement tous les États membres et qui auront comme missions:

1. l'évaluation des risques pour la santé et l'environnement. Cette évaluation considère la toxicité à court et à long terme, y compris le potentiel de bio-accumulation, ainsi que l'exposition;
2. l'efficacité et l'adéquation des mesures de gestion du risque;
3. l'analyse socio-économique afin de favoriser l'alternative la plus appropriée aux substances les plus préoccupantes;
4. la résolution des divergences d'opinion concernant notamment l'identification des substances les plus préoccupantes.

Ces différentes procédures concernent les substances d'abord en tant que telles, ensuite dans les préparations chimiques, enfin dans les articles de consommation.

Par ailleurs, pour répondre plus précisément à certaines de vos questions, la première liste identifiant les substances les plus préoccupantes sera établie en juin 2009 et sera la première étape à leur incorporation dans l'annexe 14 reprenant les substances soumises au système d'autorisation. En clair, leur usage et mise sur le marché seront interdits, excepté si le producteur peut prouver que le risque est contrôlé.

Le règlement prévoit également que toute substance sur la liste candidate et présentant une certaine concentration dans un article de consommation doit être notifiée à l'ECHA. Cette notification peut entraîner, dans certaines conditions, une obligation ultérieure d'enregistrement impliquant évidemment plus de données qu'une simple notification. Parallèlement à la notification, tout fournisseur dans la chaîne d'approvisionnement doit donner aux destinataires toute l'information nécessaire à un usage de l'article en toute sécurité. Sur demande, le consommateur aura accès à cette information.

Pour le moment, il n'existe pas encore de consensus entre, d'une part, la Commission et l'ECHA et, d'autre part, certains États membres, dont la Belgique, concernant l'interprétation du taux de concentration déclencheur de la notification et de l'obligation d'information.

Enfin, les mesures prévues par REACH pour les substances les plus préoccupantes sont la procédure d'autorisation et, dans certaines conditions, les mesures de restriction. Parallèlement à ces mesures, l'autorité compétente peut également informer le public sur les risques pour la santé et/ou l'environnement provenant d'une substance.

En conclusion, la Belgique participe activement aux travaux de l'ECHA. Elle est présente dans ses différents comités et la DG Environnement du SPF Santé publique, autorité compétente en cette matière, participe à l'ensemble des travaux de l'ECHA.

Je dois également vous dire que la Belgique a toujours plaidé au sein du Conseil de l'Union européenne et durant toutes les négociations de REACH, depuis le Livre blanc en 2001, pour un "right to know" au bénéfice des utilisateurs en aval et des consommateurs, et pour un système d'autorisation efficace, à savoir un système incitant à la substitution des substances les plus préoccupantes, garantissant ainsi un haut niveau de protection pour l'environnement et la santé, tout en encourageant simultanément l'innovation.

La **présidente**: Il s'agit d'un vaste dossier que nous avons beaucoup travaillé sous la précédente législature.

15.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je suis entièrement satisfait de la réponse. J'arrive, je découvre, j'apprends! J'essaie aussi de "pousser à la charrette".

Je crois que la Belgique s'honore et se grandit avec de telles préoccupations, d'autant qu'elle n'est pas potentiellement en retard par rapport à d'autres pays. Voilà qui peut constituer un élément aussi de créneau pour notre pays, un peu comme l'Allemagne, par exemple.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Questions jointes de

- **M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la promotion du don d'organe" (n° 4887)**

- **M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la loi sur le don d'organes" (n° 4891)**

16 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aanmoedigen van orgaandonatie" (nr. 4887)

- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wet op de orgaandonatie" (nr. 4891)

16.01 Jean-Luc Crucke (MR): Madame la présidente, madame la ministre, s'il y a bien un domaine dans lequel la Belgique est citée comme modèle, c'est celui du don d'organes, que ce soit pour son système Beldonor.be ou sa participation dans Eurotransplant. D'ailleurs, pour se rendre compte du dynamisme de notre pays dans ce domaine, il suffit de voir le nombre d'inscriptions, au sein des communes, pour marquer son accord avec le don ou le refuser, mais c'est là aussi un choix qu'il faut respecter.

Très récemment le Parlement européen a mis "le feu vert", dirais-je, sur la carte européenne des dons d'organes. Il faut savoir que 60.000 demandeurs sont en attente d'un organe, ce qui n'est pas rien.

Le Parlement européen a pris cette initiative pour deux raisons.

1. Remédier à la pénurie d'organes.
2. Lutter contre le commerce illégal.

Je ne rappellerai pas ici des soupçons qui pèsent sur un pays européen quant à d'éventuelles pratiques. Et malheureusement, d'autres pays sont également concernés.

Une harmonisation des législations en la matière est donc nécessaire.

Madame la ministre, mes questions sont les suivantes.

1. Vu le succès de la politique menée en Belgique, comment peut-on poursuivre les efforts sur base de la carte européenne de dons d'organes?
2. Comment amplifier cette politique?
3. Quelles seront les prochaines initiatives qui seront prises par votre département?
4. Comment peut-on faire le bilan de la situation actuelle en Belgique et qui est citée, à juste titre, en exemple à l'étranger?

16.02 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag is van een enigszins andere aard. Ze betreft namelijk het verschijnen in het Belgisch Staatsblad, op 28 augustus 2006, van de wet die bepaalt dat het kind, zodra het meerderjarig wordt, zelf kan beslissen of het al dan niet bereid is bij overlijden zijn organen af te staan. Tot de meerderjarigheid kunnen de ouders immers zelf schriftelijk vastleggen dat hun kind geen orgaandonor is.

Deze wet betekende een belangrijke doorbraak in de mogelijkheden om meer organen ter beschikking te krijgen. Ze werd dan ook destijds door het Parlement unaniem goedgekeurd. Er komt nu immers telkens opnieuw bevestiging van het kind zelf.

In de wet werd evenwel bepaald dat ze slechts op een door de Koning te bepalen datum in werking kan treden, wat bij mijn weten nog niet is gebeurd. Daarom heb ik de volgende vraag.

Waarom werd tot op heden nog geen uitvoeringsbesluit opgesteld, teneinde de wet in werking te laten treden?

Wanneer overweegt u zulks te doen?

16.03 Laurette Onkelinx, ministre: En ce moment, toute personne majeure capable peut donner son accord ou s'opposer au prélèvement d'organes après son décès. C'est aussi le cas d'un mineur capable d'exprimer sa volonté. Toutefois, avant l'entrée en vigueur et l'exécution de l'article 10, §3bis de la loi du 13 juin 2006, il faut modifier cet article; un projet de loi à ce sujet est en préparation. Il faut prévoir une base légale pour fixer les modalités de l'annulation de l'opposition du représentant du mineur.

En outre, il ressort de la législation relative au prélèvement et à la transplantation d'organes qu'on peut consentir expressément au prélèvement d'organes. Sur ce plan aussi, l'article 10, §3bis doit être adopté. J'y viendrai prochainement. Enfin, la disposition selon laquelle le Roi doit inviter l'intéressé à opérer un choix

doit être supprimée.

J'en viens à la question générale de la publicité sur le don d'organes. Comme vous l'avez évoqué, pas mal de propositions de loi ont été votées sous l'ancienne législature, généralement initiées par le Sénat et encadrent le don d'organes de manière très restrictive, beaucoup plus encore qu'au niveau européen, et à juste titre selon moi. En effet, s'il est nécessaire de développer une politique permettant le don d'organes, il faut éviter toute commercialisation. On l'a vu dans le dossier d'un hôpital en Flandre, à Louvain je crois, qui a dû faire marche arrière. Le don d'organes peut entraîner des conséquences physiques et psychologiques importantes. Il faut aussi éviter toute commercialisation.

Ces trois critères coexistent: la nécessité de développer des politiques de don d'organes, de protéger de la commercialisation et de protéger les donneurs vivants des conséquences physiques et psychologiques. Je n'ai pas pour l'instant de réponse formelle sur le sujet.

Le Sénat me l'a également demandé, puisque c'est là que s'est développé le nœud de la philosophie belge en matière de dons d'organes. Je pourrais proposer de travailler sur des propositions concrètes que je vous soumettrais dans le mois, mais je ne vais pas le faire car ce ne serait pas sérieux. Mais je vais travailler afin de voir dans le mois comment mettre en place une promotion qui respecte les principes que je viens d'expliquer. Cela vous convient-il comme délai?

16.04 Jean-Luc Crucke (MR): Cela ne vient plus à un mois, vu que cela fait déjà quelques mois que le gouvernement est en place. Ceci dit, je pense que ce délai est tout à fait raisonnable. Vous avez raison de prendre cette problématique avec sérieux et de la considérer comme une priorité. Si j'ai un conseil à vous donner, c'est de poursuivre sans crainte la politique de votre prédécesseur en la matière.

Cette matière est finalement très vivante, même quand ceux qui ne le sont plus font le don, et très actuelle. Je vous suivrai attentivement et nous y reviendrons dans un mois afin d'en discuter sans difficulté.

16.05 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, versta ik het goed? Ik dacht dat het wetsvoorstel – het was immers een parlementair initiatief – er juist kwam voor “modification de l'article 10”, mais il n'y a pas d'exécution. Tot hiertoe is er geen uitvoeringsbesluit.

16.06 Laurette Onkelinx, ministre: On va modifier l'article 10. Un projet de modification va être présenté.

La **présidente:** Vous déposerez donc un projet de loi, qui introduira les modifications. Ou bien allez-vous procéder via des arrêtés?

16.07 Laurette Onkelinx, ministre: C'est dans le projet. Je regarde, je vérifie, mais c'est dans le projet.

Je vais vérifier. Je reconnais qu'on m'a donné une réponse très incomplète, ce qui n'est pas habituel.

La **présidente:** C'est un peu la difficulté des lois qui demandent une série de modifications et d'arrêtés. On ne le réalise qu'au fil du temps et on ne maîtrise plus ce qui est à refaire ou pas.

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

Monsieur Goutry, il ne reste plus que vos questions et une question de Mme Staelraeve.

Je vous propose de lui laisser la parole et de terminer avec vous.

16.08 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Madame la présidente, j'ai également compris que ma question n° 4893 sur les génériques était reportée à la demande de la ministre.

La **présidente:** Ma question n° 4936 est également reportée.

17 Vraag van mevrouw Sofie Staelraeve aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de naleving van de wet op de patiëntenrechten" (nr. 4895)

17 Question de Mme Sofie Staelraeve à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le respect de la loi relative aux droits du patient" (n° 4895)

17.01 Sofie Staelraeve (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb een vraag naar aanleiding van het gebeuren van vorige week. In een Leuvens ziekenhuis werd vastgesteld dat een patiënte in een donker hok moest verblijven en geen enkele mogelijkheid had de verpleegkundigen te roepen wanneer dat nodig zou zijn.

Naar aanleiding daarvan zou ik willen weten hoe het juist zit met de wet op de rechten van de patiënten. Die wet bepaalt dat er in elk ziekenhuis een ombudsdienst zou zijn die moet bemiddelen en zoeken naar een oplossing. De ombudsdienst kan echter geen sancties opleggen of maatregelen nemen. Daarnaast werd ook de commissie Rechten van de Patiënt opgericht, die een globale opvolging doet en bij u advies uitbrengt. Zij fungeert ook als een vorm van beroepsmogelijkheid voor klachten.

Zijn er gegevens beschikbaar over het aantal klachten sinds de inwerkingtreding van de wet op de rechten van de patiënten? Wat is het aantal klachten dat werd ingediend bij de ombudsdiensten van de ziekenhuizen? Zijn die gegevens opgesplitst naar de aard van de klacht?

Belangrijker is welk advies de commissie u geeft betreffende de opvolging van die klachten. Zijn er pijnpunten? Hoe evalueert zij dat? Welke voorstellen doet zij eventueel zelf om de wet te verbeteren? Bent u van plan initiatieven op dat terrein te ontwikkelen?

17.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, de wet op de patiëntenrechten is een zeer nuttig instrument dat de fundamentele rechten van de patiënt bepaalt en dat waakt over het respecteren ervan, vooral via bemiddeling en dialoog.

De feiten die u in uw vraag aanhaalde zijn, indien ze vaststaan, bijzonder ernstig en zouden in voorkomend geval het voorwerp kunnen zijn van een gerechtelijke procedure, onder meer op initiatief van de patiënt of zijn familie. De Gewesten zijn trouwens bevoegd voor het garanderen van het respect van de erkenningsnormen van de ziekenhuizen.

In antwoord op de diverse vragen die u stelde, kan ik meer bepaald het volgende preciseren.

De ombudspersonen van de ziekenhuizen dienen jaarlijks een verslag met een overzicht van het aantal klachten op te stellen en over te maken aan de federale commissie Rechten van de Patiënt. De FOD Volksgezondheid heeft een analyse van de jaarverslagen 2006 opgemaakt. Die analyse is raadpleegbaar via de website van de FOD Volksgezondheid, te weten www.patientrights.be.

U kent die blijkbaar. Hebt u zicht op het aantal klachten?

17.03 Sofie Staelraeve (Open Vld): De cijfers ken ik niet, maar ik weet dat er inderdaad een verzameling gebeurt en dat er een opsplitsing is. Er zijn ook een aantal aanbevelingen. Het is echter niet steeds even duidelijk wat de commissie zelf aangeeft als pijnpunten en als voorstellen om deze te verhelpen. Graag had ik uw ideeën en plannen op dat vlak gekend.

17.04 Laurette Onkelinx, ministre: Les questions que vous m'avez posées concernaient aussi le nombre de plaintes; c'est pour cette raison que je vous renvoyais là-bas.

Il est vrai que depuis sa création, la commission fédérale Droits du patient a transmis différents avis au ministre de la Santé publique. Ces avis concernent l'application de l'article 17 nonies de la loi sur les hôpitaux, le fonctionnement des fonctions de médiation, la désignation d'un représentant et d'une personne de confiance, l'accès au dossier des patients, d'un patient décédé, et l'extension du droit de plainte.

En ce qui concerne les sanctions, il est utile de souligner que l'objectif de la loi relative aux droits des patients est d'insister sur le partenariat et la relation de confiance entre le patient et le praticien. Chaque droit du patient renvoie à l'importance du dialogue entre le patient et le praticien, et ce sous la forme des relations respectueuses, d'échanges d'informations, du consentement informé du patient, de la communication des données du dossier du patient et de la confidentialité des informations.

Dans le cadre du partenariat, de la relation de confiance et du dialogue, le législateur a opté en faveur de services de médiation où les patients peuvent s'adresser avant une quelconque procédure judiciaire. Le médiateur, toujours selon la philosophie de la loi sur le droit des patients, a pour mission de favoriser la

communication entre le patient et le praticien, et de négocier pour arriver à une résolution de conflit éventuel.

En raison de la philosophie de la loi sur le droit des patients, la possibilité de sanctions pénales ne constitue pas une priorité dans cette loi. Si le patient estime cependant que la loi sur le droit des patients n'a pas été respectée, il peut s'adresser, dans l'état actuel des choses, aux tribunaux civils ou aux instances publiques compétentes. Dans ce cadre-là, je suis évidemment disposée à examiner toute proposition qui permettrait d'améliorer l'efficacité de la loi. Si vous avez vous-même des propositions, je suis vraiment ouverte à la discussion pour améliorer cette loi qui avait fait l'objet de longues discussions au Parlement mais qui est toujours améliorable évidemment.

17.05 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u hartelijk voor uw antwoord.

Ik ben er mij van bewust dat de wet er na een lange discussie is gekomen, waar ik toen niet bij was. Ik beschouw mij ook absoluut niet als een expert ter zake.

De keuze voor dialoog en bemiddeling, die toen werd gemaakt, was een juiste keuze en gebeurde op basis van correcte overwegingen. Niettemin is het ook belangrijk dat bedoelde wet en de maatregelen die worden getroffen om de wet tot een nog betere uitvoering te brengen, goed worden opgevolgd.

Indien het Parlement en de regering op dat vlak partners kunnen zijn en samen kunnen zoeken naar initiatieven om het nog beter te doen, dan is het aan het Parlement om een en ander samen met u op poten te zetten.

La **présidente**: Les associations qui représentent les patients ont d'ailleurs organisé une série de tables rondes desquelles doit ressortir un document final mais je ne me souviens plus de la date de parution. Il y aura donc des propositions qui viendront de leur part.

17.06 **Luc Goutry** (CD&V - N-VA): Il y a également une commission officielle d'évaluation de la loi.

17.07 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Zal er een rapport komen van deze overlegtafel?

La **présidente**: Normalement oui, mais je ne me souviens plus des échéances. On peut se renseigner sur la manière dont elles comptent poursuivre les travaux et envisager un échange.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van het beroep van osteopaat" (nr. 4892)**

18 **Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance de la profession d'ostéopathe" (n° 4892)**

18.01 **Luc Goutry** (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, het betreft inderdaad de osteopaten. Sinds de wet van 1999, de fameuze wet-Colla op de niet-conventionele praktijken zoals osteopathie, blijft het eigenlijk betrekkelijk stil rond de erkenning van de beroepen. Ik denk daarbij aan homeopathie, chiropractie, osteopathie, acupunctuur, enzovoort. Het zijn allemaal beroepen die vallen onder de wet van de niet-conventionele praktijken. Zij moeten nu een erkenning kunnen krijgen.

Wij hebben in mei 2003 de wet gehad tot bekrachtiging van het KB van 10 februari 2003 betreffende de erkenning van de beroepsorganisaties van beoefenaars van niet-conventionele praktijken of praktijken die daarvoor in aanmerking kunnen komen. Heel die procedure van aanvraag, advies en erkenning bij koninklijk besluit lijkt wel heel veel tijd in beslag te nemen. Klaarblijkelijk gaat het om zeer ingewikkelde procedures.

Wat specifiek de osteopaten betreft, dan is er op 31 augustus 2007 ook de bekendmaking van het verzoekschrift tot bescherming van de beroepstitel osteopaat. Dat is nog maar het verzoekschrift waarin de osteopaten vragen om hun beroepstitel te beschermen. Zij doen dat op basis van artikel 4 van de wet van 2006 inzake de beroepstitels van intellectuele beroepen. Het is mevrouw Laruelle, die terzake bevoegd is.

Ik zou u toch willen vragen of u wat duidelijkheid kunt scheppen in de procedure van de erkenning van de niet-conventionele beroepen. Hoe zit het meer bepaald met de osteopaten? Zit een en ander nog vast bij uw

collega Laruelle? Wanneer komt dat bij u terecht? Welke weg moet nog worden gevolgd vooraleer die erkenning kan worden gegeven?

Hoe staat het eigenlijk met de aanvraag van beroepstitel op basis van die wet van minister Colla?

Ik heb daarover een aantal vragen schriftelijk verwoord, die ik nu graag wil herhalen. Ik hoop dat u mij ter zake enige duidelijkheid zult kunnen brengen.

18.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De wet van 29 april 1999 heeft tot doel enerzijds de niet-conventionele praktijken te registreren en anderzijds de beoefenaars van die praktijken. Vier niet-conventionele praktijken zijn erkend door de wet zelf, namelijk de osteopathie, de homeopathie, de chiropractie en de acupunctuur. De Koning kan er onder voorwaarden nog andere erkennen.

Voor het uitwerken van de algemene normen die van toepassing zijn op alle niet-conventionele praktijken, en voor de erkenning van nieuwe moet een paritaire commissie een advies verlenen. De beslissing wordt daarna bij in de Ministerraad overlegd besluit genomen. Voor het uitwerken van de voorwaarden die de registratie van een individuele beoefenaar mogelijk maken, zijn er verscheidene subcommissies, kamers genoemd, in dit geval een per niet-conventionele praktijk. Zij moeten advies verlenen aan de voornaamste paritaire commissie, die dan een advies verstrekt. De beslissing wordt genomen via een overlegd KB.

De paritaire commissie is voor de helft samengesteld uit artsen die voorgesteld worden door de faculteiten Geneeskunde, en voor de helft uit beoefenaars van de niet-conventionele praktijk voorgesteld door de kamers. De kamers zelf zijn samengesteld uit vijf artsen voorgesteld door de faculteiten Geneeskunde en vijf beoefenaars van de betrokken niet-conventionele praktijk voorgesteld door de erkende beroepsorganisaties. Het is niet gemakkelijk, niet?

De erkende beroepsorganisaties zijn groeperingen van beoefenaars van een praktijk die in aanmerking zou kunnen komen om gekwalificeerd te worden als niet-conventioneel en die erkend zijn, indien ze beantwoorden aan diverse voorwaarden vastgelegd bij KB en ministerieel besluit.

Op dit ogenblik zijn er tien beroepsorganisaties, waarvoor de erkenningsprocedure volledig is afgerond. Drie beroepsorganisaties zijn al erkend bij KB, maar er moet nog een bekrachtiging gebeuren bij wet overeenkomstig artikel 4 van de wet van april 1999. De volledige inwerkingtreding van de wet is afhankelijk van de uitvaardiging van een reeks besluiten. Zo moet er vooraleer wordt overgegaan tot het einddoel van de wet, namelijk de individuele registratie van de beoefenaars van niet-conventionele praktijken, nog een reeks uitvoeringsbesluiten worden genomen, met name inzake de organisatie en de werking van de paritaire commissie en van de kamers en inzake de modaliteiten die de registratie van zowel de niet-conventionele praktijk als van de individuele beoefenaars mogelijk maken. De paritaire commissie en de kamers moeten bovendien nog opgericht worden. Ik heb hiertoe aan mijn administratie gevraagd om mij een precieze stand van zaken van de situatie op te stellen, deels dankzij uw vragen.

Wat tot slot de wet van 24 september 2006 betreft, op 31 augustus 2007 is er inderdaad in het Staatsblad, op vraag van verschillende beroepsorganisaties van osteopaten, een verzoek verschenen voor het beschermen van de beroepstitel van osteopaat overeenkomstig de kaderwet van september 2006 betreffende het voeren van de beroepstitel van een dienstverlenend intellectueel beroep en het voeren van de beroepstitel van een ambachtelijk beroep.

Zoals u zei, is minister Laruelle daarvoor bevoegd. Een contact met de bevoegde dienst van de administratie heeft geleerd dat het dossier momenteel voor advies voorligt bij de Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de Kleine en Middelgrote Ondernemingen. Men heeft mij verzekerd dat de Hoge Raad in de komende weken een advies zou geven. De toepassing en uitvoering van de wet van 2006 behoort dus tot de bevoegdheid van minister Laruelle.

Ik kan alvast zeggen dat de erkenning die in het kader van de wet kan worden verkregen, volledig los moet worden gezien van een eventuele registratie in het kader van de wet-Colla. Een eventuele erkenning in het kader van de wet van 2006 is dus absoluut geen voorteken van de eventuele uitoefening van de osteopathie, overeenkomstig de wet-Colla

18.03 **Luc Gouty** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik probeer het een beetje te begrijpen. Er zijn dus eigenlijk twee procedures, enerzijds bij de minister van Middenstand, mevrouw

Laruelle, voor de erkenning van een vrij, intellectueel beroep en anderzijds de erkenning voor Volksgezondheid op basis van de niet-conventionele praktijk, de wet-Colla.

18.04 Laurette Onkelinx, ministre: L'un n'emporte pas nécessairement l'autre!

18.05 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Bij minister Laruelle gaat het nu vooruit, maar dan moet er nog een procedure komen in het raam van de wet-Colla. Daarvoor zijn er nog problemen omdat zelfs de paritaire commissies en de kamers nog moeten worden opgericht, als ik het goed begrijp?

18.06 Laurette Onkelinx, ministre: C'est ce que j'ai dit! À la suite de votre question, j'ai demandé un état de la situation. Ik wacht op een stand van zaken van mijn administratie en een voorstel voor la mise en place de ces commissions.

18.07 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Zult u zelf ook initiatieven nemen om die paritaire commissies en kamers op te richten? De erkenning volgens de wet-Colla is natuurlijk uw bevoegdheid. Daarvoor moeten dus nog stappen worden gezet.

18.08 Laurette Onkelinx, ministre: Absolument! C'est une loi intéressante, mais extrêmement complexe avec énormément d'étapes!

La **présidente**: Elle est un peu basée sur la peur...

18.09 Laurette Onkelinx, ministre: Pas seulement sur la peur! Il y a des normes de qualité, de financement, etc.

18.10 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Dat men voorzichtig is, is te begrijpen. Dat was ook de bedoeling van de wet, maar de wet mag zichzelf ook niet obstructeren. Het moet mogelijk zijn om de erkenningen te kunnen hebben. Dat staat dan nog helemaal los van de terugbetalingen, want dat is dan weer een ander hoofdstuk. Dat is voor het RIZIV.

Nu gaat het om de erkenning tot uitoefening van het beroep.

18.11 Laurette Onkelinx, ministre: Cela figure parmi la liste d'arrêtés royaux que je dois encore prendre! Ce n'est pas triste!

18.12 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Pour appliquer la loi?

La **présidente**: Pour l'ensemble des pratiques non conventionnelles!

18.13 Laurette Onkelinx, ministre: L'arrêté royal relatif à l'organisation et au fonctionnement de la commission paritaire; l'arrêté royal relatif à l'organisation et au fonctionnement des chambres qui seront créées pour pratiques non conventionnelles; l'arrêté royal précisant la composition de la commission paritaire; l'enregistrement par le Roi des pratiques non conventionnelles pour lesquelles une chambre a été créée; l'arrêté royal déterminant les conditions générales qui valent pour l'exercice de toutes les pratiques non conventionnelles; un arrêté royal portant les conditions d'enregistrement individuel d'une pratique non conventionnelle; un arrêté royal portant l'enregistrement individuel de praticiens aux pratiques non conventionnelles; un arrêté royal portant nomination des membres des différentes chambres et de la commission paritaire.

Je pense qu'il s'écoulera encore un petit temps, même si je vais évidemment imprimer une dynamique en la matière, avant que l'utilisateur puisse faire appel à une protection légale

18.14 Luc Goutry (CD&V - N-VA): En u drukt de wil uit om die uitvoeringsbesluiten te nemen?

18.15 Laurette Onkelinx, ministre: Ma volonté est d'avancer. J'ai la volonté d'avancer, mais cela dépend également du travail de mon administration. Je ne vais pas m'enfermer dans des...

18.16 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Je comprends! Mais si on manque de volonté politique...

18.17 Laurette Onkelinx, ministre: Je demanderai (...) les documents ont été transmis à mon administration!

18.18 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Als we geen politieke wil hebben, komen we zeker niet vooruit. U hebt de politieke wil om dat in concordantie met uw administratie te doen.

18.19 Minister Laurette Onkelinx: Is dat ook uw wil?

18.20 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Dat is ook mijn wil. Het is immers beter dan een wet ook kan worden uitgevoerd. Dat is evident. Daarover zijn we het eens.

La **présidente**: Peut-on imaginer une reconnaissance et une protection du titre sans que les dispositions soient prises pour la reconnaissance de l'ostéopathie par exemple? Dans ce cas, il faudrait telle formation, telle garantie de fonctionnement. N'est-ce pas nécessaire pour l'obtention du titre?

18.21 Laurette Onkelinx, ministre: Ce serait possible, mais ce serait inopérant!

18.22 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Dat is precies de wet-Colla, om die beroepstitel te kunnen krijgen. Men moet een erkenning en een beroepstitel krijgen. De wet-Laruelle bepaalt hoe men het beroep kan uitoefenen als vrij beroep. Alles is gelinkt aan alles, klaarblijkelijk.

Het is een interessant antwoord, dat we op die manier verder kunnen opvolgen.

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

19 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werkgroep 'radio-isotopen'" (nr. 4944)

19 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le groupe de travail 'radio-isotopes'" (n° 4944)

19.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, de Belgische ziekteverzekering betaalt voor radio-isotopen voor medisch gebruik soms meer dan het dubbele van wat in onze buurlanden wordt betaald, terwijl deze radio-isotopen die onder meer worden gebruikt bij de behandeling van kanker, vaak precies in België worden geproduceerd. Dit blijkt uit een studie van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg, dat een aanpassing aanbeveelt van de financieringswijze.

Terwijl de uitgaven voor diagnostische radio-isotopen de laatste jaren met 7% stegen, namen die voor isotopen voor kankerbehandelingen met 300% toe, zijnde van 2 miljoen euro naar zo'n 7 miljoen euro. Deze stijging wordt het meest veroorzaakt door de implantatie van radioactieve jodiumzaadjes voor de behandeling van prostaatkanker. In België bedraagt de kostprijs voor deze radio-isotoop meestal 6.900 euro. In Nederland en Frankrijk betaalt men maar ongeveer 3.600 euro, terwijl de radio-isotopen vaak precies vanuit ons land worden ingevoerd. Dit is iets zeer raars.

Het Kenniscentrum stelt twee opties voor om de financiering van therapeutische radio-isotopen aan te passen. Ofwel vergoedt men die radio-isotopen als onderdeel van een forfaitair bedrag dat zowel de honoraria als de isotopen en de andere noodzakelijke kosten dekt, ofwel behoudt men de terugbetaling op de factuur, maar dan met een door het RIZIV bepaalde terugbetaling die in de lijn ligt van de internationaal geldende prijzen. Deze problematiek zou eigenlijk misschien best binnen de werkgroep radio-isotopen van het RIZIV kunnen opgevolgd worden, want die bestaat; de zogenaamde vroegere technische raad van farmaceutische specialiteiten.

Is de werkgroep die dat zou moeten nazien, geïnstalleerd? Zo niet, waarom niet? Wie volgt eigenlijk de problematiek op van de radio-isotopen?

19.02 Laurette Onkelinx, ministre: M. Goutry pose des questions qui permettent de prendre des dossiers qui sont en dessous de la pile pour les remettre au-dessus. C'est intéressant.

19.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Je ne doute pas que vous ayez beaucoup de travail mais le Parlement

est impatient de connaître votre réponse.

19.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est très bien mais il y a des dossiers dont je n'avais pas connaissance.

C'est grâce à des parlementaires expérimentés que les nouveaux ministres prennent conscience de l'urgence de certains dossiers.

La **présidente**: Il en profite.

19.05 Laurette Onkelinx, ministre: Un peu.

Il est vrai que le conseil technique des radio-isotopes a été instauré par l'arrêté royal du 28 décembre 2006. Comme il y a eu des problèmes pour la nomination des organisations professionnelles représentatives qui siègent dans ce conseil, il ne s'est pas encore réuni.

Le suivi des radio-isotopes se fait donc comme pour toutes les autres prestations, par l'INAMI. Dès que le conseil technique des radio-isotopes sera composé, je demanderai au conseil de me faire parvenir une proposition concernant une façon nouvelle ou modifiée de rembourser les radio-isotopes.

Il me semble important que le conseil tienne compte entre autres du rapport du Centre d'expertise dans le développement de cette proposition.

Il faut donc avant tout que ce conseil se réunisse.

19.06 Luc Goutry (CD&V - N-VA): C'est la raison pour laquelle j'ai posé cette question.

19.07 Laurette Onkelinx, ministre: Comme je viens de vous le dire, cela va permettre certainement de faire avancer le schmilblick.

19.08 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Ik heb er alle begrip voor. U bent nog niet zo lang minister van Volksgezondheid. U hebt veel werk voor de boeg, maar het is natuurlijk wel belangrijk, omdat het ook een kwestie van centen is. Wij voeren de radio-isotopen uit naar andere landen, zoals Nederland en Duitsland. Daar kosten ze veel minder dan hetgeen wij betalen voor onze eigen radio-isotopen. Daarover moet dus absoluut op het niveau van RIZIV overlegd en getrancheerd worden, zodat wij die centen in het systeem kunnen houden. Het is toch al te gek dat wij ze zelf produceren en zo duur aan onszelf zouden verkopen.

Mevrouw de minister, zoals bij andere dossiers zal ik ook de vrijheid nemen om het dossier bij herhaling voor te leggen, de manière qu'on peut faire avancer les choses. Je vous remercie pour votre réponse.

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

20 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 4945)

20 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome de fatigue chronique" (n° 4945)

20.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): À la fin d'une après-midi pareille, on est un peu fatigué.

Wat het chronisch vermoeidheidssyndroom betreft, in 2002 heeft het RIZIV een overeenkomst gesloten met vijf referentiecentra binnen de universitaire ziekenhuizen. Het was de heer Vandenbroucke die dat indertijd heeft gedaan. Het gaat om vijf centra waar patiënten kunnen behandeld worden. Er is een quatum op geplaatst, er is een bepaalde nomenclatuur voor voorzien enzovoort. De werking van die centra werd in 2006 geëvalueerd door vertegenwoordigers van de centra en de ziekenfondsen, wat men de Akkoordraad noemt. Het rapport is vooral gebaseerd op de gegevens die de centra registreerden in de periode vanaf de start tot 31 december 2004. Omdat het nieuw en experimenteel was, heeft men de behandelingen en de resultaten proberen te registreren om te zien of die referentiecentra nut hebben en men de behandelingen kan vermenigvuldigen. Er zijn immers wachtlijsten en niet iedereen kan aan zo'n behandeling beginnen.

Uw voorganger, de heer Demotte, kondigde in oktober 2006 aan dat de conclusies van dat rapport zouden gebruikt worden ter bijsturing van het beleid inzake CVS, het chronisch vermoeidheidssyndroom. Ik denk dat het een normaal antwoord is als een minister zegt dat hij eerst gaat wachten op de conclusies van het evaluatierapport om te zien wat er moet gebeuren. Het college van geneesheren-directeurs van het RIZIV zal deze beleidsaanbevelingen daarna verwerken in een beleidsplan.

Vandaar mijn vragen, mevrouw de minister. Wat waren de belangrijkste conclusies van de evaluatie van de zogenaamde Akkoordraad? Op welke manier werden ze omgezet ter bijsturing van het beleid inzake het chronisch vermoeidheidssyndroom? Is het advies van de Hoge Gezondheidsraad over wat er nu verder moet gebeuren op het vlak van CVS en wat de krachtlijnen moeten zijn al klaar? Komt er een nieuwe studie of evaluatie aangezien de gebruikte gegevens dateren van de periode 2002-2004? Aangezien het intussen al 2008 is, is het misschien nuttig als ook de laatste vier jaren kunnen geregistreerd en geëvalueerd worden.

20.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, het rapport van 2006 over de referentiecentra voor het syndroom van chronische vermoeidheid toont zowel een aantal positieve gevolgen aan van de erkenning van die centra als een aantal zaken die minder goed lopen.

Positief is zeker dat de zorg voor patiënten met die ernstige aandoening een officieel karakter gekregen heeft. Patiënten kunnen in de referentiecentra terecht voor een wetenschappelijke, orthodoxe en betaalbare behandeling. Die behandeling leidt op een aantal vlakken van functioneren van de patiënten ook tot een significante verbetering.

Minder goed is dat die verbeteringen zich niet op alle vlakken, waaronder dat van het sociaalprofessioneel functioneren, en niet bij alle patiënten even sterk manifesteren.

Er blijken zich eveneens enkele andere problemen voor te doen. In sommige centra zouden onder meer wachtlijsten bestaan om een revalidatieprogramma te kunnen aanvatten.

Het RIZIV heeft aan de Hoge Gezondheidsraad gevraagd om rekening houdend met de bevindingen van het rapport en de huidige wetenschappelijke stand van zaken, een advies op te stellen over de zorgverlening voor de bedoelde patiënten. De Hoge Gezondheidsraad werkt daarvoor samen met het federaal Kenniscentrum. Het advies wordt medio dit jaar verwacht.

Het is de bedoeling om het bestaande beleid ter zake dan te evalueren in het licht van dat advies. Die reflectie, het overleg dat ermee gepaard zal gaan, en zeker ook de mogelijke aanpassingen van de huidige reglementering en de uitwerking van eventuele nieuwe reglementeringen, zullen vermoedelijk nog enige tijd in beslag nemen. Ondertussen blijven de bestaande overeenkomsten in principe van kracht.

Mijnheer Goutry, u had gevraagd of het beleid ondertussen al is bijgestuurd. Welnu, enerzijds lijkt het me niet opportuun om al grote beleidswijzigingen door te voeren zolang het advies van de Hoge Gezondheidsraad nog niet bekend is. Anderzijds kan ik wel melden dat, omwille van het probleem van de wachtlijsten, het zorgprogramma dat de patiënten in de centra doorlopen licht werd aangepast, zodanig dat die programma's in totaal minder tijd in beslag zouden moeten nemen.

Nieuwe patiënten zouden dan minder lang moeten wachten om hun programma te kunnen aanvatten.

Ten slotte zijn er op dit moment nog geen plannen voor een nieuwe studie of evaluatie. Dat lijkt mij ook niet zinvol zolang er geen grote beleidswijzigingen zijn. Men mag ook niet vergeten dat de realisatie van evaluatiestudies een bijzonder tijdsintensieve opdracht is die ten koste kan gaan van andere opdrachten van het RIZIV. Het uitvoeren van dergelijke studies moet dan ook goed overwogen worden.

20.03 **Luc Goutry** (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor het interessante antwoord. Op die manier plaatsen wij het opnieuw op de politieke agenda. Het is belangrijk, want er zijn veel mensen die ermee te maken hebben.

Het is ook belangrijk dat er geen wachtlijsten zijn, dat er een gelijke toegang is voor alle patiënten en dat iedereen op de best mogelijke behandeling, volgens de stand der wetenschappen, aanspraak kan maken. Het klopt dat studies veel tijd vergen. Wij moeten ervoor opletten niet steeds studies en evaluaties te vragen, want dat vraagt ook veel tijd en geld.

Op basis van de studie 2002-2004 zou men natuurlijk ook een studie 2004-2007 kunnen maken, zonder veel bijkomend werk, omdat men de registratieapparatuur al heeft. Het zou interessant kunnen zijn, als er beleidsbeslissingen moeten worden getroffen, om zo breed mogelijk te evalueren wat er allemaal gebeurd is de voorbije jaren. Ik kan mij voorstellen dat de periode 2002-2004 wel een beetje anders is dan de periode 2004-2007. Men was toen natuurlijk al verder geëvolueerd. Het strekt tot aanbeveling om ook voor die periode de resultaten goed op te volgen en te registreren, zodat wij nadien de juiste beleidsbeslissingen kunnen nemen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.52 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17.52 heures.