

vergadering **C161 – WEL12**

zittingsjaar 2011-2012

Handelingen

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en
Armoedebeleid

van 6 maart 2012

INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Heeren tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de organisatie en kwaliteit van het niet-dringend liggend ziekenvervoer in Vlaanderen - 1164 (2011-2012)	3
Vraag om uitleg van de heer Bart Van Malderen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de score van laaggeschoolden op de gezondheidsdoelstellingen - 1130 (2011-2012)	7
Vraag om uitleg van mevrouw Katrien Schryvers tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vrijheidsberoving van minderjarigen - 1263 (2011-2012)	13
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een tekort aan rvt-bedden in de Vlaamse woonzorgcentra ten gevolge van de federale besparingen - 1274 (2011-2012)	16
Vraag om uitleg van de heer Felix Strackx tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het aanpassen door de Vlaamse Regering van de geluidsnormen voor muziekfestivals en de mogelijke gevolgen ervan voor de volksgezondheid - 1286 (2011-2012)	25

■

Voorzitter: de heer Tom Dehaene

Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Heeren tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de organisatie en kwaliteit van het niet-dringend liggend ziekenvervoer in Vlaanderen - 1164 (2011-2012)

De voorzitter: Mevrouw Heeren heeft het woord.

Mevrouw Veerle Heeren: Voorzitter, minister, collega's, toen ik een paar weken geleden de Panoramareportage over het dringend ziekenvervoer zag, had ik een déjà-vugevoel. Het heeft lang geduurd vooraleer ik het verschil kende tussen dringend en niet-dringend liggend ziekenvervoer. Intussen weet ik dat het ene een Vlaamse materie is en het andere een federale. De kern van de zaak is dat het vervoer van zieken of klanten naar een ziekenhuis of verzorgende instellingen op een kwalitatieve manier moet gebeuren.

Minister, ik heb het dossier dus nog eens opgediept. Ik woon ook in een regio waar mensen die gespecialiseerd zijn in niet-dringend liggend ziekenvervoer mij, maar ook u, met een zekere regelmaat aan de mouw trekken om te zeggen dat het beter kan. Ze waren ook zeer opgetogen over de Panorama-uitzending omdat ze dachten en hoopten – en ik samen met hen – dat er op het federale niveau nu stappen in de goede richting zouden worden gezet om voor een verbetering te zorgen.

Ik wil me vandaag beperken tot het niet-dringend liggend ziekenvervoer in Vlaanderen. Onze collega uit Limburg, Riet Van Cleuvenbergen, heeft in 2004 de verdienste gehad om het dossier in dit parlement ter sprake te brengen, eerst met een resolutie en een hoorzitting, als ik me niet vergis, en nadien zelfs met een decreet. Er werd een algemene regeling ingevoerd, waarbij door zelfregulering van de sector moest worden voldaan aan een aantal kwaliteits- en veiligheidseisen ter bescherming van de gebruiker. Acht jaar later zijn haar zorgen van destijds nog even actueel.

In 2004 werd het decreet geïmplementeerd. Op 17 maart 2006 is, onder impuls van toenmalig minister Vervotte, door de Vlaamse Regering een onafhankelijke commissie niet-dringend liggend ziekenvervoer opgericht. De commissie kreeg de opdracht de minimumkwaliteitseisen voor het niet-dringend liggend ziekenvervoer te bepalen, te actualiseren en de voortgang ervan te bewaken. De insteek was altijd zelfregulering, maar de Panoramareportage wijst toch wel op een erg grote diversiteit. In 2009 heb ik zelf een initiatief genomen om een kwaliteitscharter tot stand te brengen om de veiligheid van de patiënt, het comfort en de hygiëne beter te waarborgen tijdens het niet-dringend liggend ziekenvervoer. Dit kwaliteitscharter houdt een aantal minimumkwaliteitseisen in. Het gaat om algemene zaken die de evidentie zelf zouden moeten zijn, maar dat niet altijd zijn. Het gaat om informatie over de gangbare tarieven; over de aanwezigheid van twee ambulanciers die permanent bijgeschoold moeten worden; over een verantwoordelijke die toeziet op de normen, procedures, wettelijke voorschriften, de kwaliteit maar ook de uitrusting en aanvullende materialen van het ziekenvervoer.

Ik moet toegeven dat de reportage, ook over het dringend ziekenvervoer, toch wel choqueert, omdat ze toont dat er voor sommigen toch wel een commercieel kantje aan is, waardoor men niet investeert in de kwaliteit van het ziekenvervoer. Belangrijk is dat we toen gezegd hebben dat er een onafhankelijk controlemechanisme moest komen dat geaccrediteerd is op basis van het kwaliteitscharter.

Dat zijn de stappen die er op acht jaar tijd gezet zijn. Voorzitter, ik heb begrepen dat deze problematiek in deze commissie nog niet zo vaak aan bod is gekomen. Het is dus zinvol om er eens even over te spreken.

Minister, wat zijn uw bevindingen over de commissie niet-dringend liggend ziekenvervoer sinds haar oprichting drie jaar geleden? Gebeurt de rapportering jaarlijks door de commissie

en aan welke instanties? Bent u de voorbije jaren al gebriefd? Zijn er resultaten van? Hebt u die resultaten ook kunnen omzetten in actiepunten? Klopt het dat tot op de dag van vandaag vele diensten werken met personeel dat geen opleiding ‘ziekenwagen’ heeft gehad of werken met voertuigen die in belabberde staat zijn?

Op welke wijze wilt u zelf de kwalitatieve uitbouw voor onze inwoners verzekeren? Wat we allemaal noodzakelijk achten, is de kwaliteit van het vervoer van patiënten – het kan ons morgen allemaal overkomen. Er moeten minimale kwaliteitseisen zijn.

Indien de voorbije drie jaar geen gevolg werd gegeven aan het kwaliteitscharter omdat we gezegd hebben dat het van onderuit moet komen, welk gevolg geeft u daar dan zelf aan? Zegt u dat we bijkomende stappen kunnen zetten om de kwaliteitsuitbouw te verhogen?

Hebt u inzake het dringend ziekenvervoer initiatieven genomen? Is er overleg? Ik weet dat u uw federale collega regelmatig ziet, maar kwam het dossier van zowel het dringend als van het niet-dringend ziekenvervoer al aan bod tijdens uw gesprekken met de federale minister? Op welke manier kan het volgens u in de toekomst verder worden geoptimaliseerd?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, ik wil me heel graag aansluiten bij de terechte vraag van mevrouw Heeren. Zij heeft de evolutie van dit dossier al een beetje geschetst. Het was inderdaad de verdienste van onze sympathieke ex-collega Riet Van Cleuvenbergen om dit onder de aandacht te brengen. Dat gebeurde met heel uitgebreide hoorzittingen. Toen waren de hoorzittingen nog veel uitgebreider dan nu – de secretaris kan dit wellicht bevestigen –, want alle partijen mochten hun standpunten, wensen, desiderata komen uiteenzetten. Belangrijk was in ieder geval, minister, dat toen vooral het aspect van de zelfregulering als uitgangspunt naar voren werd geschoven. Ik herinner me dat. Men was als de dood voor te veel regeltjes, opgelegde eisen, voorwaarden enzovoort. Ik heb ook kennis gekregen, in uitgesteld relais, van de uitzending van Panorama. Daarin kwamen een aantal knelpunten aan bod en we kregen een déjà-vugevoel, want veel van die knelpunten waren dezelfde als die van 8 à 9 jaar geleden in de hoorzittingen.

Minister, het was de verdienste van de vorige minister, mevrouw Heeren, om een kwaliteitscharter uit te werken. Als het juist is wat in de uitzending werd getoond, blijken er in de praktijk nog heel veel aspecten van het kwaliteitscharter niet concreet gerealiseerd. Ik ben blij dat dit dossier vandaag opnieuw onder de aandacht wordt gebracht. Mevrouw Heeren heeft terecht opgemerkt dat het aspect van de kwaliteit door iedereen op de eerste plaats wordt gezet. Er zijn veel noden. De prioriteiten die in het verleden naar voren werden geschoven, blijven actueel. Ik ben heel benieuwd welke aandacht u aan dit dossier wenst te besteden of er reeds aan hebt besteed, minister. Ik hoop in ieder geval dat u bereid bent om er voldoende aandacht aan te besteden.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Voorzitter, ik wil me graag aansluiten bij deze vraag. Ik ken de achtergrond niet, maar mevrouw Heeren heeft duidelijk geschetst dat het een proces van lange adem is geweest om tot dit resultaat te komen. Ik vind het dan ook heel belangrijk dat als men iets uitwerkt, er ook geëvalueerd en gecontroleerd wordt. Ik ben benieuwd naar de eventuele resultaten ervan.

Bij het doornemen van het kwaliteitscharter viel me iets op. De opmerking die ik nu zal maken, is gestoeld op een persoonlijke ervaring. Bij het niet-dringend liggend ziekenvervoer worden opleidingscriteria vastgelegd en worden criteria opgelegd inzake de kwaliteit van het materiaal dat aanwezig moet zijn. Bij dringend liggend ziekenvervoer heb ik zelf ervaren dat communicatie heel belangrijk is. Als de kennis van de taal er niet is bij de verpleegkundige of de begeleider in de ziekenwagen, dan is er ook een kwaliteitsprobleem. Ik werd ooit na een auto-ongeval geholpen door verpleegkundigen die geen enkel woord Nederlands machtig

waren. Het is heel moeilijk om te communiceren en te vertellen wat er aan de hand is, zeker op zulke momenten. Ook bij het niet-dringend liggend ziekenvervoer is communicatie belangrijk. Dikwijls gaat het om oudere mensen en dan zijn communicatie en het geruststellen van de mensen erg belangrijk. In heel het kwaliteitscharter vind ik geen bepalingen terug over taalkennis of taalvereiste. Ik weet niet of dat in het verleden tot problemen heeft geleid. Ik had graag vernomen of nog verdere aandacht zal worden besteed aan dit aspect.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, dames en heren, sinds de oprichting van de commissie niet-dringend liggend ziekenvervoer heeft de commissie een kwaliteitscharter met de minimumkwaliteitseisen voor de ziekenwagendiensten uitgewerkt. Tot op heden werd een proefaudit uitgevoerd bij drie grotere ziekenwagendiensten, Falck-Ambuce, het Rode Kruis en Life Care. Ze hebben alle drie een certificaat ontvangen.

De implementatie van de aanbevelingen van de commissie verloopt echter zeer langzaam, mede doordat deze aanbevelingen niet afdwingbaar zijn. De keuze van een ziekenwagendienst door de klanten blijkt voornamelijk gebaseerd te zijn op de kostprijs. Het feit dat deze goedkopere diensten vaak niet beantwoorden aan de minimale vereisten van het kwaliteitscharter, wordt hier blijkbaar meestal niet in acht genomen.

Eind deze maand wordt er in overleg met de commissie een algemene evaluatie gemaakt van de werking van de commissie en het zelfregulerende systeem van het niet-dringend liggend ziekenvervoer. Alle concrete zaken die nog niet door de commissie zijn geregeld, zullen tijdens dit overleg worden besproken.

De doorstroming van informatie vanuit de commissie naar het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en het kabinet zijn momenteel onvoldoende en dit zal ook besproken worden op de evaluatievergadering eind deze maand. Op de website van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid werd in een onderdeel voorzien voor informatie met betrekking tot het niet-dringend liggend ziekenvervoer. Daar zal tevens een lijst met alle geaccrediteerde diensten worden gepubliceerd zodat iedereen deze lijst kan raadplegen. Met deze publicatie wordt nog gewacht tot binnen de commissie de auditstrategie definitief vaststaat en men de vragenlijst voor de audits verder heeft verfijnd. Omdat er heel wat ambulancediensten in de commissie vertegenwoordigd zijn, worden de beslissingen van de commissie momenteel nog op informele wijze onder collega's verspreid. Ook dit deel, met name het communiceren van de door de commissie genomen beslissingen naar de sector, zal ter sprake komen op de geplande evaluatievergadering. Omdat het kwaliteitscharter niet afdwingbaar is, geeft de commissie aan dat de bevindingen niet kunnen worden omgezet in actiepunten die afdwingbaar zijn. Ook dit is een knelpunt dat op het overleg zal moeten worden besproken.

Zowel voor wat betreft de opleidingsvoorwaarden als de uitrustingscriteria van de voertuigen zijn er afspraken vastgelegd in het kwaliteitscharter. In de praktijk kan er bij sommige ziekenwagendiensten toch nog ongeschoolde tewerkstelling worden vastgesteld. Voor het niet-dringend liggend ziekenvervoer bestaan er nog steeds ziekenwagendiensten die werken met voertuigen die in een slechte staat zijn en/of geen kwalitatief verantwoorde uitrusting bezitten.

Alle ziekenwagens zouden moeten voldoen aan de Europese richtlijn EN 1789. De grote constructeurs houden zich aan deze richtlijn en leveren dus veilige ambulances. Bepaalde firma's bouwen echter zelf wagens om tot ambulances, met als gevolg dat je niet helemaal zeker bent van de kwaliteit.

Gelet op het principe van de zelfregulering is het aan de ziekenwagendiensten zelf om een audit aan te vragen. Aangezien het kwaliteitscharter dus niet bindend is, wordt er nog steeds vaak gewerkt met niet-geaccrediteerde diensten. Er kunnen dus momenteel geen concrete acties worden ondernomen indien deze ziekenwagendiensten niet voldoen aan de vereisten

van het kwaliteitscharter. Op basis van de evaluatievergadering zal worden nagegaan welke mogelijkheden er zijn om de bepalingen in het kwaliteitscharter toch bindend te maken.

Gezien de verscheidene knelpunten met betrekking tot het niet-dringend liggend ziekenvervoer, is het aangewezen om daar een globale evaluatie van te maken. Dat punt maakt u terecht. Met betrekking tot het federale niveau werd er een interministeriële werkgroep ‘Opzetten van het paramedisch beroep van ambulancier en reflectie over het niet-dringend vervoer van patiënten’ opgericht. De organisatie en coördinatie van deze interministeriële werkgroep is toevertrouwd aan de FOD Volksgezondheid.

De werkgroep heeft als doel een voorstel van protocol op te stellen met het oog op de harmonisering van de opleidingen van ambulancier in elke gemeenschap alsook een discussie op te starten over de overstapmogelijkheden tussen het beroep van ambulancier en van hulpverlener-ambulancier. Daarnaast zal er een technische werkgroep worden opgericht met als doel het bestuderen van de Europese norm en de nadere toepassingsregels voor het medisch-sanitair vervoer en de dringende geneeskundige hulpverlening. Hierbij tracht men tussen de verschillende deelstaten te komen tot een harmonisering van het materiaal, waaronder de transportmiddelen, dat wordt gebruikt in het kader van het niet-dringend liggend ziekenvervoer. In deze werkgroep zetelen experts van de verschillende betrokken administraties.

De voorzitter: Mevrouw Heeren heeft het woord.

Mevrouw Veerle Heeren: Minister, na acht jaar is de tijd van talmen, zelfregulering en alles van onderuit laten komen met de bedoeling mensen te responsabiliseren, voorbij. We moeten toegeven dat we daar niet in gelukt zijn met alle middelen die we zelf naar voren hebben geschoven, namelijk het kwaliteitscharter en de commissie. Met alle respect voor die commissie, maar mocht die zichzelf au sérieux nemen, dan had ze vorig jaar al haar verslag gemaakt en aan u overgemaakt. Blijkbaar neemt ze zichzelf niet au sérieux.

U geeft aan dat ze volgende maand vergadert. Ik hoop in elk geval dat u het verslag van deze bespreking aan die commissie kunt overbrengen om te zeggen dat het vijf na twaalf is. Als we moeten gaan naar meer afdwingbaarheid, dan zullen we dat in ieder geval vanuit het parlement steunen. Het kan niet zijn dat degenen die voldoen aan alle minimale eisen, het slachtoffer zijn omwille van het hele prijsverhaal. Het gaat over vraag en aanbod, het gaat over geld. Het kan niet dat die bijna uit de markt worden geprijsd omwille van het feit dat er nog altijd charlatans in die sector zijn, die het vervoeren van mensen in niet-dringend ziekenvervoer niet ernstig nemen. Het niet-dringend ziekenvervoer is geen gewone taxidienst waarbij je de achterbank naar beneden klapt, er een senior oplegt en naar de nierdialyse brengt. Dat bestaat wel, we hebben dat gezien in die Panorama-uitzending, maar we leven in de 21e eeuw, in 2012, en dit is onaanvaardbaar. U zult in mij en mijn collega's partners vinden om daar paal en perk aan te stellen.

Na drie jaar heb ik geen verhaal meer bij degenen die goed werken. Die vragen regelmatig hoe dat komt. Ons verhaal is altijd geweest dat we dat van onderuit wilden laten komen via zelfregulering. Ik ben ook tegen overregulering, maar blijkbaar moet de overheid af en toe ook regels bepalen om die verandering te krijgen.

Over het financiële aspect hebben we het hier nog niet gehad, maar ik weet dat dit een hot issue is, ook voor de ziekenfondsen in Vlaanderen. Het gaat immers over veel geld. Het gaat over tegemoetkomingen. Ik bekijk heel deze problematiek vanuit het perspectief van de burger, van de patiënt, van de klant die gebruik wil maken van een dergelijke dienst. Die heeft recht op minimale kwaliteitseisen in Vlaanderen in de 21e eeuw.

In die zin ben ik tevreden met de toezeggingen. Ik wil altijd zelf opnieuw eens een vraag stellen, over een paar maanden, maar ik hoop dat u een seintje zult geven dat u daarover verslag wilt uitbrengen in deze commissie.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

**Vraag om uitleg van de heer Bart Van Malderen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de score van laaggeschoolden op de gezondheidsdoelstellingen
- 1130 (2011-2012)**

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen: Voorzitter, minister, geachte leden, mijn vraag is al eens uitgesteld. Een aantal weken geleden konden we lezen dat professor Yvo Nuyens tot de conclusie was gekomen dat laaggeschoolden systematisch slechter scoren dan hooggeschoolden met betrekking tot de gezondheidsdoelstellingen.

Blijkbaar is er een verband tussen scholing en de gezondheidstoestand van mensen. De gezondheidskloof tussen arm en rijk, en daaraan gekoppeld ook tussen hoog- en laaggeschoolden, is volgens de professor zichtbaar bij elk van de zes gezondheidsdoelstellingen. Hij pleit er dan ook voor om een extra doelstelling te maken van het dichten van die nieuwe kloof.

Bij de bekendmaking van deze studie werden er ook een aantal aanbevelingen gelanceerd, onder meer met betrekking tot het taalgebruik en de gebruikte communicatiekanalen, die beter op de doelgroep gericht zouden moeten zijn. De redenering daarbij is dat, als men preciezer gaat definiëren wat men wil of moet bereiken, die campagnes ook meer effect zullen hebben bij deze doelgroepen. Ook werd gesteld dat het van belang is dat men voordelen op korte termijn aanvoert, en niet alleen voordelen op lange termijn. Ten slotte raadde de professor aan huisartsen en wijkgezondheidscentra beter te betrekken bij de diverse campagnes.

Minister, in uw beleidsbrief kon ik lezen dat u rekent op de Logo's (loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie) en de lokale besturen om deze gezondheidskloof te dichten. Ook werd gesteld dat de belangrijke inzichten die werden verworven op de gezondheidsconferentie, concreet moeten worden gemaakt.

In Vlaanderen is Wablieft hét centrum voor duidelijke taal. Elke week brengt deze organisatie een krant in eenvoudig Nederlands uit. Ze reikt ook jaarlijks de Wablieft-prijs voor duidelijke taal uit.

Minister, kent u de bevindingen van professor Nuyens? Wat is uw reactie erop? Hoe staat u tegenover de suggestie om van het dichten van die gezondheidskloof tussen arm en rijk en tussen kort- en langgeschoold een extra gezondheidsdoelstelling op zich te maken? Hoe staat u tegenover de suggestie om gebruik te maken van de knowhow van Wablieft om preventiecampagnes beter af te stemmen op de doelgroep? Welke rol kunnen de Logo's en de lokale besturen spelen in deze problematiek? Hoe zult u hen betrekken? Welke concrete initiatieven verwacht u van hen? Hoe zult u bijkomende aandacht geven aan preventie-initiatieven die gericht zijn op laaggeschoolden? Acht u andere, bijkomende maatregelen nodig?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, geachte leden, ik deel in grote lijnen de zorgen die de heer Van Malderen hier heeft geformuleerd. Dit is geen nieuw gegeven, hoewel de studie die hij aanhaalt, wel een nieuw element is. Met de regelmaat van een klok – helaas, wil ik beklemtonen – worden we met deze problematiek geconfronteerd. Uit alweer een nieuwe studie blijkt dan dat er in onze samenleving een grote kloof is met betrekking tot het realiseren van de gezondheidsdoelstellingen, tussen mensen met een hoger opleidingsniveau en mensen die in armoede leven.

Ik betwijfel of campagnes specifiek gericht op die laatste doelgroep wel voldoende vruchten zullen afwerpen. Na al die jaren ervaring in deze commissie geloof ik daar jammer genoeg niet meer in. Het lijkt me veeleer belangrijk om deze mensen op het terrein zelf concreet te gaan benaderen. Deze commissie heeft in het verleden al de gelegenheid gehad om, bijvoorbeeld, verenigingen waar armen het woord voeren in Antwerpen te bezoeken. Spijtig genoeg kon ik niet aanwezig zijn bij het werkbezoek in Aalst. Ik heb daar ook nog geen verslag van gelezen. Minister, ik probeer ook de moeite te doen om deze problematiek op het terrein op te volgen en deze mensen te contacteren. Ik denk dat ze veeleer een nood en een boodschap hebben aan concrete initiatieven voor hen op het terrein dan aan zeer specifieke campagnes. Ik hoop dan ook dat u bereid bent dit te onderzoeken, dat u wilt nagaan op welke wijze we deze mensen heel concreet kunnen benaderen, zodat we ook met betrekking tot het realiseren van de gezondheidsdoelstellingen wat meer positieve resultaten kunnen boeken.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Mevrouw Cindy Franssen: Voorzitter, minister, geachte leden, ik sluit me hier graag bij aan, maar deels ook vanuit een andere filosofie. De ongelijkheid in de gezondheidszorg is grotendeels terug te voeren op de economische ongelijkheid tussen mensen. Dat heeft ook heel wat federale raakvlakken. Men heeft het in dat verband ook over de sociaal-economische status van mensen. Dit heeft te maken met onderwijs, werk en huisvesting.

Mensen stellen medische kosten uit wegens financiële problemen. Zo stellen heel wat opgeleide ervaringsdeskundigen in armoede dat ze wel degelijk op de hoogte zijn van zaken als kankerpreventie, maar dat er een structureel probleem speelt: zij willen niet ontdekken dat ze ziek zijn, omdat ze de hoge kosten niet kunnen betalen. Dat brengt ons opnieuw bij het federale beleidsniveau. De Federale Overheidsdienst (FOD) Economie en het Steunpunt Armoedebestrijding maken graag gebruik van de Gini-coëfficiënt. Daarbij wordt de inkomensongelijkheid gemeten en wordt er gesteld dat een meer egalitaire samenleving op het vlak van inkomensverdeling ook minder uitgesproken gezondheidskloven tot gevolg heeft.

Mijn vraag heeft dus raakvlakken op het federale niveau. Is de gezondheidskloof aan bod gekomen op de Interministeriële Conferentie Maatschappelijke Integratie? De gezondheidskloof betreft toch vaak een probleem van inkomen.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega's, professor Nuyens was de verslaggever voor de Eerstelijns Gezondheidsconferentie. Hij is een zeer gewaardeerd expert.

Ik ben uiteraard op de hoogte. Enige tijd geleden heb ik een tussentijdse stand van zaken van de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen publiek gemaakt en ook aan de commissie overgemaakt. Dat is waarschijnlijk voor hem ook de aanleiding geweest om daar iets over te schrijven. De cijfers die daarin staan, zijn mij in ieder geval goed bekend.

Bij het beantwoorden van deze vraag zal ik niet alle cijfergegevens overlopen. U weet net zo goed als ik dat het in het algemeen klopt dat mensen met een lagere economische status – en daarbij is scholing een belangrijke factor – een slechtere gezondheid hebben. Dat is bekend.

Het beeld van een kloof is in feite wat misleidend. Het is waar dat een deel van de gezondheidsverschillen worden veroorzaakt door ongezond gedrag in een ongezonde omgeving, maar enkel de laagste sociale klasse ondervindt daar de gevolgen van. Gezondheid verloopt volgens de meest recente medisch-sociologische bevindingen volgens een sociale gradiënt. Hoe lager je sociale positie, hoe slechter je gezondheid. Het is dus niet zo dat er een kloof bestaat met aan de ene kant een grote middenklasse die geen gezondheidsproblemen heeft en dus ook geen aandacht van het beleid nodig zou hebben en aan de andere kant een kleine groep van kwetsbaren waarop we al onze inspanningen moeten focussen.

We moeten mijns inziens wel degelijk altijd het geheel van de bevolking blijven bekijken, maar er daarbij wel voor zorgen dat we systematisch aandacht besteden aan het bereiken van laaggeschoolden via een aangepaste methodiek.

Het werken met gezondheidsdoelstellingen is, zoals u weet, verankerd in het Preventiedecreet en is een belangrijk instrument om richting te geven aan het preventieve gezondheidsbeleid. Op die manier wordt er op een gestructureerde en geïntegreerde wijze een preventief gezondheidsbeleid gevoerd dat gericht is op de gehele bevolking. De benaming ‘gezondheidsdoelstelling’ schept misschien te brede verwachtingen. Het gaat in feite om doelstellingen voor de preventieve gezondheid en niet om doelstellingen voor het globale gezondheidsbeleid.

Een aparte, preventieve gezondheidsdoelstelling maken rond deze sociale gradiënt biedt wellicht te weinig extra meerwaarde. De aandacht voor kwetsbare en moeilijk bereikbare doelgroepen is nu al een structureel aandachtspunt voor het preventiebeleid en dat op verschillende niveaus. Ik geef enkele elementen aan. Ten eerste staat het expliciet ingeschreven in het Preventiedecreet, artikel 6 en 7. Verder worden bij de organisatie van de gezondheidsconferenties relevante organisaties stevast betrokken bij het aanbrengen van ideeën en analyses, het bespreken van strategieën en het uitwerken van de acties. Ook wordt het bij alle oproepen voor erkenningen en de oproepen voor specifieke projectsubsidies meegenomen als een beoordelingscriterium. Het is ook een krachtlijn in de verschillende actieplannen. Verder wordt het expliciet vermeld in de convenanten met partnerorganisaties als het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ), Sensoa en de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Er zijn de afgelopen jaren diverse specifieke projecten opgestart die zich richten op doelgroepen met een lagere sociaal-economische status. Het staat ten slotte expliciet in de opdrachten van alle Logo's en is een aandachtspunt in hun werking naar de lokale besturen.

Ik wil verder een algemene bedenking maken. Ik merk af en toe, wanneer een aantal mensen, ook in de media, bedenkingen formuleren over bepaalde aspecten van het preventieve gezondheidsbeleid, dus de gezondheidspromotie en de ziektepreventie, dat ze als het ware suggereren dat het Vlaamse beleid zich daaromtrent beperkt tot folders en brochures. Uiteraard zijn we het stadium van dat soort technieken al lang voorbij. Dat is natuurlijk helemaal niet de karikatuur die men ervan moet maken. In de feiten en de projecten – die in die tussentijdse rapportering overigens uitvoerig werden opgesomd – kunt u zien dat het over veel meer initiatieven gaat die, vanuit de basis die decretaal is en die in de besluiten is opgenomen, heel specifiek naar deze doelgroepen gaan.

Het dichten van de gezondheidskloof blijft uiteraard een belangrijke prioriteit in het beleid. Het preventief beleid speelt hier, zoals ik al aanhaalde, zeker op in, maar voor mensen met de laagste sociaal economische status is het aanbod aan en de toegankelijkheid van de zorg via de eerstelijnszorg tot de specialistische zorg een essentiële schakel. Dat geldt uiteraard ook voor preventie.

In elk geval wil ik vermijden dat, hoewel het communicatief aantrekkelijk lijkt, door een aparte benadering van de gezondheidskloof door die te isoleren in een aparte doelstelling, de aandacht voor de sociale gradiënt zou verdwijnen uit de andere doelstellingen en actieplannen die we nu hebben.

U hebt een aantal vragen gesteld over suggesties om gebruik te maken van de knowhow van Wablieft en andere suggesties van professor Nuyens. Het omschrijven van de doelgroep voor campagnes en het betrekken van relevante organisaties, niet alleen voor campagnes maar op alle niveaus van het beleid, zijn principes die we al verscheidene jaren ter harte nemen. Ik zou iedereen die daaraan twijfelt, willen aanraden om de verschillende actieplannen te lezen. Straks geef ik nog enkele voorbeelden van acties. Zoals eerder gezegd, biedt – en hier steun ik op internationale adviezen van de World Health Organization (WHO) en de Europese Unie (EU) – het werken met gezondheidsdoelstellingen en andere programma's zoals

bevolkingsonderzoeken de meeste kans dat ook groepen met een lagere sociaal-economische status niet uit de boot vallen.

Zo weten wij bijvoorbeeld uit de gegevens van de ziekenfondsen over de deelname aan borstkankeropsparing dat vrouwen met een lagere sociaal-economische status weliswaar minder deelnemen aan het bevolkingsonderzoek dan vrouwen met een hoge sociaal-economische status, maar dat dit verschil nog veel groter is als er geen bevolkingsonderzoek wordt georganiseerd en er geen algemene campagne als vertrekbasis is. Analoge vaststellingen kunnen worden gemaakt met betrekking tot het aanbod van Kind en Gezin en de CLB's. Het organiseren van een dergelijk programmatorisch aanbod op zich is al een goede zaak voor het bereiken van meer mensen met een lagere sociaal-economische status. Dat is hier terecht benadrukt.

Omdat we hier al verscheidene jaren aan werken, weten we ook dat de uitdaging groot blijft. De middelen voor preventie – zelfs al zouden we ze volledig focussen op groepen met een lage sociaal-economische status – zijn beperkt. Relevante organisaties die met deze doelgroepen werken, zijn niet altijd in staat om input te leveren of zich te engageren. Zo werd pas na het bevragen van drie verschillende relevante doelgroepenorganisaties eentje bereid gevonden om het projecthouderschap van het project 'Armoede in beweging' op zich te nemen. De werkgroep Voeding en beweging, waarin ook de kansarmen zijn vertegenwoordigd, adviseerde dit project als haalbaar en noodzakelijk. Het heeft een budget van 375.000 euro. Het heeft als hoofddoel het lanceren van twee oproepen voor projecten op het terrein om de doelgroep kansarmen meer te laten bewegen.

Het probleem is wel dat de doelgroep zelf wegens een cumulatie van sociale en financiële problemen vaak moeilijk bereikbaar is voor preventie. Men heeft immers wel wat anders aan het hoofd dan te proberen gezond te leven. Volgens experts levert stoppen met roken de meeste gezondheidswinst voor onze populatie op, ook voor de meest kwetsbaren, die proportioneel het meest roken. In de literatuur wordt aangetoond dat het fors optrekken van de prijs van tabak de meest doeltreffende maatregel is om het stoppen met roken in brede lagen van de bevolking verder ingang te laten vinden.

Diverse experts en ervaringsdeskundigen tonen aan dat de cruciale hefbomen die nodig zijn om de zogenaamde gezondheidskloof te dichten, niet alleen met preventie hebben te maken, laat staan met overheids campagnes. Ik heb het dan bijvoorbeeld over de toegankelijkheid van de zorg- en hulpverlening en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. En laat ons niet vergeten dat de meest fundamentele manier om de kloof te dichten erin bestaat ervoor te zorgen dat deze mensen goed zijn geschoold, opgenomen in het sociale weefsel, werk hebben en over voldoende financiële middelen beschikken om op een waardige manier door het leven te gaan.

In de praktijk blijkt het dichten van de gezondheidskloof een zeer moeilijk te realiseren uitdaging. Dat zien we in alle ons omringende landen. We hebben de afgelopen jaren stappen gezet om hier op duurzame wijze vooruitgang te boeken, en zullen dat blijven doen. Tegelijk moeten de verwachtingen realistisch blijven. Het mogelijke effect van de bijdrage van preventieve gezondheidszorg aan het dichten van de gezondheidskloof mag niet worden overschat. Wat het loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie en het lokaal beleid betreft: de Logo's nemen de rol op zich om alle relevante methodieken in hun netwerk te verspreiden opdat organisaties in hun netwerk acties ondernemen in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid.

In hun opdrachten wordt expliciet aandacht gevraagd voor mensen met lagere sociaal-economische status. Het is dus zeker de bedoeling dat Logo's de organisaties die ervaring met het bereiken van die doelgroep hebben, in hun netwerk betrekken. Met de recente uitbreiding kan het VIGeZ zijn ondersteuning van Logo's voor de samenwerking met lokale besturen extra kracht bijzetten in de aanloop naar de gemeenteraadsverkiezingen en de op basis daarvan nieuw geïnstalleerde besturen. Dat gebeurt in samenwerking met de VAD en de

Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG), volgens een door mij gesteund plan van aanpak. Recent werd de brochure ‘Trekt u de kar van een vernieuwend lokaal gezondheidsbeleid?’ nog opgeleverd. De brochure is een concreet initiatief in een globaal plan van aanpak dat nog tot andere initiatieven aanleiding zal geven.

Het VIGeZ kreeg in zijn jaarplan 2012 de opdracht om in het kader van het doelgroepenbeleid en in het verlengde van de uitvoering van het Vlaams Actieplan Armoede verder te overleggen met het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen. Het doel van die versterkte samenwerking is de ervaring en kennis over het werken van netwerken en verenigingen naar en met mensen in armoede of een lagere sociaal-economische status, samen te brengen met de expertise in het boeken van gezondheidswinst onder impuls van het VIGeZ en zijn netwerk.

Ik geef nog enkele voorbeelden van initiatieven die de afgelopen jaren zijn genomen om in het preventief gezondheidsbeleid laaggeschoolden te bereiken. Inzake tabak, alcohol en drugs worden sinds 2008 projecten over de promotie van rookstop bij mensen met een lage sociaal-economische status gefinancierd. Dat gebeurt door het Wijkgezondheidscentrum De Vlier van Sint-Niklaas en het PSC Open Huis, een CAW in Antwerpen dat rond armoede werkt. Er was ook een project over de ontwikkeling van een alcohol- en drugbeleid in de sociale economie in Leuven. De campagne ‘24u niet roken’, in de media en met lokale acties, was ook specifiek gericht op doelgroepen met een lage sociaal-economische status. Die campagne werd al in 2009 gefinancierd, met pilootprojecten in Limburg en Antwerpen, en in 2010 en 2011, voor de Vlaamse implementatie. Bij de oproep voor projecten gericht op gezinnen – gelanceerd in de zomer van 2011 – voor de thema’s voeding en beweging, tabak, alcohol en drugs, was het bereik van doelgroepen met een lage sociaal-economische status een expliciet beoordelingscriterium.

Er is ook het luik over voeding en beweging. Omdat het voor het thema beweging nog relatief onduidelijk is welke methodieken kosteneffectief zijn, adviseerde de Vlaamse werkgroep Voeding en beweging – die mij adviseert voor de realisatie van de gezondheidsdoelstelling voeding en beweging – om een projectoproep voor pilootprojecten te lanceren. Het project ‘Armoede in beweging’ van het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, zoals eerder aangehaald, is er het resultaat van. Het lanceert twee oproepen voor projecten die de fysieke activiteit bij de doelgroep van armen stimuleert. Met een totaalbudget van 165.707 euro zijn dankzij de eerste oproep alvast zeven pilootprojecten van start gegaan.

Ook met betrekking tot voeding en beweging heeft het VIGeZ, de partnerorganisatie voor voeding en beweging, verschillende methodieken ontwikkeld voor deze doelgroep. Het ontwikkelde de databank Gezonde Inspiratie, een praktijkenbank voor lokale acties voor gelijke kansen op gezond leven. Tevens organiseerde het VIGeZ op 6 juni 2011 een rondetafel waarin werd nagegaan hoe gezond eten en bewegen structureel geïntegreerd kan worden in werkingen die groepen met een lage sociaal-economische status kunnen bereiken. Ook werkte het VIGeZ mee aan het project ‘Weet en eet gezond’ van de vzw Tievo, dat streeft naar gezonde voedings- en beweeggewoonten bij mensen met een verstandelijke handicap. Het is de bedoeling om deze methodiek uit te breiden naar leerlingen in het buitengewoon secundair onderwijs en de bijzondere jeugdzorg.

Ik geef enkele voorbeelden met betrekking tot het Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De Ondersteuningscel Logo’s, zijnde de overkoepelende organisatie van de Logo’s, is nu geïntegreerd in het VIGeZ. De cel heeft in samenwerking met de actoren die bij het bevolkingsonderzoek zijn betrokken – het Oost-Vlaamse diversiteitscentrum en het Provinciaal Integratiecentrum Limburg – een folder ontwikkeld voor laaggeletterden. Deze folder, mijnheer Van Malderen, waaraan Wablieft meewerkte, kan worden gebruikt door onder meer zorgverleners, om bij deze doelgroep het bevolkingsonderzoek op een eenvoudige manier voor te stellen.

Als het gaat over suïcidepreventie en de bevordering van geestelijke gezondheid, werd voor de doelgroep kansarmen de methodiek goed-gevoel-stoel ontwikkeld door het VIGeZ. Zowel Logo's als het werkveld laten weten dat er een grote behoefte is aan methodieken om kansarmen te bereiken. De manier waarop het VIGeZ deze methodiek tot ontwikkeling heeft gebracht, in samenspraak met belangenverenigingen, ervaringsdeskundigen en instanties, is voor herhaling vatbaar.

Bij de gezondheidsconferentie van 2011 is bijzonder veel aandacht besteed aan mogelijkheden om input te leveren door de brede maatschappij. Aandacht voor kwetsbare groepen, waaronder kansarmen, bleek al vrij snel een grote nood. In het rapport ter voorbereiding van de conferentie werden verschillende strategieën voorgesteld, die nu zullen worden omgezet in een actieplan.

Ik geef nog een voorbeeld voor de vaccinaties. Vlaanderen haalt zeer hoge vaccinatiecijfers voor kinderen en jongeren, vergeleken met de EU-populatie. De inspanningen van huisartsen, Kind en Gezin en de CLB's om gebruik te maken van het vaccinatieaanbod waar de Vlaamse overheid en het RIZIV in investeren, maken het mogelijk dat voor belangrijke vaccins een kosteloos aanbod voor kinderen en jongeren uit gezinnen met een laag inkomen gerealiseerd kan worden.

De heer Bart Van Malderen: Stellen dat dit een uitgebreid antwoord is, is de waarheid zelfs nog geweld aandoen. Het is een heel uitgebreid antwoord, dat ik eens in detail zal moeten nalezen. Minister, ik ben blij met de opsomming die u hebt kunnen geven. Die toont aan dat er aandacht is voor deze problematiek en dat men op het terrein probeert om zich er niet enkel bewust van te zijn, maar ook antwoorden te formuleren.

Mevrouw Dillen stelt terecht dat deze studie nogmaals onze aandacht vestigt op een probleem dat we ook uit andere studiegebieden kennen. Grosso modo komt het erop neer dat er een verband bestaat tussen de levensverwachting van een individu en de studietijd van de vader. Blijkbaar zijn dat twee grote determinanten. Daarbinnen bestaat er ook zoiets als een individuele verantwoordelijkheid. Toch zijn de verschillen significant. Ze zijn veel gradueler dan het beeld dat wordt opgeroepen van een kloof. Ook daarmee ben ik het eens. Maar dat neemt niet weg dat er gigantische verschillen zijn tussen die twee uitersten. De verschillen zijn volgens mij groot genoeg om een specifieke aanpak te verantwoorden, misschien niet zozeer als doelstelling, maar wel in het kiezen van de middelen.

U hebt tal van voorbeelden gegeven waarbij daar aandacht aan wordt besteed. U hebt ook verwezen naar de decretale basis en de convenanten waarin dit is ingebed. Mijn enige vraag is: monitoren we de impact die dat heeft? Hebben we een nulmeting van het bereik van de doelgroepen? Wordt er gemeten of wat we doen ook efficiënt is? U hebt verwezen naar de kostenefficiëntie die wordt nagestreefd bij campagnes. Doen we dat ook voor deze specifieke doelgroep?

Ik ben het volledig met u eens dat brede initiatieven, zowel sectoraal als generiek, elk hun steentje bijdragen aan het dichten van de kloof. Ik bezondig me nu zelf aan de beeldspraak van de kloof. Wellicht zijn er nog gerichte inspanningen nodig, in samenwerking met actoren, om krachten te bundelen, om taalgebruik aan te passen, om kanalen te zoeken. U geeft terecht de moeilijkheden aan om deze groep te bereiken. Er bestaat een asymmetrie in organisatie van deze mensen: degene die het het minst nodig hebben, zijn vaak het best georganiseerd, en omgekeerd.

We moeten op zijn minst de ambitie hebben om niet te aanvaarden dat er een sociaal of sociologisch gestuurd verschil bestaat in gezondheidsrisico en levensverwachting. Minister, ik verwacht van u de ambitie om dat te counteren. Ik merk dat u veel inspanningen doet, maar meten we de effecten van deze inspanningen, om er zeker van te zijn dat ze doelgericht zijn en we desgevallend kunnen bijsturen?

Minister Jo Vandeurzen: Naar aanleiding van de beleidsnota en de beleidsbrieven heb ik dat al bevestigd, maar ik wil dat nog eens heel uitdrukkelijk doen. Wij proberen ervoor te zorgen – en dat bewaak ik heel erg – dat het bij elke gezondheidsdoelstelling een issue is of we met onze ambities de meest kwetsbare groepen bereiken. Ik ben het met u eens dat dat een speciale prioriteit en eigen aanpak vraagt. Daarover is er geen discussie.

In het tussentijds verslag ziet u dat we bij verschillende doelstellingen dingen kunnen meten en weten. We zien zeer goed dat de formulering van gezondheidsdoelstellingen in de vorm van meetbare en opvolgbare effecten groeit. Dat is in volle ontwikkeling. Er is een evolutie merkbaar tussen de eerste generatie doelstellingen en de doelstellingen die we naar aanleiding van de suïcidepreventie zullen formuleren. Het abstract gehalte en het concreet meetbaar gehalte evolueren beide.

We kunnen dit niet in elke doelstelling op die manier terugvinden. Net om die reden is het tussentijds rapport zeer interessant. Dit rapport laat ons immers toe na te gaan wat we momenteel meten en kunnen meten. Ik ben het ermee eens dat dit ten gronde een heel belangrijk aspect van de gezondheidsdoelstellingen vormt.

We boeken allicht de grootste gezondheidswinst indien onze boodschap de juiste mensen kan bereiken en tot een bepaald gedrag kan aanzetten. De metingen worden in die zin terecht als belangrijk beschouwd. Het is duidelijk zichtbaar hoe dit alles evolueert en geleidelijk een niveau bereikt dat een evaluatie mogelijk maakt. De vraag is hoe we hier in het algemeen in het licht van de gezondheidsdoelstellingen mee willen omgaan.

Ik heb dit enigszins uitvoerig toegelicht omdat ik van een cliché af wil. Indien de Vlaamse overheid over preventie spreekt, moeten de mensen niet denken dat de Vlaamse overheid weer wat folders en brochures zal creëren. Die tijd is al lang voorbij. We weten allemaal dat dit niet het meest succesvolle instrument is om bepaalde mensen te bereiken. Uit Europese vergelijkingen blijkt dat de succesvolste gezondheidspromotie en ziektepreventie vaak een appel op het sociaal kapitaal inhoudt. De waarheid is dan ook dat we ons moeten richten tot wat zich in het middenveld bevindt. Ik denk daarbij onder meer aan de lokale besturen en aan de huisartsen. We moeten bepaalde actoren als bondgenoot hebben om succes te kunnen boeken.

Dit betekent dat deze aanpak vaak in projecten en samenwerkingsverbanden tussen allerlei partners, zoals de sector samenlevingsopbouw, de CAW's, de lokale besturen of de huisartsen, wordt vertaald. Sommige mensen hebben allicht de indruk dat de betrokkenen zich weer eens amuseren door allerlei projecten te organiseren. Dit is echter de logica van het decreet betreffende de gezondheidspromotie en de ziektepreventie. We moeten dergelijke systemen gebruiken. Dat is de reden waarom we in de loop van de voorbije maanden en jaren heel wat acties hebben gevoerd. In verband met de implementatie van de doelstelling betreffende voeding en beweging, die hier bij de start van de legislatuur is besproken, is ondertussen een tweede stap gezet. Het actieplan houdt in dat met projecten wordt gewerkt. Net om die reden komt deze methodiek hier aan bod.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Katrien Schryvers tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vrijheidsberoving van minderjarigen - 1263 (2011-2012)

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers: Voorzitter, recent heb ik een artikel gelezen over een arrest van het Hof van Cassatie uit december 2011 dat de beslissing van een jeugdrechter tot

opname van een minderjarige die een als misdrijf omschreven feit (MOF) had gepleegd, heeft vernietigd. Dit arrest heeft me ertoe gebracht een vraag om uitleg over de opname en vooral over de capaciteit van onze gemeenschapsinstellingen in te dienen.

Als de jeugdrechter een voorlopige maatregel neemt ten aanzien van een minderjarige die een als misdrijf omschreven feit heeft gepleegd die met een vrijheidsberoving gepaard gaat, is hij verplicht die beslissing binnen 24 uur na de aanhouding aan de minderjarige te betekenen. Indien er binnen die periode geen plaats in een gesloten gemeenschapsinstelling of in een van de van de gesloten centra van de federale overheid blijkt te zijn, zal de jongere opnieuw worden vrijgelaten. Na het verstrijken van de termijn van 24 uur kan de jeugdrechter op grond van artikel 36, ten vierde, van de wet op de jeugdbescherming door het parket worden gevorderd. De minderjarige kan voor een voorleiding worden opgepakt en de jeugdrechter zou kunnen beslissen de minderjarige alsnog te plaatsen.

Een recent arrest van het Hof van Cassatie zet die mogelijke handelwijze op de helling. Het Hof van Cassatie beroept zich op artikel 12, derde lid, van de Grondwet: “Behalve bij ontdekking op heterdaad kan niemand worden aangehouden dan krachtens een met redenen omkleed bevel van de rechter dat moet worden betekend bij de aanhouding of uiterlijk binnen 24 uur”. Het Hof van Cassatie beroept zich tevens op artikel 1, ten eerste, van de wet betreffende de voorlopige hechtenis, dat stelt dat voor de aanhouding bij een op heterdaad ontdekte misdaad of een op heterdaad ontdekt wanbedrijf het volgende geldt: “vrijheidsbeneming mag in geen geval langer dan 24 uur duren”.

Het Hof van Cassatie heeft herhaald dat deze laatste bepaling een regel met algemene draagwijdte is en bijgevolg ook op minderjarigen van toepassing is. Volgens het Hof van Cassatie volgt hieruit dat een jeugdrechter, die ten aanzien van een minderjarige die een als misdrijf omschreven feit heeft gepleegd een voorlopige maatregel neemt die met een vrijheidsberoving gepaard gaat, die beslissing binnen 24 uur na de aanhouding moet betekenen. Indien de minderjarige binnen die termijn in vrijheid wordt gesteld, kan de jeugdrechter nadien enkel nog zo’n maatregel nemen indien sinds de invrijheidsstelling nieuwe of ernstige omstandigheden die maatregel noodzakelijk maken. Het Hof van Cassatie refereert hierbij aan artikel 28, ten tweede van de wet betreffende de voorlopige hechtenis. Aangezien aan deze voorwaarden niet was voldaan, heeft het Hof van Cassatie de beslissing tot plaatsing van de minderjarige vernietigd.

De vraag is natuurlijk wat precies nieuwe of ernstige omstandigheden zijn. We bevinden ons hiermee grotendeels binnen de federale materie. Dit heeft echter ook consequenties voor de Vlaamse overheid.

Wat nieuwe of ernstige omstandigheden zijn, is vanzelfsprekend een kwestie van casuïstiek en van interpretatie. Gezien de inhoud van het arrest volstaat het niet dat de minderjarige opnieuw voor de jeugdrechter wordt geleid. De jeugdrechter zal dan ook binnen de termijn van 24 uur het nodige moeten doen.

De praktijk toont aan dat dit niet evident is. Ik verwijs in dit verband vooral naar de beperkte opnamecapaciteit van de gemeenschapsinstellingen en van de federale instellingen.

Minister, heeft dit arrest gevolgen voor het opnamebeleid in de gemeenschapsinstellingen en de federale detentiecentra? Zo ja, welke? Het zou nu immers van groter belang kunnen zijn om jongeren die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd, sneller te kunnen plaatsen, gezien de noodzaak van bijkomende motivering door de jeugdrechter in het andere geval.

Het arrest handelt over een ‘als misdrijf omschreven feit’. In de gemeenschapsinstellingen worden ook jongeren opgenomen vanuit een problematische opvoedingssituatie (POS). Stelt het probleem zich hier ook? Gelden hier ook diezelfde beperkingen of gelden er voor een POS-situatie minder strenge voorwaarden dan voor een MOF-situatie?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, collega's, ik wil me graag aansluiten bij de vraag van mevrouw Schryvers die vrij juridisch van aard is.

Mevrouw Schryvers, u hebt terecht opgemerkt dat het hoofdzakelijk een federale materie is. Toch moeten we waakzaam zijn. Het Hof van Cassatie heeft inderdaad heel strenge eisen gesteld. In de praktijk is dat niet altijd evident. Ik wil onmiddellijk bevestigen dat waken over de belangen van de minderjarigen en het respecteren van de rechtsregels, heel belangrijk is, maar tegelijk is ook het waken over het beschermen van de samenleving bijzonder belangrijk. Het gaat niet over kleine boefjes die iets mispeuterd hebben, maar over iets zwaardere MOF-dossiers. U hebt terecht het onderscheid tussen MOF en POS beklemtoond.

Minister, de belangen van de minderjarigen zijn belangrijk en moeten worden gerespecteerd, maar tegelijk moeten we er ook voor zorgen dat de samenleving niet het slachtoffer wordt door de vrijlating van een 'zwaar MOF-geval' dat een gevaar betekent voor de samenleving maar dat zich beroept op principes van het Hof van Cassatie. Onze samenleving is daar absoluut niet mee gediend. Dat moet zeker een aandachtspunt zijn.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, het arrest van het Hof van Cassatie van 20 december 2011 heeft geen gevolgen voor het opnamebeleid in de gemeenschapsinstellingen en de federale detentiecentra. De opnamecapaciteit van de gesloten gemeenschapsinstellingen en het gesloten federale centrum De Grubbe is inderdaad beperkt. Maar ik stel vast dat er in De Grubbe, sedert de capaciteitsuitbreiding naar 40 plaatsen per 1 juli 2011, continu meerdere plaatsen beschikbaar zijn en onbezet zijn gebleven voor opname van jongeren conform de wet van 1 maart 2002.

Verder moet ik met klem ontkennen dat de ingebruikname van de webapplicatie InterCAP tot vertragingen leidt. Jongeren kunnen aangemeld worden vanaf 8 uur en de beslissingen volgen meestal voor half tien 's morgens. Aanmeldingen die na het beslissingsmoment ontvangen worden, worden onmiddellijk behandeld. Momenteel wordt InterCAP geëvalueerd en op basis van de ontvangen opmerkingen zal het systeem worden bijgestuurd om de gebruiksvriendelijkheid nog te verhogen.

Over de concrete praktijk van en de eventuele vertragingen door de Salduz-wet kan ik mij niet uitspreken.

U verwijst naar een verschillende benadering voor de jongeren die verwezen worden omwille van een als misdrijf omschreven feit enerzijds en zij die opgenomen worden omwille van een problematische opvoedingssituatie. Stelt zich het probleem ook dat door het Hof van Cassatie beslecht is, wanneer het gaat om een problematische opvoedingssituatie? Neen, de plaatsing in een residentiële instelling op basis van een problematische opvoedingssituatie steunt op andere voorwaarden. De basis hiervoor is terug te vinden in artikel 37 en 38 van het decreet van 7 maart 2008 inzake bijzondere jeugdbijstand. Artikel 37 bepaalt de bevoegdheid van de jeugdrechtbank tot het nemen van een afdwingbare pedagogische maatregel in een problematische opvoedingssituatie op vordering van het Openbaar Ministerie na doorverwijzing door de bemiddelingscommissie of bij dringende noodzakelijkheid. Artikel 38 en 43 sommen de maatregelen op die de jeugdrechter kan opleggen als afdwingbare pedagogische maatregel zoals het toevertrouwen aan een open afdeling van de gemeenschapsinstelling voor ten hoogste één jaar – artikel 38, paragraaf 1, ten 11e – of aan een gesloten afdeling van de gemeenschapsinstellingen voor ten hoogste drie maanden – artikel 38, paragraaf 1, ten 12e.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers: Minister, ik dank u voor uw antwoord. Bij het lezen van het arrest stelde ik me de vraag of er inderdaad nood was aan het continu vrijhouden van enkele

plaatsen in de federale detentiecentra of de gemeenschapsinstellingen zodat de rechten van de minderjarigen worden gerespecteerd – vanzelfsprekend gelden die rechten voor minder- en meerderjarigen – en ze toch geplaatst worden – en het arrest van het Hof van Cassatie houdt dit niet tegen – als ze een als misdadig omschreven feit plegen.

Minister, ik hoor nu van u dat er in de Grubbe toch enkele plaatsen vrij zijn en dat dit probleem zich in de praktijk niet zal stellen. Ik ben tevreden dat ik dit kan vaststellen.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, ik ben blij uit uw antwoord te mogen afleiden dat er continu een aantal plaatsen in de Grubbe vrij blijven. Ik hoop dat het ook klopt met de realiteit, want ik hoor toch dat er nog steeds knelpunten en problemen zijn.

Het is gelukkig niet meer zoals in het verleden. Tijdens de vorige legislatuur, voorzitter, stonden we met de regelmaat van de klok in de plenaire vergadering op de tribune, meestal met een actuele vraag, want het gebeurde in het verleden veel meer. Ik hoop, minister, dat u gelijk hebt en dat het nu niet meer het geval zal zijn. Mij worden andere zaken gemeld, maar ik hoop dat men zich vergist.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik heb niet gezegd dat het niet meer zo zal zijn, ik heb gezegd dat er volgens mijn informatie sinds de uitbreiding van de capaciteit, in De Grubbe geen problemen zijn geweest. Dat is het resultaat van inspanningen in De Grubbe en van andere mogelijkheden. Ik denk dat het in de periode sinds de plaatsen in gebruik werden genomen, nog niet het geval is geweest.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een tekort aan rvt-bedden in de Vlaamse woonzorgcentra ten gevolge van de federale besparingen - 1274 (2011-2012)

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord voor een interessante vraag.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Voorzitter, het is waarschijnlijk omdat u mijn vraag zo interessant vond dat u niet kon wachten tot ze hier gesteld werd, maar dat u een voorafname op het debat moest doen door in de media heel uitvoerig aanwezig te zijn. We hebben dat met zijn allen kunnen vaststellen.

Minister, sinds ik deze vraag om uitleg twee weken geleden indiende, zit ik met nog meer vragen en onduidelijkheden. De optredens in de media, de uitspraken in de kranten en het artikel op de website van onze commissievoorzitter doen me afvragen of een aantal zaken niet worden overdreven. Ze moeten mijns inziens op zijn minst in een juiste context worden geplaatst.

De federale overheid wordt, net zoals de Vlaamse, geconfronteerd met grote budgettaire tekorten en moet dus besparen. Ze doet dat onder meer in de gezondheidszorg, en meer bepaald in de RIZIV-financiering (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) voor ouderenzorg. Zo zal er, dixit de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VMSG) in 2012 geen geld beschikbaar worden gesteld voor rvt-reconversie (rust- en verzorgingstehuis), zijnde het omzetten van gewone rustoordbedden naar bedden rust- en verzorgingstehuizen voor de zwaar zorgbehoevenden.

De onheilspellende berichten in de media volgden uiteraard vrij snel. Ernstige financiële gevolgen zouden ontstaan voor de betrokken voorzieningen. Er werd meteen gesuggereerd

dat de kans groot is dat de extra kosten voor rvt-bedden zullen moeten worden doorgerekend aan de bewoners via een forse verhoging van de dagprijs. Er is sprake van 25 tot 30 euro extra per dag, iets wat de financiële toegankelijkheid van onze ouderenzorgvoorzieningen natuurlijk niet ten goede komt. Er werd zelfs gesproken van woonzorgcentra die de boeken zullen moeten neerleggen omdat ze dit financieel niet aankunnen.

Zorgnet Vlaanderen pleitte voor snel overleg met de federale minister van Volksgezondheid, Laurette Onkelinx. Het zou gaan om een bedrag van 14 miljoen euro dat moet worden gevonden om de nieuwe rvt-plaatsen alsnog te kunnen financieren. Daar werden meteen enkele voorstellen aan gekoppeld, zoals het geld halen van het budget voor de zorgvernieuwingprojecten of van het budget voor de socialprofitakkoorden. Als er vanuit de federale overheid voorstellen zouden worden gedaan om in Vlaanderen te besparen, vraag ik me af of men daar gelukkig mee zou zijn.

Soit, op het kabinet van minister Onkelinx laat men verstaan dat Vlaanderen zich niet aan de afspraken zou hebben gehouden en meer dan het afgesproken aantal rvt-reconversies in het vooruitzicht heeft gesteld voor de vele nieuwbouwprojecten die Vlaanderen vooropstelt. Het is inderdaad zo dat Vlaamse woonzorgcentra die zwaar zorgbehoevende ouderen willen opvangen of reeds opvangen, daartoe een hogere financiële tegemoetkoming van het RIZIV kunnen aanvragen op het moment dat er bijkomende rvt-bedden via reconversie van rob-bedden (rustoord voor bejaarden) beschikbaar worden gesteld, en dit in overleg tussen Vlaanderen en de federale overheid. Ze doen dan de aanvraag, maar ze weten op dat moment niet of de vraag naar bijkomende rvt-bedden of naar reconversie zal worden ingewilligd. Dat hangt af van de vraag of ze voldoen aan de criteria en van de verdeling die wordt gedaan.

Met andere woorden, elke uitbater van een nieuw woonzorgcentrum begint met rob-bedden en met de gepaste financiering daarvoor vanuit het RIZIV. Wanneer men rvt-bedden aanvraagt, maar er onvoldoende of geen krijgt, dan behoudt men de rob-financiering. Ik vraag me af waarom tal van woonzorgcentra nu zeggen dat ze het geld voor de rvt-bedden kwijt zijn en dit moeten aanrekenen aan de bewoners omdat ze anders failliet dreigen te gaan, terwijl er totaal geen zekerheid bestond over het al dan niet toekennen van de gevraagde rvt-bedden. Voor woonzorgcentra waar zwaar zorgbehoevende ouderen op dit moment nog worden opgevangen via de gewone rob en waar geen aanvraag naar rvt-reconversie is gebeurd, verandert er niets aan de financiering door deze federale beslissing.

De VVSG stelt zelf dat dit in de praktijk vooral gevolgen zal hebben voor de nieuwe woonzorgcentra, woonzorgcentra die recent uitbreidden of woonzorgcentra die hun opnamebeleid recent aanpasten om meer zwaar zorgbehoevende ouderen aan te trekken en dus wel een aanvraag voor rvt-bedden hebben gedaan en rekenden op de extra financiële tegemoetkoming vanuit het RIZIV. Maar erop rekenen betekent natuurlijk nooit een garantie dat men ze effectief toegewezen zou krijgen. Ik vind dan ook niet dat men mag laten uitschijnen alsof hier een daad van onbehoorlijk bestuur zou zijn gesteld door het federale niveau, terwijl Vlaanderen volledig vrijuit zou gaan. Minister, er zijn nu eenmaal akkoorden afgesloten over het aantal rvt-reconversies voor elke gemeenschap. Het is best mogelijk dat de forse toename van de nieuwbouwprojecten in Vlaanderen een fors hogere vraag naar rvt-reconversies doet ontstaan waardoor er problemen kunnen opduiken door de federale besparingsmaatregelen. Dat is wel een veel genuanceerder verhaal dan wat momenteel veelvuldig in de pers wordt verteld door CD&V.

Minister, kunt u toelichting geven bij de protocolakkoorden die zijn afgesloten met de federale overheid voor wat betreft het aantal rvt-reconversies in het voorbije jaar en de komende jaren? Hoeveel aanvragen voor rvt-reconversies zijn vorig jaar gebeurd? Voor hoeveel plaatsen kan nu niet in rvt-financiering worden voorzien? Klopt de reactie van minister Onkelinx? Is Vlaanderen de gemaakte afspraken niet nagekomen? Zo ja, hoe is dit kunnen gebeuren? Zo neen, hoe komt het dan dat het probleem zich nu plots stelt? Hoe wilt u anticiperen op deze moeilijke situatie? Wordt een overleg gepland met de federale minister of

is er in het kader van de begrotingscontrole al overleg geweest? Wanneer staat dit overleg gepland of wanneer vond dit overleg plaats? Hebben uw federale collega's dit aangekaart bij de laatste besparingsronde de afgelopen dagen?

De heer Tom Dehaene: Het zal u niet verbazen dat ik zelf een aantal bedenkingen heb. Mevrouw Van der Borght, ik heb altijd gezegd dat het probleem zich vooral stelt bij nieuwe initiatieven. U kunt zeggen dat ze van de verkeerde veronderstelling uitgaan dat ze een rvt-erkenning zullen krijgen. Tot dit jaar krijgen nieuwe initiatieven automatisch 25 rvt-erkenningen. U weet zeer goed dat een dergelijk project uit de grond stampen, even duurt en dat je daarvoor een financiële planning maakt bij de start. Het lijkt mij maar normaal dat nieuwe initiatiefnemers, indien ze de keuze maken om de zwaarst zorgbehoevende mensen voorrang te geven, rekening houden met die extra bijdrage vanuit het RIZIV. Dat is, voor alle duidelijkheid, geen bijdrage om de winst te maximaliseren, maar wel om de zorgen die die zwaar zorgbehoevende mensen nodig hebben, te financieren. Het lijkt me dan ook niet meer dan normaal dat we dit aankaarten als de situatie dreigt te ontstaan dat deze nieuwe initiatieven, maar ook bestaande initiatieven die meer zorgbehoevenden gaan opnemen, die middelen niet te zullen krijgen. Waarom? Het zijn middelen die gebruikt worden voor die zorg. De mensen hebben daar heel hun leven voor bijgedragen.

Ik heb dit probleem inderdaad aangekaart omdat ik vastgesteld heb dat er geen middelen beschikbaar zijn voor die bijkomende rvt-erkenning, vooral voor de nieuwe initiatieven, vooral gelinkt aan de middelen die wij op Vlaams niveau hebben vrijgemaakt om nieuwe projecten mogelijk te maken. U herinnert zich het bedrag van 100 miljoen euro van een aantal maanden geleden. Ik vrees dat, indien het signaal komt dat nieuwe initiatieven geen middelen krijgen voor rvt-erkenningen, veel mensen die nu nadenken over het opstarten van een nieuw initiatief, wel eens zouden kunnen worden afgeschrikt. Trouwens, de reden waarom ik dit probleem aankaart, is het feit dat ik signalen krijg vanuit de sector, van mensen die bezig zijn met een nieuw initiatief. Zij ervaren dit als zeer problematisch. Ik hoop dat we, door dit aan te kaarten, een signaal aan onze federale collega's kunnen geven.

Iedereen moet besparen, uiteraard. Ik ben de eerste om dat te onderschrijven. Maar binnen de pot van het RIZIV – als ik goed ben ingelicht, gaat dat over 52 miljard euro – is er misschien wel wat ruimte om een keuze te maken voor die zwaar zorgbehoevende mensen die niet kiezen om die zorgen nodig te hebben, maar die ze noodgedwongen nodig hebben. Het lijkt me dus niet meer dan normaal om middelen vrij te maken voor die initiatiefnemers.

Minister, hoe ver staat het? Hebt u een zicht op enige onderhandelingsruimte om die 8 tot 10 miljoen euro, die we nodig hebben per jaar, vrij te maken, eventueel door het verschuiven van een aantal prioriteiten?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega's, het is misschien goed een aantal zaken, ook feitelijke, op een rij te zetten. Het is niet zo'n gemakkelijke materie en daardoor ontstaat er vaak een begripsverwarring. Het is goed dat u de vraag stelt zodat ik er een aantal punctuele zaken over kan zeggen en het debat tot zijn essentie kan worden teruggebracht.

Het eerste protocolakkoord werd afgesloten op 9 juni 1997 en werd uitgewerkt in vier aanhangsels. In dit eerste akkoord tussen de overheden van dit land wat betreft Volksgezondheid, en meer bepaald deze problematiek, werd opgenomen dat de programmatie van het aantal rvt-bedden in België, met ingang van 1 januari 1998, progressief binnen een termijn van 5 jaar, jaarlijks met 5.000 bedden zou worden opgetrokken om, mits respect voor de erkenningsnormen, voor eenzelfde zorgbehoefte eenzelfde financiering te garanderen. Het idee erachter was dat je iemand met een bepaald profiel hetzelfde forfait moest kunnen geven. Dit zou gebeuren via reconversie van 25.000 rusthuisbedden naar 25.000 rvt-bedden, verdeeld over de betrokken gemeenschappen op basis van het aantal 80-plussers in 1997.

Voor Vlaanderen betekende dit een toename van het aantal rvt-bedden met 14.194 tegen 1 januari 2002, of meer dan een verdubbeling.

Vlaanderen beschikte op 1 januari 1997, de ingangsdatum van het eerste protocolakkoord, in totaal over 12.468 rvt-bedden. Daarnaast waren er in Vlaanderen nog 47.045 woongelegenheden in rusthuizen die niet over een rvt-erkenning beschikten. Het ging dus over 47.045 rob-bedden. Op 1 januari 2002, de einddatum van dit eerste protocolakkoord, beschikte Vlaanderen over in totaal 26.662 rvt-bedden, en daarnaast over 36.523 rob-bedden.

Het tweede protocolakkoord werd afgesloten op 1 januari 2003 en werd uitgewerkt in vijf aanhangsels. Dit tweede akkoord liep tot 30 september 2005. Gedurende deze periode kon het aantal rvt-bedden in Vlaanderen worden opgetrokken met 1999 rvt-bedden.

Een derde protocolakkoord, ten slotte, werd afgesloten op 13 juni 2005 en werd voort uitgewerkt in zes aanhangsels. Dit derde akkoord loopt nog tot 31 december 2012. Gedurende de periode 2005-2011 werd de programmatie voor de rvt-bedden voor Vlaanderen opgetrokken tot 42.151 plaatsen. Dat is een bijkomende verhoging, tot eind 2011, met 13.490 rvt-bedden.

Vlaanderen beschikte op 31 december 2011 dus over een totaal van 42.151 rvt-bedden. Daarnaast zijn er nog 26.921 woongelegenheden in de woonzorgcentra die niet over een rvt-erkenning beschikken. Vlaanderen kende elk geprogrammeerd rvt-bed toe, niets meer en niets minder. Het is heel simpel: elk jaar komt er een schijf vrij, er wordt dan overlegd met de sector en er worden afspraken gemaakt over hoe die bijkomende schijf wordt verdeeld. De ambitie, alleszins in de jaren waarin ik dat mocht meemaken, was om zo veel mogelijk in de bestaande voorzieningen diegenen die over dat profiel beschikken een rvt-statuuat te geven. Ik ken het niet uit het blote hoofd, maar meen dat ongeveer 95 procent van de mensen die rvt-gerechtigd zijn, nu ook daadwerkelijk een rvt-statuuat hebben. Wat dat betreft, lijkt er me geen enkele discussie te bestaan: er is toegekend wat in de programmatie beschikbaar was.

Uit het overzicht blijkt dat over de looptijd van de drie protocolakkoorden het aantal rvt-bedden is toegenomen van 12.468 bedden in 1997 tot 42.151 bedden. Dat is meer dan een verdrievoudiging van het aantal rvt-bedden. Bijzondere aandacht werd geschonken aan opstartende voorzieningen, zodat ze vrij snel rvt-bedden, met de bijhorende financiering, verwierven. Dat is een keuze die Vlaanderen met de sector heeft gemaakt.

De federale overheid heeft de afgelopen vijftien jaar dus een belangrijke budgettaire inspanning geleverd, via het RIZIV. Gelet op de vergrijzing en de nood aan bijkomende residentiële opvangplaatsen voor zwaar zorgbehoevende ouderen is het ook evident dat deze reconversieoperaties noodzakelijkerwijze nu niet kunnen ophouden en de komende jaren zullen moeten worden voortgezet. Het verschil tussen een rob- en een rvt-plaats qua financiering bedraagt inderdaad 20 à 25 euro per plaats. Dat moet in de voorziening die uitbreidt of aan nieuwbouw doet, aan de inwoners worden doorgerekend als die voorziening voldoende zorgpersoneel wil inzetten. Als men dus wil voldoen aan de normen van de rvt-omkadering zoals die bestaan en men heeft die financiering niet, dan zou het theoretisch dus gaan over een bedrag van 20 à 25 euro per dag.

Ik besef natuurlijk dat, in de huidige moeilijke financiële tijden, waarin ook de federale overheid wordt genoodzaakt om besparingsmaatregelen te nemen, er keuzes zullen moeten worden gemaakt. Anderzijds is de vergrijzing van onze bevolking bekend. Ze valt natuurlijk ook niet te negeren. Dit betekent dat er best eerder wordt gekozen voor een correcte financiering van de zware zorgbehoefte in de woonzorgcentra. De voorbije jaren stelden we een toename met jaarlijks ongeveer 1000 plaatsen in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf vast. Dankzij de maatregelen die de voorbije jaren zijn genomen, zijn tussen 1 januari 2011 en 1 januari 2012, dus het voorbije jaar, maar liefst 1544 plaatsen bijkomend in gebruik genomen in de sector van de woonzorgcentra. Voor alle duidelijkheid: dat zijn rob-plaatsen.

Voor nieuwe voorzieningen en uitbreidingen van voorzieningen is die rvt-financiering – die dus boven op het rob-aspect komt, zoals u daarnet goed hebt geanalyseerd – dringend en belangrijk om een kwaliteitsvolle en financieel toegankelijke zorg te kunnen garanderen. Zoals ik echter al heb gezegd: dat zijn pakketten die in het kader van die protocollen aan de orde zijn gekomen. Zoals gezegd zijn alle rvt-statuten waarover we het in het protocol hebben gehad, ondertussen toegekend. Op dit ogenblik kan Vlaanderen dus uiteraard geen nieuwe rvt-statuten toekennen. Dat is een kwestie waarmee, in eerste instantie, het RIZIV zich moet bezighouden.

Wat de stelling van de woordvoerder van federaal minister Onkelinx betreft, zoals die is verwoord in een artikel in Het Laatste Nieuws van 22 februari 2012, moet ik toch even mijn verwondering uitdrukken over de foutieve weergave. Ik kan dat eerlijk gezegd nog wel enigszins begrijpen, gezien de complexiteit van de materie. Voor alle duidelijkheid: Vlaanderen hield en houdt zich aan de rvt-programmatie die de federale overheid ons heeft toegekend, zoals ik reeds heb toegelicht. Daar is geen discussie over. Daarenboven heeft de federale overheid met de gemeenschappen en gewesten onderhandeld over een moratorium voor het aantal plaatsen voor rob, dus inclusief rvt, en kortverblijf. Dat moratorium beoogt eveneens een federale budgetbeheersing op niveau van het RIZIV. Op 12 september 2011 werd dit moratorium met een zesde aanhangsel bij protocol 3 voor België met 1233 bijkomende rob-plaatsen verhoogd. Voor Vlaanderen betekende dat een verhoging van het moratorium tot 73.306 plaatsen. Dat zijn dus de rob-plaatsen en de rob-plaatsen die ondertussen een rvt-statuut hebben gekregen. Dit moratorium loopt tot 31 december 2012.

Op 1 januari 2012 zijn er in Vlaanderen 70.522 plaatsen erkend. Vlaanderen mag dus zijn capaciteit inzake residentiële ouderenzorg tijdens de verdere looptijd van dit moratorium nog laten toenemen met 2784 plaatsen vooraleer het federale moratorium bereikt zal zijn. De woordvoester baseerde zich bij het formuleren van haar uitspraak misschien op het aantal voorafgaande vergunningen dat door Vlaanderen toegekend is. Vlaanderen heeft effectief bovenop het moratorium 17.890 voorafgaande vergunningen toegekend, niet alleen tijdens deze legislatuur, maar ook tijdens de voorbije periode. Dat is nodig om de dynamiek in de sector van de residentiële ouderenzorg niet volledig stop te zetten. Bovendien verlopen er gemiddeld minstens vijf jaar tussen het verkrijgen van een voorafgaande vergunning en de exploitatie die kan starten na een erkenning.

In aanhangsel 6 van het derde protocol van september laatstleden werd verduidelijkt dat het moratorium geldt voor het aantal erkende plaatsen voor zover de gemeenschappen en gewesten binnen hun regelgeving kunnen garanderen dat bij een groot aantal voorafgaande vergunningen het aantal erkenningen kan worden ingeperkt tot het in het moratorium vastgelegde cijfer. Het moratorium loopt tot eind 2012. Er zijn nog 2784 rob-plaatsen beschikbaar. Gelet op die gegevens zal Vlaanderen dat engagement uiteraard respecteren.

Dat betekent dat Vlaanderen, in tegenstelling tot wat in het krantenartikel vermeld wordt, deze bepalingen van het rvt- en rob-moratorium respecteert. Die moratoria zijn trouwens overeenkomsten met de deelstaten. Wij zullen die afspraken uiteraard nakomen.

Na het einde van het rob-moratorium, dus na eind 2012, zal, gelet op de vergrijzing, opnieuw een jaarlijkse verhoging van het moratorium nodig zijn. De studie uit 2011 van het Federaal Kenniscentrum vermeldt een jaarlijkse noodzakelijke toename voor het rijk variërend van 1800 tot 3000 woongelegenheden per jaar, tot 2025.

Hoe wil ik anticiperen op die situatie? De situatie is natuurlijk niet nieuw. In 2010 en 2011 heb ik – zelfs tijdens de moeilijke periode van de regeringsvorming op federaal niveau – deze problematiek reeds meermaals aangekaart in de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Ook de collega's van de andere gemeenschappen en gewesten bevoegd voor de ouderenzorg onderschreven de nood aan bijkomende rvt-reconversies. Dat betekent uiteraard ook de nood aan bijkomende rob-bedden.

Sinds het aantreden van de nieuwe Federale Regering heb ik bovendien reeds contact gehad met mevrouw Onkelinx waarbij ik de problematiek meermaals onder haar aandacht heb gebracht. Ik heb ook aangedrongen op het heropstarten van de werkzaamheden van de werkgroepen die de volgende Interministeriële Conferentie moeten voorbereiden, zodat de dringende problematiek en ook andere vragen opnieuw ter discussie kunnen worden gebracht. Hierbij zal ik zeker de piste op tafel leggen om na te gaan of er binnen de RIZIV-budgetten niet kan worden verschoven om een passend gevolg te kunnen geven aan de prioritaire en dringende vraag van de sector.

Ik wil toch nog eens benadrukken dat de financiering van de zorgkosten in de ouderenvoorzieningen momenteel nog federale materie is waarvoor federale budgetten moeten worden benut. De geplande staatshervorming zal hier in de nabije toekomst verandering in brengen, maar momenteel is dat nog niet het geval. De Vlaamse overheid kan onder het huidige wettelijke kader niet in de plaats treden van de federale overheid.

Finaal is het natuurlijk een debat over de keuze in de zorg. Die keuzes moeten worden gemaakt binnen het RIZIV en binnen de federale bevoegdheden.

In de stand van zaken tot op vandaag en tot op het einde van het engagement dat in het moratorium ook door Vlaanderen is genomen, stelt er zich, wat de toepassing en het respecteren van dat moratorium betreft, geen probleem naar de Vlaamse overheid toe. Dat neemt niet weg dat de vergrijzing in onze samenleving zich doorzet en dat de vraag naar adequate capaciteit en adequate financiering van de capaciteit voor zwaar zorgbehoevende senioren zich steeds nadrukkelijker stelt. Dat debat is op dit moment inderdaad een federaal keuzedebat.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik zal het uitvoerig nalezen.

Het is heel nuttig om nog eens de geschiedenis te horen van al die verschillende protocollen en van het ontstaan daarvan.

Voor alle duidelijkheid: ik ben heel blij dat u vaak hebt gezegd dat het deel uitmaakt van het overleg en van gemaakte afspraken. Dat was ook mijn eerste aanvoelen. Ik begreep de commotie rond dit gegeven totaal niet. Ik ben er steeds van uitgegaan dat reconversie, programmatie enzovoort deel uitmaken van het overleg tussen de gemeenschappen en het federale niveau binnen het beschikbare budget. Het zou onlogisch zijn dat Vlaanderen massaal toelating geeft.

Ik trek niet in twijfel dat de nood groot is. Het zou absurd zijn dat Vlaanderen toelating geeft om te bouwen zonder met het federale niveau afspraken te maken waar het geld voor de exploitatie vandaan moet komen. Minister, ik kan mij niet voorstellen dat u die oefening zou hebben gemaakt.

Ik begrijp niet waar die commotie vandaan komt. Voorzitter, ik begrijp nog veel minder uw reacties en de taal die u daarbij gebruikt. Op uw site staat een tekst waarin heel wat zware uitspraken staan. Zo schrijft u: "Door de onwil van het federale niveau dat instaat voor de financiering van het zorgaanbod dreigen de nieuwe rust- en verzorgingsplaatsen echter onbetaalbaar te worden." U jaagt de mensen angst aan over zaken die naar mijn aanvoelen vandaag nog niet duidelijk zijn. U zegt er dan wel bij "dat het federale niveau in antwoord op de Vlaamse verzuchting en in geval van voldoende budgettaire ruimte de nodige extra middelen zal vrijmaken voor de uitbating van de extra erkenning van de kamers voor de zwaar zorgbehoevende bewoners."

U zegt het dus zelf, maar toch verspreidt u het verhaal alsof het federale niveau dat recht afneemt van de mensen die hun hele leven hebben afgedragen: alsof er faillissementen in de sector van de woonzorgcentra zullen komen of de facturen zullen toenemen met 25 tot 30 euro. De heer Tom Dehaene schrijft: “Dat federaal minister Laurette Onkelinx geen budget wil vrijmaken, staat niet alleen haaks op het Vlaams beleid, zij ontkent zo ook de zorgnoden die met de vergrijzing gepaard gaan. Dat is onaanvaardbaar.” Ik begrijp het niet. Zijn er twee CV&V's? Dat is een mogelijkheid: een Vlaamse CD&V en een federale CD&V. *(Opmerkingen van de heer Felix Strackx en mevrouw Marijke Dillen)*

Als bij ons bepaalde standpunten moeilijk liggen, dan bespreken wij dat in de fractie en het partijbestuur. *(Opmerkingen van de heer Felix Strackx en mevrouw Marijke Dillen)*

Dat is zo, mevrouw Dillen. U bent niet aanwezig op die vergaderingen, dus u kunt daar niet over meespreken.

Als CD&V, die een federale vicepremier levert die bovendien minister van Financiën en gewezen minister van Welzijn is, deze zaak echt genegen is, dan zou de partij dat moeten aankaarten. De werkgroepen zijn vorige week samengekomen, maar CD&V heeft er met geen woord over gerept. Ik begrijp dat niet.

Ik heb nog een bijkomende vraag. Als Vlaanderen alle plaatsen heeft toegekend die het kon toekennen – maar ook niet meer dan dat, dat hebt u zelf gezegd – waarom is er dan zo'n probleem? Ik begrijp dat niet.

Minister Jo Vandeurzen: Het is een ingewikkelde materie, en zo ontstaan foute interpretaties. Ik verduidelijk. In een addendum is het protocol verlengd, tot eind 2012. In dat protocol staat hoeveel rob-plaatsen en rvt-plaatsen mogen worden toegekend. Vlaanderen respecteert het opgelegde plafond van rob-toekenningen, maar het is ook juist dat er meer voorafgaande vergunningen zijn toegekend. Dat is niet nieuw, maar altijd al het geval geweest. Want Vlaanderen stelde altijd dat men vijf of zes jaar vooruit moet kunnen denken.

Er is een dynamiek nodig. Als wij naar de kas van het RIZIV kijken, dan stellen wij vast dat wij 2700 rob-plaatsen onder het toegelaten cijfer blijven. Wat de rvt-statuten betreft, is het zo dat elk jaar een pakket vrijkomt. Er wordt dan met de sector overlegd, om na te gaan volgens welke criteria die extra statuten worden verdeeld. De afgelopen jaren is er altijd voor gekozen om diegenen die kunnen aantonen dat zij bewoners met de geschikte profielen hebben, te financieren in verhouding tot de personeelsbehoeften om die mensen te kunnen verzorgen. Die rvt-statuten zijn allemaal toegekend.

Als wij het bekijken vanuit het perspectief van de zorgbehoeften, op basis van de studie van het kenniscentrum zelf, dan is het zo dat de vergrijzing zich sterk doorzet. Dat betekent dat de rob-capaciteit elk jaar moet toenemen en dus ook de financiering om aan de bijhorende personeelsbehoeften te kunnen voldoen. Dat is afhankelijk van de keuzes die men in verband met de ziekteverzekering maakt. Wat betaalt men terug en wat niet? Voor wat is er een open-endbudget? In feite is er voor rob een open-endbudget, maar de gemeenschappen hebben er zich toe verbonden om zich aan moratoria te houden. Als het moratorium afloopt, ontstaat een nieuwe toestand. Die kwestie moet worden aangepakt wanneer de keuzes in de zorgverlening ter sprake komen. Als wij niet een bepaald ritme van het creëren van bijkomende capaciteit kunnen handhaven – inzake rob, maar uiteraard ook voor zeer zwaar zorgbehoevenden, die de snelst groeiende categorie wordt –, dan ontstaan er wachtlijsten en problemen met de toegankelijkheid van de residentiële ouderenzorg.

U hebt mij herhaaldelijk gezegd dat ik mij moet inzetten om op het terrein meer te doen, door extra capaciteit te realiseren. Wij proberen dat te doen door de voorafgaande toekenning van vergunningen te activeren en door het investeringsritme op te drijven. In de commissie hebben wij het er al over gehad. Ik kan u zeggen dat er nog nooit zoveel extra rob-plaatsen zijn gecreëerd als vorig jaar: 1544. Onze inspanningen zijn succesvol, maar ik kan niet in de plaats treden van diegenen die beslissen over het groeipad van de zorgverlening om de

vergrijzing op te vangen. Dat is een federale bevoegdheid. Ik heb mijn federale collega daarover aangesproken, maar de keuzes worden op dat niveau gemaakt.

De heer Tom Dehaene: Ik wil nog twee punten inbrengen. De problematiek is inderdaad niet nieuw. Ik heb dit probleem ook al een aantal maanden geleden aangekaart. Voorts is het zo dat het aantal zwaar zorgbehoevenden en de vergrijzing toenemen, in steeds hogere mate. Het lijkt mij dan ook normaal dat er geen rem komt op de plaatsen ten behoeve van zwaar zorgbehoevenden in de woonzorgcentra. Uiteraard is daarover intern al zeer veel overlegd.

Ik zal u een geheim vertellen, mevrouw Van der Borght: wij hebben niet alles te zeggen in de Federale Regering. Als wij iets op tafel leggen, wordt dat niet automatisch gevolgd. Het was dus nodig om dit aan te kaarten. Ik hoop dat we de nodige creativiteit kunnen vinden om, ondanks het feit dat we moeten besparen, ook binnen de sociale zekerheid, de juiste keuzes te maken en dat we die meest zorgbehoevende mensen niet meer laten betalen. Daarover gaat het. De extra financiering voor de zorg die die mensen nodig hebben, is in het gedrang.

Mevrouw Mia De Vits: Het is een heel ingewikkeld dossier. Zoals ik het begrijp, rijst het probleem welk groeipad er zal komen na 2012 en welke keuzes er worden gemaakt in de ziekteverzekering. Ik begrijp niet dat in de artikels de indruk wordt gegeven, en meer, dat het probleem zich niet voordoet vanaf 2012, maar dat er nu al meer dan duizend plaatsen zijn, waarvoor de federale overheid weigert geld op tafel te leggen.

Minister Jo Vandeuren: Ik ben me bewust van technische complexiteit. Ik probeer nog eens heel duidelijk de analyse van de toestand te geven. Ik benadruk dat wij bevoegdheden hebben, maar bepaalde bevoegdheden bevinden zich op een ander niveau en dat respecteer ik ook.

Er is dit jaar geen probleem als het gaat over de opening van nieuwe woonzorgcentra of uitbreidingen en het toekennen van rob-statuten. Voor de plaatsen in woonzorgcentra zitten we nog ruim onder de afspraak die we hebben gemaakt met de federale overheid, al jaren en onlangs nog gewijzigd, over hoeveel plaatsen je in gebruik mag nemen, omdat dat aantikt in de ziekteverzekering. Dat zijn de rob-bedden. We hebben nog een conto op het plafond van het moratorium van 2700 plaatsen en het is niet waarschijnlijk dat dat zal worden ingevuld voor het einde van dat moratorium, eind 2012. Daar stelt zich geen probleem. Wat open gaat, wordt als rob gefinancierd.

Het probleem van de sector is dat de laatste jaren dat rob-groeipad steeds vergezeld is gegaan van een uitbreiding van het aantal rob-plaatsen dat werd omgezet in rvt-plaatsen, waardoor je een financiering krijgt die beantwoordt aan het zware zorgprofiel van degenen die er verblijven. Die profielen zijn natuurlijk zwaarder dan een rob-profiel. De federale overheid of de ziekteverzekering heeft in het budget 2012 geen verlenging van het groeipad van de rvt-statuten opgenomen.

Toen mij is gevraagd in september-oktober om akkoord te gaan met een verlenging van het moratorium met één jaar – wat ik begrijp omdat de federale overheid een beheersing van de uitgaven wenste –, heb ik gezegd dat het voor ons geen probleem is om voor rob dat moratorium met een kleine verhoging een jaar te verlengen. Zelfs met een dynamische groei zullen wij dat respecteren. Maar de federale overheid heeft toen gezegd dat er geen bijkomende rvt-financiering zou komen voor zwaar zorgbehoevende mensen in woonzorgcentra, ook niet in 2012, in tegenstelling tot de voorbije periode, waarin dat telkens zo was.

Dat punt kan ik helaas niet in Vlaanderen oplossen. Die vraag moet worden gesteld in het RIZIV. Het heeft te maken met de begroting van het RIZIV. Ik kan enkel zeggen dat de vergrijzing van de bevolking tot gevolg heeft dat er geen ontkomen aan zal zijn. Ik neem aan dat ik u daarmee niets nieuws vertel. Wij moeten onder ogen zien dat er financiering moet zijn voor de zorgbehoevende ouderen in de ziekteverzekering, zolang dat nog een federale bevoegdheid is. Dat thema moet worden besproken waar de bevoegde actoren erover kunnen

beslissen. Dat is helaas niet in deze commissie. Ik neem aan dat u het mij niet kwalijk neemt dat ik de zorg voor ouderen en de vraag naar een behoorlijke financiering daarvoor onder de aandacht breng van degenen die daarover uiteindelijk moeten beslissen, in financieel moeilijke tijden.

De heer Tom Dehaene: Ook voor 2012 is er dus een probleem.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Ik probeer nog eens een laatste keer, minister. We beseffen allemaal dat de vergrijzing er is en dat we daarop moeten anticiperen. Daarover bestaat geen twijfel. Dat is voor iedereen duidelijk. U hebt daarjuist nog eens gezegd dat de federale overheid vandaag heeft beslist om geen verlenging te doen van de verdere uitbreiding van de bijkomende plaatsen voor rvt-reconversie. Dan begrijp ik de commotie niet die er vandaag is.

De directies van de woonzorgcentra, als ze met zichzelf en hun bewoners eerlijk zijn, weten dat ze een bepaalde budget hebben bij de opening van het woonzorgcentrum, voor de mensen die vandaag in de bedden liggen die als rob gefinancierd worden. Daarbij hopen ze dat ze geluk hebben, als er budgettaire ruimte is en er reconversiegeld vrijkomt voor omzetting van rob naar rvt. Als ik vandaag de lotto invul, hoop ik ook geluk te hebben. Zo redeneren die mensen: laat ons hopen dat we erbij zijn.

Ik begrijp dus nog altijd niet waarom u blijft roepen dat er faillissementen dreigen in de woonzorgcentra en dat de bewoners 25 tot 30 euro meer moeten betalen. Wilt u de buitenwereld eens heel duidelijk uitleggen waarom u dat zegt en op basis waarvan? Waarom? Dat rob-bed wordt vandaag gefinancierd.

Minister Jo Vandeuren: Ik heb niets gecommuniceerd. Ik wil dat probleem ook niet onder de mat vegen. *(Opmerkingen van mevrouw Vera Van der Borgh)*

Als op dit moment in een bestaand woonzorgcentrum, zonder dat er van een uitbreiding sprake is, iemand zorgbehoevend wordt en beantwoordt aan het C- of D-profiel, komt er geen financiering voor de extra zorg die nodig is. Er is immers geen uitbreiding van het aantal rvt-statuten.

De heer Tom Dehaene: Wie zal dat betalen?

Minister Jo Vandeuren: Dat is een ernstig probleem. Het gaat om zorgbehoevende mensen.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Als de woonzorgcentra een verkeerde inschatting hebben gemaakt, is er een probleem. De uitspraken van de voorzitter en van de minister zorgen voor heel wat onrust bij de mensen.

De heer Tom Dehaene: Mevrouw Van der Borgh, u moet het antwoord van de minister eens goed nalezen. Er is wel degelijk een probleem. Dat geldt ook voor de bestaande rob-voorzieningen met zwaar zorgbehoevende mensen. Die mensen hebben zorg nodig. Iemand moet die factuur betalen. Normaal gezien zou het RIZIV hiervoor moeten instaan. Die mensen hebben immers gedurende heel hun leven bijdragen voor eventuele zorgkosten betaald. Iemand moet de factuur betalen. Indien het niet het RIZIV is, mag u me eens vertellen wie het wel zal zijn.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Ik zal het nog eens herhalen. Als een woonzorgcentrum vandaag over honderd rob-bedden beschikt, heeft het ook een budget voor honderd rob-bedden. Het woonzorgcentrum kan hopen tegen het einde van het jaar tien bedden in rvt-bedden om te zetten. Er is in elk geval een budget voor de honderd bestaande rob-bedden. Die mensen worden verzorgd. De directie hoopt enkel dat ze tegen het einde van het jaar bijkomende financiële middelen voor tien rvt-bedden zal krijgen. Indien dat geld er niet komt, verandert er in feite niets. Dezelfde mensen liggen in die bedden. Het budget is op 1 januari en op 31 december van datzelfde jaar hetzelfde. Ze krijgen de verhoopte bijkomende middelen niet. Verder verandert er niets. Waarom zou de factuur dan plots moeten stijgen? *(Opmerkingen van de heer Felix Strackx)*

Het gaat op 1 januari en op 31 december om dezelfde mensen.

De heer Tom Dehaene: Mijn concrete vraag is wie de zorgkosten betaalt. Als er geen bijkomende financiering komt, zullen die initiatiefnemers hun beleid veranderen. Ze zullen mensen uit de categorieën O en A opnemen. Die mensen brengen minder zorgkosten met zich mee. Daar krijgen ze dan geld voor. Op termijn is er dus wel degelijk een probleem.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers: Wat de voorzitter van onze commissie net heeft verklaard, is precies wat ik zelf aan het betoog van mevrouw Van der Borght wilde toevoegen.

Ik vind het heel erg dat mevrouw Van der Borght het een loterij noemt. Het gaat hier over de zorg voor de meest zorgbehoevenden. *(Opmerkingen van mevrouw Vera Van der Borght)*

Ik kan getuigen dat de nieuwe instellingen die momenteel bouwen, zoals er momenteel een aantal in Vlaanderen zijn, hun opnamebeleid aan de financiering zullen aanpassen. Indien ze dit niet zouden doen, zouden ze een enorme financiële put creëren. Het zou heel erg zijn de zwaarst zorgbehoevenden niet op te nemen in een instelling die is geconcipieerd om de zwaarst zorgbehoevenden op te vangen. Dat is mijn grote bekommernis en dat is ook wat de voorzitter heeft trachten uit te drukken.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

**Vraag om uitleg van de heer Felix Strackx tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het aanpassen door de Vlaamse Regering van de geluidsnormen voor muziekfestivals en de mogelijke gevolgen ervan voor de volksgezondheid
- 1286 (2011-2012)**

De voorzitter: De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx: Voorzitter, ik wil u in de eerste plaats bedanken om deze vraag om uitleg te agenderen. *(Opmerkingen)*

U bent veel te goed. Ik heb in elk geval sterk bij de diensten moeten aandringen om deze vraag om uitleg aan minister Vandeurzen te mogen stellen. De diensten waren van mening dat ik mijn vraag om uitleg tot minister Schauvliege moest richten. Ik wil het nochtans expliciet met de minister van Volksgezondheid over het aspect van de volksgezondheid met betrekking tot de geluidsnormen hebben. Ik wil het niet over de muziekbeleving of over geluidsoverlast hebben. Ik wil het hier hebben over de volksgezondheid en over de mogelijke gehoorbeschadiging bij onze jeugd en bij andere mensen die muziekevenementen bijwonen.

Ik ga ervan uit dat de minister het eens is met mijn stelling dat de geluidsnormen voor 90 tot 95 procent met de volksgezondheid en slechts voor een klein gedeelte met het leefmilieu te maken hebben. Ik vind het dan ook eigenaardig dat minister Schauvliege met betrekking tot dit dossier steeds de spreekbuis van de Vlaamse Regering is geweest. In feite hebben we de minister van Volksgezondheid tijdens dit debat niet gehoord. Ik vind dat jammer.

Tijdens de plenaire vergadering van 30 november 2011 hebben we nog een minidebat over dit dossier gevoerd. Ik was toen tamelijk gerust in de goede afloop van de zaak. Ik vond het antwoord van minister Schauvliege op de haar gestelde vragen eigenlijk goed. Ik had de indruk dat de hele Vlaamse Regering en niet enkel minister Schauvliege van plan was het been stijf te houden.

Ik was dan ook zeer verbaasd en verontwaardigd eind februari 2012 in de krant te moeten lezen dat de Vlaamse Regering toch onder de druk van de festivalorganisatoren is bezweken. De eerst vooropgestelde regeling is op verschillende punten fel versoepeld.

Om te beginnen is het maximale geluidsvolume van 100 decibel tot 102 decibel opgetrokken. Indien we dit bespreken, moeten we het natuurlijk ook over de meetwijze hebben. Oorspronkelijk was gesteld dat 100 decibel het gemiddelde gedurende een heel uur mocht zijn. De norm van 102 decibel voor categorie 3 zou slechts het gemiddelde tijdens een kwartier worden.

Dat lijkt misschien niet veel. Uiteindelijk gaat het maar om 2 decibel meer. Ik wil er echter op wijzen dat het hier een logaritmische schaal betreft. Een verhoging met 3 decibel houdt een verdubbeling van de geluidsdruk in. 102 decibel is dus bijna dubbel zo luid als die 100 decibel. 102 decibel gemeten over een kwartier zegt nog niets over de pieken die kunnen worden bereikt tijdens dat kwartier. Het gaat hier namelijk over een gemiddelde.

De wetenschappelijke wereld gaat uit van een absoluut maximum van 95 decibel om gehoorbeschadiging te voorkomen. Daarmee vergeleken betekent 102 decibel meer dan 4 keer zo luid. Sommige professoren pleiten zelfs voor 90 decibel als veilige norm. Hiermee vergeleken is 102 decibel maar liefst 16 maal luider.

Verschillende audiologen hebben al opmerkingen gemaakt over die nieuwe regeling. Zo zegt Paul Sas van de KU Leuven: “De piek van 102 decibel houdt in dat het geluidsniveau bijna dubbel zo hard kan als in het eerste voorstel.” Dat heb ik net gezegd. Ik denk echter dat hij zich een beetje vergist, want die 102 decibel is niet de piek, maar het gemiddelde gemeten over een kwartier. Hij heeft het over een piek van 102 decibel. Dat is wat men mag meten in categorie 2. Daar mag men een piek meten van 102 decibel. In categorie 3 wordt er zelfs niet gesproken over een piek. Daar kan dus gemakkelijk een piek van 120 decibel tussen zitten, zolang het gemiddelde gemeten over een kwartier maar onder de 102 decibel blijft.

Een tweede aspect is dat er enkel nog zal worden gemeten aan het mengpaneel, dat zich meestal een heel eind weg van het podium en de luidsprekers bevindt. Het staat doorgaans in de helft of op drie vierde van de lengte van de zaal. Dat betekent dat iedereen die zich tussen het podium en het mengpaneel bevindt aan veel hogere geluidsvolumes dan 102 decibel zal worden blootgesteld. Dat er verplicht oordopjes moeten worden uitgedeeld, is een lapmiddel. Dat is ook de omgekeerde wereld. Niemand kan trouwens verplicht worden ze te dragen.

Ik vind het raar dat men zo luid speelt dat het publiek oordopjes moet dragen om nog te kunnen genieten van de muziek. Ik begrijp dat niet.

Men moet een melding doen bij het college van burgemeester en schepenen. Het college kan die melding niet weigeren, maar kan wel bijkomende voorwaarden opleggen. Minister, u weet net zo goed als ik dat het in een gemeente heel zelden voorkomt dat een college van burgemeester en schepenen durft ingaan tegen een jongerenorganisatie die een fuif wil organiseren, zeker naarmate de gemeenteraadsverkiezingen naderen. In de praktijk gebeurt dat bijna niet.

Of er nu meer of minder dan twaalf activiteiten per jaar plaatsvinden, is irrelevant. Ik kan evengoed doof worden op één concert als op twaalf concerten. Dat heeft er eigenlijk niets mee te maken. Of mijn gehoor beschadigd wordt in een kleine zaal, in een grote zaal, buiten, in een tent of in een theater, heeft uiteindelijk geen belang: beschadigd is beschadigd.

Heel die ingewikkelde reglementering met afmetingen en tijdstippen is mijns inziens irrelevant. Als het van mij afhing, was er maar één norm voor alle plaatsen en zou het niet gaan over het gemiddelde gemeten over een kwartier of een uur. Als het van mij afhing, zou het gaan over pieken die gehoorbeschadigingen veroorzaken en stond er overal een geluidsbegrenzer afgesteld op dat piekmoment. Daarmee uit.

Minister, ik vind het ongehoord dat de Vlaamse minister van Volksgezondheid de commerciële belangen van concertorganisatoren blijkbaar laat primeren op de gezondheid van een groot deel van de bevolking. De minister van Volksgezondheid wordt geacht de

volksgezondheid te allen tijde te beschermen. U had hier uw verantwoordelijkheid moeten nemen.

Minister, wat waren de argumenten van de Vlaamse Regering om van de eerder vooropgestelde normering af te stappen? Bent u zich bewust van het risico op blijvende gehoorbeschadiging bij blootstelling aan hoge geluidsvolumes? Ik neem aan dat het antwoord daarop “ja” is. Zo ja, waarom hebt u zich niet verzet tegen de nieuwe regeling?

Bent u, in het kader van de volksgezondheid, bereid die nieuwe normering eventueel te herbekijken met het oog op de bescherming van het gehoor?

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Ik wil mij even aansluiten bij de vraag om uitleg. Minister, ik ben erg geïnteresseerd in uw antwoord.

Mijnheer Strackx, u hebt een aantal keren het woord “irrelevant” gebruikt. Ik heb echter ook een aantal irrelevante zaken gehoord in uw uiteenzetting. Ik zal er eentje uitpikken. U zegt dat het niet relevant is dat een evenement maar twaalf keer per jaar mag plaatsvinden. Natuurlijk is dat niet relevant. Dat wil zeggen dat één muzikaal evenement op één plaats maximum twaalf keer per jaar mag worden georganiseerd. Dat heeft niets met gehoorschade of decibels te maken. Ik begrijp niet wat die context nu met de zaak te maken heeft.

Ik wachtte ook op een vraag. Op basis van wat in andere commissies wordt gezegd, heb ik de indruk dat toch met iedereen over deze materie ruim is overlegd, en dat daarbij de gezondheid van de bezoekers steeds een aandachtspunt was. Mensen kiezen er zelf voor of zij wel of niet naar een evenement gaan. Wij moeten mensen wel beschermen en normen hanteren, maar wij moeten toch ook eens naar specialisten luisteren en de verslagen lezen over wat daarover in andere commissies is gezegd.

Ten slotte wil ik zeggen dat het echt niet correct is om te stellen dat enkel de commerciële belangen van de concertorganisatoren spelen. Heel veel concertorganisatoren – enkelen zetelen in dit huis, maar er zijn er nog veel andere – hebben zich steeds positief opgesteld. Veel mensen in de sector hebben getoond dat zij het goed menen.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Ten behoeve van het verslag: de bekommernissen van onze fractie hebben te maken met het welzijnsluik. Niemand van onze fractie twijfelt aan de goede bedoeling van de concertorganisatoren waarvan er in dit parlement twee vooraanstaande zetelen. Ik wens dat duidelijk op te merken.

De heer Peter Gysbrechts: Uw collega heeft het wel degelijk over de commerciële belangen van de concertorganisatoren gehad. Ik ben blij dat u dat rechtzet, maar de heer Strackx heeft dat wel degelijk gezegd.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, ik ken en apprecieer uw reeds jarenlang bestaande interesse in en bezorgdheid over deze materie. Uw bezorgdheid wordt door velen, waaronder mezelf, gedeeld.

De vraag betreft eigenlijk een aspect van de leefmilieuregelgeving. In de principiële goedkeuring van het ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering van 15 juli 2011 werd de minister van Leefmilieu opgedragen om de adviezen van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV), de Milieu- en Natuurraad van Vlaanderen (Minaraad), de Vlaamse Jeugdraad, de Strategische Adviesraad Cultuur, Jeugd, Sport en Media (SARC) en de Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin (SAR WGG) in te winnen. Er werd ook een impactanalyse ‘Jeugdsector’ uitgevoerd, en die werd meegedeeld aan de Vlaamse Regering, op 25 november 2011. Bijkomend hebben ook de Jeugdhuisfederatie Formaat, HoReCa Vlaanderen en de Gezinsbond een advies uitgebracht.

Op basis van de impactanalyse en de adviezen werden nog enkele wijzigingen aangebracht aan het ontwerp van besluit van 15 juli, zoals op het vlak van de indelingscriteria, de handavingscriteria, de verplichting tot het maken van een geluidsplan voor bepaalde inrichtingen en het wegvallen van de verplichting tot het jaarlijks kalibreren en controleren van de meetinstrumenten. Zo werd er onder andere beslist om de indelingscriteria – bijvoorbeeld de afbakening van de voor het publiek toegankelijke ruimte van dansgelegenheden – op te geven omdat zij niet relevant zijn voor gehoorschade, en bovendien aanleiding geven tot discussies over de interpretatie.

Het is duidelijk dat de preventie van gehoorschade zeer belangrijk is, maar maatschappelijk niet de enige factor waarmee rekening moet worden gehouden. De wetgeving op de geluidsnormen is dan ook een compromis geworden tussen verschillende noden: de nood om het gehoor te vrijwaren, de behoefte van mensen om van muziek te genieten op de wijze die zij verkiezen en de noden van organisatoren en de handhavers om een haalbare en eenduidige regelgeving te hebben. Daarenboven wordt een wetgeving slechts nageleefd wanneer de normen werkbaar zijn en er enigszins een maatschappelijk draagvlak voor bestaat.

Uiteraard ben ik mij bewust van het risico op blijvende gehoorbeschadiging bij blootstelling aan hoge geluidsvolumes. Reeds in 2009 heb ik samen met minister Schauvliege het initiatief genomen om de rondetafelconferentie ‘Muziekgerelateerde Hinder en Gehoorschade’ te organiseren. Daar bleek niet alleen de nood aan een doeltreffende regelgeving, maar zeker ook aan sensibilisering. Het probleem van gehoorschade mag immers niet worden gereduceerd tot te luide muziek op festivals en concerten. Er is ook het gebruik van mp3-spelers en lawaaierige hobby’s en dergelijke. Daarom heb ik in mei 2011 de campagne ‘Iets minder is de max’ gelanceerd, die jongeren bewust moet maken van het probleem, en hen moet aanzetten tot gedragsverandering: “Beperk de dosis lawaai voor je oren”. Via de website van de campagne vraagt men nog steeds informatie en promotiemateriaal.

Ik beantwoord uw derde vraag. De regelgeving is geconcipteerd in overleg tussen de beleidsdomeinen Leefmilieu en Volksgezondheid. Zo heeft mijn kabinet vanuit volksgezondheidskundige invalshoek gereageerd op het ontwerp van regelgeving ‘Vlaamse reglementering maximaal geluidsniveau van muziek’, die in 2011 en tot begin 2012 werd ontwikkeld. Zoals echter al aangehaald, is een wetgeving altijd een compromis: in dit geval tussen de bezorgdheid over de schade aan het gehoor, het genieten van muziek en de haalbaarheid. Maar ze is mijns inziens een belangrijke stap voorwaarts.

De reglementering die nu op tafel ligt, is het resultaat van een heel proces waarbij de diverse stakeholders werden betrokken en waarbij niet over één nacht ijs is gegaan. Een spoedige herziening is vandaag dan ook niet aan de orde. Met een compromis, wat deze reglementering uiteraard is, is geen enkele betrokken partij volledig tevreden. Ik besef dat terdege. Het is daarom belangrijk dat ook het flankerend beleid goed en doordacht wordt uitgewerkt.

Weldra zal de sensibiliseringsactie, die wordt georganiseerd door het beleidsdomein Leefmilieu, van start gaan. Aangezien preventie van gehoorschade ook buiten muziekfestivals erg belangrijk is en wetgeving bij preventie niet volstaat, vind ik bewustwording en sensibilisering om een mentaliteitsverandering teweeg te brengen even belangrijk. Deze mentaliteitsverandering is aan de gang, mede door de inspanningen van diverse actoren op alle niveaus en terreinen, en ook dankzij de al genoemde Vlaamse campagne ‘Iets minder is de max’.

De heer Felix Strackx: Minister, het doet me plezier dat u toch een stem hebt gehad in het kapittel. We hebben u totaal niet gehoord in heel dit debat. Vooral dat stoorde mij. Ik twijfel er sterk aan dat het een verstrenging is van de huidige normen.

Ik geef één voorbeeld. In categorie A was het maximale toegestane geluidsniveau een piek van 90 decibel. Nu is de grens een gemiddeld geluidsniveau van 85 decibel gedurende 15

minuten. Dat zou overeenkomen met een piek van 92 decibel. Dat is een versoepeling ten opzichte van de huidige situatie en zo zitten er nog wel dingen in.

Het is bijzonder, maar dan ook bijzonder complex. Ik heb heel de reglementering op de website opgezocht. Ik heb die uitgeprint, gelezen, proberen te begrijpen. Het is bijzonder complex, en dat begrijp ik eigenlijk niet goed. Als je met specialisten of audiologen spreekt, hoor je een vrij grote consensus over vanaf welk geluidsniveau er kans is op gehoorbeschadiging. Dat had voor mij de bovengrens moeten zijn, of dat nu voor een kleine zaal, een grote zaal of een tent is. Daar moet voor mij de lat liggen, en daar zitten we op dit ogenblik nog flink boven.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■