BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

49e ZITTINGSPERIODE

GEWONE ZITTING 1998-1999

HANDELINGEN VAN DE OPENBARE COMMISSIEVERGADERINGEN

12/1/1999

C 708 Volksgezondheid, Leefmilieu en Maatschappelijke hernieuwing

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE

49e LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE 1998-1999

ANNALES DES RÉUNIONS PUBLIQUES DE COMMISSION

12/1/1999

C 708 Santé publique, Environnement et Renouveau de la Société

Sommaire

Mardi 12 janvier 1999

COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ - C 708

Question orale de M. Hugo Van Dienderen au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "la présence de phtalates dans les jouets" (n° 1797) 1

orateurs : MM. **Van Dienderen**, **Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions

Interpellation en question orale jointes de :

- M. Joos Wauters au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "la situation des infirmiers A2" (n° 2196)

- Mme Myriam Vanlerberghe au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "la réforme de l'art infirmier" (n° 1821) 3

orateurs : M. **Wauters**, Mme **Vanlerberghe**, M. **Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions, Mme **van Kessel**

Motions 6

Question orale de M. Didier Reynders au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "la prise en charge des personnes autistes" (n° 1762) 6

orateurs : MM. **Reynders**, **Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions

Questions orales jointes de :

- M. Marceau Mairesse au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "le financement des SMUR" (n° 1786)

- M. Didier Reynders au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "le financement des services de transport urgent de malades" (n° 1813)

- M. Paul Tant au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "les récentes normes concernant les services d'urgence et de soins intensifs" (n° 1816)

- M. Luc Goutry au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "les normes concernant les services d'urgence et de soins intensifs" (n° 1823) 7

orateurs : MM. **Mairesse**, **Reynders**, **Tant**, **Goutry**, **Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions

Question orale de M. Olivier Deleuze au secrétaire d'Etat à la Sécurité, à l'Intégration sociale et à l'Environnement sur "le rapport fédéral sur le développement durable" (n° 1792) 15

orateurs : MM. **Deleuze**, **Peeters**, secrétaire d'Etat à la Sécurité, à l'Intégration sociale et à l'Environnement

Inhoud

Dinsdag 12 januari 1999

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING - C 708

Mondelinge vraag van de heer Hugo Van Dienderen aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "ftalaten in speelgoed" (nr. 1797) 1

sprekers : de heren **Van Dienderen**, **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen

Samengevoegde interpellatie en mondelinge vraag van :

- de heer Joos Wauters tot de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de situatie van de A2-verpleegkundigen" (nr. 2196)

- mevrouw Myriam Vanlerberghe aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de hervorming van de verpleegkunde" (nr. 1821) 3

sprekers : de heer **Wauters**, mevrouw **Vanlerberghe**, de heer **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen, mevrouw **van Kessel**

Moties 6

Mondelinge vraag van de heer Didier Reynders aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de tenlasteneming van autisten" (nr. 1762) 6

sprekers : de heren **Reynders**, **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen

Samengevoegde mondelinge vragen van :

- de heer Marceau Mairesse aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de financiering van de MUG" (nr. 1786)

- de heer Didier Reynders aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de financiering van de MUG's" (nr. 1813)

- de heer Paul Tant aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de recente normering inzake spoedgevallen en intensieve zorgen" (nr. 1816)

- de heer Luc Goutry aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de normen inzake spoedgevallendienst en intensieve zorgen" (nr. 1823) 7

sprekers : de heren **Mairesse**, **Reynders**, **Tant**, **Goutry**, **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen

Mondelinge vraag van de heer Olivier Deleuze aan de staatssecretaris voor Veiligheid en voor Maatschappelijke Integratie en Leefmilieu over "het federaal verslag inzake duurzame ontwikkeling" (nr. 1792) 15

sprekers : de heren **Deleuze**, **Peeters**, staatssecretaris voor Veiligheid en voor Maatschappelijke Integratie en Leefmilieu

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

RÉUNION PUBLIQUE DU MARDI 12 JANVIER 1999

PRÉSIDENCE de

Mme **Vanlerberghe**

La séance est ouverte à 14.05 heures.

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING

OPENBARE VERGADERING VAN DINSDAG 12 JANUARI 1999

VOORZITTER :

Mevrouw **Vanlerberghe**

De vergadering wordt geopend om 14.05 uur.

Mondelinge vraag van de heer Hugo Van Dienderen aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "ftalaten in speelgoed" (nr. 1797)

Question orale de M. Hugo Van Dienderen au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "la présence de phtalates dans les jouets" (n° 1797)

De **voorzitter** : De heer Hugo Van Dienderen heeft het woord.

De heer **Hugo Van Dienderen** (ECOLO-AGALEV) : Mevrouw de voorzitter, ik heb tijdens de voorbije geschenkenperiode, want ik ben al grootvader, voor mijn kleindochter geen teletubby gekocht omdat daar ftalaten in verwerkt zijn. Deze stoffen kunnen nadelige effecten hebben op de gezondheid. Volgens onderzoek zouden knaagdieren daar kanker van hebben gekregen en dat wens ik mijn kleinkind natuurlijk niet toe. Bovendien zou er een oestrogene werking van uitgaan. Voor jongens komen de voortplantingsmogelijkheden dus in het gedrang.

Over die ftalaten in speelgoed is er al een hele tijd wat te doen. De minister heeft daarover ook al uitspraken gedaan. Deze gevaren voor de gezondheid hebben de regeringen van Denemarken, Zweden en Oostenrijk, drie leden van de Europese Unie, er in elk geval toe aangezet de verkoop van speelgoed met ftalaten te verbieden. Ze komen daarmee tegemoet aan een aanbeveling van de Europese Commissie van 1 juli 1988 om op nationaal vlak beslissingen te nemen.

Onze Deense collega, de heer Steen Gaade, die zeer actief is in Globe, de parlementaire overleggroep van volksvertegenwoordigers die zich bezighouden met leefmilieu, heeft mij van de Deense beslissing op de hoogte gebracht. Hij heeft uitdrukkelijk gevraagd om deze materie ook in de andere parlementen van de lidstaten van de Europese Unie aan te kaarten. Sommige ftalaten, waaronder het belangrijkste, zijn trouwens ook in Zwitserland verboden. Dit land is weliswaar geen lid van de EU, maar heeft een hele traditie op het vlak van de bekommernis voor de volksgezondheid en het leefmilieu. De Europese verbruikersunie BEUC heeft ook om een tijdelijk verbod gevraagd. De minister zelf heeft de sector in 1997 gevraagd om de verantwoordelijkheid op te nemen om deze "onnodige en ongewenste blootstelling" aan ftalaten in "de kwetsbare babyleeftijd" te voorkomen. De minister heeft toen tevens een studie aangekondigd. Ondertussen heeft het parlement een nieuw instrument in het leven geroepen, met name de wet op de productnormen. Deze wet biedt ook mogelijkheden om maatregelen te nemen inzake volksgezondheid en milieu.

Ik wil de minister dan ook de volgende vragen stellen uit bezorgdheid voor onze kinderen en kleinkinderen. Wat is de Belgische houding ten opzichte van het verbod in de drie genoemde landen ? Sluit België zich bij dit verbod aan ? Indien niet, waarom niet ? De betrokken landen beroepen zich op het voorzichtigheidsprincipe om deze maatregel te nemen. Geldt dit voor België niet ? Welke reactie heeft de minister op zijn oproep gekregen ? Ik heb in de pers gelezen dat enkele winkelketens de verkoop van sommige speelgoedproducten met ftalaten, zoals bijtringen, hebben stopgezet. Hoever gevorderd is de studie die de minister heeft aangekondigd ? Is hij van plan zich te beroepen op de nieuwe wet op de productnormen ? Indien niet, waarom niet ?

De **voorzitter** : De minister heeft het woord.

De heer **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen : Mevrouw de voorzitter, in de eerste plaats wens ik alle leden van de commissie het beste toe voor het nieuwe jaar. Ik zal de heer Vandienderen antwoorden als de ene grootvader tot de andere. Hij heeft er terecht op gewezen dat ik in 1997 aan de sector heb gevraagd om dit soort producten vrijwillig uit de handel te nemen. Ik beschikte destijds over aanwijzingen dat er een gevaar bestond. De leden weten trouwens dat er een Europees meldingssysteem bestaat. Ik herinner de leden eraan dat het hier gaat om een substantie die aan plastiek wordt toegevoegd om het soepeler te

maken. Bij mijn weten is de sector toen op mijn vraag ingegaan. Ik zal de leden ook zeggen waarom de sector op een bepaald ogenblik de distributie heeft hervat.

De heer Van Dienderen heeft ook terecht opgemerkt dat het principe van de voorzichtigheid aan de basis van het beleid ligt. In geval van twijfel primeert het belang van de consument. Een dergelijk beleid is niet zonder gevaren. Als men het niet volgt, krijgt men forse kritiek; als men het wel volgt, zijn er altijd wel journalisten en andere personen te vinden die het beleid in het belachelijke willen trekken. Het meest treffende voorbeeld hiervan tijdens de huidige regeerperiode zijn wel de flippo's. Toch ben ik van mening dat de voorzichtigheid moet primeren bij het uitstippelen van het beleid. Natuurlijk zijn er nuances mogelijk en op een gegeven ogenblik moet worden nagegaan of een bepaalde maatregel van kracht moet blijven of niet.

In de Europese Unie zijn er op twee verschillende niveaus twee verschillende wetenschappelijke comités werkzaam. Het eerste comité is in het bijzonder bevoegd voor de voedingsmiddelen. In het kader van de reorganisatie van de diensten van de Europese Unie is er ook nog een tweede wetenschappelijk comité dat met deze problematiek bezig is en zich steunt op dertien studies van de verschillende landen die deze problematiek hebben onderzocht.

Het probleem is echter de migratie. Wat is de hoeveelheid die in het speeksel en in het lichaam komt wanneer een dergelijk stuk plastiek in de mond wordt genomen ? Alles hangt ervan af. Als er migratie is, moet worden nagegaan in welke mate en wat tolereerbaar is en wat niet.

De dertien studies die ik kom te vermelden handelen nagenoeg allemaal over proeven op ratten en muizen. In de Nederlandse studie werd wel met menselijke wezens gewerkt. Het resultaat was dat de migratie relatief beduidend klein is.

Dan zijn er de normen. De ene studie bevestigt de andere met uitzondering van de studies van de wetenschappelijke comités van de Europese Unie waarin gepoogd werd te bepalen wat toelaatbaar is. Dat bestaat nu.

Op basis van de normen in die studie - dat is wellicht de studie waarnaar u verwijst - hebben we het wetenschappelijk instituut volksgezondheid Louis Pasteur de opdracht gegeven na te gaan wat er in België op de markt is en te onderzoeken hoe het zit met de migratie en met de hoeveelheid die eventueel kan worden opgenomen.

Het wetenschappelijk instituut volksgezondheid Louis Pasteur deelt mij mee dat de normen bij de producten, die het tot op heden heeft onderzocht, beneden de normen liggen, vastgesteld door de wetenschappelijke comités van de Europese Unie.

Als gevolg daarvan hebben we dus de oproep tot de distributie niet gehandhaafd en hebben we ook niet de terugtrekking gevraagd.

Intussen blijft het dossier evolueren. Er zijn diverse soorten ftalaten en ik begrijp wat de Zwitsers hebben gedaan. Ik heb begrepen welk element zij uit de normen van het wetenschappelijk comité hebben gehaald, terwijl in het kader van de studie van het wetenschappelijk comité van de Europese Unie dit niet als bijzonder gevaarlijk wordt beschouwd.

Het is dus blijkbaar niet altijd zo gemakkelijk om daarin klaarheid te krijgen. Intussen hebben een paar landen de mening geopperd om verder te gaan. Wij hebben intussen enige ervaring opgedaan en nu doen die landen dat ook.

Ik geef u een voorbeeld. Bij ons bestaat het verbod om in principe dingen die niets met eetwaren hebben te maken bij die eetwaren te stoppen. Intussen werd een koninklijk besluit uitgevaardigd. Ik kan u echter verzekeren dat dit in Europa een ware lijdensweg is. Immers, dat moet worden bekeken want er bestaat in de Europese Unie een geijkte procedure. Die andere vijftien landen moeten de gelegenheid krijgen daarover opmerkingen te formuleren. Als er een opmerking is, volgt er nog een arbitrage met de commissie, enzovoort. Bovendien weten we intussen dat de Europese Unie zelf een supplementaire studie heeft gevraagd en beweert zelf aan een richtlijn te werken met betrekking tot wat zij noemt *les préparations dangereuses*, met het oog op *"limitons la migration de phtalates dans les jouets et dans les articles de puériculture"*.

In het kader daarvan heeft de Europese Unie trouwens aan Denemarken laten weten te stoppen met de werkzaamheden omdat zij bezig is met een richtlijn.

Dat is de stand van zaken die ik nog even samenvat. Wij hebben in België ons wetenschappelijk instituut de opdracht gegeven te controleren wat er in België op de markt is in het kader van de normen bepaald door het wetenschappelijk comité van de Europese Unie. Er is een aanbeveling van Europa waarin wordt gezegd dat een dergelijke controle moet worden uitgevoerd, wat we hebben gedaan.

Voorlopig is er vanuit België, noch vanuit de Europese Unie, enige aanwijzing gekomen dat straffere stappen moeten worden gezet, maar de *surveillance* van het IAG blijft duren. Wij zullen niet alleen een aandachtig toeschouwer maar ook een participant zijn in de ontwikkelingen op Europees vlak. Indien zich ook maar een indicatie, die ik kan staven, voordoet, zal ik niet aarzelen verdere maatregelen te nemen.

In principe zou men de productnormen kunnen gebruiken. In dit geval is dat evenwel niet nodig. De nodige wettelijke basis kan immers worden geleverd door de wetgeving op de voedingsmiddelen.

De **voorzitter** : De heer Hugo Van Dienderen heeft het woord.

De heer **Hugo Van Dienderen** (ECOLO-AGALEV) : Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, allereerst heb ik een punctuele vraag betreffende het laatste punt. Kan men de wet op de voedingsmiddelen toepassen op alle vormen van speelgoed ?

Minister **Colla** : Ja. Het speelgoed zit in deze wet vervat.

De heer **Hugo Van Dienderen** (ECOLO-AGALEV) : Mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitvoerig en gedocumenteerd antwoord. U huldigt het voorzichtigheidsprincipe. Dat is lovenswaardig. Studies zijn evenwel altijd ingewikkeld en bevatten pro's en contra's. Vandaar dat het belangrijk is een voorzichtigheidsprincipe te hanteren. Toch stel ik vast dat uit dezelfde studies blijkt dat een aantal lidstaten van de Europese Unie - lidstaten die er precies om bekend zijn dat zij het voorzorgsprincipe heel consequent uitwerken en volgen - wil dat het ftalatenspeelgoed verdwijnt. Is het dan toch niet beter, vanuit het voorzorgsprincipe dat u zegt te huldigen, uw tijdelijke oproep minstens te verlengen tot er eventueel meer duidelijkheid is ? Hierbij dient te worden opgemerkt dat die duidelijkheid er misschien nooit zal komen. Bepaalde studies wijzen op het kankerrisico als gevolg van de migratie bij knaagdieren, waarover u het hebt gehad. Men heeft die dieren waarschijnlijk meer van die stoffen laten consumeren dan baby's van hun bijtring zullen afknabbelen. Toch meen ik - zoals ook u overigens in het verleden hebt aangegeven - dat wij ten aanzien

van kinderen niet streng genoeg kunnen zijn. De mensheid heeft eeuwenlang speelgoed gegeven aan kinderen dat geen ftalaten bevat. Zo essentieel zal het dus toch niet zijn.

Mijns inziens past u het voorzorgsprincipe op een niet-consequente manier toe, in tegenstelling tot andere landen

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Samengevoegde interpellatie en mondelinge vraag van :

- de heer Joos Wauters tot de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de situatie van de A2-verpleegkundigen" (nr. 2196)

- mevrouw Myriam Vanlerberghe aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de hervorming van de verpleegkunde" (nr. 1821)

Interpellation en question orale jointes de :

- M. Joos Wauters au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "la situation des infirmiers A2" (n° 2196)

- Mme Myriam Vanlerberghe au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "la réforme de l'art infirmier" (n° 1821)

De **voorzitter** : De heer Joos Wauters heeft het woord.

De heer **Joos Wauters** (ECOLO-AGALEV) : Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, dit thema werd in deze commissie reeds diverse malen besproken. Ik moet toegeven dat we reeds een lange weg hebben afgelegd. U hebt een rondetafelconferentie inzake de verpleegkunde georganiseerd, die een aantal krachtlijnen heeft voortgebracht. Ik heb altijd getracht u goed te beluisteren. Mijns inziens waren uw opvattingen altijd duidelijk. U streeft naar een beroepstitel, met name de titel van verpleegkundige, die uiteraard toegankelijk is voor het niveau van gegradueerde verpleegkundige. Ook de gebrevetteerde verpleegkundige zal toegang hebben tot deze beroepstitel, mogelijk met overgangsmaatregelen, hoewel uit uw meest recente uiteenzettingen blijkt dat dit voor u niet meer zo nodig hoeft. U pleit ervoor de titel van verpleeghulp in te voeren voor degenen die de BSO-opleiding vierde graad hebben gevolgd, ter ondersteuning van de verpleegkundigen. Bij deze BSO-opleiding zou worden voorzien in een overgang, mits bijscholing - op een bepaald moment had men het over een jaar bijkomend onderwijs - naar de beroepstitel van verpleegkundige.

Wij waren vorig jaar in de zomer bijna rond. U wilde dan nog het advies van de Nationale Raad voor verpleegkunde inroepen. Dat is ondertussen gebeurd. In de eerste fase heeft dat, terecht of ten onrechte, nogal wat heibel veroorzaakt, maar op 15 september werd uiteindelijk een advies geformuleerd, dat ik als volgt kan samenvatten.

De Nationale Raad geeft aan dat verpleegkundigen A1 en A2-gebrevetteerden zonder overgangsmaatregel de ene beroepstitel "verpleging" zouden krijgen, tot en met de uitdoving van de A2-gebrevetteerden, wat uiterlijk tot 2006 zou kunnen uitlopen.

Een aantal specifieke beroepstitels was onder meer de aanleiding van mijn eerste interpellatie. De beroepstitels "intensieve zorgen" en "spoedopname", die in het Franstalige landsgedeelte wél tot een diploma leidden en in het Nederlandstalige landsgedeelte niet, konden aanleiding zijn tot discriminatie. Het was aanvankelijk immers de bedoeling de houders van de titels "spoedopname" en "intensieve zorgen" alleen op die specifieke diensten in te zetten, maar deze intentie is intussen achterhaald. De Nationale Raad stelt nu voor de titels die betrekking hebben op spoedopname, intensieve verzorging en geriatrie toe te kennen aan zowel de A2-gebrevetteerden als de A1-gegradueerden, mits een mogelijke ervaring op die diensten en een bijscholing van 150 uren.

De titel "verpleeghulp" zou worden toegekend aan de mensen die nu verzorgend werk doen en aan degenen die nu in de opleiding BSO-vierde graad zitten, namelijk wat men is gaan noemen de gediplomeerde verpleegkundigen. Ik meen dat die opvattingen duidelijk waren en dat die in de lijn lagen van uw voorstellen.

Mijnheer de minister, u weet dat het mijn idee was één beroepstitel "gegradueerde gebrevetteerde" in het leven te roepen. In de praktijkuitoefening is er immers nauwelijks een onderscheid. Laten we de nieuwe gediplomeerden van de BSO-vierde graad in de functie-uitoefening inzetten als ondersteuning van de verpleegkundigen. Dat is belangrijk omwille van de toegangsmogelijkheden. Het betekent ook een zekere democratisering van het onderwijs, omdat veel mensen vanuit verschillende vooropleidingen - zowel beroepsonderwijs als technisch onderwijs - toegang kunnen krijgen tot de BSO-vierde graad. In de BSO-vierde graad wordt ook een praktijkgerichte opleiding gegeven. Ik herhaal, indien ze een duidelijke plaats zouden krijgen in de uitoefening van de gezondheidsberoepen en indien ook het koninklijk besluit nr. 68, waarin de verpleegkundige handelingen worden beschreven, zou worden aangepast, zouden deze mensen een aantal ondersteunende verpleegkundige taken kunnen uitvoeren.

Tot daar de voorgeschiedenis, tot op 15 september 1998. Ik had gehoopt, mijnheer de minister en ik was er bijna zeker van dat de uitvoering snel zou volgen.

Alle elementen waren aanwezig om beleidsbeslissingen te nemen. Ik vind het jammer dat u dat nog niet hebt gedaan. In het geval van de A2-verpleegkundigen gaat het immers om 40 000 mensen die willen weten welke plaats zij zullen krijgen binnen de gezondheidszorg. Ik heb vernomen dat men opnieuw acties plant. De ongerustheid is bij deze beroepsgroep nogal groot en hier moet dringend een antwoord op komen.

Mijnheer de minister, ik wil u nog een aantal vragen voorleggen. Komen de gebrevetteerde verpleegkundigen, degenen die tot 1998 zijn afgestudeerd, in aanmerking voor de bijzondere beroepstitel verpleegkunde ? Als dat het geval is, hoe kunnen zij dan deze titel verwerven ?

Werden er met de Gemeenschappen overeenkomsten gesloten over de opleiding van de verpleegkundigen en de verpleeghulpen ? Die opleidingen worden immers door de Gemeenschappen georganiseerd. Wat is desgevallend de inhoud van die overeenkomsten ? Als er nog geen overeenkomst is bereikt, welke elementen staan dit dan in de weg ? Welke concrete voorstellen hebt uzelf gedaan in het debat met de Gemeenschappen ?

Hebben de gebrevetteerde verpleegkundigen toegang tot de bijzondere beroepstitel ? Als dat het geval is, welke voorwaarden gelden daarvoor dan ? In hoeveel bijzondere beroepstitels wordt er voorzien ? In het koninklijk besluit van 1994 worden er een aantal voorzien. Voorziet u er in meer dan vermeld in het koninklijk besluit ?

In hoeveel bijzondere beroepsbekwamingen voorziet u ? Ook hiervan werd immers een limitatieve lijst opgenomen in het koninklijk besluit van 14 januari 1994.

Tot slot, zal het nieuwe concept dat u voorstaat eind mei 1999 gerealiseerd worden ? Dat is een belangrijke vraag voor mij. Sedert ik lid ben van de Kamer heb ik u elk jaar ondervraagd over dit thema en u hebt mij steeds beloofd dat u snel oplossingen zou

vinden. Mijnheer de minister, u kent deze problematiek van naaldje tot draadje en ik hoop dat u ze niet aan een volgende minister zult overlaten.

- *Voorzitter : de heer Minne*

De **voorzitter** : Mevrouw Myriam Vanlerberghe heeft het woord.

Mevrouw **Myriam Vanlerberghe** (SP) : Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik zal het zeer bondig houden. De heer Wauters heeft de problematiek reeds grotendeels behandeld, zonder dat ik akkoord ga met al zijn suggesties of oplossingen.

In de eerste plaats is het belangrijk om duidelijkheid te brengen. Ik maak mij vooral zorgen over de onrust in deze middens. Het gaat hier om heel wat mensen, een belangrijke job en een nog groter aantal patiënten. Ik heb een aantal vragen die onder meer geïnspireerd zijn door het antwoord dat minister Baldewijns vorige week gaf in het Vlaamse Parlement. Er zijn ook heel wat vragen uit de sector. Bovendien moeten we op Europees vlak tot één beroepstitel verpleegkunde komen. Voorts weten wij dat het, met het oog op de ervaring en de kennis van de A1- en vooral de A2-verpleegkundigen, niet de bedoeling is minder zorg aan te bieden maar vooral om de kwaliteit van de ziekenzorg te behouden. Ik heb een aantal vragen in verband met de opleiding die reeds gedeeltelijk door minister Baldewijns werden beantwoord. Mijnheer de minister, hoe ver staat u in de gesprekken met Onderwijs ? Het is immers hoe dan ook belangrijk dat u samen tot een besluit komt.

Rekening houdend met het feit dat de houders van een A1-diploma thans, op Europees vlak, verpleegkundigen worden, wat is dan de situatie van de A2-afgestudeerden ? Vooral bij die laatste groep is de onzekerheid merkbaar; zij weten immers niet of zij al dan niet verpleegkundigen mogen worden genoemd.

Voorts, mijnheer de minister, had ik graag vernomen of de hervormingen terzake wel degelijk zullen worden doorgevoerd en afgerond en, in bevestigend geval, over hoeveel tijd betrokkenen zullen beschikken om zich aan te passen aan de eventuele hervormingen.

De **voorzitter** : De minister heeft het woord.

De heer **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen : Mijnheer de voorzitter, de heer Wauters verwees terecht nogmaals naar de rondetafelgesprekken inzake verpleegkunde.

Een aantal voorstellen in dat verband werd goedgekeurd. Ook het, weliswaar beperkte, wetsontwerp inzake het invoeren van een registratiesysteem voor verpleegkundigen, werd door de regering aanvaard en werd voorgelegd aan de Raad van State. Dat zal ons in staat stellen het precieze aantal verpleegkundigen in ons land te bepalen, te zien tot welk niveau zij behoren, vast te stellen of zij werkzaam zijn in verzorgingsinstellingen of in thuisverpleging en of zij voltijds of deeltijds werken.

Om alle misverstanden te vermijden, wens ik nogmaals mijn standpunt toe te lichten omtrent de weg die wij moeten inslaan en die trouwens door de Wereldgezondheidsorganisatie aan alle landen werd aanbevolen. Of verpleegkundigen gegradueerd of gebrevetteerd zijn, feitelijk vervullen zij op het terrein dezelfde taken. Het enige verschil berust in hun vorming en in hun wedde, en dat is onlogisch. Daarom moet men komen tot één categorie van verpleegkundigen die worden opgeleid om te kunnen werken met de moderne medische en verpleegkundige technologie.

Op het einde van de rit moet deze categorie worden aangevuld met een andere beroepstitel, weze het verpleegassistent of verpleeghulp. Begin van de jaren '60 werd bijna geopteerd voor een dergelijk model, maar jammer genoeg vreesde men voor een tekort aan gegradueerden en daarom werd de opleiding van de gebrevetteerden tijdelijk voortgezet. Helaas worden tijdelijke oplossingen vaak definitief. Hoe dan ook, thans wens ik terug te keren tot het stramien dat destijds op tafel lag en dat trouwens ook door de Wereldgezondheidsorganisatie wordt aanbevolen.

De Nationale Raad voor verpleegkunde bevestigde dit standpunt en legde tevens een voorstel neer. Ik gaf aan de voorzitter van de Nationale Raad de gelegenheid om dit voorstel uiteen te zetten en te verdedigen in een interkabinettenwerkgroep van de regering. Vandaag nog lichtte hij het voorstel toe voor een ander gezelschap.

Dit voorstel bevat heel wat elementen die behoren tot de bevoegdheid van de gemeenschappen en de gewesten. Zo wordt bijvoorbeeld gevraagd om een unieke opleiding van minimum drie jaar voor verpleegkundigen te organiseren op het niveau van hoger onderwijs en op hetzelfde ogenblik te starten met een opleiding van minimum twee jaar voor verpleegassistenten op het niveau van beroepsonderwijs.

Bovendien stellen ze voor alle gebrevetteerden automatisch de beroepstitel verpleegkundige te geven. Het diploma krijgen ze niet. Over dat laatste heb ik altijd een afwijkende mening gehad, maar dat is hier nu niet terzake. Indien wij een consensus kunnen bereiken, ben ik altijd bereid mij daarbij aan te sluiten. Ik vind het toch nog altijd een beetje vreemd dat men deze gebrevetteerden wel de titel geeft, maar niet het overeenstemmende loon want dat hangt nog altijd af van het diploma. De A2-gediplomeerden zullen dus wel hetzelfde werk moeten doen als de gegradueerden, maar ze zullen daarvoor geen gelijk loon krijgen.

Bovendien heb ik nog altijd moeite met de houding van de gemeenschappen. Een aantal gebrevetteerden die vooruit willen komen, zijn inmiddels gestart met de A1-opleiding. Ik heb daarvoor de grootste bewondering. De gemeenschappen zijn echter nog altijd niet bereid hun standpunt in deze zaak te wijzigen. Zij eisen dat de personen in kwestie de volledige A1-opleiding volgen, ook al hebben zij een A2-diploma en heel wat beroepservaring. Dat is een enorme opdracht, ook op sociaal vlak, maar sommigen slagen erin de opleiding met succes te beëindigen. Het is volgens mij dus niet correct geen onderscheid te maken tussen degenen die de inspanning wel hebben gedaan en de anderen. Ik ben veeleer voorstander van een systeem waarbij de A2-gediplomeerden, mits een aangepaste supplementaire vorming, liefst het diploma, maar in ieder geval de titel kunnen verwerven.

Tot zover nog eens mijn standpunt.

Vervolgens vestig ik de aandacht op een contradictie. In de commentaren wordt iedereen over dezelfde kam geschoren. Men spreekt van onrust op het terrein. Er is inderdaad onrust in de onderwijssector, maar dan op het vlak van onderwijsstructuren. Bij de A2-gediplomeerden heerst er niet zozeer een onrust. Zij zijn vragende partij voor het model dat ik voorstel. Zij protesteren niet bij de voorstellen die wij ter tafel hebben gelegd. Zij vinden alleen dat de wijzigingen niet vlug genoeg tot stand komen. Dat is niet hetzelfde.

Ik heb deze zaak in de regering aangekaart. In het verleden heb ik daarover besprekingen gevoerd met de gemeenschappen. Ik zal u precies zeggen wat mijn interpretatie is van de toestand. Vanmorgen heb ik een vergadering bijgewoond met alle ministers bevoegd voor het onderwijs. Ik ben er helemaal niet van overtuigd dat de algemene hervorming nog vóór

het einde van dit schooljaar kan worden afgerond. Volgens mij hebben wij daarvoor de gemeenschappen echter niet nodig. We moeten een kat immers een kat noemen. Geen enkele gemeenschap is vragende partij om deze hervormingen er nog dit jaar door te krijgen. Aangezien iedereen erop aandringt dat deze hervormingen er komen in consensus met de gemeenschappen, wat inderdaad de beste oplossing is, zullen we hen een duwtje moeten geven. Ik vermeld daarbij terloops dat het soms niet slecht is hier en daar een duwtje te geven, hoewel dit veel lawaai uitlokt en ik hopen kritiek te verwerken krijg. Wanneer echter alles in kannen en kruiken is, luwt dat wel vanzelf. Zonder duwtje en zonder onze halsstarrigheid met betrekking tot de voorwaarden om tot het beroep van kinesitherapeut te worden toegelaten, was er van deze hervormingen in de gemeenschappen ook niets in huis gekomen. Het komt er in deze wereld alleen maar op aan geen duwtje te veel te geven. Ik heb hen dat vanmorgen ook gezegd.

Ik heb ook wel begrepen hoe de vork aan de steel zit op politiek vlak. Ik heb ervoor gepleit ten minste één onzekerheid uit de weg te ruimen. In gelijk welk scenario heeft niemand voorgesteld om de opleiding voor A2-verpleegkundigen in de zomer van dit jaar te stoppen. Bij elk scenario is in een overgangsperiode voorzien. Studenten die hiervoor belangstelling hebben, kunnen de opleiding nog gerust aanvatten. Zelfs in het voorstel van de nationale raad staat er niets over het niet meer kunnen starten met de opleiding in oktober 1999.

Mijn gesprek met de gemeenschappen heeft mij de indruk gelaten - maar ik ben hier zeer voorzichtig want ik wens te voorkomen dat men mij verwijt subjectieve conclusies te trekken - dat het onderwijsmilieu zich terdege bewust is dat deze operatie vroeg of laat onvermijdelijk is. Ik heb echter begrip voor hun vragen. Bij gebrek aan "filosofie" terzake was het wachten tot 1995 vooraleer het beroepsonderwijs werd hervormd. Ik herhaal dat ik begrip kan opbrengen voor de kritiek van het beroepsonderwijs dat ik hun plannen doorkruis.

Mijnheer de voorzitter, collega's, we moeten een werkgroep oprichten om de problemen op te lossen. Ik maak mij geen illusies en verwacht geen consensus voor het einde van het jaar. Ik heb er bij de onderwijswereld op aangedrongen een "brugfunctie" te organiseren voor degenen die van een A2-opleiding naar het graduaat willen overstappen. Er zijn twee mogelijkheden. Het parlement kan de unieke titel invoeren en de overgang van gebrevetteerde verpleger naar de unieke beroepstitel mogelijk maken als de betrokkene gegradueerde is of als hij/zij gebrevetteerde verpleger is en bereid is bijkomende inspanningen te leveren. Beroepsorganisaties, ziekenhuizen en OCMW's kunnen deze bijkomende opleidingen organiseren. Op juridisch vlak kan men daartegen niets inbrengen. Ik vind het evenwel de taak van het onderwijs om deze bijkomende opleiding te organiseren, omdat de betrokkenen op die manier een diploma verwerven.

Wat de bijzondere beroepstitel betreft, herhaal ik dat deze titel op dit ogenblik alleen geldt voor de diensten Intensieve zorg en Spoedopname. De bijzondere beroepstitel moet mijns inziens worden toegepast in algemene diensten zoals de psychiatrie, de pediatrie en de sociale geneeskunde. De diensten Intensieve zorg en Spoedopname horen niet thuis in dit rijtje en vallen beter onder verzorginginstellingen. De bijzondere beroepsbekwaming moet in een van die sectoren thuishoren. Ik geef een voorbeeld : een bijzondere beroepstitel verzorgingsinstellingen en een bijzondere beroepsbekwaming in brandwonden of chirurgie. Dat is mijn streefdoel.

Het huidige koninklijk besluit bepaalt dat alleen gegradueerden een bijzondere beroepstitel kunnen verwerven. Als het onderwijs erin slaagt een degelijke brug te creëren, is het probleem op indirecte wijze opgelost. Dat is mijn streefdoel.

De **voorzitter** : De heer Joos Wauters heeft het woord.

De heer **Joos Wauters** (ECOLO-AGALEV) : Mijnheer de voorzitter, alhoewel ik de minister dank voor zijn uitgebreid antwoord, blijf ik een beetje op mijn honger zitten.

Mijnheer de minister, u hoort mij niet zeggen dat overleg met de gemeenschappen niet belangrijk is en dat men niet moet zoeken naar mogelijkheden om het onderwijs beter op de maatschappelijke noden af te stemmen. Ik steun uw standpunt terzake. U kunt echter meer doen en zelf beslissingen nemen op het vlak van de organisatie van de verpleegkunde. U kunt een wetsontwerp opstellen inzake de ene beroepstitel en de overstapmogelijkheden regelen. U kunt eveneens initiatieven nemen voor degenen die niet als gebrevetteerde verpleger zullen afstuderen. Op dit ogenblik is de opleiding van gediplomeerde verpleegkundige een BSO-opleiding vierde graad. Vroeger was dit anders. Op basis van het koninklijk besluit van 1978 kunt u nieuwe activiteiten in de verpleegkunde vastleggen voor deze groep afgestudeerden.

U haalt terecht aan dat de ziekenhuisassistenten met hun tweejarige opleiding jaren geleden ook een aantal verpleegkundige taken konden uitvoeren.

Mijnheer de minister, ik begrijp niet dat u deze beslissing hebt genomen. U bent de bevoegde minister. Ongeacht verder overleg kunt u dus beslissingen nemen. Ik pleit niet voor het inperken van de BSO-opleiding tot een tweejarige opleiding. De driejarige BSO-opleiding kan naar mijn mening blijven bestaan. Hiermee wordt de mogelijkheid geboden een aantal belangrijke opdrachten te vervullen in de beroepsuitoefening van verpleegkundige taken.

Ik weet ook dat minister Baldewijns en mevrouw Onkelinx andere meningen hebben. Zij pleiten voor het behoud van de driejarige opleiding opdat de afgestudeerden op een evenwaardig niveau als de gebrevetteerden van vroeger in het beroep kunnen stappen. Volgens mij is dat geen logische redenering. De inhoud van de opleiding is verschillend van de vroegere opleiding der gebrevetteerden. Maar ik begrijp hun politieke motivering. Zij willen de mensen die deze opleiding volgen niet meedelen dat deze opleiding wordt afgeschaft. Een consequente houding terzake zou hen nochtans geen windeieren leggen. Toch stel ik vast dat zij geen consequente houding aannemen.

Mijnheer de minister, in de onderwijsmiddens heerst er grote onrust. Ook bij de gebrevetteerden blijft de onrust groot. Zij weten niet welke plaats ze zullen innemen bij de uitoefening van hun beroep. Zij weten niet op welke manier zij toegang kunnen krijgen tot de algemene beroepstitel en tot de verschillende bijzondere beroepstitels. Ik heb reeds aangehaald dat ook vele gebrevetteerden bijzondere beroepsopleidingen volgen. Zij onderwijzen dikwijls de spoedcursussen, de cursussen intensieve verzorging of de geriatriecursussen. De meest competente lesgevers worden voor die opleidingen aangetrokken.

Mijnheer de minister, ik heb een motie opgesteld die komaf wil maken met de gelijkstelling, zowel inzake de normering van de beroepstitels als inzake beroepsbekwaming. Vóór eind mei 1999 moet dit doel worden verwezenlijkt.

De **voorzitter** : Mevrouw Myriam Vanlerberghe heeft het woord.

Mevrouw **Myriam Vanlerberghe** (SP) : Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik stel vast dat in de werkgroep veel werk aan de winkel zal zijn.

Ik begrijp uw bekommernis vanuit het oogpunt van de volksgezondheid. Ik hoop dat wij met het onderwijs terzake een consensus kunnen bereiken. Het is van belang terzake duidelijkheid te scheppen. Ik begrijp de heer Wauters als hij zegt dat wij zo vlug mogelijk moeten streven naar zoveel mogelijk gelijkschakeling. Ik weet niet of ik er genoeg van overtuigd werd om die stelling over te nemen. Wij moeten vooral streven naar duidelijkheid. De vraag rijst of iedereen op dezelfde basis, vanuit welke opleiding ook, dezelfde titel of hetzelfde diploma moet krijgen.

Mijnheer de minister, ik heb ook vernomen dat het nog niet voor morgen zal zijn. Het belangrijkste is dat alle betrokkenen de kans zullen krijgen mee te werken om alzo tot de beste oplossingen te komen, vooral in het belang van de patiënten.

- *Voorzitter : mevrouw Vanlerberghe*

De **voorzitter** : Mevrouw Ingrid van Kessel heeft het woord.

Mevrouw **Ingrid van Kessel** (CVP) : Mijnheer de minister, graag herhaal ik een van mijn vragen die ik reeds naar aanleiding van een andere interpellatie heb geformuleerd. U zegt dat de weg naar de beroepstitel "algemene verpleegkundige" niet voor morgen is.

Ik heb u voorgesteld de beroepstitel "gediplomeerde verpleegkundige" te isoleren van het grote besluit. De huidig afgestudeerden verkeren in een juridisch vacuüm. Zij beantwoorden niet aan een beroepstitel. Daarom stel ik voor deze titel te isoleren aangezien de realisatie van het geheel meer tijd vraagt. U bevestigt hier dat die realisatie niet voor morgen is. Het is een reden te meer om een beroepstitel tot stand te brengen voor de gediplomeerde verpleegkundigen zodat zij hun activiteiten op het terrein kunnen uitoefenen. Mijnheer de minister, ik dring aan dit op korte tijd te realiseren.

Ik heb ook nog een tweede vraag. Collega Vandeurzen heeft u vroeger reeds een vraag gesteld over de normering in de financiering van de mobiele equipes in de ziekenhuizen. U hebt toen geantwoord dat u de koninklijke besluiten gewoon zou laten publiceren als u het advies van de Raad van State op 1 januari 1999 nog niet had ontvangen. Deze datum is ondertussen verstreken, wat gaat u nu doen ?

De **voorzitter** : De minister heeft het woord.

Minister **Colla** : Mevrouw de voorzitter, collega's, vanmorgen heb ik getracht even na te gaan welke concrete stappen er de volgende maanden moeten worden gezet. Mevrouw Van Kessel, ik wil ook uw vraag daarbij in overweging nemen.

Wat de mobiele equipes betreft, heb ik inderdaad gezegd dat ik de koninklijke besluiten desnoods zou laten publiceren zonder advies van de Raad van State. Eind december heb ik van de Raad van State vernomen dat het advies zo goed als klaar is. Ik verwacht het advies dan ook binnen de eerstkomende dagen op mijn bureau te ontvangen zodat ik mij ervan kan vergewissen dat de financiering vanaf 1 januari geen probleem zal vormen.

De **voorzitter** : Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

En conclusion de cette discussion, des motions ont été déposées.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer Joos Wauters en luidt als volgt :

"De Kamer, gehoord de interpellatie van de heer Joos Wauters

en het antwoord van de minister van Volksgezondheid en Pensioenen, vraagt aan de regering in de bestaande en toekomende wetgeving en regelgevingen over personeelsnormen, beroepstitels en beroepsbekwamingen in de gezondheidssectoren, de gebrevetteerde en gegradueerde verpleegkundigen op een evenwaardige en gelijkwaardige manier te behandelen en de nodige legistieke aanpassingen in die zin te doen en dit vóór einde mei 1999."

Une motion de recommandation a été déposée par M. Joos Wauters et est libellée comme suit :

"La Chambre, ayant entendu l'interpellation de M. Joos Wauters

et la réponse du ministre de la Santé publique et des Pensions, invite le gouvernement à traiter les infirmiers brevetés et gradués sur un pied d'équivalence et d'égalité dans le cadre des législations et réglementations existantes et à venir relatives aux normes du personnel, aux titres de la profession et aux qualifications professionnelles dans les secteurs de santé, et de procéder aux aménagements législatifs en ce sens, et ce, avant la fin du mois de mai 1999."

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Ingrid van Kessel en Miche Dejonghe.

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Ingrid van Kessel et Miche Dejonghe.

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

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

Question orale de M. Didier Reynders au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "la prise en charge des personnes autistes" (n° 1762)

Mondelinge vraag van de heer Didier Reynders aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de tenlasteneming van autisten" (nr. 1762)

La **présidente** : La parole est à M. Didier Reynders.

M. **Didier Reynders**, président du groupe PRL-FDF : Madame la présidente, monsieur le ministre, sur la base de travaux effectués durant deux ans par une commission qu'elle avait constituée, la Fondation Roi Baudouin a rédigé, en avril 1997, un rapport sur l'autisme.

Toute une série de recommandations ont été évoquées dans ce rapport.

La principale d'entre elles avait pour objet de progresser un peu dans l'étude de cette maladie (sa définition, la manière d'organiser sa prise en charge, sa détection, son diagnostic et les soins à apporter à cette affection).

Les recommandations touchaient non seulement aux compétences fédérales mais aussi à celles d'autres niveaux de pouvoir (communautés ou régions) suivant les transferts parfois réalisés entre ces institutions.

L'essentiel de la réflexion contenue dans le rapport déposé en avril 1997, portait sur cette volonté de voir mieux définir l'affection, organiser son dépistage et son diagnostic, ce éventuellement en collaboration entre les différents niveaux de pouvoir et, à l'échelon fédéral notamment, en collaboration entre votre département et la recherche scientifique.

Depuis, j'ai surtout été contacté par des parents qui ont le sentiment que ce rapport n'a pas eu beaucoup de suites. Je voudrais donc vous demander quel a été réellement le suivi à l'échelon de votre département ou en concertation avec les communautés et/ou les régions, en particulier dans le domaine de la recherche d'une meilleure définition de cette affection et d'une prise en charge plus adéquate.

Didier Reynders

Un des éléments mis en avant était la mise en place à travers le pays d'un nombre suffisant de centres de référence - ce concept était explicité - dans lesquels on peut mettre en commun les différents aspects de recherche, de diagnostic, et d'accompagnement éventuel.

Aujourd'hui, les personnes confrontées à cette affection se posent surtout la question de savoir où elles peuvent s'adresser. Elles voudraient qu'on leur dise exactement à quelle catégorie appartiennent les enfants qui souffrent de cette maladie et, dès lors, quel type de personnel peut s'en occuper et selon quel type de procédure. De quel type de remboursement, d'aide, d'assistance financière peuvent-elles bénéficier ? Question qui n'est pas la moindre étant donné l'importance de cette affection. A quel niveau de pouvoir (communautés ou Etat fédéral) doivent-elles s'adresser ?

Où en est la mise en oeuvre de ces recommandations ? Des initiatives ont-elles été prises isolément à l'échelon de votre département ou en concertation avec d'autres départements fédéraux, voire avec les communautés et régions ?

La **présidente** : La parole est au ministre.

M. **Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions : Madame la présidente, dès réception de la question, j'ai vérifié ce qui se passait sur le terrain et j'ai constaté qu'il n'existe pas grand-chose.

En ce qui concerne la définition, il semble que les scientifiques et les médecins se basent sur la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé ainsi que sur celle d'une instance américaine qui a travaillé sur ce problème.

Pour ce qui est de la recherche scientifique, je n'ai pas pu savoir si elle existait réellement dans ce domaine. Le budget de la Santé publique prévoit un budget annuel de quelque 170 millions de francs pour le fonds médical. Lorsque je suis arrivé dans ce ministère, ce montant était alloué sans demander d'explications sur son utilisation. Je ne veux pas dire que ces sommes n'étaient pas utilisées à bon escient. Mais j'ai tenté de donner quelques priorités et j'ai demandé qu'une partie de ce budget soit affectée à la recherche dans certains domaines. Je vais donc voir avec le fonds médical s'il est possible de faire une effort supplémentaire.

Vous avez parlé d'un centre de référence. Quelle est la situation en psychiatrie, et plus particulièrement en ce qui concerne les enfants ? Les mesures concrètes prises sont plutôt d'ordre général et doivent en principe également être bénéfiques pour cette catégorie d'enfants. La philosophie actuelle est, plutôt que de créer des centres spécifiques pour une maladie donnée, de renforcer la totalité du secteur de la psychiatrie pour enfants. Un accord existe actuellement au sein de la conférence interministérielle des ministres de la Santé publique pour un concept plus intégral. Des mesures concrètes ont déjà été prises en ce qui concerne les plates-formes et certaines normes ont été augmentées en matière d'encadrement dans les unités pour enfants. Récemment, de l'argent a été trouvé pour la réalisation de quelques projets pilotes. Mais, d'après mes informations, il n'y a en Wallonie qu'un seul hôpital que l'on puisse réellement qualifier de spécialisé dans ce domaine. En Flandre, les efforts sont plutôt dirigés vers le secteur ambulant.

Je suis en faveur de la mise en place de quelques centres de référence - pas trop nombreux - et je suis disposé à examiner cette possibilité. Cela a déjà été fait pour la maladie d'Alzheimer où nous avons une *clearing-house*, qui n'est pas un centre de thérapie, mais un centre spécialisé en la matière où toute personne concernée par le problème peut s'informer.

Le **président** : La parole est à M. Didier Reynders.

M. **Didier Reynders** (PRL-FDF) : Monsieur le président, je remercie le ministre de sa réponse. Si je ne viens pas très souvent en commission de la Santé publique, j'espère que mon intervention fera effectivement progresser les choses puisque j'apprends que vous comptez ouvrir une réflexion sur ces centres de référence.

L'objectif de mon intervention était de signaler que la principale recommandation du rapport d'une fondation, sorti voilà bientôt deux ans, n'avait toujours pas eu de retombées directes sur les programmes.

Monsieur le ministre, je vous remercie de bien vouloir mettre ce point à l'ordre du jour dans la répartition des moyens octroyés à la recherche scientifique et peut être aussi, d'attirer l'attention sur la nécessité de créer des centres, plus directement consacrés à une affection spécifique.

Comme indiqué dans le préambule du rapport de la fondation, les familles de certains patients ont aujourd'hui le sentiment de n'entrer dans aucune catégorie et d'être, dès lors, ballottées d'un secteur médical à l'autre sans jamais très bien savoir quelle est la réponse apportée à leur problème. Les parents d'enfants atteints d'une affection ne sont pas nécessairement médecins eux-mêmes, et encore moins psychiatres ou spécialisés dans cette affection.

Il faut donc pouvoir leur donner une réponse. Je serais satisfait si l'on peut aller dans cette direction, à travers la recherche scientifique et peut-être l'ouverture d'une réflexion sur l'instauration d'un ou plusieurs centres de référence spécialisés.

La difficulté aujourd'hui vient d'une sorte de non-prise en compte spécifique de cette affection. Je ne suis pas médecin. Je ne sais pas si cette maladie est identifiable de manière plus précise que les définitions données aujourd'hui par l'OMS, mais nous sentons un réel malaise chez beaucoup de personnes concernées par cette maladie.

Je le répète, monsieur le ministre, je vous remercie de vouloir ouvrir la réflexion sur une approche plus spécifique de cette affection.

Le **président** : L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Questions orales jointes de :

- M. Marceau Mairesse au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "le financement des SMUR" (n° 1786)

- M. Didier Reynders au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "le financement des services de transport urgent de malades" (n° 1813)

- M. Paul Tant au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "les récentes normes concernant les services d'urgence et de soins intensifs" (n° 1816)

- M. Luc Goutry au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "les normes concernant les services d'urgence et de soins intensifs" (n° 1823)

Samengevoegde mondelinge vragen van :

- de heer Marceau Mairesse aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de financiering van de MUG" (nr. 1786)

- de heer Didier Reynders aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de financiering van de MUG's" (nr. 1813)

- de heer Paul Tant aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de recente normering inzake spoedgevallen en intensieve zorgen" (nr. 1816)

- de heer Luc Goutry aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de normen inzake spoedgevallendienst en intensieve zorgen" (nr. 1823)

Le **président** : La parole est à M. Marceau Mairesse.

M. **Marceau Mairesse** (PSC) : Monsieur le président, monsieur le ministre, différents arrêtés royaux reprenant les normes d'agrément et les critères de programmation pour les services mobiles d'urgence ont été publiés récemment.

Or, si ces mesures sont judicieuses puisqu'elles tendent à favoriser un accueil de qualité pour les patients, elles ne paraissent pourtant pas avoir été assorties de mesures financières adaptées.

Ainsi, de nombreux hôpitaux connaissent actuellement des difficultés quant à la mise en oeuvre des normes d'agrément prévues dans lesdits arrêtés royaux, faute de moyens appropriés.

A cet égard, la presse faisait récemment état de la situation particulièrement difficile du centre de santé des Fagnes, ce dernier devant supporter une charge financière annuelle supplémentaire de 24 millions, en raison des nouvelles mesures.

Cette situation est plus que préoccupante pour l'hôpital de Chimay, amené à faire appel à la solidarité régionale pour faire fonctionner ses services d'urgence spécialisés.

Sachant que ce petit hôpital, dépendant d'une modeste intercommunale locale, est le seul en Région wallonne et en Communauté française à se situer en dessous de la barre des 150 lits, sachant aussi qu'il n'y a, autour de cet établissement, aucun autre hôpital voisin dans un rayon de 30 km et que le SMUR de Chimay est amené à intervenir pour une population de 50 000 habitants, l'on peut comprendre l'importance de la problématique liée au soutien financier de la fonction hospitalière du SMUR.

Cette question du financement des SMUR se pose, par ailleurs, dans beaucoup d'autres hôpitaux, notamment à Liège, comme l'a fait remarquer mon collègue Lespagnard lors de la discussion de votre note de politique générale.

Aussi, monsieur le ministre, je me permets de vous demander les précisions suivantes.

Quelle a été l'évaluation budgétaire au moment de l'élaboration des normes d'agrément des SMUR ?

Votre administration constate-t-elle aussi les difficultés financières visées plus haut ?

Comment envisagez-vous de répondre aux besoins exprimés par les différents hôpitaux, qui sont contraints de respecter les normes légales d'agrément ?

Pouvez-vous donner des précisions quant à la répartition des 125 millions de francs prévus pour 1999 dans le cadre de cette problématique ?

Enfin, ne peut-on envisager un soutien spécifique pour l'hôpital de Chimay, lequel ne bénéficie d'aucun financement des coûts fixes engendrés par les normes de fonctionnement relatives aux services d'urgence, SAMU, garde médicale du soir pour les soins intensifs, comme c'est le cas, par exemple, pour les hôpitaux de plus de deux cents lits ?

La **présidente** : La parole est à M. Didier Reynders.

M. **Didier Reynders**, président du groupe PRL-FDF : Madame la présidente, monsieur le ministre, en préambule, je tiens à réitérer mon souhait de voir fonctionner des services efficaces de transport urgent de malades, quelle que soit la forme sous laquelle ils sont organisés. Par ailleurs, je souhaite que cela se fasse avec du personnel qualifié.

Une des rares fois où j'ai assisté à cette commission, monsieur le ministre, soit en avril 1996, je vous avais interrogé sur la formation et l'agrément en la matière et vous m'aviez annoncé des arrêtés royaux. J'ai pu constater que ceux-ci ont entre-temps été adoptés.

Je ne remets pas en cause les normes d'agrément ou les qualifications requises pour exercer cette profession bien au contraire puisque je les appelais de mes voeux. A l'époque, j'avais toutefois trouvé la comparaison que vous aviez faite avec le transport de viande un peu excessive.

De manière concrète, le respect des normes d'agrément a eu des conséquences financières qui peuvent se répercuter sur les services.

Depuis quelque temps, on nous signale aussi des problèmes d'encaissement de factures que connaissent les services de transport urgent et des difficultés rencontrées dans le cadre du subventionnement public, notamment de la part du fonds de l'aide médicale urgente.

A côté de cela, mon attention a été attirée sur le financement d'une partie de la Croix Rouge, à travers les dispositions de la loi du 7 août 1974 et de ses arrêtés d'exécution, et en particulier les 0,35% prélevés sur les primes d'assurance en responsabilité civile automobile, outre les 0,10% qui sont déjà alloués à la transfusion sanguine.

M. **Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions : Non, cela fait partie des 0,35%.

M. **Didier Reynders** (PRL-FDF) : C'est exact. Veuillez m'excuser.

M. **Colla**, ministre : Le pourcentage existant, de 0,25%, a été augmenté de 0,10% en vue de subventionner les transfusions sanguines.

M. **Didier Reynders** (PRL-FDF) : Il serait intéressant de connaître l'affectation précise des 0,25% qui existaient déjà.

Des discussions doivent avoir lieu sur le financement des SMUR. Auparavant, j'aimerais savoir comment vous évaluez la répercussion des normes techniques et des agréments sur le coût de fonctionnement de ces institutions. Etes-vous saisi des remarques concernant les difficultés d'encaissement que connaissent les service de transport médical urgent ? On parle en effet de 25% de factures impayées.

Comment situez-vous le mécanisme instauré par la loi de 1974 dans l'ensemble du système mis en place aujourd'hui ? Quelle en est la destination spécifique, outre la transfusion sanguine ? Le système ne devrait-il pas être revu de façon plus large dans une vision d'ensemble du secteur, plutôt que dans un mécanisme spécifiquement destiné à la Croix Rouge ?

Voilà, monsieur le président, monsieur le ministre, les questions que je souhaitais poser au sujet de la situation actuelle, sachant que des discussions devront bientôt avoir lieu au sujet des mécanismes de financement, sur lesquels certains collègues reviendront peut-être ultérieurement.

De **voorzitter** : De heer Paul Tant heeft het woord.

De heer **Paul Tant**, voorzitter van de CVP-fractie : Mevrouw de voorzitter, vooraf bedank ik u voor de gastvrijheid waarmee ik in uw commissie ben onthaald.

Paul Tant

Mijnheer de minister, de CVP-fractie is steeds voorstander geweest van het nieuwe ziekenhuisconcept waarbij de financiering eerder gebaseerd is op de behandelde pathologieën en activiteiten dan wel op een aantal puur kwantitatieve gegevens. Uit dit nieuwe concept vloeit de noodzaak voort tot schaalvergroting of minstens tot samenwerking tussen de ziekenhuizen. Niettemin blijft de regionale spreiding van ziekenhuizen onzes inziens belangrijk, zeker voor de - als ik het algemeen mag stellen - urgentiegeneeskunde, een onderwerp dat ons vandaag bezighoudt.

Ik stamp ongetwijfeld open deuren in wanneer ik zeg dat er enige reactie is vanwege de medici op dit nieuwe concept. Bovendien lijkt het mij dat een groot deel van de regionale ziekenhuizen het kind van de rekening dreigt te worden. Vandaar mijn vragen.

Ten eerste, een aantal regionale ziekenhuizen moet drie permanenties verzekeren omdat zij niet alleen intensive care verstrekken en beschikken over een eigen MUG, maar ook een spoedgevallendienst hebben. Ik verneem zopas dat er wat dat betreft enige wijzigingen aan het nieuwe plan zijn aangebracht. Mijnheer de minister, er moet toch minstens kunnen worden overwogen om de medici die de permanentie verzekeren voor een spoedgevallendienst en een intensive care-afdeling van zulke regionale ziekenhuizen, ook voor de permanentie voor de MUG in te zetten. Indien men dit niet doet, dan zou er wel eens een reële ongelijkheid tussen patiënten kunnen worden gecreëerd. Ik verklaar mij nader. De aanrijtijden in een gebied met een regionaal ziekenhuis zijn natuurlijk veel groter dan in een agglomeratie met grotere ziekenhuizen. Het moet toch de bekommering van de overheid zijn dat iedereen dezelfde zorg geniet.

Ten tweede vraag ik mij af - dit is misschien wat gewaagd - of het echt nodig is dat een medicus die dienst heeft bijvoorbeeld in de MUG, permanent fysiek aanwezig is in ofwel de rustkamer of de spoedgevallendienst en wacht tot er zich iets voordoet. Ik vraag mij af of dit wel helemaal decent is. Persoonlijk zou ik er moeite mee hebben om zonder meer af te wachten en volgens mij zijn er vele anderen uit hetzelfde hout gesneden.

Ten derde, ik begrijp niet goed waarom de minister de verplichting oplegt aan artsen om minstens halftijds aan het ziekenhuis in kwestie verbonden te zijn, willen zij in de urgentiegeneeskunde ingeschakeld worden. Wat is de motivatie voor deze regel ? Is het niet voldoende te eisen dat de artsen volwaardig, deskundig en controleerbaar de wachtdienst waarnemen ? Overigens, kan ook niet overwogen worden om huisartsen in te schakelen, een idee die hier en daar wordt bepleit ?

Minister **Colla** : Dat wordt inderdaad mogelijk. De huisartsen moeten wel beschikken over het brevet urgentiegeneeskunde dat zij in één jaar kunnen halen.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Is dat in de oorspronkelijke teksten ingeschreven ?

Minister **Colla** : Inderdaad, dat is ook een van de punten waartegen sommige specialisten storm lopen, omdat zij menen dat dergelijke bepalingen er niet thuishoren.

Een dergelijke specialisatie is nuttig op het terrein.

Ik wil de heer Tant even onderbreken om een volledig overzicht te geven. Er zijn reeds ziekenhuizen die voor hun spoeddiensten een beroep doen op huisartsen zonder brevet. Op een bepaald ogenblik werd mij verweten dat ik aan de basis van deze praktijk lag. Dat is niet zo. Ik heb slechts geconstateerd dat het zo is. Ik vraag alleen maar dat de huisartsen die worden ingezet minstens over het brevet van urgentiegeneeskunde zouden beschikken. Dit brevet kan aan alle medische faculteiten in één jaar worden behaald.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Ik ben er trouwens van overtuigd dat dit de motivatie van de huisartsen voor de wachtdiensten kan aanscherpen en hen vertrouwd maakt met een deel van de medische praktijk die hen dreigt te ontsnappen.

Minister **Colla** : Dat is trouwens een punt van kritiek van een bepaald deel van het artsenkorps.

De heer **Paul Tant** (CVP) : De minister zal begrijpen dat dit niet echt mijn specialiteit is. Ik geef enkel uiting aan de bezorgdheden van een aantal ziekenhuizen uit mijn regio.

Een ander probleem zijn de geneesheer-specialisten in opleiding. Tijdens de eerste jaren van hun opleiding worden deze geneesheren vooral in regionale ziekenhuizen tewerkgesteld. Voor de rest van hun opleiding gaan ze naar universitaire of grotere ziekenhuizen. Met andere woorden, van zodra zij enig rendement halen, schakelen ze over. Aangezien de inschakeling van de GSO's in de universitaire ziekenhuizen groter is, dreigt er een discriminatie te ontstaan. Vaak staan ervaren specialisten en anesthesisten in regionale ziekenhuizen in voor de urgentiedienst, terwijl GSO's die dienst waarnemen in D.U. universitaire ziekenhuizen, die vaak met ernstiger gevallen worden geconfronteerd. Ik wil de minister even op deze scheefgroei wijzen. Als ik goed ben ingelicht, is er terzake trouwens een compromis in de maak. Ik zou graag vernemen wat dit compromis inhoudt.

Ook met betrekking tot het vereiste brevet in de urgentiegeneeskunde zou een vergelijk zijn bereikt. Ook hierover had ik graag meer informatie gekregen. In elk geval meen ik dat de tijdspanne, die in de oorspronkelijke teksten werd vooropgesteld, te kort is. Bovendien is het wenselijk om ook met de opgedane ervaring rekening te houden. Ten slotte moeten de financiering en de nomenclatuur aan de nieuwe normen worden aangepast. Dat geldt zeker voor de MUG's. Welke initiatieven neemt de minister in dit verband ?

De **voorzitter** : De heer Luc Goutry heeft het woord.

De heer **Luc Goutry** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, ik ben even moeten wijken voor mijn fractievoorzitter. Los van elkaar hebben wij over hetzelfde probleem een vraag ingediend. In de voorbije weken was een goede coördinatie niet echt mogelijk. Ik meen dat de maatregelen van de minister goed en nodig zijn. Er moeten kwaliteitsnormen zijn voor de diensten spoedgevallen en intensieve verzorging, waar levens worden gered. Anderzijds moet ook worden gekeken naar wat er in de praktijk bestaat. Ik meen dat het doel van de minister was om te corrigeren en om de kwaliteit te bewaken wanneer die wordt bedreigd.

Ik heb over deze problemen van gedachten gewisseld in een aantal ziekenhuizen in mijn streek. Men kan het in dit verband over regionale ziekenhuizen hebben, maar toch zijn ze zeer belangrijk. Ze bedienen immers een groot hinterland.

In de eerste plaats werden mij statistieken getoond over de snelheid waarmee een interventiedienst ter plaatse kan zijn bij ongevallen. Dit is immers het belangrijkste.

Volgens de mensen, die daarmee te maken hebben, is er altijd een sleutel, met name snel ter plaatse zijn. Hoe sneller men ter plaatse is, hoe vlugger kan worden opgetreden en hoe meer levensreddende handelingen kunnen worden uitgevoerd.

Ik meen dat de snelheid rechtstreeks evenredig is met de spreiding. Hoe meer plaatsen er zijn vanwaaruit kan

worden uitgerukt, hoe meer kwaliteitsverhogend kan worden gewerkt inzake de snelheid van het ter plaatse zijn bij een ongeval. Die plaatsen mogen uiteraard mekaar niet overlappen of tegenwerken en daarin hebt u terecht ordening gebracht. Er moet een evenwichtige spreiding zijn.

Er volgt dan een tweede fase, met name de behandeling zelf die natuurlijk afhangt van de instelling waarin men wordt ondergebracht.

Ik sluit mij aan bij mijn collega-fractieleider, mijnheer de minister. Hij heeft een aantal voorbeelden opgesomd - ik had nagenoeg dezelfde genoteerd - waarbij wordt vastgesteld dat, als men een normering in die mate gaat doorvoeren, dit werkelijk ambtshalve een natuurlijke selectie zal teweegbrengen. De kleinere regionale ziekenhuizen zullen nooit aan een dergelijke normering kunnen beantwoorden. Die mensen beschikken immers niet over een batterij assistenten om een patiënt te behandelen wanneer de arts, tijdens een nachtpermanentie, voor een ingreep wordt opgeroepen. Als men dan onmiddellijk, midden in de nacht, een gelijkwaardig persoon moet kunnen oproepen, dan is dat voor een kleiner ziekenhuis geen evidentie.

Als aan een hooggespecialiseerd arts wordt gezegd dat hij enkel en alleen mag wachten op een noodoproep - en in een regionaal ziekenhuis is dit gemiddeld een tot twee keer per 24 uur - dan is dit financieel onhoudbaar. Dit is voor een ziekenhuis gewoon niet doenbaar. Die man kan op dat ogenblik uiteraard ander nuttig werk verrichten en zich toch voldoende ter beschikking stellen op het ogenblik dat het nodig is. Ik verwijs naar de rijtijden, de tijd die men nu nodig heeft om patiënten op te halen.

In Torhout is er een regionaal ziekenhuis dat een grote streek bedient. Dit geldt ook voor Tielt. Zij hebben een functie in de streek want er is geen ander ziekenhuis. Welnu, zij hebben een gemiddelde rijtijd van acht minuten. Men geraakt in acht minuten ter plaatse, zelfs tot in Diksmuide en men heeft daar, tot grote tevredenheid van de mensen die het slachtoffer van een ongeval zijn geworden, in veel gevallen heel performant kunnen optreden.

Het zijn precies deze mensen die nu in de problemen geraken. Ik vraag mij af, mijnheer de minister, hoe we samen tot een zinvolle discussie kunnen komen en ervoor zorgen dat we geen debatten uitlokken die we beiden niet willen. Wij zouden er moeten kunnen voor zorgen dat de ziekenhuizen die een belangrijke sleutelfunctie vervullen aan de normen kunnen voldoen en in die zin ook het goede werk dat zij steeds hebben verricht, kunnen voortzetten.

Ik kom tot mijn laatste opmerking. We hebben het hier vooral over erkenningsnormen maar er is natuurlijk ook een probleem van financiering. Als de financiering niet wordt aangepast aan die erkenningsnormen en als alles blijft zoals het nu wordt vooropgesteld, dan trekt u sowieso onmiddellijk een lijn onder de performante werking van heel wat regionale ziekenhuizen. Alles zal dan worden geconcentreerd in enkele grotere centra waarvan betwist wordt dat zij, vooral inzake de snelheid van het ter plaatse zijn, in de toekomst dezelfde kwaliteit zullen kunnen bieden.

De **voorzitter** : De minister heeft het woord.

De heer **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen : Mevrouw de voorzitter, collega's, dit is een belangrijk onderwerp en het biedt mij de gelegenheid om het geheel van het probleem samen met de leden van deze commissie te overlopen.

Ik wens eerst een voorafgaandelijke bemerking te formuleren. Wat de financiering betreft, heeft het departement van Volksgezondheid natuurlijk maar een relatief beperkte bevoegdheid. We zitten hier nagenoeg volledig op het terrein van Sociale Zaken en het RIZIV.

Terloops stip ik hier aan dat dit in mijn ogen een fundamenteel probleem is dat vroeg of laat door regering en parlement zal moeten worden getrancheerd.

Ik ben ervan overtuigd dat het gezondheidsbeleid door het RIZIV gevoerd wordt vanuit de centen. Men is boos op mij als ik dit zeg. Als vanuit het oogpunt volksgezondheid echter nieuwe normen worden opgesteld, dan zou normaal de financiering moeten volgen. Indien men dat echter weigert en eigen normen ontwikkelt, dan ontstaan er situaties die haaks staan op elkaar.

Persoonlijk denk ik dat het orde op zaken stellen in deze sector een van de belangrijkste uitdagingen zal zijn voor de volgende legislatuur.

Dat is, ten eerste, geen onbelangrijk discussie-element in het kader van de totale gezondheidszorg.

Ten tweede verheugt het mij dat de collega's het zelf hebben gezegd, maar spoedgevallen, MUG en intensieve zorg zijn typische diensten die te maken hebben met leven en dood. Als u weet dat tot nu toe deze diensten alleen maar kwalitatieve regels hadden via een bijlage bij een scannerbesluit en dat sinds 1994 de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen erop aandringt dat er iets komt, dan weet u ook dat het de hoogste tijd is om daadwerkelijk iets te doen.

Ik stel enkel vast dat een bepaald artsensyndicaat zegt dat het allemaal niet nodig is, maar in 1994 zelf mee adviezen heeft gegeven in het kader van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen. Dat is een contradictie.

Ten derde, collega's, sta mij toe voor een keer advocaat van de duivel te spelen. Ik begrijp de bezorgdheden en de overwegingen van de ziekenhuizen en de artsen. Mag ik evenwel vragen dat men de zaak ook eens bekijkt vanuit het standpunt van de patiënt ? Collega Tant, concreet, u stelt bijvoorbeeld de vraag of één permanentie voor de diensten spoedgevallen en intensieve zorg kan volstaan.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Mijnheer de minister, ik heb gezegd dat twee permanenties voor de twee diensten die werden genoemd, zouden moeten kunnen volstaan, ook wat de permanentie van de MUG-dienst betreft.

Minister **Colla** : Goed. Sommigen die kritiek hebben op de permanenties waarin we voorzien, zijn bijvoorbeeld van oordeel dat één permanentie volstaat voor de twee diensten tezamen. Indien een arts zich bezighoudt met een patiënt op de dienst intensieve zorg en op dat moment iemand op de spoedafdeling wordt binnengebracht - en er dus geen arts beschikbaar is - is dat vanuit het standpunt van de patiënt onverantwoord.

Mijnheer Tant, ik citeer uw voorbeeld. Sommigen zeggen dat voor de dienst spoedgevallen en de MUG één permanentie volstaat. Dat betekent dat een arts die op de spoedgevallendienst staat, toch een half uur afwezig is als er een oproep komt voor de MUG. Als dan een patiënt op de spoedgevallendienst wordt binnengebracht, dient hij een half uur te wachten vooraleer er een arts bij hem komt. Dat is toch onaanvaardbaar !

De financiering is natuurlijk ook een probleem, maar daarop zal ik straks terugkomen. Als men op diensten zoals spoedgevallen, intensieve zorg of MUG een degelijke dienstverlening wil organiseren, doet men bijna per definitie aan *overshooting*. Men kan aanvoeren dat dit economisch niet verantwoord is. Als op een nacht evenwel patiënten worden binnengebracht en het redden van hun leven hangt af van het al dan niet aanwezig zijn van een arts, is de vraag wat de gemeenschap daarvoor over heeft.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Mijnheer de minister, ik heb het opzettelijk gehad over de drie wachtdiensten.

Minister **Colla** : Collega Tant, ik heb uw voorbeeld aangehaald om aan te geven dat ik een aantal eisen op tafel heb liggen van een bepaalde groep artsen die ontevreden is. Ik probeer daarop nu een antwoord te geven.

Wat is de stand van zaken ? De koninklijke besluiten voor de diensten intensieve verzorging en spoedgevallen werden gepubliceerd in juni 1998 en voor de MUG-diensten in augustus. Als men normen opstelt, kan men daarover met de mensen op het terrein theoretisch lang discussiëren, maar het is pas op het moment dat ze moeten worden geïmplementeerd dat men vaststelt dat er bepaalde problemen zijn. Ik heb van in het begin gezegd dat ik bereid ben aan de tafel te gaan zitten en in de kortste tijd te corrigeren als het noodzakelijk is.

Ik zal het eerst over de procedure hebben en straks over de inhoud. Een artsensyndicaat heeft zich begin december tot mij gewend om mij mee te delen dat het twee specifieke problemen had. Een eerste probleem was dat ik van specialisten die reeds jarenlang in de spoedafdeling werken nu een brevet eis. Het artsensyndicaat is van oordeel dat de jarenlange ervaring van deze artsen dient te worden geassimileerd met een brevet. Hoewel het mijns inziens voor goede artsen niet onoverkomelijk kan zijn een brevet te halen, heb ik daar oren naar. Ook voor de verpleegkundigen komt een jarenlange ervaring immers in aanmerking.

Het tweede probleem was dat zij menen dat specialisten in de basisdisciplines ook in de toekomst geen brevet moeten halen. Het artsensyndicaat is er vooral tegenstander van dat deze artsen zouden worden beoordeeld door de erkenningscommissie van de urgentisten. Ik durf hier niet te herhalen wat de ene categorie specialisten over de andere categorie - de urgentisten - zegt in mijn aanwezigheid. Mocht ik dergelijke opmerkingen maken, men zou wat meemaken in dit land !

Wij hebben getracht daarvoor een oplossing te vinden. Wij willen een gemengde commissie opzetten waarin de beide categorieën van specialisten vertegenwoordigd zijn. Zij moeten uitmaken of een bepaalde categorie van specialisten in haar opleiding voldoende theorie en praktijk in de urgentiegeneeskunde heeft gehad om te worden geassimileerd met een brevet.

Er werden ook bepaalde correcties aangebracht.

Er wordt gepubliceerd dat het "dankzij uw tussenkomst is dat de spoedgevallendiensten gered zijn, maar dat het nu van de baan is". Twee weken nadien, zonder terug aan de onderhandelingstafel te komen, stoken ze de geneesheren in de ziekenhuizen op om te gaan staken tegen heel het project. Datzelfde artsensyndicaat weigert bovendien in de medico-mut om van het te verdelen pakket van 5,2 miljard frank, ook maar een frank vrij te maken voor de financiering van de nieuwe zwaardere normen voor de spoedgevallendiensten. Dat is niet correct.

Ik ben rond de tafel gaan zitten met al de organisaties die correct zijn geweest en dan denk ik aan alle ziekenhuisorganisaties, zowel van de privé- als van de openbare sector en aan het andere artsensyndicaat. Wij hebben een akkoord bereikt. Ik moet nog enkele organisaties raadplegen en er kunnen nog schriftelijke opmerkingen worden gemaakt. Vorig jaar riep het syndicaat op tot een staking in de spoedgevallendiensten. Ik noem dat chantage en ik geef daar niet aan toe.

Verschillende collega's hebben mij gevraagd wat de situatie was en wat nu ter tafel ligt.

Ik geef eerst enige toelichting bij de spoedgevallendienst. Het diensthoofd moet een specialist zijn die ook de bijzondere beroepstitel "urgentist" heeft. Wij voegen daaraan toe dat die bijzondere beroepstitel niet vereist is in de overgangsperiode van twee jaar. Indien een ziekenhuis iemand voor die functie voor ogen heeft die deze titel evenwel nog niet bezit, kan dat nog geregeld worden. Dat is de eerste correctie die we zullen aanbrengen.

Een tweede reeks van correcties heeft te maken met de medische permanentie in de dienst spoedgevallen en MUG. In het huidige koninklijke besluit staat reeds dat er ten minste één arts moet zijn en dat het aantal artsen moet verhogen naarmate de activiteit dit vereist.

Wie komt hiervoor in aanmerking ? Uiteraard de specialisten met de bijzondere beroepstitel urgentiegeneeskunde, maar ook de specialisten die in opleiding zijn om deze bijzondere beroepstitel te halen en artsen, zowel specialisten als huisartsen, die het brevet van urgentiegeneeskunde gehaald hebben. Bovendien was er nu al een overgangsperiode van twee jaar mogelijk en konden specialisten zonder bijzondere beroepstitel of zonder brevet gedurende de daaropvolgende twee jaren worden ingezet.

Wij zullen daaraan enkele bepalingen toevoegen.

Ten eerste zullen specialisten met twee jaar ervaring in de dienst spoedgevallen met het behalen van een brevet worden gelijkgesteld.

Ten tweede zullen specialisten worden gelijkgesteld met het behalen van een brevet als die gemengde commissie van urgentisten en specialisten oordeelt dat zij aan de normen voldoen.

Ten derde, kunnen ook specialisten die in hun derde jaar opleiding zitten tijdens de overgangsperiode van twee jaar daarvoor in aanmerking komen. Nadien moeten ze het brevet halen.

Ten vierde, kunnen artsen die de bijzondere beroepstitel "intensivist" hebben, in aanmerking komen voor de dienst spoedgevallen en de MUG zonder de bijzondere beroepstitel "urgentist". Met deze verruimingen wensen wij te voorkomen dat bepaalde artsen zouden worden gediscrimineerd en wensen wij te garanderen dat er voldoende mensen zullen zijn die aan de nieuwe criteria beantwoorden.

Een ander probleem waarover heel wat vragen zijn gesteld, betreft de cumulatie van de permanenties.

In theorie zou men in de ziekenhuizen die over alle functies beschikken tot vier permanenties kunnen komen. In de algemene erkenningsnormen van de ziekenhuizen staat dat vierentwintig uur op vierentwintig "een arts" aanwezig moet zijn. Als men zegt dat in alle ziekenhuizen een permanentie georganiseerd moet zijn, zou men naast de poortwacht ook een permanentie kunnen hebben op de spoedopname, in de MUG en op de intensieve verzorging. In theorie zou men daar vier artsen hebben, die in het ziekenhuis moeten overnachten.

Wat de intensieve verzorging betreft, staat reeds in het koninklijk besluit dat die permanentie kan worden gecumuleerd met de poortwacht. In het stramien dat wij zijn overeengekomen voor een basishospitaal, dat noch over een gespecialiseerde spoedopname, noch over een MUG, noch over de speciale functie intensieve verzorging beschikt, wordt bepaald dat één arts de wachtdienst doet.

Als men naast de poortwacht één specialist heeft, bijvoorbeeld poortwacht plus spoedopname of poortwacht plus intensieve verzorging, volstaat één permanentie, maar dan moet het wel een specialist zijn. Dan volstaat een huisarts met brevet niet.

Indien het om drie functies gaat, met name poortwacht, spoed en MUG, volstaan twee permanenties. Als er verscheidene functies zijn, laten we in

feite telkens de poortwacht vallen. Als de vier functies voorkomen, reduceren we ze tot drie permanenties. Dit betekent dat in de specifieke functies telkens een arts aanwezig moet zijn, die indien nodig kan ingrijpen als bij een van de patiënten in het ziekenhuis problemen rijzen.

Dat is wat thans wordt voorgesteld. Ik denk dat we op die wijze tegemoet komen aan de zorg om niet aan *overshooting* te doen met betrekking tot de cumulatie van permanenties.

U stelt een vraag in verband met de discriminatie tussen kleinere en grotere ziekenhuizen. Welnu, volgens de bestaande regels zou het in een groter ziekenhuis kunnen voorkomen dat alleen
derdejaars-specialisten-in-opleiding de permanentie verzorgen. Zoiets kan niet als men de kwaliteit wil garanderen. Er moet dus telkens een specialist aanwezig zijn.

Men vraagt zich af of men iemand kan immobiliseren op de spoedgevallendienst. Collega's, het gaat hier wel duidelijk om de speciale functie "zware spoedgevallen". We moeten de achtergrond van dit probleem bekijken. We komen in ons land uit een filosofie waarbij iedereen alles moet kunnen doen. Dat is niet goed voor de kwaliteit en inzake kostenbeheersing is het evenmin doenbaar. Men vergeet te zeggen dat we in een ander koninklijk besluit bepalen dat elk ziekenhuis de eerste opvang in de spoedopname moet kunnen doen, maar dat dit kan gebeuren door de arts die de poortwacht doet. Daarvoor zijn nu de normen vastgelegd.

Als men zegt dat de permanentie-arts in een bepaald ziekenhuis met de vingers zit te draaien, moet men zich afvragen of dat ziekenhuis wel nood heeft aan een zware spoedgevallendienst. Als men een zware spoedgevallendienst wil hebben, moet men er ook van uitgaan dat een patiënt geen half uur kan wachten voordat hij een arts ziet.

Collega's, ik heb contact opgenomen met ziekenhuizen en ik heb kennis genomen van voorbeelden waarvan men zich achteraf afvraagt of het wel nodig was onmiddellijk een arts te raadplegen. Bijvoorbeeld, onlangs komt een dame op een dienst Spoedgevallen aan met een niet te stelpen bloedneus. Het is een dame op leeftijd, die bang is en niet weet wat er met haar aan de hand is. Die dame moest 25 minuten wachten vooraleer er een arts aankwam. Een dergelijk ziekenhuis moet niet beweren over een zware spoedgevallendienst te beschikken. Dat kan toch niet ! Dergelijke situaties wens ik te voorkomen. Ik wens ook te voorkomen dat de specialist in bed ligt, terwijl zijn stagiair op de spoedgevallendienst zit. Ik heb geen problemen met een goede vergoeding voor artsen, maar wel met de verwijten die men naar voren brengt.

Wat is bijvoorbeeld het probleem voor een orthopedist, naarmate men bestendig een arts heeft in de spoedgevallendienst ? Er komt iemand binnen met een gebroken arm of been, een eenvoudige breuk dus. Een orthopedist zegt dan dat het waarschijnlijk niet tot een opname komt en dat hij het 's anderendaags niet kan doen. Mogen wij de dames en heren artsen dan soms niet vragen om een *pool* te maken van de inkomsten in het ziekenhuis en daar zelf een verdeelsleutel voor op te stellen ? Mag ik soms niet klagen over een situatie waarin men in zijn bed ligt en het werk laat doen door de stagiair en toch geld verdient ? Als ik dat doe, klaagt men over mij. Ik begrijp dat maar ik kan daar niet aan toegeven. Ik hoop dat u mijn mening deelt.

Vervolgens is er het probleem van de opeenvolgende permanenties. Ik ben bereid om het koninklijk besluit terzake te preciseren als er misverstanden zijn. Men kan niet tolereren dat een arts twee permanenties na elkaar doet, ook niet op verschillende diensten. Als een arts een permanentie van 24 uur achter de rug heeft op de dienst Spoedgevallen, mag hij niet onmiddellijk daarna een tweede permanentie doen op de dienst Spoedgevallen of de dienst Intensieve zorg. Dat is evident. Wij verbieden niet dat iemand die bijvoorbeeld op de dienst Spoedgevallen permanentie heeft gedaan 's anderendaags opereert of consultaties doet. Het kan een kalme nacht zonder patiënten zijn geweest. De vraag of het steeds aangewezen is dat iemand die 24 uur wacht heeft gedaan daarna nog gaat opereren, is een ander paar mouwen. Wij verbieden dat echter niet.

In het koninklijk besluit staat "uitsluitend". Men wil dat men als arts met permanentie tussentijds nog consultaties kan doen. Ik moet echter met meer dan één partner rekening houden. De ziekenhuisorganisaties willen daarvan niet weten. Zij zijn het beu dat een arts die voor permanentie wordt betaald supplementair consultaties doet, terwijl een stagiair moet instaan voor de kwaliteit van de gespecialiseerde spoedgevallendienst. Als hij de permanentie wil doen, moet hij ze ook verzekeren. Iedereen is het erover eens dat het geen probleem is dat hij een ronde doet in een zaal als er niemand op de dienst Spoedgevallen binnenkomt. Dan is hij immers direct beschikbaar.

Er is nog een laatste probleem in verband met de permanentie. Een dokter van een ziekenhuis in Duffel schrijft in de krant dat wanneer hij als chirurg op de dienst Spoedgevallen staat en er iemand binnenkomt die geopereerd moet worden, hij het niet zelf mag doen van de minister. Dat is onjuist en het staat zeker niet in het koninklijk besluit. Hij mag wel degelijk opereren maar er moet dan wel voor worden gezorgd dat er een andere arts naar de dienst Spoedgevallen komt. Er is dus geen verbod om zelf te opereren. Het gaat hier immers om dringende gevallen. Overdag zijn er ongetwijfeld andere chirurgen aanwezig en 's nachts moet hij dan een andere arts oproepen. Als er een chirurg van dienst is, kan hij zelf de operatie uitvoeren. Hij moet er echter wel voor zorgen dat er binnen de kortst mogelijke tijd iemand anders aanwezig is om de permanentie op de afdeling Spoedgevallen te verzorgen.

Dat is de situatie. Ik heb u de belangrijkste elementen gegeven. Ik heb hierover met de ziekenhuisorganisaties en één artsensyndicaat gesproken. Zij willen eerst de juridische implicaties bekijken maar ik meen dat wij het eens zijn over de contouren. Ik las nu een laatste ronde in om de nieuwe teksten aan iedereen voor te leggen. Iedereen zal vervolgens de kans krijgen om daarover opmerkingen te maken.

Vervolgens kom ik tot het tweede grote hoofdstuk, met name de financiering. Wat de financiering van de dienst Spoedgevallen betreft, is het krediet voor de verpleegdagprijs voor 1999 supplementair 276 miljoen frank opgenomen voor de dienst Spoedgevallen. Hiermee kan men de supplementaire kosten als gevolg van de zwaardere normen inzake het verplegend personeel opvangen. Dat is mijn job.

De nomenclatuur en de honoraria voor artsen die omwille van de zwaardere normen op de spoedopnamediensten werkzaam zullen zijn, is een zaak van het RIZIV. Dat is niet mijn bevoegdheid. Zonder mij schuldig te maken aan demagogie steek ik niet onder stoelen of banken dat ik de discussie inzake de financiering en over de indexenveloppe grof vind. De Medico-mut beschikt over een enveloppe van 5,2 miljard frank voor de financiering van honoraria. 400 miljoen frank zal worden besteed aan de oogartsen. Zij beschikken in totaal over 900 miljoen. Collega's, maak zelf de rekening.

Ik heb de voorzitter van de Medico-mut een brief geschreven om hem erop te wijzen dat er nieuwe normen voor de spoedgevallen gelden, zodat het niet

slecht zou zijn een deel van het budget te gebruiken voor aanpassing van tarieven, honoraria en nomenclatuur voor de artsen in spoedgevallendiensten.

Het artsensyndicaat dat met staking dreigt, weigert tot op heden 1 frank van de 5,2 miljard frank hiervoor vrij te maken. Het eist wel supplementaire middelen. Wat wil dat zeggen ? Eisen zij bovenop de 5,2 miljard frank nog bijkomende middelen voor de honoraria in de spoedopnamediensten ? Mag ik de indruk hebben dat die ene frank te veel is.

De voorzitter van de Medico-mut heeft geantwoord dat de zaak niet verloren is en er nog een mogelijkheid blijft bestaan om deze problematiek te regelen. *Tant mieux.*

Mevrouw de voorzitter, collega's, ik herhaal dat de Medico-mut verantwoordelijk is voor dit deel van de financiering van de spoedopnamediensten. Ik herhaal eveneens dat ik hen heb gewaarschuwd dat zij de nodige middelen moesten halen uit de enveloppe van 5,2 miljard frank.

Bovendien verneem ik dat het RIZIV zijn regeltjes zal moeten aanpassen. Op dit ogenblik werkt het RIZIV inzake permanenties met drie soorten forfaits : voor de poort, voor de dienst intensieve zorg en de spoedopnamedienst. Deze forfaits komen niet overeen met de nieuwe normen. Het is evident dat de regelgeving terzake moet worden aangepast. Tot op heden werd ik echter nog niet op de hoogte gebracht van enige aanpassing.

Ik wens wat dieper in te gaan op de financiering van de MUG.

Op de begroting 1999 voor de verpleegdagprijs werd 125 miljoen frank vrijgemaakt. Het is de bedoeling om aan elke erkende MUG een forfait te geven. Men spreekt van een bedrag van 2,5 miljoen frank. Ik voeg eraan toe dat een erkende MUG slechts mogelijk is als men over een erkende spoedgevallendienst beschikt. Deze problematiek werd in de interministeriële werkgroep onderhandeld. De wijzigingen van de koninklijke besluiten met betrekking tot de spoedgevallendiensten en de MUG werden met de gemeenschappen besproken. Zij hebben geen bezwaar gemaakt maar kunnen nog steeds bemerkingen formuleren.

Als men rekening houdt met de snelheid waarmee MUG's op jaarbasis kunnen worden erkend, volstaat 2,5 miljoen frank.

Ik voeg er twee elementen aan toe. De forfait van 2,5 miljoen frank is niet de enige bron van inkomsten. Alhoewel de MUG-interventie niet als dusdanig in de RIZIV-nomenclatuur werd opgenomen, vloeien hieruit een aantal intellectuele en technische prestaties voort. Wat de MUG betreft, vrees ik dat we bij de begrotingscontrole en zeker in de toekomst geconfronteerd zullen worden met problemen. De forfait voor de MUG zal wezenlijk moet worden opgetrokken. De meeruitgaven tengevolge van de nieuwe normen inzake de spoedverpleegkundigen werden reeds verrekend in het budget. De nieuwe normen inzake verpleegkundigen van de MUG werden nog niet in het budget verrekend. Dat is een probleem.

Daar is er een probleem. Bij de komende begrotingscorrecties moet het een belangrijke eis van Volksgezondheid zijn.

En ce qui concerne le cas précis que vous avez cité, un hôpital de moins de 150 lits peut exister grâce à une dérogation basée sur la répartition géographique des établissements hospitaliers. Dans un pareil cas, faut-il prévoir un service spécifique de soins intensifs ou à tout le moins un minimum de trois lits pour ce type de soins ?

Quant au financement des services d'urgence de type lourd, je ne crois pas qu'il y ait un problème. J'ai déjà expliqué que le budget prévoyait un poste pour les infirmières. Il faut évidemment améliorer la partie INAMI mais c'est notamment pour ce type d'hôpitaux que je demande une augmentation conséquente du forfait pour les SMUR. Si, à un moment donné, on procède à cette augmentation de manière sélective, il faudra accorder la priorité aux cas dont nous discutons.

De financiering van de afdeling intensieve verzorging moet grondig onder de loep worden genomen. Het huidige puntensysteem zal moeten worden aangepast. Het budget dat op dit ogenblik voor de verpleegdagprijs geldt, kan volgens mij voldoende zijn. Een werkgroep buigt zich er momenteel over om het systeem van financieren concordant te maken aan de huidige normen. Zij kunnen ons ook informeren mocht er een probleem van financiering zijn, gezien de nieuwe normen voor medische en verpleegkundige permanentie.

Il n'existe pas de financement propre des services liés aux ambulances. Les tarifs ont été augmentés pour la dernière fois en 1995, de manière considérable. Je ne me souviens pas des chiffres exacts mais je crois qu'ils ont presque doublé. Pour le reste, il faut savoir qu'en 1998, quelques 22 ambulances ont été mises à la disposition des pouvoirs publics pour assurer le service.

Si, dans mon exposé général, je n'ai pas encore abordé les questions spécifiques liées aux urgences, SMUR ou autres, je répondrai par la suite au cas par cas.

J'en viens aux questions de M. Reynders, notamment en ce qui concerne la Croix Rouge. Le quota de 0,10% (plus ou moins 70 millions de franc belges) se rapporte aux centres de transfusion. Le montant de 0,25% sert à subsidier la Croix Rouge pour la totalité de ses activités, sans autre précision. Je n'ai rien changé au système, c'est comme cela depuis toujours. Peut-être faudrait-il se mettre autour d'une table afin de discuter de la destination de cet argent et avoir l'assurance qu'il est utilisé à des fins de santé publique valables ?

Le fonds 1999 s'élèvera à quelques 27 millions. Les dépenses effectuées en 1998 se sont élevées à plus ou moins 23 millions. On me dit que les estimations en dépenses, pour 1999, seraient de quelques 25 millions. Ce qui est prévu au budget devrait donc suffire mais il faudra contrôler sur le terrain si tout se passe comme prévu.

Chers collègues, j'espère m'être montré complet. Au moins aurez-vous une idée globale de la situation.

M. **Didier Reynders** (PRL-FDF) : Et en ce qui concerne les centres de formation ?

M. **Colla**, ministre : Nous avons pris un retard vis-à-vis des centres de formation. En effet, sur la base de l'arrêté royal, nous aurions dû démarrer dès octobre 1998. Actuellement, quatre provinces disposent déjà de centres agréés; dans d'autres, les préparatifs s'achèvent : il convient seulement de formaliser les changements dans les statuts.

Pour la formation permanente et le danger qu'elle représente, il est vrai que, juridiquement parlant, cela peut poser des problèmes. Comme cela évolue de façon positive, j'ai décidé de considérer la situation avec souplesse.

La **présidente** : La parole est à M. Marceau Mairesse.

M. **Marceau Mairesse** (PSC) : Madame la présidente, je remercie le ministre pour ces informations. Je n'avais nullement l'intention de remettre en question la portée de ces arrêtés royaux. Au contraire, il me semblait intéressant d'améliorer l'accueil des patients.

Dans ces matières, je ne suis nullement le porte-parole d'une quelconque organisation de médecins, mais un des porte-paroles, comme Jean-Marie

Delizée aurait pu l'être, de représentants communaux qui ont pour mission de gérer une clinique pluraliste, quasiment au bout du monde. Certains collègues se demandent même si Chimay est bien situé en Belgique, tellement nous sommes loin.

Monsieur le ministre, si un jour la petite clinique des Fagnes devait disparaître, je ne vous conseille pas d'être impliqué dans un accident dans cette région. Il vaudrait mieux vous achever sur place, car vous vous trouverez à une heure de route de toute clinique en Belgique.

J'ai pensé légitime de vous rapporter toute l'inquiétude de ces gestionnaires qui, au travers des arrêtés royaux, ont fait leurs comptes, peut-être bassement financiers, pour en conclure que ces mesures leur coûteraient 24 millions. Qui d'autre que les communes environnantes, peu peuplées et peu riches, en viennent à cofinancer ces mesures ? Dans votre réponse, j'ai bien entendu la partie qui prévoyait de revoir, peut-être, l'aspect financier du problème.

Puis-je me permettre une petite suggestion ? Si vous voulez un exemple de ce que peut engendrer comme surcoût la portée de ces arrêtés royaux, je vous invite à analyser les comptes de la clinique des Fagnes de Chimay. Quand je tire la sonnette d'alarme devant le risque de mettre en péril ce service public, ce n'est nullement surfait. Monsieur le ministre, avec vos collaborateurs, penchez-vous sur la comptabilité de ce type de clinique, vous comprendrez alors ce que je voulais dire aujourd'hui.

La **présidente** : La parole est à M. Didier Reynders.

M. **Didier Reynders** (PRL-FDF) : Madame la présidente, sur certains points, les orientations annoncées dont la réalité sera vérifiée sur le terrain, paraissent positives.

Citons, entre autres la mise en place, tardive certes, ce qui peut se comprendre dans un tel secteur, mais progressive des centres de formation.

Il me paraît intéressant, à entendre les critiques relatives au transport des malades, de recevoir la réponse de la Croix Rouge sur l'utilisation des montants : ils ont été décidés dans un cadre, à une époque où le problème ne se posait pas de la même manière. Cette justification pourrait faire taire des commentaires critiques sur le sujet, du moins, je l'espère pour la Croix-rouge. Vous pourriez en faire la demande, car il serait utile de connaître l'affectation des sommes prélevées sur l'assurance "responsabilité civile automobile".

Pour le reste, je vous remercie de vos réponses. Nous vérifierons évidemment que tout cela se traduise par de l'argent, sonnant et trébuchant, sur le terrain.

De **voorzitter** : De heer Paul Tant heeft het woord.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik verneem met genoegen dat het aantal dokters die moeten opereren vanuit de MUG, afhangt van het aantal keren dat de MUG moet uitrukken. Ik meen ook te hebben begrepen dat minstens één geneesheer de MUG moet vergezellen.

Minister **Colla** : Eén arts moet ter beschikking staan van de MUG en één van de spoedgevallendienst. Dat betekent aldus dat er twee artsen ter beschikking staan, waardoor de "poortwacht" mag wegvallen.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Ik had begrepen, mijnheer de minister, dat wat de MUG betreft, er meer artsen ter beschikking moesten staan naargelang de werkdruk.

Minister **Colla** : Dat is het geval voor de dienst Spoedgevallen en de dienst Intensieve zorg waar minstens één arts beschikbaar moet zijn. Maar voor een ziekenhuis met een belangrijke spoedopnamedienst kan men uitgaan van het principe dat er twee artsen beschikbaar moeten zijn naargelang het werkvolume. Dienaangaande bestaan er echter geen criteria in cijfers uitgedrukt.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Voorts, mijnheer de minister, laat u op één uitzondering na de poortwacht vallen.

Minister **Colla** : Inderdaad.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Dat betekent aldus dat in een ziekenhuis met een dienst Spoedgevallen, een dienst Intensieve zorg en een MUG, er telkens drie dokters ter beschikking moeten staan.

Minister **Colla** : Ja.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Volgens mij is dat wat hoog gegrepen. Ik verklaar mij nader.

In sommige ziekenhuizen rukt de MUG slechts één, twee of drie keer per dag uit. Kunt u zich voorstellen dat ook in dergelijk geval een arts vierentwintig uur ter beschikking moet staan, vrijwel zonder te bewegen. Immers, volgens de voorschriften terzake moet die persoon steeds aanwezig zijn hetzij op de spoedafdeling zelf, hetzij in de wachtzaal. Ware het niet aangewezen deze voorschriften anders te formuleren door bijvoorbeeld te bepalen dat betrokken arts binnen een welbepaalde tijd tot actie moet kunnen overgaan ? Uiteraard moet hierop controle kunnen worden uitgevoerd, hoewel ik niet twijfel aan ieders beste intenties terzake.

Wat ik niet decent vind, mijnheer de minister, is dat specialisten worden geïmmobiliseerd.

Minister **Colla** : Mijnheer Tant, ziekenhuizen die geen belangrijke spoeddienst hebben, kennen die verplichting niet. De ziekenhuizen vragen zelf een erkenning aan als zij beschikken over een belangrijke spoeddienst. Mochten zij op die afdeling geen werk genoeg hebben, dan zouden zij die erkenning niet aanvragen en behouden zij het statuut van een gewone dienst Spoedopnamen.

Wat moet er gebeuren wanneer tijdens een rustige nacht de arts die ter beschikking staat van de dienst Intensieve zorg toch uitrukt met de MUG en er inmiddels iemand wordt binnengebracht op de dienst Intensieve zorg ? Dat zou snel de krantenkoppen halen.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Mijnheer de minister, indien de normen hoog worden gesteld, dreigt men voor bepaalde regionale ziekenhuizen het bestaan van bepaalde voorzieningen in het gedrang te brengen. En dat heeft ook gevolgen. Men mag niet vergeten dat regionale ziekenhuizen soms een groot gebied bedienen en daardoor erg waardevol zijn in die streek. Door te hoge normen vast te leggen, dreigt men dit dienstenpakket echter volledig teniet te doen.

Het komt erop aan de juiste normen te bepalen, waarbij rekening wordt gehouden met de topografische elementen terzake.

Minister **Colla** : De kosten voortvloeiend uit de investeringen betreffende de architecturale normen zijn in de begroting voor de verpleegdagprijs opgenomen. Er werd reeds voorzien in de kosten verbonden aan het extra verplegend personeel. Voor de spoeddienst kan dit geen problemen vormen, maar voor de MUG wel. Vandaar onze eis tot het bepalen van een forfait.

De heer **Paul Tant** (CVP) : Mijnheer de minister, daarover heb ik het precies.

Kan in een ziekenhuis dat zowel over een spoeddienst als over een dienst intensieve verzorging beschikt, de permanentie van die diensten niet worden ingezet wanneer de MUG slechts vier- of vijfmaal per dag uitrukt ?

De **voorzitter** : De heer Luc Goutry heeft het woord.

De heer **Luc Goutry** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, ik merk bij de minister een grote betrokkenheid, een enorme bekommering zelfs, in die mate dat uw opwinding tot een spoedopname zou kunnen leiden. *(Gelach)*

Mijnheer de minister, uw opmerking dat de financiering de normering moet dekken was politiek niet onbelangrijk. Ook wij zijn die mening toegedaan. U vindt daarvoor bij ons een perfecte bondgenoot.

Ik heb op uw opmerking niet gereageerd, maar de rondzendbrief werd heel wat later verstuurd dan de datum van publicatie van de koninklijke besluiten.

Minister **Colla** : De rondzendbrief zal worden aangepast aan de correcties die aan het koninklijk besluit zullen worden aangebracht.

De heer **Luc Goutry** (CVP) : Inderdaad. Het is belangrijk dat wij mekaar goed verstaan. Het standpunt dat ik hier heb vertolkt, was niet het standpunt van het artsensyndicaat. Die discussie raakt mij niet. Een corporatistisch achterhoedegevecht interesseert mij niet. Ik vertolk vooral de bekommering van de ziekenhuizen zelf komt. Het zijn de personen die op het terrein ervaring hebben, die moeten proberen het ziekenhuis bekendheid te geven. Zij hebben er geen belang bij geen kwaliteit te kunnen bieden.

Minister **Colla** : De aangebrachte correcties waren ook in het voordeel van de organisaties van de particuliere ziekenhuizen. Wij hebben hierover gesprekken gevoerd met de heer Lippens, de specialist terzake. Hij heeft zijn achterban geraadpleegd. Wij hebben ook vergaderd met de mensen van het VOV. De informatie werd ook doorgegeven aan "Affiche", een vereniging die een niet onbelangrijk aantal ziekenhuizen in Wallonië groepeert.

De heer **Luc Goutry** (CVP) : Mijnheer de minister, ik besluit da u samen met ons de bezorgdheid deelt dat ook regionale ziekenhuizen die op dat vlak ambities koesteren en terzake een traditie kennen de mogelijkheid moeten krijgen om hun werk in optimale en betaalbare omstandigheden voort te zetten. Ik noteer dat u nog steeds bereid bent hiervan werk te maken, niet ten behoeve van de artsensyndicaten maar van de ziekenhuizen. Ook zal een evaluatie moeten worden gemaakt.

Minister **Colla** : Ik heb de partners gezegd dat het volgens mij evident is dat tussen vandaag en anderhalf jaar een evaluatie zal volgen. In principe wordt telkens opnieuw een overgangsperiode van twee jaar vooropgesteld. Op die manier kunnen correcties worden aangebracht vooraleer het systeem volledig op kruissnelheid draait.

De heer **Luc Goutry** (CVP) : Onze vraag is dit systeem in de toekomst ook toepasbaar te maken voor ziekenhuizen die geen schaalgrootte hebben zoals de ziekenhuizen met zware diensten, maar die op het terrein toch zeer verdienstelijk werk verrichten. Het is onze betrachting dat deze ziekenhuizen niet uit het systeem worden geweerd.

Le **président** : L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Question orale de M. Olivier Deleuze au secrétaire d'Etat à la Sécurité, à l'Intégration sociale et à l'Environnement sur "le rapport fédéral sur le développement durable" (n° 1792)

Mondelinge vraag van de heer Olivier Deleuze aan de staatssecretaris voor Veiligheid en voor Maatschappelijke Integratie en Leefmilieu over "het federaal verslag inzake duurzame ontwikkeling" (nr. 1792)

Le **président** : La parole est à M. Olivier Deleuze.

M. **Olivier Deleuze** (ECOLO-AGALEV) : Madame la présidente, monsieur le ministre, une loi votée par la Chambre, intitulée "loi relative à la coordination de la politique fédérale de développement durable", a été publiée au Moniteur belge le 18 juin 1997. Elle prévoyait la publication d'un rapport fédéral sur le développement durable. Ce rapport devait paraître, pour la première fois, dix-huit mois après la mise en vigueur de la loi, soit fin décembre 1998. Or, je constate qu'à ce jour, le parlement n'a toujours pas reçu ce rapport.

Par ailleurs, un arrêté royal du 1er décembre 1998, paru au Moniteur belge du 22 décembre 1998, a trait à ce rapport fédéral. Il stipule notamment qu'"au cours de l'année de la rédaction d'un rapport fédéral" - je suppose donc qu'il s'agit de l'année 1998 - "le Bureau fédéral du Plan communiquera à la Commission, avant le 31 mars, un projet de structure et, avant le 30 septembre, un premier projet de rapport".

Rédiger des textes, c'est bien. Mais où se trouve ce rapport fédéral et quand sera-t-il en notre possession ?

De **voorzitter** : De staatssecretaris heeft het woord.

De heer **Peeters**, staatssecretaris voor Veiligheid en voor Maatschappelijke Integratie en Leefmilieu : Mevrouw de voorzitter, collega's, het Planbureau heeft een heel lange uitleg gegeven, maar aangezien de heer Deleuze een korte vraag heeft gesteld, zal ik kort antwoorden.

Op het ogenblik is de eerste draft van het volledige rapport half in het Nederlands half in het Frans van de auteurs van het federaal Planbureau klaar. Op het einde van deze maand heeft de eindredactie plaats en zal men ook de administraties en de betrokken sociale groepen van het middenveld ontmoeten, waarna de tekst begin februari kan worden vertaald, gelay-out, gedrukt en verspreid. Er is dus inderdaad een vertraging van een tot twee maanden die vooral te wijten is aan het feit dat het federaal Planbureau de personen van de task force die het rapport moesten opmaken, bij de publicatie van de wet terzake nog moest rekruteren. De aanwervingsprocedures daartoe namen toch wel enkele maanden in beslag, wat geresulteerd heeft in deze vertraging. Ik zal u de schriftelijke verantwoording van het Planbureau later bezorgen.

De **voorzitter** : Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

- La réunion publique de commission est levée à 16.45 heures.

- De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.45 uur.