

Sénat de Belgique

Session ordinaire 2011-2012

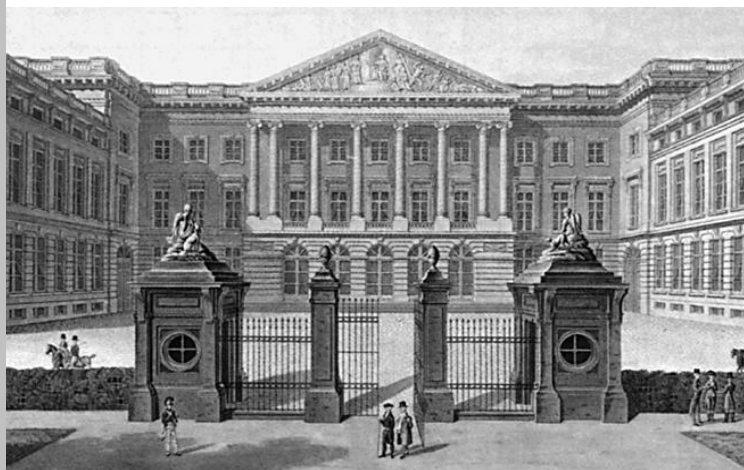
5-112COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 17 janvier 2012

Séance du matin

Annales



Belgische Senaat

Gewone Zitting 2011-2012

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 17 januari 2012

Ochtendvergadering

5-112COM

Les **Annales** contiennent le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions – *imprimées en italique* – sont publiées sous la responsabilité du service des Comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

La pagination mentionne le numéro de la législature depuis la réforme du Sénat en 1995, le numéro de la séance et enfin la pagination proprement dite.

Pour toute commande des Annales et des Questions et Réponses du Sénat et de la Chambre des représentants: Service des Publications de la Chambre des représentants, Place de la Nation 2 à 1008 Bruxelles, tél. 02/549.81.95 ou 549.81.58.

Ces publications sont disponibles gratuitement sur les sites Internet du Sénat et de la Chambre:
www.senate.be www.lachambre.be

Abréviations – Afkortingen

CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
cdH	centre démocrate Humaniste
Ecolo	Écologistes confédérés pour l'organisation de luttes originales
MR	Mouvement réformateur
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
Open Vld	Open Vlaamse liberalen en democraten
PS	Parti Socialiste
sp.a	socialistische partij anders
VB	Vlaams Belang

De **Handelingen** bevatten de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling – *cursief gedrukt* – verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst Verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

De nummering bestaat uit het volgnummer van de legislatuur sinds de hervorming van de Senaat in 1995, het volgnummer van de vergadering en de paginering.

Voor bestellingen van Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat:
Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers, Natieplein 2 te 1008 Brussel, tel. 02/549.81.95 of 549.81.58.

Deze publicaties zijn gratis beschikbaar op de websites van Senaat en Kamer:
www.senate.be www.dekamer.be

Sommaire

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accueil des personnes sourdes et malentendantes en milieu hospitalier» (n° 5-1563).....	5
Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'amélioration des traitements et de la prise en charge de l'hémophilie en Belgique» (n° 5-1564).....	7
Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'augmentation inquiétante du nombre de patients diabétiques en Belgique et l'absence incompréhensible de toute stratégie nationale» (n° 5-1566).....	10
Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le volontariat au niveau européen» (n° 5-1568).....	14
Demande d'explications de Mme Christine Defraigne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le non-respect du cahier spécial des charges relatif à la gestion du registre des chiens et à la distribution des passeports européens pour chiens, chats et furets» (n° 5-1570).....	15
Demande d'explications de M. Gérard Deprez à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'heure d'été» (n° 5-1571)	19
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les risques encourus en thanatopraxie» (n° 5-1587).....	21
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers sur le service mobile d'urgence et de réanimation hélicoptère» (n° 5-1589)	22
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les cas pédiatriques dans les urgences hospitalières» (n° 5-1591)	24
Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la médiatisation du Total Body Scan de la société Groupon» (n° 5-1592)	25
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la pénurie de médecins généralistes» (n° 5-1699).....	27
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la	

Inhoudsopgave

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het onthaal van doven en slechthorenden in ziekenhuizen» (nr. 5-1563)	5
Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verbetering van de behandeling en de verzorging van hemofilie in België» (nr. 5-1564).....	7
Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verontrustende stijging van het aantal diabetespatiënten in België en het onverklaarbare uitblijven van een nationale strategie» (nr. 5-1566).....	10
Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «vrijwilligerswerk op Europees niveau» (nr. 5-1568).....	14
Vraag om uitleg van mevrouw Christine Defraigne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het niet naleven van het bestek betreffende het beheer van het hondenregister en de uitreiking van Europese paspoorten voor honden, katten en fretten» (nr. 5-1570)	15
Vraag om uitleg van de heer Gérard Deprez aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de zomertijd» (nr. 5-1571)	19
Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de risico's bij thanatopraxie» (nr. 5-1587).....	21
Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen inzake de mobiele urgentiegroep per helikopter» (nr. 5-1589).....	22
Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de pediatrische patiënten bij de spoeddiensten» (nr. 5-1591).....	24
Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de mediaberichten over de Total Body Scan van de firma Groupon» (nr. 5-1592)	25
Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het tekort aan huisartsen» (nr. 5-1699)	27
Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de	

vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le nombre de patients étrangers hospitalisés» (n° 5-1709)	30	vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het aantal buitenlandse ziekenhuispatiënten» (nr. 5-1709).....	30
Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'état de santé plus précaire des personnes d'origines ethniques diverses» (n° 5-1731)	32	Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de slechtere gezondheidstoestand bij mensen van etnisch diverse afkomst» (nr. 5-1731)	32
Demande d'explications de M. Richard Miller à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le statut des sexologues» (n° 5-1580)	33	Vraag om uitleg van de heer Richard Miller aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het statuut van de seksuologen» (nr. 5-1580).....	33
Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le groupe de travail ad hoc soins palliatifs» (n° 5-1623)	35	Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ad-hocwerkgroep palliatieve zorg» (nr. 5-1623).....	35
Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'organisation globale des postes de garde de médecine générale» (n° 5-1754).....	36	Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de globale organisatie van de huisartswachtposten» (nr. 5-1754).....	36
Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la classification ICD-10» (n° 5-1758)	38	Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ICD-10-classificatie» (nr. 5 -1758).....	38

Présidence de Mme Elke Sleurs*(La séance est ouverte à 14 h 15.)***Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accueil des personnes sourdes et malentendantes en milieu hospitalier» (n° 5-1563)**

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Des représentants de la communauté des sourds et des malentendants ont récemment attiré mon attention sur la nécessaire prise en considération de leur handicap en milieu hospitalier. En effet, il semble que l'approche qui leur est réservée soit encore très rudimentaire, voire inexistante.

Or, en vertu de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, les personnes sourdes et malentendantes ont le même droit à l'information que les autres patients, afin de bien connaître leur état de santé et de prendre toutes les décisions qui s'imposent en connaissance de cause. Aucune obligation n'existe quant à l'utilisation d'interprètes professionnels en langage des signes dans les structures hospitalières. Cependant, un budget annuel de 2,35 millions d'euros a été alloué pour permettre aux hôpitaux qui le désirent, et sur base volontaire, de disposer d'un médiateur interculturel. Si mes informations sont correctes, seulement 60 hôpitaux du pays ont introduit une telle demande – 15 à Bruxelles, 18 en Wallonie et 27 en Flandre –, dont seulement deux, un en Wallonie et un en Flandre, explicitement pour un interprète en langue des signes, ce qui est extrêmement peu, voire insignifiant.

Même si le nombre de patients sourds et malentendants reste peu élevé en moyenne, il n'en demeure pas moins que ce sont des patients à part entière qui méritent une prise en charge optimale dans un objectif d'accès aux soins.

Qu'en est-il exactement des demandes de subsides de la part des hôpitaux, en vue de disposer de médiateurs interculturels au sein de leurs structures hospitalières ? Combien de demandes concernent spécifiquement la langue des signes ?

Le Centre pour l'Égalité des chances a publié, fin octobre, une recommandation relative à l'offre d'interprétation en langue des signes dans les hôpitaux, laquelle stipule notamment que les hôpitaux devraient prendre les mesures nécessaires pour que les patients sourds puissent disposer, sans coûts supplémentaires, d'un interprète en langue des signes. Avez-vous pris connaissance de cette recommandation ?

Enfin, l'an passé, une expérience a été lancée dans plusieurs hôpitaux en vue d'assurer la médiation pour les populations allochtones, via un système de vidéoconférence, afin de pallier notamment les difficultés de disposer d'un interprète de manière permanente. Qu'en est-il de cette expérience ? Est-elle toujours en cours ? Si oui, quels hôpitaux sont-ils concernés ? Avez-vous déjà pu tirer des conclusions ? Comptez-vous élargir ce type de mesure plus spécifiquement à la langue des signes ?

Voorzitster: mevrouw Elke Sleurs*(De vergadering wordt geopend om 14.15 uur.)***Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het onthaal van doven en slechthorenden in ziekenhuizen» (nr. 5-1563)**

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Vertegenwoordigers van doven en slechthorenden hebben mij er recent op gewezen dat ziekenhuizen met hun handicap rekening moeten houden. Het onthaal blijkt momenteel nog zeer ontoereikend of zelfs niet bestaand.

Krachtens de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt genieten doven en slechthorenden hetzelfde recht om te worden geïnformeerd als andere patiënten zodat ze een goed inzicht krijgen in hun gezondheidstoestand en met kennis van zaken alle nodige beslissingen kunnen nemen. Er bestaat echter geen enkele verplichting om in ziekenhuizen professionele tolken gebarentaal in te schakelen. Wel wordt jaarlijks een budget van 2,35 miljoen euro toegekend waarmee ziekenhuizen die dat willen een interculturele bemiddelaar kunnen aanstellen. Volgens mijn informatie hebben in ons land slechts 60 ziekenhuizen een dergelijke aanvraag ingediend: 15 in Brussel, 18 in Wallonië en 27 in Vlaanderen. Slechts twee daarvan, één in Wallonië en één in Vlaanderen hebben uitdrukkelijk een tolk gebarentaal aangevraagd, wat extreem weinig is.

Ook al zijn er relatief weinig dove en slechthorende patiënten, toch zijn het volwaardige patiënten. Ze moeten dan ook een optimale toegang tot de gezondheidszorg krijgen.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de subsidieaanvragen van de ziekenhuizen voor interculturele bemiddelaars? Hoeveel aanvragen hadden specifiek betrekking op gebarentaal?

Het Centrum voor gelijkheid van kansen en racismebestrijding heeft eind oktober een aanbeveling gedaan met betrekking tot het aanbieden van tolkdiensten gebarentaal in de ziekenhuizen, waarin wordt gesteld dat de ziekenhuizen de nodige maatregelen moeten nemen opdat dove patiënten zonder meerkosten over een tolk gebarentaal kunnen beschikken. Heeft de minister kennis genomen van die aanbeveling?

Verleden jaar liep in verschillende ziekenhuizen een proefproject om de bemiddeling voor de allochtone bevolkingsgroepen te verzekeren. Via een systeem van videoconferencing kan onder meer permanent een beroep worden gedaan op een tolk. Wat is de stand van zaken in dat proefproject? Loopt het nog altijd? Zo ja, welke ziekenhuizen zijn erbij betrokken? Heeft de minister al conclusies getrokken? Gaat ze dergelijke maatregelen ook uitbreiden tot de gebarentaal?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – La problématique des patients sourds dans les soins de santé en général et dans les hôpitaux en particulier a été largement débattue lors de la journée d'étude « Médiation Interculturelle, Internet et autres développements », organisée le 7 octobre 2011 par le SPF Santé Publique. Le professeur Vermeerbergen de la KU Leuven, experte dans l'étude de la langue des signes et l'interprétariat dans la problématique des patients sourds dans les soins de santé a fait une présentation considérée comme importante. Je vous invite d'ailleurs à la consulter sur power point, sur le site web www.intercult.be. De plus, un grand nombre de personnes sourdes ont participé à cette journée d'étude et une patiente sourde a raconté son expérience à l'hôpital.

J'en viens à vos questions spécifiques.

Annuellement, les hôpitaux reçoivent une circulaire par laquelle ils sont invités à demander un financement pour un médiateur interculturel et/ou un coordinateur de la médiation interculturelle – gestion de la diversité. Ces dernières années, le nombre total des demandes se situait entre 70 et 80. Compte tenu du budget disponible, seulement une soixantaine de ces demandes ont pu être honorées.

Les hôpitaux mentionnent rarement de manière explicite pour quel groupe cible la demande est faite. Pour l'instant, six hôpitaux emploient des médiateurs interculturels pour patients sourds ou des interprètes en langage des signes, financés par le budget pour la médiation interculturelle : l'UZ à Gand, le centre psychiatrique Dr Guislain à Gand, le CHR de Namur, le CHU de Charleroi, le CHR de La Citadelle à Liège et Peltzer - La Tourelle à Verviers.

L'administration ne détermine pas pour quel groupe un médiateur interculturel est employé ; cette décision relève des hôpitaux eux-mêmes. Cependant, nous évaluons chaque année la façon dont le financement attribué est effectivement utilisé. Si l'évaluation est négative, les moyens ne sont plus attribués à l'hôpital en question.

Par ailleurs, le fait que peu d'hôpitaux emploient des médiateurs interculturels ou des interprètes en langue des signes est en rapport avec le faible pourcentage de patients sourds soignés dans les hôpitaux et de la disponibilité limitée des interprètes en langue des signes financés aussi bien par la Communauté flamande que par la Communauté française. Il s'ensuit que des patients viennent parfois avec leur interprète personnel.

Nous avons évidemment pris connaissance des recommandations du Centre pour l'Égalité des chances et notre politique s'inscrit dans ce cadre.

En 2011, deux projets pilotes ont été menés, dans lesquels les médiateurs interculturels interviennent dans les hôpitaux à l'aide d'un système de vidéoconférence. Les hôpitaux suivants participent au projet : le CHU de Charleroi, le Grand Hôpital de Charleroi, le CHR La Citadelle de Liège, St Pierre et Brugmann à Bruxelles, ZNA à Anvers, UZ Gand, AZ Sint-Lucas à Gand. Trois de ces hôpitaux travaillent avec des interprètes en langue des signes. L'évaluation du projet est positive.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De problematiek van dove patiënten in de gezondheidszorg in het algemeen en in de ziekenhuizen in het bijzonder is uitvoerig ter sprake gekomen op de studiedag 'Interculturele bemiddeling, het internet en andere ontwikkelingen', die op 7 oktober 2011 door de FOD Volksgezondheid werd gehouden. Professor Vermeerbergen van de KU Leuven, een expert in de studie van de gebarentaal en het tolken voor dove patiënten binnen de gezondheidszorg, heeft een interessante uiteenzetting gehouden, waarvan de PowerPointpresentatie op www.intercult.be kan worden geraadpleegd. Meerdere doven hebben aan de studiedag deelgenomen en een dove patiënte heeft over haar ziekenhuiservaringen verteld.

Jaarlijks ontvangen de ziekenhuizen een rondzendbrief waarin ze worden uitgenodigd om een financiering aan te vragen voor een interculturele bemiddelaar en/of een coördinator interculturele bemiddeling – diversiteitsbeheer. De jongste jaren schommelde het aantal aanvragen tussen 70 en 80. Gelet op de beschikbare middelen konden slechts een zestigtal aanvragen positief worden beantwoord.

De ziekenhuizen vermelden slechts zelden uitdrukkelijk voor welke doelgroep de aanvraag wordt ingediend. Momenteel gebruiken zes ziekenhuizen interculturele bemiddelaars voor dove patiënten of tolken gebarentaal die worden gefinancierd door het budget voor de interculturele bemiddeling: het UZ Gent, het psychiatrisch centrum Dr. Guislain in Gent, het CHR Namen, het CHU Charleroi, het CHR de la Citadelle te Luik en Peltzer - La Tourelle te Verviers.

De administratie bepaalt niet voor welke doelgroep een interculturele bemiddelaar wordt ingezet. Dat beslissen de ziekenhuizen zelf. De manier waarop de toegekende financiering daadwerkelijk wordt gebruikt, wordt wel jaarlijks geëvalueerd. Bij een negatieve evaluatie krijgt het betrokken ziekenhuis geen middelen meer.

Dat slechts weinig ziekenhuizen gebruik maken van interculturele bemiddelaars of tolken gebarentaal heeft ermee te maken dat in de ziekenhuizen slechts weinig dove patiënten worden behandeld. Ook de beperkte beschikbaarheid van tolken gebarentaal die door de Vlaamse en de Franse Gemeenschap worden gefinancierd, speelt een rol. Dat leidt ertoe dat de patiënten soms hun persoonlijke tolk meebrengen.

We hebben uiteraard kennisgenomen van de aanbevelingen van het Centrum voor gelijkheid van kansen en ons beleid sluit daarbij aan.

In 2011 waren er twee proefprojecten waarbij interculturele bemiddelaars in de ziekenhuizen werden ingeschakeld via een systeem van videoconferencing. De volgende ziekenhuizen namen deel aan het project: het CHU Charleroi, het Grand Hôpital te Charleroi, het CHR de la Citadelle te Luik, Sint-Pieter en Brugmann te Brussel, ZNA te Antwerpen, UZ Gent en AZ Sint-Lucas te Gent. Drie van die ziekenhuizen werken met tolken gebarentaal. Dat project werd positief geëvalueerd.

Het grootste voordeel van het initiatief is dat met een beperkte verhoging van de middelen het aanbod en het aantal patiënten dat door de bemiddelingsdiensten wordt geholpen,

Le plus grand avantage de cette initiative est sans aucun doute qu'avec une relativement faible augmentation des ressources, l'offre et le public aidé par les services de médiation pourront à terme être largement augmentés, en particulier pour les groupes-cibles petits en taille, comme celui des patients sourds.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je consulterai avec beaucoup d'intérêt le site que vous avez mentionné et qui reprend l'exposé du professeur Vermeerbergen.

J'entends également que l'évaluation du système de vidéoconférence est positive. C'est un élément particulièrement intéressant. Est-il prévu d'assurer la promotion de cet outil déjà utilisé avec succès par six hôpitaux ? Il semble opportun de généraliser ce système à l'ensemble du réseau hospitalier.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Nous pensons que les initiatives sont d'autant mieux suivies et prises en charge qu'elles viennent des hôpitaux, en concertation avec les associations de personnes sourdes. Le réseau se développe sur ce mode et c'est préférable, me semble-t-il. Chaque cas est différent, en fonction notamment des ressources de l'hôpital et de ses besoins. En effet, certains établissements ne sont presque jamais confrontés au problème. Notre démarche consiste donc à créer un réseau, par le biais d'un ensemble d'expériences de terrain.

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'amélioration des traitements et de la prise en charge de l'hémophilie en Belgique» (n° 5-1564)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – L'hémophilie est une maladie congénitale et héréditaire de la coagulation sanguine, due à un déficit complet ou partiel d'un facteur de coagulation.

Dans le passé, les patients hémophiles devaient faire preuve d'une extrême prudence. Aujourd'hui, grâce à l'avènement des médicaments biotechnologiques, sûrs et performants, on ne meurt plus d'hémophilie. Des traitements existent pour prévenir ou retarder les complications. S'ils ne soignent pas l'hémophilie, ils permettent de bien la gérer et d'avoir une vie proche de la normale.

Par ailleurs, chaque patient hémophile dispose en Belgique d'une carte plastifiée au verso de laquelle se trouvent les coordonnées de son centre de traitement à contacter si nécessaire.

D'après les statistiques de l'Association de l'Hémophilie, il y aurait en Belgique 988 patients hémophiles A et B dont 241 de moins de 18 ans ; 1 338 patients seraient diagnostiqués comme porteurs de la maladie de von Willebrand ; 133 patients seraient atteints d'autres maladies rares et héréditaires de la coagulation sanguine.

aanzienlijk kunnen worden verhoogd. Dat geldt in het bijzonder voor beperkte doelgroepen, zoals de dove patiënten.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Ik zal de website en de uiteenzetting van professor Vermeerbergen raadplegen.

Het is zeer interessant dat het systeem van videoconferencing een positieve evaluatie kreeg. Zal het gebruik van dat systeem worden aangemoedigd? Het lijkt een goed idee om het in alle ziekenhuizen toe te passen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Die initiatieven zijn des te efficiënter omdat ze uitgaan van de ziekenhuizen, in overleg met de dovenverenigingen. Het netwerk wordt op die leest uitgebreid en dat lijkt me een goede zaak. Elk geval is verschillend, gelet op de middelen en de noden van het ziekenhuis. Sommige instellingen worden bijna nooit met het probleem geconfronteerd. We bouwen dus een netwerk uit op basis van de ervaringen op het terrein.

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verbetering van de behandeling en de verzorging van hemofilie in België» (nr. 5-1564)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Hemofilie is een aangeboren erfelijke bloedstollingsziekte, veroorzaakt door de volledige of gedeeltelijke afwezigheid van een stollingsfactor.

Vroeger moesten hemofiliepatiënten enorm voorzichtig zijn. Dankzij de komst van veilige en performante biotechnologische geneesmiddelen sterft men vandaag niet meer aan hemofilie. Er bestaan behandelingen om de complicaties te voorkomen of te vertragen. Ze kunnen hemofilie niet genezen, maar ze kunnen de ziekte wel beheersen en ervoor zorgen dat de patiënten een zo goed als normaal leven kunnen leiden.

In België beschikt elke hemofiliepatiënt over een geplastificeerde kaart met de gegevens van zijn behandelingscentrum, waarmee, indien nodig, contact moet worden opgenomen.

Volgens de statistieken van de vereniging van hemofiliepatiënten zijn er in België 998 hemofiliepatiënten A en B waarvan 241 jonger dan 18 jaar; 1338 patiënten zouden lijden aan de ziekte van von Willebrand; 133 patiënten zouden andere zeldzame en erfelijke bloedstollingsziektes

Madame la ministre, l'hémophilie est une maladie rare, coûteuse et largement méconnue du grand public. Les défis à relever sont multiples : la prise en charge des complications articulaires invalidantes, la prévention et le traitement difficile du développement d'anticorps chez certains patients, en raison des inhibiteurs annihilant les traitements injectés, le recours au conseil génétique et l'identification des femmes pouvant transmettre la maladie, la prise en charge centralisée et multidisciplinaire dans des centres d'expertise reconnus, la prise en charge sociale et psychologique, l'utilisation appropriée des nouveaux traitements, le développement de nouvelles formulations de facteurs VIII permettant d'espacer les injections intraveineuses, le vieillissement de la population qui entraîne l'apparition de facteurs de comorbidité et l'augmentation de l'hémophilie sévère, le coût multiplié par quatre des molécules biologiques, l'ignorance des coûts totaux pour la collectivité.

En février 2007, le Conseil scientifique des maladies chroniques de l'INAMI a remis un rapport intitulé : « Maladies Hémorragiques Héritaires (chroniques) ; Approche des patients – Hémophilie Sévère en Belgique ; faits, problèmes, propositions d'amélioration ».

Ce rapport met notamment l'accent sur l'absence de registre national de l'hémophilie, et donc de données épidémiologiques précises, notamment sur le nombre de patients et de traitements. En outre, il souligne le fait que la prise en charge des patients n'est pas assurée par des centres reconnus et soutenus financièrement pour leur expertise. Cette carence ne permet pas d'optimiser le traitement des maladies hémorragiques et d'en réduire encore les complications, ce qui impliquerait des surcoûts à moyens et à longs termes. Enfin, il met en exergue l'absence de reconnaissance et de soutien financier d'un centre national de référence coordinateur.

Madame la ministre, des mesures spécifiques ont-elles été prises récemment dans le cadre du plan « Priorité aux malades chroniques » ou dans le cadre du plan « Maladies rares » ?

Quelles suites ont-elles été données au rapport du Conseil scientifique des maladies chroniques, à propos de l'absence de registre national – et donc de données épidémiologiques précises – et de centres de référence agréés ?

Quelles sont les raisons pour lesquelles les centres de *comprehensive care* ne sont finalement pas reconnus et financés en Belgique, malgré l'existence d'une note de consensus sur la définition de tels centres, approuvée par le conseil scientifique des maladies chroniques ?

Le projet de carte d'hémophilie électronique « be-Coag » placé sous les auspices de l'Association de l'Hémophilie semble être à ce jour la seule recommandation du rapport du Conseil scientifique à être en chantier. Ce projet répond-il aux recommandations du Conseil scientifique en matière de délivrance de cartes d'hémophilie ? Est-il suivi et approuvé par la direction de l'épidémiologie de l'Institut de Santé publique ? L'Association de l'Hémophilie bénéficie-t-elle d'un financement public pour le réaliser ? Dans la négative, est-ce normal alors qu'il s'agit d'une recommandation émanant des autorités de santé ?

Quelles sont les raisons pour lesquelles notre pays, à l'instar d'autres pays, ne dispose pas d'une note de consensus sur le

hebben.

Hemofilie is een zeldzame en kostelijke ziekte die in grote mate miskend is door de grote massa. De uitdagingen zijn talrijk: de behandeling van de gewrichtscomplicaties die tot invaliditeit leiden, de preventie en de moeilijke behandeling van de ontwikkeling van antilichamen bij sommige patiënten, doordat de inhibitoren de geïnjecteerde medicatie vernietigen, de toevlucht tot genetisch advies en de identificatie van de vrouwen die de ziekte kunnen overdragen, de gecentraliseerde en multidisciplinaire zorg in erkende expertisecentra, de sociale en psychologische zorg, het gepaste gebruik van nieuwe geneesmiddelen, de ontwikkeling van nieuwe formuleringen van de factoren VIII waardoor de frequentie van de intraveneuze inspuitingen kan worden verlaagd, de vergrijzing van de bevolking met als gevolg het optreden van factoren van comorbiditeit en de toename van ernstige hemofilie, de verveelvoudiging van de kostprijs met vier van de biologische moleculen, onwetendheid over de totale kostprijs voor de gemeenschap.

In februari 2007 heeft de Wetenschappelijke raad voor chronische ziekten van het RIZIV een rapport uitgebracht met als titel: '(Chronische) erfelijke bloederziekten: aanpak van ernstige hemofiliepatiënten in België: feiten, problemen, voorstellen tot remediëring'.

Dat rapport benadrukt de afwezigheid van een nationaal hemofilieregister en dus van precieze epidemiologische gegevens, in het bijzonder over het aantal patiënten en behandelingen. Bovendien wordt onderstreept dat de behandeling van de patiënten niet wordt verzekerd door erkende en voor hun expertise financieel ondersteunde centra. Daardoor is het niet mogelijk de behandeling van bloedingsziekten te optimaliseren en de complicaties ervan nog te verminderen, wat op middellange en lange termijn meerkosten zou opleveren. Tot slot benadrukt het rapport het ontbreken van de erkenning en de financiële steun van een nationaal coördinerend referentiecentrum.

Werden er onlangs specifieke maatregelen genomen naar aanleiding van het plan 'Prioriteit aan de chronisch zieken!' of van het 'Plan voor zeldzame ziekten'?

Welke gevolgen werden er gegeven aan het rapport van de Wetenschappelijke raad voor chronische ziekten met betrekking tot het ontbreken van een nationaal register – en dus van precieze epidemiologische gegevens – en met betrekking tot erkende referentiecentra?

Waarom zijn de comprehensive care-centra uiteindelijk niet erkend en gefinancierd in België, ondanks het bestaan van een consensusnota over de definitie van dergelijke centra, die werd goedgekeurd door de Wetenschappelijke raad voor chronische ziekten?

Het plan voor een elektronische hemofiliekaart 'be-Coag', onder leiding van de Vereniging van hemofiliepatiënten is vandaag blijkbaar de enige aanbeveling van het rapport van de Wetenschappelijke raad waaraan wordt gewerkt. Beantwoordt dat project aan de aanbevelingen van de Wetenschappelijke Raad op het vlak van de uitreiking van hemofiliekaarten? Wordt het opgevolgd en goedgekeurd door de afdeling epidemiologie van het Instituut voor Volksgezondheid? Wordt de Vereniging voor hemofiliepatiënten gefinancierd om dat plan uit te voeren? Zo

traitement de l'hémophilie, notamment au sujet du traitement prophylactique pour les enfants et pour les adultes ?

L'hémophilie affecte de multiples facettes de la santé. L'intervention de divers spécialistes – hématologues, infirmiers, orthopédistes, kinésithérapeutes et physiothérapeutes, psychologues, assistants sociaux, dentistes et autres prestataires – est indispensable. N'estimez-vous pas que l'hémophilie devrait être incluse dans un trajet de soins qui permettrait de garantir le suivi des soins et la coordination entre ces multiples intervenants ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Vu la diversité des pathologies chroniques et/ou rares, le programme pour les maladies chroniques et/ou rares ne reprend pas de manière exhaustive toutes les mesures, générales ou spécifiques, mises en place en faveur de celles-ci.

Dans le cadre de la prise en charge de l'hémophilie, un projet de convention avec des centres de référence pour l'hémophilie a été élaboré. Il a été soumis aux différentes instances de l'INAMI en 2011. Le secrétaire d'État au Budget et l'inspecteur des Finances ont émis des remarques. Le service compétent de l'INAMI a effectué les corrections demandées. Le dossier va donc poursuivre son chemin mais il est dans la dernière ligne droite.

La prise en charge globale des patients, avec rédaction d'un plan de traitement, un suivi par les prestataires de proximité et un travail en réseau des futurs centres conventionnés avec la première ligne de soins devraient garantir le suivi des soins et leur coordination. À ce stade, un trajet de soins spécifique à l'hémophilie n'aurait plus de sens.

La création, la mise à jour, la gestion et l'exploitation scientifique d'un registre de l'hémophilie est prévu dans le projet de convention. Il visera à recenser de la manière la plus exhaustive possible et à étudier scientifiquement l'ensemble de la population des patients hémophiles en Belgique. Ses missions seront confiées à l'Institut scientifique de santé publique, en collaboration avec les futurs centres conventionnés.

Dans un deuxième temps, il pourra être intégré dans un registre central des maladies rares. Ce projet de grande envergure et de longue haleine est actuellement en cours de préparation au sein de l'Institut scientifique de santé publique.

Le projet de convention prévoit également qu'un modèle de carte d'hémophile identique pour tous les patients hémophiles soit élaboré dans le respect, bien entendu, de la loi sur la protection de la vie privée. Il devra être établi par un groupe d'experts composé de représentants de chaque centre conventionné, de représentants de l'Association des patients hémophiles et de membres du Collège des médecins-directeurs de l'INAMI.

Les recommandations de bonne pratique, les *guidelines* et les consensus concernant le traitement et le suivi de certaines

niet, is dat normaal, aangezien dat plan een aanbeveling is van de gezondheidsautoriteiten?

Waarom beschikt ons land niet, zoals andere landen, over een consensusnota voor de behandeling van hemofilie, in het bijzonder betreffende de profylactische behandeling voor kinderen en volwassenen?

Hemofilie tast verschillende facetten van de gezondheid aan. De tussenkomst van diverse specialisten zoals hematologen, verplegers, orthopedisten, kinesitherapeuten, psychologen, maatschappelijk assistenten, tandartsen en andere verzorgers is vereist. Moet hemofilie niet worden opgenomen in een zorgtraject waardoor de follow-up van de zorg en de coördinatie tussen de verschillende zorgverleners kan worden verzekerd?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Gezien de diversiteit van de chronische en/of zeldzame ziekteverschijnselen, zijn in het programma voor de chronische en/of zeldzame ziektes niet alle algemene of specifieke maatregelen voor die ziektes op exhaustieve wijze opgesomd.

Met betrekking tot de tenlasteneming van hemofilie werd een ontwerpovereenkomst met de referentiecentra voor hemofilie uitgewerkt. Ze werd in 2011 aan de verschillende RIZIV-instanties voorgelegd. De staatssecretaris voor Begroting en de inspecteur van Financiën hebben opmerkingen gemaakt. De bevoegde dienst van het RIZIV heeft de gevraagde correcties aangebracht. Het dossier wordt dus voortgezet maar bevindt zich in de laatste fase.

De globale zorg voor de patiënten, met de opstelling van een behandelingsplan, follow-up door de mantelzorgers en een netwerk van toekomstige geconventioneerde centra met de eerstelijnszorg zouden de opvolging van de zorg en de coördinatie ervan moeten verzekeren. In dat stadium heeft een specifiek zorgtraject voor de hemofilie geen zin meer.

De oprichting, de bijwerking, het beheer en het wetenschappelijk gebruik van een hemofilieregister zijn in de ontwerpovereenkomst opgenomen. Dat register zal op een zo volledig mogelijke wijze de volledige populatie van hemofiliepatiënten inventariseren en op wetenschappelijke wijze bestuderen. De opdrachten ervan zullen worden toevertrouwd aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, in samenwerking met de toekomstige geconventioneerde centra.

In een tweede fase zal het register kunnen worden opgenomen in een centraal register voor zeldzame ziekten. Dat omvangrijke project wordt momenteel voorbereid in het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

In de ontwerpovereenkomst staat ook dat een eenvormige hemofiliekaart voor alle hemofiliepatiënten wordt uitgewerkt, uiteraard met naleving van de wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Ze zal moeten worden opgesteld door een groep van experts die is samengesteld uit vertegenwoordigers van elk geconventioneerd centrum, vertegenwoordigers van de vereniging voor hemofiliepatiënten en leden van het College van geneesheren-directeurs van het RIZIV.

De aanbevelingen voor een goede aanpak, de guidelines en

pathologies relèvent, en l'occurrence, des sociétés scientifiques médicales.

Vous constaterez donc que le contexte autour de la prise en charge des patients hémophiles est en pleine évolution, et c'est bien normal.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je vous remercie pour ces informations encourageantes. Je comprends que l'ensemble du dispositif et des réponses à mes multiples questions porte sur la traduction concrète de cette convention, mais qu'en est-il de l'agenda ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je ne dispose pas de cette note ici, mais je vous la transmettrai incessamment.

Demande d'explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'augmentation inquiétante du nombre de patients diabétiques en Belgique et l'absence incompréhensible de toute stratégie nationale» (n° 5-1566)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Le 14 novembre, comme chaque année à pareille date, a eu lieu la 19^e édition de la Journée mondiale du Diabète. À cette occasion, la commission des Affaires sociales s'est réunie le mercredi 9 novembre et a procédé à un échange de vues avec les deux associations de patients, deux médecins représentant l'Institut scientifique de Santé publique et le professeur Bart Keymeulen, de l'UZ Brussel.

De cet échange de vues, je retiens deux messages.

D'abord – et j'en suis personnellement convaincu – la lutte contre le diabète est, dans notre pays, une réalité et une priorité. Cet engagement ne date pas d'hier : cette lutte a fait et fait toujours l'objet de nombreuses initiatives portant sur la qualité des soins et l'amélioration de la santé des patients.

Je pense, notamment, à la convention de rééducation en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré qui existe depuis plus de 20 ans et qui résulte d'un accord entre l'INAMI, les mutuelles et des centres hospitaliers de référence dans la prise en charge multidisciplinaire du diabète, mais aussi au passeport du diabète depuis 2003, au plan national nutrition-santé depuis 2005, au trajet de soins depuis 2009.

De manière plus générale, je mentionnerai également des interventions dans le coût des médicaments antidiabétiques et des dispositifs médicaux, des mesures spécifiques pour améliorer l'accessibilité aux soins pour les maladies chroniques et, depuis 2008, des évaluations régulières de l'Institut scientifique de Santé publique.

Ensuite, nous assistons depuis plusieurs années à une progression exponentielle du nombre de patients diabétiques, principalement de type 2, non seulement en Belgique mais

de consensus over de behandeling en de opvolging van sommige ziekten zijn de verantwoordelijkheid van de medisch- wetenschappelijke verenigingen.

De zorg voor de hemofiliepatiënten is in volle ontwikkeling, en dat is maar normaal.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Ik dank u voor die bemoedigende informatie. Ik begrijp dat de antwoorden op mijn vragen over de concrete vertaling van die conventie gaan, maar wat is de timing?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ik heb die nota niet bij mij, maar ik zal hem u onmiddellijk overmaken.*

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de verontrustende stijging van het aantal diabetespatiënten in België en het onverklaarbare uitblijven van een nationale strategie» (nr. 5-1566)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – *Op 14 november vond voor de negentiende keer de Wereld Diabetes Dag plaats. Naar aanleiding daarvan had de commissie voor de Sociale Aangelegenheden op 9 november een gedachtewisseling met de twee patiëntenverenigingen, twee artsen van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en professor Bart Keymeulen van het UZ Brussel.*

Ik onthoud daaruit twee boodschappen.

Ten eerste is de strijd tegen diabetes in ons land een realiteit en een prioriteit. Dit engagement dateert niet van gisteren. De strijd tegen diabetes heeft altijd het voorwerp uitgemaakt van ontelbare initiatieven voor een betere kwaliteit van de zorgverlening en een verbetering van de gezondheid van de patiënten.

Ik denk meer bepaald aan de revalidatieovereenkomst voor zelfregulatie van diabetes mellitus bij volwassenen, die al twintig jaar bestaat en uitmondde in een overeenkomst met het RIZIV, de ziekenfondsen en de referentiecentra voor een multidisciplinaire behandeling van diabetes. Daarnaast is er sinds 2003 het diabetespaspoort, sinds 2005 het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan, en sinds 2009 het zorgtraject.

Meer algemeen verwijs ik naar de tussenkomst in antidiabetica en medisch materiaal, de specifieke maatregelen voor een betere toegang tot zorg voor chronisch zieken en sinds 2008 de regelmatige evaluaties van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Sinds verschillende jaren neemt het aantal diabetespatiënten echter exponentieel toe, vooral diabetes type 2, niet alleen in België, maar in de hele wereld. Diabetes maakt geen onderscheid: kinderen, adolescenten, volwassenen, ouderen,

partout dans le monde. Le diabète ne fait pas de discrimination : enfant, adolescent, adulte, personne âgée, homme, femme, toute ethnie, tous exposés à cette maladie grave.

Face à cette situation, il est utopique de croire que notre système de soins de santé pourra continuer à absorber indéfiniment cette progression rapide du nombre de personnes diabétiques : il a ses limites en termes de prise en charge et de coût. Ce constat a d'ailleurs été rappelé lors de la journée de conférence à laquelle nous avons assisté.

Si nous voulons tenir compte de manière responsable de l'évolution de la maladie et des besoins de soutien adapté qui y sont liés, nous avons impérativement besoin de deux choses : de prévention primaire – changer les habitudes et les modes de vie – et de prévention secondaire, à travers un dépistage précoce. Nous avons donc besoin de coordination, de suivi et d'évaluation des différentes initiatives pour garantir l'efficacité des coûts engagés, de concertation entre l'État fédéral et les entités fédérées et surtout de disposer d'une stratégie intégrée, avec des objectifs clairs pour l'avenir. Dans le contexte actuel, le souhait n'est pas de dépenser plus mais de dépenser mieux.

Ce ne sont pas seulement les associations de patients ou la résolution du Sénat qui invitent fermement le gouvernement belge à se doter, comme les deux tiers des États membres de l'Union européenne, d'une stratégie nationale de lutte contre l'épidémie de diabète, ce sont également les résolutions des Nations unies de 2007 – la Journée mondiale devient Journée des Nations unies – et de 2011 – prévention et maîtrise des maladies non transmissibles, dont le diabète – qui pressent les autorités publiques et notre gouvernement à agir.

Quelle analyse faites-vous de la progression inquiétante du diabète en Belgique ?

Quelle est votre évaluation des mesures prises et des moyens mobilisés par le gouvernement pour endiguer cette épidémie ?

Comment expliquez-vous notre incapacité à connaître le nombre de personnes diabétiques dans notre pays, si ce n'est approximativement, et à centraliser les initiatives, données et informations existantes alors que nous disposons d'outils informatiques très performants ? Comment ne parvenons-nous pas à définir des objectifs clairs pour l'avenir ?

Quelles sont vos réticences à l'égard de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une stratégie spécifique de lutte contre l'épidémie de diabète en Belgique ? En d'autres termes, quels sont les obstacles à une telle stratégie ?

N'estimez-vous pas que les recommandations contenues dans les deux résolutions respectives des Nations unies et du Sénat engagent le gouvernement belge autant dans l'action que dans la gestion ?

À l'instar de la table ronde qui a été organisée pour le cancer du sein, en septembre dernier, et qui a réuni l'ensemble des acteurs dans ce domaine, n'estimez-vous pas qu'il conviendrait de prendre la même initiative pour le diabète ?

En résumé, alors que tous les acteurs impliqués le réclament, comment n'avons-nous toujours pas un plan stratégique national de lutte contre le diabète ?

mannen, vrouwen, alle bevolkingsgroepen zijn aan deze ernstige ziekte blootgesteld.

Het is een utopie te geloven dat ons zorgsysteem tot in het oneindige deze snelle stijging van het aantal diabetespatiënten kan blijven opvangen. Zowel de opvang van de patiënten als de kostprijs van de verzorging hebben hun grenzen. Dat was trouwens ook een vaststelling tijdens de gedachtewisseling in de commissie.

Als we op een verantwoorde manier rekening willen houden met de evolutie van deze ziekte en een aangepaste begeleiding, zijn er twee zaken absoluut nodig: elementaire preventie – een wijzing van gewoonten en levenswijze –, en secundaire preventie via vroegtijdige opsporing. We hebben dus nood aan coördinatie, follow-up en evaluatie van de verschillende initiatieven voor een efficiënt beheer van de kosten, overleg met de federale overheid en de deelstaten en vooral een geïntegreerde strategie, met duidelijke doelstellingen voor de toekomst. In de huidige context zijn er niet meer middelen nodig, maar de middelen moeten beter worden besteed.

Het zijn niet enkel de patiëntenverenigingen of de resolutie van de Senaat die de Belgische regering aanspoort om, zoals twee derden van de lidstaten van de Europese Unie, een nationale strategie te ontwikkelen tegen de diabetes epidemie. Ook de resolutie van de Verenigde Naties van 2007, waarbij wordt beslist dat de Werelddiabetesdag een internationale VN-dag wordt, en de resolutie van 2011, die betrekking heeft op preventie en beheersing van niet-overdraagbare ziekten, zoals diabetes, dwingen onze overheden en regering tot actie.

Wat vindt u van de onrustwekkende toename van het aantal diabetespatiënten in België?

Hoe evalueert u de maatregelen en de middelen van de regering om deze epidemie in te dijken?

Hoe verklaart u ons onvermogen om het aantal personen met diabetes in ons land in kaart te brengen, al is het maar bij benadering, en de initiatieven, gegevens en bestaande informatie, te centraliseren hoewel we over performante instrumenten beschikken? Hoe komt het dat we geen duidelijke doelstellingen voor de toekomst kunnen uitwerken?

Wat doet u aarzelen om een specifieke strategie voor de strijd tegen de diabetes epidemie in België uit te werken? Anders gezegd, wat staat een dergelijke strategie in de weg?

Vindt u niet dat de aanbevelingen van de resoluties van de Verenigde Naties en van de Senaat de Belgische regering ertoe verbinden een actieplan en een beleid uit te werken?

Moet er, in navolging van de rondetafelconferentie van september voor borstkanker, geen gelijkaardig initiatief komen voor diabetes?

Hoe komt het dat er nog steeds geen nationaal strategisch plan voor de strijd tegen diabetes is, hoewel alle betrokkenen daarom vragen?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – On peut voir le verre à moitié plein ou le verre à moitié vide mais sachez que notre pays consent un énorme effort en faveur des malades chroniques et notamment des diabétiques.

L'augmentation du nombre de diabétiques est un phénomène mondial ; il n'est donc pas spécifique à la Belgique. Elle touche d'ailleurs plus encore les pays en voie de développement, d'où notre accord de coopération avec le Congo pour la lutte contre le diabète, notamment le diabète du pied. Cette progression s'explique notamment par des changements de mode de vie, tels qu'une sédentarité croissante et une augmentation des mauvaises habitudes alimentaires.

De nombreux efforts ont été faits à l'échelle du pays pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques. Je pense par exemple à la convention de « rééducation en matière d'autogestion », au trajet de soins, au passeport du diabète, à l'accès aux médicaments, ou encore au plan national nutrition-santé.

Le nombre exact de personnes concernées par le diabète de types 1 et 2 en Belgique n'est pas connu parce que, comme vous le savez, l'INAMI ne dispose pas de données sur les diagnostics relatifs aux patients ambulatoires. Cependant, le nombre approximatif de patients, estimé notamment grâce aux systèmes d'enregistrement des diabètes pour les trajets de soins et les centres de convention, permet d'orienter nos politiques dans ce domaine. De nombreux chiffres circulent, entre 400.000 et un million. On peut donc supposer qu'environ 7 à 800 000 personnes sont atteintes par cette maladie. Le phénomène est donc extrêmement important.

De plus, dans le cadre d'une initiative de l'Office statistique de l'Union européenne, l'Institut de Santé publique réalise actuellement une étude pour identifier les différentes sources de données concernant le diabète actuellement disponibles en Belgique et pour analyser dans quelle mesure celles-ci permettent de calculer la prévalence de cette pathologie dans notre pays.

Des initiatives sont en cours de développement, telles que eHealth, afin d'améliorer la centralisation par voie informatique d'informations médicales. Néanmoins, pour de telles initiatives, il est important de s'assurer du respect de la protection de la vie privée et des libertés individuelles.

Comme vous le savez, la prise en charge du diabète est multimodale : hygiène de vie, alimentation, exercice, dépistage, traitement, suivi, éviter les complications, etc., sans parler de sa prévention qui doit avoir lieu tout au long de la vie et par de multiples acteurs et niveaux de pouvoir.

Étant donné certains besoins et facteurs de risque communs pour les maladies chroniques, dont le diabète, il est important de réfléchir de manière transversale et globale à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des personnes qui sont atteintes de maladies chroniques. Les différentes déclarations et recommandations de l'OMS, de l'Union européenne et des Nations unies s'inscrivent d'ailleurs dans ce cadre.

Parallèlement, les initiatives mises en place afin d'améliorer

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – We kunnen het glas halfvol of halfleeg zien. Ons land levert enorme inspanningen voor chronisch zieken, ook voor diabetici.

De toename van het aantal diabetici is een wereldwijd fenomeen. Het is dus geen specifiek Belgisch probleem. Ontwikkelingslanden worden nog meer met dit probleem geconfronteerd, vandaar onze overeenkomst met Congo voor de behandeling van diabetesvoet. De toename van diabetes is vooral te wijten aan veranderingen in de levenswijze, een meer sedentair leven en slechtere voedingsgewoonten.

Ons land heeft al enorme inspanningen geleverd voor een betere omkadering van diabetespatiënten. Ik denk bijvoorbeeld aan de revalidatieovereenkomst voor zelfregulatie van diabetes mellitus, het zorgtraject, het diabetespaspoort, de toegang tot geneesmiddelen of nog het Nationaal Plan Voeding en Gezondheid.

Het exacte aantal personen met diabetes type 1 en 2 in België is niet bekend, want zoals u weet beschikt het RIZIV niet over gegevens van ambulante patiënten. Een ruwe schatting van het aantal patiënten hebben we wel, dankzij de registratiesystemen van het zorgtraject voor diabetes. Ons beleid is hierop georiënteerd. Er circuleren cijfers tussen 400 000 en een miljoen. We kunnen ervan uitgaan dat 7 à 800 000 personen aan deze ziekte lijden. Dat is zeer veel.

In het kader van een initiatief van Eurostat werkt het Instituut voor Volksgezondheid momenteel aan een onderzoek om de verschillende gegevensbronnen over diabetes die in België ter beschikking zijn, te identificeren en na te gaan hoe de prevalentie van deze aandoening in ons land kan worden gecijferd.

Initiatieven zoals eHealth zijn volop in ontwikkeling, teneinde de centralisatie van medische gegevens via dataverwerking te verbeteren. Bij dergelijke initiatieven moet men alleszins rekening houden met het recht op de bescherming van het privéleven en de individuele vrijheden.

Zoals u weet, vereist diabetes een multimodale aanpak: een gezonde levenswijze, voeding, beweging, opsporing, behandeling, follow-up, vermijden van complicaties, enzovoort. Ten slotte is er nog de preventie door verschillende actoren en beleidsniveaus in alle stadia van het leven.

Chronische ziekten zoals diabetes hebben gemeenschappelijke risicofactoren. We moeten dus nadenken over een multidisciplinaire en globale aanpak van de verzorging en de verbetering van de levenskwaliteit van personen met een chronische ziekte. De verschillende verklaringen en aanbevelingen van de WHO, de Europese Unie en de Verenigde Naties sluiten hier trouwens bij aan.

Gelijktijdig vormen de initiatieven om de behandeling van diabetespatiënten te verbeteren al een specifieke strategie voor diabetes.

Ik ben mij ervan bewust dat, zoals voor vele aandoeningen, aandacht moet worden besteed aan de complementariteit en de kwaliteit van de verschillende initiatieven die al bestaan en dat er netwerken moeten worden uitgebouwd.

la prise en charge des patients diabétiques composent déjà ce que vous avez appelé la « stratégie spécifique » pour le diabète.

Je suis néanmoins consciente, comme pour de nombreuses pathologies, qu'une attention doit être portée à l'amélioration de la complémentarité et de la qualité des différentes initiatives développées – ce que l'on appelle les mises en réseaux.

Dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, mais aussi à la suite des interpellations et demandes de certains acteurs dans le domaine du diabète, le SPF Santé publique travaille actuellement en collaboration avec l'INAMI, sur la manière de créer une stratégie plus coordonnée et intégrée pour le diabète, et ce en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

À ce stade, il est trop tôt pour dire quelle forme cela prendra mais le travail avec les spécialistes et les experts est lancé. Je m'en réjouis.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je tiens à relever trois éléments.

Tout d'abord, vous avez fait allusion, madame la ministre, au plan national nutrition santé. Le rapport d'évaluation de ce dernier, dressé par l'École de Santé publique de l'Université de Liège et récemment publié, est écrit au picrate quant au caractère effectif de ce plan.

Le grand problème mis en exergue est le manque de coordination entre les entités fédérale et fédérées.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – La question sera résolue dans deux ans puisque la matière sera régionalisée, même si des compétences importantes comme les normes de produits relèveront encore du fédéral.

Cela nécessitera quand même une coordination, mais il est exact que l'éclatement des compétences nuit au bon fonctionnement des plans.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je ne crois pas que la solution soit purement institutionnelle. Elle réside dans une volonté politique qui doit davantage se manifester dans le chef de tous les responsables. Il y a, certes, un problème de lisibilité dû à l'éclatement institutionnel des compétences, mais il semble que les choses changent car vos propos, madame la ministre, montrent une volonté de progresser dans la coordination des multiples acteurs impliqués dans la problématique du diabète.

Ensuite, à propos du registre des patients, il est exact que l'INAMI ne peut pas avoir accès à toutes les données, contrairement aux mutuelles. Peut-être faut-il effectuer une coordination avec les registres des mutuelles. La plate-forme pourrait à mon sens avancer sur ce sujet.

Dernier élément : l'important c'est l'ampleur de l'enjeu. Ainsi, le Danemark, qui assume pour six mois la présidence européenne, a choisi comme premier thème en termes de santé publique la lutte contre le diabète. C'est très important.

Je termine en plaçant officiellement pour l'établissement d'un plan national de lutte contre le diabète et son inscription

In het kader van de verbetering van de behandeling van chronische ziekten, maar ook op vraag van verschillende actoren, werkt de FOD Volksgezondheid momenteel, samen met het RIZIV en in overleg met alle betrokken actoren, aan een meer gecoördineerde en geïntegreerde strategie voor diabetes.

Het is te vroeg om te zeggen welke richting het zal uitgaan, maar het werk met specialisten en experts is opgestart en daar ben ik blij om.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Ik wil op drie dingen wijzen, mevrouw de minister.

Vooreerst verwijst u naar het nationaal voedings- en gezondheidsplan. Het evaluatierapport daarvan, dat werd opgesteld door de École de Santé publique van de Universiteit van Luik en onlangs werd gepubliceerd, is uiterst negatief over dat plan.

Het grote probleem is het gebrek aan coördinatie tussen de federale overheid en de deelstaten.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Dit probleem zal over twee jaar opgelost zijn, want de materie zal geregionaliseerd zijn, al zullen bepaalde bevoegdheden zoals productnormen nog federaal zijn.

Dat zal in elk geval coördinatie vergen. Een splitsing van de bevoegdheden is inderdaad niet bevorderlijk voor de goede werking.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Ik denk niet dat de oplossing puur institutioneel is. Het gaat om de politieke wil, die nu aanwezig moet zijn bij alle politieke leiders. Er is uiteraard een probleem van toegankelijkheid door de splitsing van de bevoegdheden, maar het tijd lijkt te keren, mevrouw de minister, want u laat duidelijk blijken dat u wil streven naar meer coördinatie tussen de verschillende actoren die betrokken zijn bij het diabetesprobleem.

Vervolgens, wat het patiëntenregister betreft, is het juist dat het RIZIV, in tegenstelling tot de ziekenfondsen, geen toegang mag hebben tot alle gegevens. Misschien moet er een coördinatie zijn met de registers van de ziekenfondsen. Het platform kan op dat vlak volgens mij vooruitgang boeken.

Ten slotte is de omvang van het probleem van groot belang. Gedurende het Deense voorzitterschap is de strijd tegen diabetes het hoofdthema inzake volksgezondheid.

Tot slot pleit ik officieel voor een nationaal plan voor de strijd tegen diabetes, want het is een manier om alle betrokken actoren te mobiliseren.

en lettres d’or, car c’est une façon de mobiliser l’ensemble des acteurs concernés.

Demande d’explications de M. André du Bus de Warnaffe à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le volontariat au niveau européen» (n° 5-1568)

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Différents programmes existent pour les jeunes souhaitant exercer des activités de volontariat, celles-ci pouvant se dérouler dans différents pays, notamment en Europe.

Le service volontaire européen (SVE) permet à des jeunes de 18 à 30 ans de partir en tant que volontaires dans différents pays, dont la Belgique. Le service passe par des organisations d’envoi et d’accueil.

Le SVE ne peut engendrer aucun frais pour le volontaire. L’ensemble des frais est couvert par la Commission européenne. Les frais de transport du lieu de résidence dans le pays d’envoi jusqu’au pays d’accueil sont pris en charge. Le volontaire reçoit de l’argent de poche qu’il peut utiliser comme il le souhaite. Le logement est pris en charge par l’organisation d’accueil. La nourriture est aussi remboursée. Enfin, une somme d’argent est versée pour couvrir les frais de projet et de déplacement.

En Belgique, les montants versés aux volontaires dans le cadre du SVE sont donc parfois plus élevés que le montant maximum des indemnités pouvant être perçues dans le cadre de l’article 10 de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires. Dans ce cas, l’activité ne peut être considérée comme du volontariat, avec toutes les conséquences que cela entraîne.

En outre, le Conseil de l’Europe a approuvé, le 11 mai 2000, une convention européenne sur la promotion d’un service volontaire transnational à long terme pour les jeunes. Actuellement, neuf pays ont signé cette convention, dont la Belgique, mais seul le Luxembourg l’a ratifiée. Dans son rapport d’activité 2010, le Conseil supérieur des volontaires invite la Belgique à ne pas ratifier cette convention car il existe déjà de nombreux programmes permettant aux jeunes d’exercer des activités de volontariat.

Le volontaire accueilli en Belgique dans le cadre du SVE et les organisations d’accueil en Belgique doivent-ils respecter la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires ?

Dans l’affirmative, faut-il créer une catégorie spécifique de volontaires pour ceux qui partent dans le cadre du SVE, afin de permettre à ce dernier de se déployer effectivement en Belgique ?

La Belgique suivra-t-elle l’avis du Conseil supérieur des volontaires et évitera-t-elle de ratifier la convention du Conseil de l’Europe ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Les jeunes qui travaillent en Belgique dans le cadre du service volontaire

Vraag om uitleg van de heer André du Bus de Warnaffe aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «vrijwilligerswerk op Europees niveau» (nr. 5-1568)

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Er bestaan verschillende programma’s voor jongeren die vrijwilligerswerk willen doen in verschillende landen, vooral in Europa.

De Europese vrijwilligersdienst (EVD) maakt het jongeren tussen 18 en 30 jaar mogelijk als vrijwilliger te werken in verschillende landen, waaronder België. De dienst opereert via uitzendorganisaties en gastorganisaties.

De EVD mag geen aanleiding geven tot kosten voor de vrijwilliger. Alle kosten worden gedekt door de Europese Commissie. De reiskosten van de woonplaats in het uitzendend land naar het gastland worden ten laste genomen. De vrijwilliger krijgt zakgeld, dat hij naar goeddunken mag gebruiken. De gastorganisatie staat in voor de huisvesting. Ook het eten wordt terugbetaald. Ten slotte wordt ook een bedrag betaald om de kosten voor het project en de verplaatsingen te dekken.

In België zijn de bedragen die aan de vrijwilligers worden uitbetaald in het kader van de EVD soms hoger dan het maximumbedrag van de vergoedingen bepaald in artikel 10 van de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers. In dat geval mag de activiteit niet beschouwd worden als vrijwilligerswerk, met alle gevolgen van dien.

Bovendien heeft de Raad van Europa op 11 mei 2000 een Europees Verdrag voor het stimuleren van langlopende transnationale vrijwilligersdienst voor jongeren goedgekeurd. Thans hebben negen landen, waaronder België, dit verdrag ondertekend, maar alleen Luxemburg heeft het geratificeerd. In zijn activiteitenverslag 2010 vraagt de Hoge Raad voor Vrijwilligers dat België dit verdrag niet zou ratificeren omdat er al verschillende programma’s voor vrijwilligerswerk voor jongeren bestaan.

Moeten de vrijwilliger die in België wordt opgevangen in het kader van de EVD en de gastorganisaties in België de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers naleven?

Zo ja, moet er een specifieke categorie vrijwilligers worden ingevoerd voor degenen die activiteiten uitoefenen in het kader van de EVD, zodat die dienst zich in België effectief kan ontwikkelen?

Zal België het advies van de Hoge Raad voor Vrijwilligers volgen en dus het verdrag van de Raad van Europa niet ratificeren?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De jongeren die in België werken in het kader van de Europese

européen tombent dans le champ d'application de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires dénommée ci-après « loi sur le volontariat ». L'article 10 de cette loi précise bien que le caractère non rémunéré du travail de volontariat n'empêche pas une indemnisation, par l'organisation, des frais encourus par le volontaire pour celle-ci.

Ces indemnités payées aux volontaires sont considérées comme un remboursement des frais supportés par le volontaire pour l'organisation ou, en d'autres termes, comme un défraiement.

La loi offre la possibilité de choisir entre deux systèmes d'indemnisation des frais, à savoir l'indemnisation forfaitaire et l'indemnisation réelle des frais, ces deux systèmes ne pouvant pas être combinés dans le chef du volontaire. Néanmoins, une combinaison limitée de l'indemnisation forfaitaire et d'un remboursement des frais de transport réels est possible pour 2 000 kilomètres maximum par an et par volontaire. Quand il n'est pas satisfait aux obligations mentionnées à l'article 10 de la loi sur le volontariat, des cotisations sociales sont en principe dues sur les montants perçus.

Aucune modification de la loi sur le volontariat n'est prévue à l'heure actuelle en vue de créer une catégorie spécifique pour les jeunes travaillant en Belgique dans le cadre du service volontaire européen.

Lors de son assemblée générale du 26 octobre 2010, le Conseil supérieur des volontaires a conseillé de ne pas faire ratifier par la Belgique la Convention européenne sur la promotion d'un service volontaire transnational à long terme pour les jeunes. De plus, le conseil précise que cette convention date de 2004 : depuis cette année-là, de nombreuses initiatives ont déjà été prises pour promouvoir le travail volontaire. Ainsi, les droits des volontaires sont mieux réglementés grâce à la loi du 3 juillet 2005 susmentionnée.

Il existe par ailleurs déjà de très nombreuses initiatives et des plateformes au niveau européen qui permettent aux jeunes d'effectuer du travail de volontariat. L'avis du CSV a été transmis aux services du SPF Affaires étrangères, où un groupe de travail examine l'éventuelle ratification par la Belgique.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je suppose, madame la présidente, que nous aurons l'occasion de reprendre toute cette discussion lorsque nous examinerons les différentes propositions de loi portant sur le volontariat. J'interviendrai donc à ce moment-là.

Demande d'explications de Mme Christine Defraigne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le non-respect du cahier spécial des charges relatif à la gestion du registre des chiens et à la distribution des passeports européens pour chiens, chats et furets» (n° 5-1570)

Mme Christine Defraigne (MR). – Le Service public fédéral

Vrijwilligersdienst (EVD) vallen onder de toepassing van de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers, hierna vrijwilligerswet genoemd. Artikel 10 van die wet bepaalt wel degelijk dat het onbezoldigd karakter van het vrijwilligerswerk niet belet dat de door de vrijwilliger voor de organisatie gemaakte kosten door de organisatie worden vergoed.

Die vergoedingen die aan de vrijwilligers worden betaald, worden beschouwd als een terugbetaling van de kosten die de vrijwilliger gemaakt heeft voor de organisatie.

De wet biedt de mogelijkheid om te kiezen tussen twee systemen van kostenvergoedingen, namelijk de forfaitaire en de reële kostenvergoeding, maar beide systemen mogen door de vrijwilliger niet worden gecombineerd. Een beperkte combinatie van de forfaitaire kostenvergoeding met een terugbetaling van de reële vervoerskosten is echter mogelijk voor maximaal 2000 kilometer per jaar per vrijwilliger. Indien niet voldaan wordt aan de in artikel 10 van de wet vermelde verplichtingen zijn sociale bijdragen verschuldigd op de ontvangen bedragen.

Er wordt thans geen wijziging van de vrijwilligerswet in het vooruitzicht gesteld om een specifieke categorie in het leven te roepen voor de jongeren die in België werken in het kader van de Europese Vrijwilligersdienst.

Op de algemene vergadering van 26 oktober 2010 heeft de Hoge Raad voor Vrijwilligers geadviseerd het Europees Verdrag voor het stimuleren van langlopende transnationale vrijwilligersdienst voor jongeren niet te laten ratificeren door België. De raad preciseert overigens dat dit verdrag dateert van 2004 en dat sindsdien al tal van initiatieven werden genomen om het vrijwilligerswerk te bevorderen. De rechten van de vrijwilligers worden dan ook beter geregeld door de bovengenoemde wet van 3 juli 2005.

Er bestaan overigens reeds zeer veel initiatieven en platforms op Europees niveau die het jongeren mogelijk maken vrijwilligerswerk te doen. Het advies van de HRV werd overgezonden naar de diensten van de FOD Buitenlandse Zaken, waar een werkgroep de eventuele ratificatie door België onderzoekt.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH). – Ik veronderstel dat we deze bespreking zullen kunnen voortzetten wanneer we de verschillende wetsvoorstellen betreffende het vrijwilligerswerk bespreken. Ik zal op dat ogenblik het woord nemen.

Vraag om uitleg van mevrouw Christine Defraigne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het niet naleven van het bestek betreffende het beheer van het hondenregister en de uitreiking van Europese paspoorten voor honden, katten en fretten» (nr. 5-1570)

Mevrouw Christine Defraigne (MR). – De Federale

Santé publique a lancé, le 24 février 2010, un appel d'offres pour la gestion du registre des chiens. Celle-ci a été attribuée à la société anonyme Zetes, qui remplace donc IC-services, prestataire depuis 1998.

Je vous ai posé une question écrite à ce propos le 23 février 2011, madame la ministre, et à ce moment déjà je vous faisais remarquer que différents problèmes semblaient se poser quant au mode de fonctionnement de ladite société Zetes.

Il semble malheureusement, un an plus tard, que les problèmes soient loin d'être résolus. Ainsi, de nombreuses erreurs seraient encore commises et les procédures en place seraient loin d'être optimales.

Tout d'abord, le cahier spécial des charges qui régissait ce marché public indiquait entre autres que « si une demande de changement de responsable est transmise à l'adjudicataire au moyen d'une attestation vétérinaire et que le nouveau responsable n'est pas un refuge agréé pour animaux, l'adjudicataire procédera chronologiquement à l'envoi d'une lettre recommandée au dernier responsable enregistré indiquant clairement qu'une demande de changement de responsable a été reçue et que le changement sera effectué, sauf s'il s'y oppose dans un délai de dix jours ouvrables ».

La procédure prévoit donc clairement la nécessité d'une lettre recommandée.

Il semblerait cependant que, le 14 juillet 2011, vous ayez envoyé un courrier autorisant Zetes à avoir de manière commune avec le SPF et l'ABIEC un système alternatif répondant aux besoins. On évoquerait notamment la possibilité pour la société Zetes d'envoyer des SMS et non plus des recommandés, ce qui n'est pas conforme au cahier des charges. Si ce dernier prévoit des recommandés, c'est qu'il y a une bonne raison de le faire. Il semble que, par le passé, cette procédure n'ait jamais posé de difficulté.

Ensuite, le passeport européen est un document officiel. Dès lors, si un vétérinaire n'a pas correctement rempli une demande d'enregistrement, les instructions du SPF sont les suivantes : Zetes doit enregistrer les renseignements à sa disposition et renvoyer les documents incorrectement remplis au vétérinaire. Il semblerait que Zetes ne le fasse pas, change simplement les documents d'enveloppe et renvoie les documents aux vétérinaires sans rien enregistrer. Cela implique une carence dans l'enregistrement des chiens, avec les conséquences que cela peut avoir.

Confirmez-vous, madame la ministre, l'envoi du courrier du 14 juillet 2011 invitant Zetes à avoir de manière commune un système alternatif répondant aux besoins ?

Les SMS sont-ils autorisés en lieu et place des recommandés ?

Confirmez-vous que la suppression de la nécessité d'envoyer des recommandés permet à Zetes de réaliser une économie de quelque 45 000 euros par an, sans autre compensation pour l'ABIEC, le SPF ou les différents intervenants ?

L'envoi de SMS et non de recommandés ne modifie-t-il pas les règles du jeu et n'implique-t-il pas que la procédure d'attribution du marché doive être annulée et recommencée puisque les autres soumissionnaires ont calculé

Overheidsdienst Volksgezondheid heeft op 24 februari 2010 een openbare aanbesteding uitgeschreven voor het beheer van de hondenregistratie. De opdracht werd gegund aan de naamloze vennootschap Zetes die dus de vroegere dienstenleverancier IC-services vervangt.

Op 23 februari 2011 heb ik hierover een schriftelijke vraag gesteld waarin ik erop heb gewezen dat er verschillende problemen rijzen met de werking van de firma Zetes.

Een jaar later schijnen die problemen nog lang niet uit de wereld. Er zouden talrijke vergissingen gebeuren en de manier van werken lijkt verre van optimaal.

Het bijzondere bestek voor die openbare aanbesteding gaf onder andere aan dat, als de gekozen ingeschrevene met een getuigschrift van een dierenarts een verzoek tot verandering van verantwoordelijke ontvangt en de nieuwe verantwoordelijke geen erkend dierenasiel is, de gekozen ingeschrevene eerst een aangetekend schrijven richt aan de laatst geregistreerde verantwoordelijke waarin duidelijk staat vermeld dat hij een verzoek tot verandering van verantwoordelijke heeft ontvangen en dat de verandering zal plaatsvinden, tenzij hij of zij daartegen binnen de tien werkdagen verzet aantekent.

De procedure vereist dus duidelijk een aangetekend schrijven.

Naar verluidt zou de minister op 14 juli 2011 in een schrijven aan Zetes hebben toegestaan om in samenspraak met de FOD en met de BVIRH een alternatieve werkwijze toe te passen om aan de behoeften tegemoet te komen. Zo zou de firma Zetes in plaats van een aangetekende brief een sms kunnen verzenden, wat niet conform het bestek is. Als het bestek een aangetekende brief voorschrijft, dan is daarvoor wellicht een goede reden. Die werkwijze heeft in het verleden blijkbaar nooit problemen opgeleverd.

Het Europese paspoort is een officieel document. Als een dierenarts een verzoek tot registratie niet correct heeft ingevuld, geeft de FOD volgende instructies: Zetes moet de beschikbare inlichtingen registreren en de niet correct ingevulde documenten terugzenden naar de dierenarts. Blijkbaar doet Zetes dat niet; ze steken de documenten gewoonweg in een andere enveloppe en sturen ze terug naar de dierenarts zonder wat ook te registreren. Zo ontstaat een hiaat in de registratie van honden, met alle mogelijk gevolgen van dien.

Bevestigt de minister dat ze Zetes in een schrijven van 14 juli 2011 heeft uitgenodigd om in samenspraak een alternatief systeem toe te passen om aan de behoeften tegemoet te komen?

Hebben sms'jes voortaan dezelfde rechtskracht als een aangetekend schrijven?

Bevestigt de minister dat Zetes door de afschaffing van de aangetekende brieven jaarlijks een besparing van 45 000 euro doet, zonder enige compensatie voor de BVIRH, de FOD of andere interveniënten?

Veranderen de spelregels niet nu er sms'jes in plaats van aangetekende brieven kunnen worden verzonden? Houdt dat niet in dat de aanbestedingsprocedure moet worden vernietigd en dat de aanbestedingsprocedure moet worden heropend, aangezien de andere inschrijvers de aangetekende

leur prix sur la base de l'envoi de recommandés ?

Confirmez-vous qu'un audit est actuellement en cours au sein de la société Zetes ? Votre administration intervient-elle dans cet audit ?

Confirmez-vous que Zetes n'enregistre pas les chiens lorsqu'une erreur est constatée dans le document rempli par le vétérinaire ?

Vos services sont-ils au courant d'erreurs commises ayant pour conséquence que des particuliers reçoivent des documents à leur nom pour des chiens qu'ils n'ont jamais détenus ou des documents portant le nom de vétérinaires qui leur sont inconnus ?

Confirmez-vous que la société Zetes s'est trouvée en rupture de stock de passeports pendant plusieurs jours ? Comment est-ce possible ?

Il est évident que mon propos n'a pas pour objectif de multiplier les tracasseries administratives ou de faire une chasse aux sorcières par rapport à une société, mais il vise à assurer, par les temps qui courent, un respect strict des marchés publics et l'égalité entre les soumissionnaires. Il vise également à éviter tous les problèmes de santé publique que peut entraîner le non-respect des procédures. Il est clair qu'elles n'ont pas été mises en place par pure fantaisie.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Ce dossier n'est pas simple, tant les problèmes entre structures et entre personnes ont été nombreux. Il s'agit parfois de personnes de grande qualité, mais au caractère parfois quelque peu impulsif.

Le contrat pour la gestion du registre central pour l'identification des chiens a été conclu entre l'État belge et la société Zetes. Dès lors, je suis bien compétente pour envoyer la lettre à laquelle vous faites référence, madame Defraigne. Son contenu a d'ailleurs été arrêté lors d'une réunion à mon cabinet, à laquelle l'ABIEC et Zetes étaient présents. Je ne vois pas pourquoi le contrat signé avec Zetes devrait être annulé à cause de cet événement.

J'attire aussi votre attention sur le fait qu'un système de SMS a également un coût. Des recommandés devront toujours être envoyés étant donné que tout le monde n'a pas nécessairement un numéro de GSM activé. Par ailleurs, il me semble que s'interroger sur la façon d'améliorer un système quand on constate que de nombreux recommandés reviennent à l'expéditeur est un réflexe de bonne gestion.

L'ABIEC a, il est vrai, fait effectuer un audit chez Zetes. Il va de soi que le « Service Bien-être animal et CITES » n'est pas intervenu dans son déroulement. En effet, l'objectif d'un audit est une évaluation indépendante. Bien sûr, ce service a fourni son entière collaboration aux personnes ayant procédé à l'audit.

Cet audit a montré que le niveau actuel du service est suffisant. Toutefois, le rapport d'audit reprend un certain nombre de recommandations aussi bien pour l'ABIEC que pour Zetes afin d'augmenter encore le niveau de prestation.

Évidemment, je veillerai à ce que les deux parties prennent en compte ces recommandations. Notre objectif commun est de

zendingen in hun kostprijs hebben verrekend?

Bevestigt u dat momenteel een audit wordt gehouden bij Zetes? Werkt uw administratie mee aan die audit?

Zijn uw diensten ervan op de hoogte dat er vergissingen zijn gebeurd waardoor particulieren documenten op hun naam ontvangen voor honden die ze nooit hebben gehad, of documenten met de naam van dierenartsen die ze niet kennen?

Bevestigt u dat de voorraad paspoorten bij de vennootschap Zetes gedurende verschillende dagen was uitgeput?

Met mijn betoog wil ik de administratieve rompslomp niet uitbreiden, noch een heksenjacht organiseren tegen een firma, maar in de huidige situatie wil ik wel een strikt respect van de openbare aanbestedingen en van de gelijke behandeling van de inschrijvers afdwingen. Ik wil ook alle problemen van volksgezondheid vermijden die kunnen ontstaan als men de procedures niet eerbiedigt. Die procedures zijn niet zo maar een fantasietje. Zoveel is duidelijk.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Talloze problemen tussen structuren en personen hebben er dit dossier niet eenvoudiger op gemaakt. Soms gaat het om zeer verdienstelijke mensen, maar met een wat impulsief karakter.

Het contract voor het beheer van het centrale register voor de identificatie van honden werd gesloten tussen de Belgische Staat en de firma Zetes. Bijgevolg ben ik wel degelijk bevoegd om de brief te verzenden waaraan mevrouw Defraigne refereert. De inhoud ervan werd overigens afgesproken op een vergadering op mijn kabinet, waarop de BVIRH en Zetes aanwezig waren. Ik zie niet in waarom daardoor het contract met Zetes zou moeten worden vernietigd.

Ik vestig er uw aandacht op dat een sms-systeem ook geld kost. Er moeten trouwens nog altijd aangetekende brieven worden verzonden, want niet iedereen beschikt over een actief gsm-nummer. Het komt me overigens voor dat zich bekommeren over de verbetering van het systeem, als men vaststelt dat heel wat aangetekende brieven terug bij de afzender belanden, een reflex van behoorlijk bestuur is.

De BVIRH heeft inderdaad een audit georganiseerd bij Zetes. Het spreekt voor zich dat de Dienst Dierenwelzijn en CITES niet in die audit zijn tussengekomen. De opzet van een audit is immers een onafhankelijke evaluatie te maken. Natuurlijk heeft de dienst zijn volledige medewerking verleend aan de auditoren.

De audit heeft uitgewezen dat het huidige niveau van de dienstverlening voldoet. Het auditrapport doet evenwel een aantal aanbevelingen voor zowel de BVIRH als voor Zetes om het prestatieniveau nog te verbeteren.

Uiteraard zal ik ervoor zorgen dat beide partijen met die aanbevelingen rekening houden. Ons gemeenschappelijk doel is een betrouwbare databank en daarom moet men vermijden

disposer d'une base de données fiable et, pour ce faire, d'éviter de rentrer des données incorrectes ou incomplètes, tout en évitant les erreurs d'encodage.

Par ailleurs, il y a effectivement eu une rupture de stock des passeports pendant une courte période à la suite d'erreurs commises par le fournisseur de ces documents, mais tout est rentré dans l'ordre depuis longtemps.

Nous continuons à améliorer le service et à mettre autour de la table tous les protagonistes qui doivent s'y trouver.

Mme Christine Defraigne (MR). – Comme vous le dites, madame la ministre, la situation n'est pas simple sur le terrain. Il conviendrait à mon sens d'améliorer le fonctionnement du service et d'assurer le respect des procédures. Toutefois, il ne faudrait pas qu'une modification des règles du jeu ait pour conséquence que les termes et l'économie du marché soient biaisés en aval de celui-ci. Elle pourrait en effet, le cas échéant, constituer une cause de nullité et impliquer le versement de dommages et intérêts aux soumissionnaires injustement évincés.

Vous dites que vous ne comptez pas annuler le contrat et que vous essaieriez d'améliorer les choses.

Je ne sais pas s'il est possible de disposer du rapport d'audit, mais j'aimerais savoir quelles recommandations ont été formulées pour optimiser les prestations et éviter la transmission de données incorrectes.

Je note que la question de la rupture du stock de passeports est réglée.

Serait-il possible de consulter le rapport d'audit ? En effet, si vos services y ont collaboré même s'ils n'y sont pas partie prenante, ce texte devient un document officiel d'administration.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – S'il s'agit d'un document auquel s'applique la loi sur la transmission des documents administratifs, la transparence sera totale. Mais je ne suis pas certaine que cela ne posera pas d'autres types de problèmes.

Mme Christine Defraigne (MR). – En tant que parlementaires, nous exerçons d'une manière ou d'une autre un contrôle sur le fonctionnement des services publics. Quand un tel service délègue une mission à une société privée, en l'occurrence avec des fonds publics, et que cette dernière semble rencontrer des difficultés, ce que vous admettez sans aucune polémique, il me semble que la consultation d'un rapport d'audit entre dans le cadre de notre mission de contrôle et participe de notre information. En effet, si à son échéance le marché est attribué à une autre société, nous devons pouvoir nous assurer que le cahier des charges établi à cette occasion tient bien compte desdites recommandations.

Je comprends que vous souhaitiez une certaine confidentialité, mais la remarque que je formule en termes de fonctionnement ne me semble pas totalement dénuée de pertinence.

foutieve of onvolledige gegevens in te voeren en mag men zich evenmin vergissen bij het coderen.

Zetes heeft verder inderdaad kort zonder voorraad paspoorten gezeten ingevolge een vergissing van de leverancier, maar alles is al lang weer in orde.

We blijven de dienstverlening verbeteren en daartoe alle betrokken spelers rond de tafel brengen.

Mevrouw Christine Defraigne (MR). – Zoals de minister zegt, is het beheer van het centrale register in de praktijk niet eenvoudig. Voor mijn aanvoelen hoort men de werking van de dienst te verbeteren en de eerbiediging van de procedures te waarborgen. Een wijziging van de spelregels mag niet tot gevolg hebben dat de voorschriften en de opzet van de aanbesteding naderhand worden gewijzigd. Dat zou inderdaad in voorkomend geval een grond voor vernietiging kunnen vormen en tot gevolg hebben dat aan de onterecht geweerde inschrijvers een schadevergoeding dient te worden betaald.

U verklaart dat u niet voornemens bent het contract te vernietigen en dat u zal proberen de werking te verbeteren.

Ik weet niet of ik over het auditrapport kan beschikken, maar ik zou graag weten welke aanbevelingen zijn geformuleerd om de prestaties te optimaliseren en te voorkomen dat foutieve gegevens worden ingevoerd.

Ik noteer dat het probleem van de uitgeputte voorraad is opgelost.

Kan ik het auditrapport raadplegen? Als uw administratie heeft meegewerkt aan die audit, zonder eraan deel te nemen, wordt de tekst toch een officieel document van de administratie.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Als op het document de wetgeving over de openbaarheid van administratieve documenten van toepassing is, dan zal de transparantie volledig zijn. Ik ben echter niet zeker dat daardoor geen andere problemen rijzen.

Mevrouw Christine Defraigne (MR). – Als parlementsleden oefenen wij op de een of ander manier controle uit op de werking van de openbare diensten. Als een dienst een opdracht uitbesteedt aan een privéfirma, in voorkomend geval met publiek geld, en als die firma daarbij moeilijkheden lijkt te ondervinden, wat de minister zonder polemiseren toegeeft, komt het me voor dat we dat auditrapport in het raam van onze controleopdracht kunnen raadplegen, een handeling die van aard is om informatie in te winnen. Als op termijn de opdracht aan een andere firma wordt gegund, moeten we er ons van kunnen vergewissen dat het nieuwe bestek rekening houdt met de voornoemde aanbevelingen.

Ik begrijp dat u op een zekere vertrouwelijkheid gesteld bent, maar mijn opmerking over de werking lijkt me toch niet irrelevant.

Demande d'explications de M. Gérard Deprez à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'heure d'été» (n° 5-1571)

M. Gérard Deprez (MR). – L'arrêté royal du 19 décembre 2001 transpose la directive du Parlement européen et du Conseil de l'Union européenne du 19 janvier 2001, qui a pour but d'harmoniser les dates de changement d'heure. Il précise qu'à compter de l'année 2002, l'heure d'été commencera le dernier dimanche de mars et l'heure d'hiver, le dernier dimanche d'octobre.

Selon ses promoteurs, l'heure d'été ferait économiser de l'énergie. Cependant, un rapport de la Commission européenne datant de 2007 et tenant compte de l'ensemble des coûts énergétiques considère que les économies effectivement réalisées sont difficiles à déterminer et en tout cas relativement limitées, sinon insignifiantes. Le maintien de l'heure d'été en Europe serait essentiellement motivé par le confort des loisirs en soirées estivales.

Au-delà du doute sur le gain réel d'énergie, le changement d'heure est controversé pour de nombreuses raisons.

L'heure ne correspond plus au rythme solaire naturel puisque dans notre zone, en été, il est midi solaire à quatorze heures légales. Cela entraîne des confusions pouvant être dangereuses pour la santé puisqu'il faut impérativement éviter de s'exposer au soleil entre 12 heures et 16 heures à cause du trop fort indice UV.

Selon plusieurs études, la perte d'une heure de sommeil augmenterait le risque d'accidents du travail et d'accidents de la route.

Ce système a également une incidence notable sur les animaux domestiques : le changement d'heure de la traite des vaches laitières les perturberait et il s'ensuivrait toujours une baisse de production de lait et surtout un stress dont il est démontré qu'il altère la qualité du lait.

Compte tenu des effets négatifs sur la santé, le président russe, Dimitri Medvedev, vient tout récemment de décider d'abroger les deux changements horaires annuels et cette initiative a été approuvée par la majorité des Russes.

Madame la ministre, un débat a-t-il lieu à l'échelon des institutions européennes sur l'opportunité de maintenir ce système d'heure d'été ? Dans l'affirmative, quelle est la position de la Belgique dans ce débat ?

À cet égard, le gouvernement dispose-t-il d'une étude récente sur les gains réels d'énergie ? Si oui, quelles en sont les conclusions ?

Quel est l'impact de l'application d'un tel système sur le secteur agricole ? Quel est son impact sur notre santé ? Y-a-t-il, dans notre pays également, plus de crises cardiaques juste après le changement d'heure, comme le démontrerait une étude suédoise ?

Le maintien de ce système est-il, comme le prétend la Commission européenne, essentiellement motivé par le

Vraag om uitleg van de heer Gérard Deprez aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de zomertijd» (nr. 5-1571)

De heer Gérard Deprez (MR). – Het koninklijk besluit van 19 december 2001 zet de richtlijn van het Europees Parlement en de Raad van 19 januari 2001, die ertoe strekt gemeenschappelijke begin- en einddata voor de zomertijd vast te leggen, in intern recht om. Het bepaalt dat vanaf het jaar 2002, de zomertijd begint op de laatste zondag van maart en de wintertijd op de laatste zondag van oktober.

Volgens de voorstanders leidt de zomertijd tot energiebesparing. Uit een mededeling van de Europese Commissie uit 2007, waarin rekening wordt gehouden met alle energiekosten, blijkt dat de werkelijke energiebesparing moeilijk kan worden berekend. Ze zou in elk geval zeer beperkt, of zelfs niet bestaand zijn. Het behoud van de zomertijd in Europa zou hoofdzakelijk bedoeld zijn om langer van de zomeravonden te kunnen genieten.

Naast de twijfel over de werkelijke energiebesparing, wordt de zomertijd om meerdere redenen betwist.

De tijd stemt niet meer overeen met de natuurlijke zonnetijd omdat in onze zone de zonnemiddag om 14 uur wettelijke tijd valt. Dat leidt tot verwarring, wat gevaarlijk kan zijn voor de gezondheid. Blootstelling aan de zon moet tussen 12 en 16 uur worden vermeden vanwege de sterke uv-straling.

Meerdere studies tonen aan dat het verlies van een uur slaap het risico van arbeids- en verkeersongevallen doet toenemen.

Het systeem heeft ook een impact op de dieren. De wijziging van het uur van het melken brengt de melkkoeien van slag. Dat leidt tot een lagere melkproductie en het veroorzaakt stress, wat de kwaliteit van de melk beïnvloedt.

Gelet op de negatieve gevolgen op de volksgezondheid heeft de Russische president Dimitri Medvedev zeer onlangs beslist de jaarlijkse tijdsveranderingen af te schaffen. Dat initiatief wordt door de meerderheid van de Russen gesteund.

Vindt binnen de Europese instellingen een debat plaats over het behoud van de zomertijd? Zo ja, wat is het Belgische standpunt ter zake?

Beschikt de regering over een recente studie met betrekking tot de energiebesparing? Zo ja, wat zijn de conclusies?

Welke impact heeft het systeem op de landbouwsector? Wat is de weerslag op onze gezondheid? Zijn er ook in ons land meer hartaanvallen net na de overschakeling naar de zomertijd, zoals uit een Zweedse studie zou blijken?

Wordt het systeem in hoofdzaak behouden om de mensen de kans te geven langer van de zomeravonden te kunnen genieten, zoals de Europese Commissie beweert?

Is de minister voorstander van het behoud van het systeem?

confort des loisirs en soirées estivales ?

Êtes-vous favorable au maintien de ce système ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – J’ignore pourquoi cette question m’est spécialement adressée. Je puis apporter des éléments de réponse sur le plan de la santé publique, mais d’autres responsables politiques pourraient utilement compléter mon propos. Ainsi, les conséquences de l’application du changement d’heure dans le secteur agricole relèvent de Mme Laruelle et de M. Wathélet en matière d’énergie.

Je considère que le débat sur cette question doit principalement être mené à l’échelon européen. La Commission a publié, le 17 mars dernier, conformément à l’article 4 de la directive 2000/84, une communication comprenant le calendrier fixant le début et la fin de la période d’heure d’été pour les prochaines années mais, à ma connaissance, aucun débat européen supplémentaire n’a eu lieu à ce propos.

J’en viens aux conséquences sur la santé. Les effets du changement d’heure ont été étudiés dans différents pays européens. La Belgique ne faisant pas partie des études, nous ne pouvons qu’extrapoler les résultats pour notre population.

Les effets néfastes seraient, d’une part, une augmentation d’un pour cent des crises cardiaques lors du passage à l’heure d’été, contrebalancée par une diminution de cinq pour cent des crises cardiaques lors du passage à l’heure d’hiver et, d’autre part, une diminution de la durée et de la qualité du sommeil ainsi que des performances scolaires.

Par contre, aucun effet n’a été démontré sur le nombre d’accidents de roulage, d’accidents de travail ou encore de suicides.

La Commission mentionne dans sa communication de 2007 qu’outre le fait qu’elle favorise la pratique de toutes sortes de loisirs en soirée et qu’elle génère quelques économies d’énergie, l’heure d’été a peu d’impact et le régime actuel ne constitue pas un sujet de préoccupation dans les États membres de l’Union européenne.

Le confort des loisirs en soirée estivale n’est donc qu’un élément parmi d’autres. Une décision relative au maintien ou à la suppression de ce système doit intervenir de préférence au niveau européen. C’est donc à cet échelon qu’un examen général doit être réalisé. Il serait insensé d’agir uniquement à l’échelon de la Belgique.

Personnellement, je n’ai jamais été perturbée par ce changement d’heure, mais je conçois bien qu’il dérange certaines personnes.

Un débat a eu lieu en 2007 dans notre pays. La tendance qui s’en est dégagée est plutôt le maintien du régime actuel ou l’application de l’heure d’été pendant toute l’année.

Le débat peut donc rebondir, mais je ne suis pas une grande spécialiste en la matière.

M. Gérard Deprez (MR). – Ma question avait pour but de savoir si la Belgique avait exprimé une opposition à ce changement d’heure et si un débat était mené dans les

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik begrijp niet waarom de vraag aan mij wordt gesteld. Ik kan een antwoord geven op de vragen met betrekking tot de volksgezondheid, maar andere beleidsverantwoordelijken kunnen mijn woorden wellicht aanvullen. De gevolgen van de zomertijd in de landbouw- en de energiesector behoren tot de bevoegdheid van mevrouw Laruelle en de heer Wathélet.

Dit debat moet in de eerste plaats op Europees niveau worden gevoerd. De Commissie heeft op 17 maart jongstleden, conform artikel 4 van de Richtlijn 2000/84, een mededeling bekendgemaakt met de kalender met de begin- en einddata van de zomertijd voor de volgende vijf jaar. Voor zover ik weet wordt op Europees niveau geen bijkomend debat gevoerd.

Dat brengt me bij de gevolgen voor de volksgezondheid. In verschillende Europese landen zijn studies gedaan naar de gevolgen van de zomertijd. België heeft aan die studies niet meegedaan, dus we kunnen de resultaten alleen maar naar onze bevolking extrapoleren.

Enerzijds neemt het aantal hartaanvallen bij de overschakeling naar de zomertijd met 1% toe. Dat wordt gecompenseerd door een afname van het aantal hartaanvallen met 5% bij de overschakeling naar de wintertijd. Anderzijds vermindert de duur en de kwaliteit van de slaap en verslechteren de schoolprestaties.

Er is daarentegen geen enkel effect aangetoond op het aantal verkeersongevallen, arbeidsongevallen of zelfdodingen.

In haar mededeling van 2007 meldt de Commissie dat de zomertijd weliswaar de beoefening van allerlei vormen van vrijetijdsbesteding op zomeravonden gemakkelijker maakt en enkele energiebesparingen met zich meebrengt, maar dat hij verder weinig impact heeft. Het huidige systeem geeft geen aanleiding tot bezorgdheid in de Lidstaten van de Europese Unie.

Het voordeel van de vrijetijdsbesteding op zomeravonden is dus een van vele elementen. Een beslissing over het behoud of de afschaffing van het systeem wordt bij voorkeur op Europees niveau genomen. Het zou onzinnig zijn om alleen op Belgisch niveau op te treden.

Persoonlijk heb ik nooit problemen ondervonden door de omschakeling, maar ik kan me voorstellen dat sommige mensen er last van hebben.

In 2007 is hierover in België gedebatteerd. Daarbij ging de voorkeur uit naar het behoud van het huidige systeem of naar de toepassing van de zomertijd gedurende het hele jaar.

Het debat kan weer oplaaien, maar ik ben geen specialist ter zake.

De heer Gérard Deprez (MR). – Ik stelde mijn vraag om te weten of België zich heeft verzet tegen de uurverandering en of daarover een debat is gevoerd binnen de Europese

instances européennes. Je ne sollicite pas une position unilatérale du gouvernement belge, qui n'en a d'ailleurs pas les moyens.

Ma question n'est pas anecdotique. S'il n'y a aucun impact énergétique sérieux, si le nombre de crises cardiaques augmente et si le rythme scolaire des enfants est perturbé, j'aimerais savoir pourquoi il faut absolument appliquer ce système.

Il m'importe peu que l'on adopte l'heure d'hiver ou l'heure d'été, mais je me demande pourquoi on change d'heure à un moment donné. Très objectivement, je considère que cette mesure est stupide et je n'en vois pas l'intérêt.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je vais essayer de retrouver les études réalisées en la matière et je vous les transmettrai, monsieur Deprez. Cela permettra peut-être de relancer le débat, que ce soit au niveau de la Belgique ou des instances européennes.

M. Gérard Deprez (MR). – J'ai compris que ce n'était pas une de vos préoccupations majeures, madame la ministre, puisque vous n'êtes déstabilisée ni par l'heure d'été ni par l'heure d'hiver.

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les risques encourus en thanatopraxie» (n° 5-1587)

Mme Dominique Tilmans (MR). – Un jeune thanatopracteur m'a demandé de vous interroger concernant les dangers inhérents à l'exercice de cette profession méconnue. La thanatopraxie regroupe l'ensemble des soins prodigués à un défunt, notamment l'injection de produits formolés. En effet, afin de freiner provisoirement le processus naturel de putréfaction, le thanatopracteur lave le corps au moyen de produits désinfectants, y injecte des liquides de conservation et procède à diverses manipulations.

Les risques encourus sont nombreux. En France, une fiche de sécurité au travail recense les dangers potentiels et rappelle au préalable que tous les patients décédés doivent être considérés comme potentiellement infectés. Les germes responsables de la tuberculose, des hépatites B et C, le rotavirus, etc., peuvent – je l'ignorais – survivre jusqu'à seize jours après la mort de la personne.

Cette fiche reprend les nombreux produits toxiques utilisés quotidiennement par les thanatopracteurs : le toluène et le formol, hautement cancérigènes, l'acétone, le formaldéhyde, le Chromatech ou encore le Freedom Cav.

De par la manipulation de divers produits dangereux, la pratique de la thanatopraxie comporte donc de nombreux risques infectieux, chimiques ou allergiques.

Par conséquent, n'y aurait-il pas lieu d'élaborer une série de recommandations à respecter en vue de limiter les risques inhérents à cette profession ?

L'accord institutionnel prévoirait une régionalisation de

installations. Ik vraag de Belgische regering niet een eenzijdig standpunt in te nemen. Ze heeft daar trouwens niet de middelen voor.

Mijn vraag is niet onbelangrijk. Als er geen impact is op het energieverbruik, als het aantal hartaanvallen toeneemt en als het schoolritme van de kinderen wordt verstoord, dan vraag ik me af waarom het systeem absoluut moet worden toegepast.

Het interesseert me niet of de zomertijd of de wintertijd wordt gevolgd, maar ik vraag me af waarom we op een gegeven moment van uur veranderen. Ik vind dat een domme maatregel en ik zie het nut ervan niet in.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik zal proberen de studies op te diepen en zal ze aan de heer Deprez bezorgen. Daarmee kan het debat misschien opnieuw op gang worden gebracht, in België of op Europees niveau.

De heer Gérard Deprez (MR). – Ik heb begrepen dat het geen prioriteit van de minister is aangezien ze geen last heeft van de zomertijd of de wintertijd.

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de risico's bij thanatopraxie» (nr. 5-1587)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Een jonge thanatopracticus heeft me verzocht u te ondervragen over de gevaren inherent aan de uitoefening van zijn beroep. De thanatopraxie omvat elke zorg verstrekt aan een overledene, met name de inspuiting van formolderivaten. Om het natuurlijke ontbindingsproces af te remmen, wast de thanatopracticus het lichaam met ontsmettende producten, spuit bewaarestoffen in en past verschillende behandelingen toe.

Hierbij loopt hij talrijke risico's. In Frankrijk worden de potentiële gevaren opgelijst op een steekkaart voor de veiligheid op het werk, waarop eraan wordt herinnerd dat alle overledenen dienen te worden beschouwd als potentiële haarden van besmetting. Kiemen die tbc en hepatitis B en C kunnen veroorzaken, het rotavirus, enzovoorts, kunnen tot zestien dagen na het overlijden overleven.

De steekkaart vermeldt de talrijke toxische producten die thanatopractici dagelijks gebruiken: toluen en formol, het sterk kankerverwekkende aceton, formaldehyde, Chromatech of Freedom Cav.

Doordat een thanatopracticus verschillende gevaarlijke producten aanwendt, loopt hij dus niet alleen een besmettingsrisico, maar ook chemische en allergische risico's.

Zou het bijgevolg niet nodig zijn aanbevelingen uit te werken teneinde de risico's eigen aan het beroep te beperken?

Het institutioneel akkoord voorziet in de overdracht van de

l'accès à la profession. Ne conviendrait-il pas, entre-temps, de prendre des mesures pour protéger les thanatopracteurs ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je vous renvoie évidemment vers la ministre de l'Emploi, Mme De Coninck, pour les aspects relatifs à la protection au travail.

Pour le reste, la thanatopraxie est donc l'ensemble des procédés techniques ayant pour but de maintenir les cadavres en état de bonne conservation. Il s'agit traditionnellement de l'embaumement, terme un peu moins barbare...

Selon la définition qui en est donnée dans l'arrêté royal du 18 mars 1999, un dispositif médical doit avoir une indication diagnostique et/ou thérapeutique. Les outils utilisés dans le cadre de la thanatopraxie n'ayant ni l'une ni l'autre, ils ne répondent donc pas à cette définition. Par conséquent, je ne suis pas concernée par le sujet.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Il n'empêche que ces personnes utilisent des produits dangereux. Cette question concerne donc, me semble-t-il, la santé publique.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Non, elle relève de la protection au travail.

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers sur le service mobile d'urgence et de réanimation hélicoptéré» (n° 5-1589)

Mme Dominique Tilmans (MR). – Le 14 juin dernier, vous nous expliquiez en commission des Affaires sociales que l'implantation d'un SMUH devait bénéficier d'une planification basée sur des données scientifiques. Cette implantation ne peut en effet être envisagée avant la publication d'un arrêté royal de planification et de normes du SMUH ni avant que des critères de facturation des missions aient été définis.

Dans cette optique, le groupe de travail du CNEH vous a rendu un avis présentant deux positions divergentes. La première consiste à donner au SMUH un statut *sui generis*. Il s'agirait d'une fonction hospitalière, dont la gestion serait confiée à une entité neutre, comme une asbl. La seconde consiste à considérer le SMUH comme les autres fonctions SMUR et donc à lui réserver une place dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Vous deviez, madame la ministre, soumettre ces avis à votre administration – experts et juristes – pour obtenir une proposition de normes uniques avant de demander l'avis du Conseil d'État. L'administration vous a-t-elle déjà répondu ? Dans l'affirmative, quelle est cette réponse ? Dans la négative, quand espérez-vous la recevoir ?

Promouvoir le SMUH trouve une nouvelle fois tout son sens à

toegang tot het beroep. Moeten we intussen echter geen maatregelen nemen om de thanatopractici te beschermen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Voor de aspecten betreffende de bescherming op het werk verwijs ik uiteraard naar de minister van Werk, mevrouw De Coninck.

Verder omvat de thanatopraxie het geheel van technische procedés om een lijk in staat van goede bewaring te houden. Traditioneel gaat het om de balseming, een ietwat minder barbaarse uitdrukking ...

Krachtens de definitie van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 moet een medisch hulpmiddel bestemd zijn om te worden gebruikt voor diagnostische en/of therapeutische doeleinden. De instrumenten die thanatopractici gebruiken, zijn voor geen van beide doeleinden bestemd en beantwoorden dus niet aan de definitie. Bijgevolg ben ik hiervoor niet bevoegd.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Deze kwestie houdt mijns inziens verband met de volksgezondheid.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Neen, ze valt onder de bescherming op het werk.

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen inzake de mobiele urgentiegroep per helikopter» (nr. 5-1589)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Op 14 juni jongstleden hebt u in de commissie voor de Sociale Aangelegenheden gezegd dat de vestiging van een MUG-helikopterdienst gebaseerd moest zijn op een wetenschappelijk werkplan. De vestiging kan inderdaad niet worden overwogen vóór de publicatie van een koninklijk besluit tot vaststelling van het werkplan en de erkenningsnormen voor de medische spoeddiensten per helikopter en vóór de bepaling van de criteria voor de facturatie van de opdrachten.

Met het oog daarop heeft de werkgroep van de NRZV een verdeeld advies uitgebracht. Het eerste standpunt verleent de MUG-helikopterdienst een sui generis-statuuut. Het zou dus gaan om een ziekenhuisfunctie waarvan het beheer zou worden toevertrouwd aan een neutrale entiteit, zoals een vzw. Volgens het tweede standpunt wordt de MUG-helikopterdienst beschouwd als de andere MUG-diensten, die zou passen in het kader van de dringende medische hulp.

U zou deze adviezen overhandigen aan uw administratie – deskundigen en juristen – om een eenvormig voorstel over de normen te krijgen, alvorens advies te vragen aan de Raad van State. Heeft de administratie u al geantwoord? Zo ja, wat was

la lecture d'une étude scientifique réalisée, sur une période de 30 mois, par le Centre médical hélicoptère de Bra-sur-Lienne, sur la base de sa propre activité opérationnelle. Les résultats soulignent l'utilité d'un vecteur hélicoptère dans le cadre de l'aide médicale urgente, en tant que moyen complémentaire aux services d'urgence terrestres. J'aimerais dès lors savoir si l'avis du CNEH a déjà pu faire l'objet d'une analyse et, dans l'affirmative, quelles conclusions en ont été tirées.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Le SPF Santé publique mène, depuis 2005, deux projets d'études prospectives quant à l'utilité d'un SMUR recourant à un hélicoptère comme vecteur de transport, l'un à Bruges et l'autre à Bra-sur-Lienne.

Les données transmises au SPF sur une base annuelle montrent que, dans un cas comme dans l'autre, l'utilisation de l'hélicoptère permet de réduire le délai d'arrivée sur place de l'équipe médicale et d'améliorer la prise en charge de pathologies particulières, par exemple les syndromes coronariens.

Les SMUH renforcent les SMUR terrestres existants et assurent une fonction de transfert interhospitalier de patients en état critique vers des centres spécialisés ; je pense, par exemple, aux traumatismes crâniens ou encore aux patients pédiatriques.

Les études en cours montrent la nécessité d'un effort particulier en vue d'intégrer un SMUH dans le système de régulation de l'aide médicale urgente, ce qui devrait permettre un envoi adapté de l'hélicoptère médicalisé et éviter ainsi des interventions inutiles et coûteuses.

En effet, les résultats récents concernant le projet de Bra-sur-Lienne montrent qu'un pourcentage significatif d'interventions se solde par le transport du patient en ambulance, sans équipe médicale.

L'implantation de SMUH doit donc faire l'objet d'une programmation spécifique dont les modalités sont en cours d'évaluation. Outre les deux SMUH collaborant actuellement aux projets – Bruges et Bra-sur-Lienne – du SPF, d'autres demandes concernent l'implantation des SMUR hélicoptères. Ce constat renforce la nécessité d'une analyse précise menant à des normes de programmation spécifique permettant une implantation adaptée de ce SMUR particulier aux besoins en matière de santé publique.

Il faut, enfin, prendre en compte les problèmes budgétaires : la situation de crise budgétaire que traverse le pays interdit le financement de toute initiative nouvelle.

En concertation avec les acteurs du terrain, je tenterai cependant, dans le respect strict de la neutralité budgétaire et d'un encadrement du coût du transport réclamé au patient, de trouver une solution qui permette la mise en œuvre d'un SMUH répondant aux futurs critères de programmation et d'agrément.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Donc, votre

dat antwoord? Zo neen, wanneer hoopt u het te krijgen?

De bevordering van de MUG-helikopterdienst lijkt eens te meer nuttig na het lezen van een wetenschappelijke studie die over een periode van 30 maanden door de medische spoeddienst per helikopter (CMH) van Bra-sur-Lienne werd uitgevoerd op basis van de eigen operationele activiteit. De resultaten bevestigen het nut van het vervoer per helikopter in het kader van de dringende medische hulp, als aanvulling op de spoeddiensten over land. Ik zou dan ook graag weten of het advies van de NRVZ al bestudeerd werd en zo ja, welke conclusies werden daaruit getrokken.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De FOD Volksgezondheid voert sedert 2005 twee prospectieve studies uit over het nut van een MUG-helikopterdienst, één in Brugge en één in Bra-sur-Lienne.

De gegevens die jaarlijks naar de FOD worden overgezonden, tonen aan dat in beide gevallen, dankzij het inzetten van een helikopter, het medisch team sneller ter plaatse is en dat specifieke aandoeningen, zoals het coronair syndroom, beter kunnen worden behandeld.

De MUG-helikopterdiensten versterken de bestaande MUG over land en verzekeren het overbrengen van patiënten in een kritieke situatie naar gespecialiseerde centra, bijvoorbeeld in geval van hersentrauma's of pediatrie patiënten.

De lopende studies wijzen op de noodzaak een bijzondere inspanning te doen voor de integratie van een MUG-helikopterdienst bij de organisatie van de dringende medische hulp, zodat de dure medische helikopter niet onnodig wordt ingezet.

De recente resultaten met betrekking tot het project van Bra-sur-Lienne tonen immers aan dat in een aanzienlijk percentage van de interventies de patiënt uiteindelijk vervoerd wordt in een ziekenwagen zonder medisch team.

De vestiging van een MUG-helikopterdienst moet dan ook het voorwerp zijn van een specifieke programmatie, waarvan de modaliteiten thans worden geëvalueerd. Naast de twee MUG-helikopterdiensten – Brugge en Bra-sur-Lienne – die thans meewerken aan de proefprojecten van de FOD, zijn er nog vragen binnengekomen voor een MUG-helikopterdienst. Die vaststelling versterkt de noodzaak van een nauwkeurige analyse die moet leiden tot specifieke programmatienormen voor een adequate vestiging van een MUG-helikopterdienst die aangepast is aan de noden inzake volksgezondheid.

We moeten ook rekening houden met de budgettaire problemen: de budgettaire crisissituatie van het land laat de financiering van nieuwe initiatieven niet toe.

In overleg met de actoren op het terrein en met strikte inachtneming van de budgettaire neutraliteit en een beperking van de reiskosten die worden aangerekend aan de patiënt, zal ik proberen een oplossing te vinden om de vestiging van een MUG-helikopterdienst mogelijk te maken die tegemoetkomt aan de toekomstige programmatie- en erkenningscriteria.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Uw administratie

administration n'a pas encore transmis son rapport concernant l'avis du groupe de travail du Centre national de l'expertise hospitalière ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Si, nous avons déjà des indications. Nous devons en tout cas agir dans un cadre budgétaire neutre.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Merci pour votre réponse. Je reviendrai ultérieurement sur ce dossier.

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les cas pédiatriques dans les urgences hospitalières» (n° 5-1591)

Mme Dominique Tilmans (MR). – Le recours aux urgences est, on le sait, à la hausse. Parallèlement, les urgences hospitalières enregistrent un nombre non négligeable de cas pédiatriques. Par exemple, selon une récente étude réalisée par le docteur Jean Evrard, chef du département de pédiatrie au CHR de Namur, les enfants ne représentent que 18% des Namurois, mais 26% des cas pris en charge par les services d'urgence de la ville.

Pour tenter de comprendre ce phénomène, l'étude précitée évoque une série de raisons. Ainsi, outre l'absence d'analyse sommaire des signes de maladie par les parents avant de recourir aux urgences, il est également rappelé que les médecins généralistes, dont la formation première n'est pas la pédiatrie, nourrissent parfois certaines craintes face aux potentielles conséquences médico-légales d'un acte inadéquat ou d'un mauvais diagnostic.

Plusieurs pistes ont été avancées pour affronter ce problème, dont celle d'une formation pédiatrique plus approfondie dispensée aux futurs généralistes durant leur assistantat, par exemple par le biais de conférences, combinée à une implication systématique – une à deux fois par mois – dans les services de garde pédiatriques.

Dans le même ordre d'idées, certains, s'inspirant des actions menées en Grande-Bretagne ou au Canada, suggèrent la création d'une *hotline* à laquelle le médecin généraliste pourrait, le cas échéant, recourir pour obtenir un complément d'informations en matière pédiatrique.

Afin de pallier la raréfaction des pédiatres et d'inciter les généralistes à se spécialiser en pédiatrie, une troisième piste consiste à prévoir un code INAMI spécial pour les médecins qui pratiquent de temps en temps la pédiatrie ou qui ont participé à une formation dans ce domaine.

Enfin, l'étude concluait également que les parents amenaient souvent leurs enfants aux urgences lorsque les médecins de ville, qu'ils soient pédiatres ou généralistes, n'étaient plus disponibles, à savoir en dehors des heures de bureau et en tout cas après 20 heures. Pourquoi, dès lors, ne pas envisager, dans les grandes villes, la création de « postes de santé pédiatriques » ouverts de 18 à 22 heures, surtout pour que les

heeft haar verslag met betrekking tot het advies van de werkgroep van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen dus nog niet overgezonden?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Jawel, we hebben al aanwijzingen. We moeten in ieder geval optreden binnen een neutraal budgettair kader.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Ik dank u voor uw antwoord. Ik zal het later nog over dit dossier hebben.

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de pediatrische patiënten bij de spoeddiensten» (nr. 5-1591)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Het is bekend dat er steeds meer een beroep wordt gedaan op de spoeddiensten. Bij die spoeddiensten komen ook veel vaker pediatrische patiënten langs. Volgens een recente studie van dokter Jean Evrard, hoofd van de dienst pediatrie van het Centre Hospitalier Régional de Namur, zijn slechts 18% van de inwoners van Namen kinderen, maar zijn 26% van de patiënten die zich aanmelden op de spoeddiensten kinderen.

In een poging om dit fenomeen te begrijpen, worden een aantal redenen opgesomd. Zo gaan de ouders vaak de ziektesymptomen niet eerst analyseren vóór ze naar de spoeddiensten stappen, maar stelt men ook vast dat huisartsen, die niet pediatrisch geschoold zijn, er soms voor zorgen dat men de juridische gevolgen vreest van een verkeerde behandeling of diagnose.

Er werden verschillende oplossingen naar voren geschoven om dit te verhelpen, onder meer een betere pediatrische vooropleiding voor toekomstige huisartsen tijdens hun coassistentenschap, bijvoorbeeld door middel van een combinatie van lezingen met een systematische deelname, één- of tweemaal per maand, aan de pediatrische wachtdienst.

Naar het voorbeeld van bestaande praktijken in Groot-Brittannië of Canada stellen sommigen voor om een hotline te openen waar de huisarts indien nodig bijkomende informatie kan opvragen inzake kindergeneeskunde.

Om de terugloop van kinderartsen op te vangen en om huisartsen ertoe aan te zetten zich te specialiseren in de pediatrie zou men een apart RIZIV-nummer kunnen maken voor artsen die af en toe pediatrische patiënten behandelen of daartoe een opleiding hebben gevolgd.

De studie kwam ook tot de conclusie dat ouders vaak met hun kinderen naar de spoeddienst komen buiten de kantooruren of na 20 uur, wanneer de privépraktijken van huisartsen of specialisten gesloten zijn. Waarom zou men dan in grootsteden geen centra voor pediatrische gezondheidszorg kunnen openhouden van 18 tot 22 uur, zodat ouders er met hun kinderen naar de raadpleging kunnen gaan in plaats van naar de spoeddienst?

parents amènent leurs enfants à la consultation plutôt qu'aux urgences ?

Ces pistes vous semblent-elles envisageables ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Des études récentes ont effectivement fait état d'un important flux de patients pédiatriques aux urgences. Je pense notamment à l'étude BePASSTA – Belgian Paediatric Short Stay – confiée par mon cabinet et par le SPF Santé publique à une équipe de chercheurs issus des École de Santé publique de l'ULB et de l'UZ Gent.

L'étude BePASSTA avait pour objectif de définir les besoins de prise en charge des enfants en hospitalisation de jour, en hospitalisation provisoire et aux urgences. Le rapport définitif et les conclusions seront bientôt disponibles et feront l'objet d'une analyse approfondie. Il est par conséquent prématuré d'exposer ici les mesures qui seront prises.

L'amélioration de la collaboration entre pédiatres hospitaliers et médecins généralistes est une piste à suivre.

De nombreux enfants ne sont suivis régulièrement que par des pédiatres non hospitaliers, mais il n'existe pas de garde spécifique en pédiatrie ambulatoire. Certains médecins généralistes peuvent alors se sentir moins à l'aise face à des enfants qu'ils ne voient que lors des gardes et les parents, habitués à ne consulter que des pédiatres, ont aussi davantage tendance à se rendre aux urgences pédiatriques.

L'information des parents incombe avant tout au médecin traitant, qu'il soit pédiatre ou généraliste, et cela d'autant plus que le recours aux urgences hospitalières, en particulier la nuit ou le week-end, semble précisément résulter de l'indisponibilité du médecin traitant.

Autres pistes à explorer : l'organisation dans les hôpitaux d'un système de tri, avec renvoi vers des structures plus appropriées et l'organisation de consultations « sans rendez-vous » ou « du soir » à l'intention des enfants.

Comme je l'ai dit à plusieurs reprises, même si nous devons accomplir un travail énorme en peu de temps, je voudrais vraiment profiter de cette législature pour étudier la problématique des gardes.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Tout se tient, effectivement.

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la médiatisation du Total Body Scan de la société Groupon» (n° 5-1592)

Mme Dominique Tilmans (MR). – Cette question a été rédigée en novembre dernier. La firme d'achats groupés Groupon a publié sur son site belge une offre de « Total Body Scan » au prix promotionnel de 699 euros au lieu de 1 490 euros.

Denkt u dat deze mogelijkheden kunnen worden overwogen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Volgens recente studies komen inderdaad veel pediatrische patiënten naar de spoeddiensten. Ik denk bijvoorbeeld aan de studie BePASSTA – Belgian Paediatric Short Stay –, die door mijn kabinet en de FOD Volksgezondheid werd toevertrouwd aan een team van onderzoekers van de École de Santé publique van de ULB en van het UZ Gent.

De BePASSTA-studie had tot doel om de behoeften te omschrijven inzake daghospitalisatie, voorlopige hospitalisatie en spoedopname van kinderen. Het definitief verslag en de conclusies zullen binnenkort bekend zijn en zullen grondig worden geanalyseerd. Daarom is het voorbarig nu al te zeggen welke maatregelen zullen worden getroffen.

Een betere samenwerking tussen kinderartsen in ziekenhuizen en huisartsen is een aandachtspunt.

Vele kinderen worden enkel gevolgd door kinderartsen buiten het ziekenhuis, maar er bestaat geen ambulante pediatrische wachtdienst. Daarom zijn sommige huisartsen onwennig bij kinderen die ze enkel zien tijdens de wachtdienst en hebben ouders, die gewoon zijn om met hun kind naar de kinderarts te gaan, de neiging om eerder naar de pediatrische spoeddienst te stappen.

Het is de behandelende arts – dat kan de kinderarts of de huisarts zijn – die de ouders moet informeren, vooral omdat de toevloed van patiënten bij de spoeddiensten van de ziekenhuizen, in het bijzonder 's nachts of in het weekend, het gevolg lijkt te zijn van het feit dat de behandelende arts niet beschikbaar is.

Andere mogelijkheden zijn: een voorafgaande selectie in de ziekenhuizen zodat patiënten naar de meest geschikte organisatie worden doorverwezen en het organiseren van vrije raadplegingen overdag of 's avonds voor kinderen.

Ik heb al meermaals gezegd dat, ook al wacht ons veel werk in korte tijd, ik van deze legislatuur gebruik wil maken om de problematiek van de wachtdiensten onder de loep te nemen.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Er is inderdaad een onderling verband.

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de mediaberichten over de Total Body Scan van de firma Groupon» (nr. 5-1592)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Deze vraag werd in november jongstleden opgesteld. De firma voor groepsaankopen Groupon heeft op haar Belgische website een aanbieding gepubliceerd voor een 'Total Body Scan' voor de promotieprijs van 699 euro in plaats van 1490 euro.

Les examens prévus sont, pour les moins de 45 ans, l'analyse du cœur et des poumons par le biais d'une échographie cardiaque, un test à l'effort par ECG ainsi qu'une analyse des fonctions pulmonaires. Pour les plus de 45 ans, les examens prévus consistent en un CT-Scan du cœur et des poumons.

Ces examens sont effectués à Bottrop, en Allemagne. Une entrevue est ensuite organisée en vue d'analyser les résultats et de donner des conseils.

Le Consilium Radiologicum et l'Ordre des médecins n'ont pas manqué de réagir à cette offre mercantile effectuée en dehors de toute considération d'éthique médicale. Cette offre pose question sous l'angle de la protection du patient, en raison notamment des risques potentiels de surexposition aux rayons ionisants. L'Ordre des médecins a également expliqué que le terme « body scan » prêtait à confusion.

Notons que cette offre est loin d'être isolée. Je citerai, à cet égard, les récentes publicités racoleuses réalisées en matière d'esthétique médicale.

Quelle est votre opinion concernant cette offre publiée sur un site belge ? L'article 13 du Code de déontologie médicale interdit le rabattage des patients. Cette offre n'en constitue-t-elle pourtant pas un exemple ?

La société qui propose le « body scan », établie en Allemagne, estime que le droit européen l'autorise à diffuser une telle publicité n'importe où sur le territoire européen. Le droit européen offre toutefois un cadre protecteur, spécialement en ce qui concerne les professions réglementées, dont font partie les médecins. Il permet ainsi aux États membres de soumettre ces professions – leurs communications électroniques, notamment – à des règles beaucoup plus strictes. Est-ce le cas en Belgique ? Envisagez-vous une action en justice ?

Cette offre mettant à mal la protection du patient, quelles mesures comptez-vous prendre pour y mettre un terme ? De quels moyens d'action disposez-vous, le site étant accessible en Belgique ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je partage entièrement votre inquiétude. Toute mercantilisation des prestations médicales est inacceptable. Par ailleurs, étant donné l'exposition bien plus forte en Belgique – la population belge est trois fois plus exposée aux rayons ionisants que la population néerlandaise, par exemple – que dans les pays voisins, toute initiative favorisant des examens inutiles et non justifiés en matière d'imagerie médicale doit être combattue.

La question n'est pas simple, car la déontologie en vigueur en Belgique ne s'applique pas nécessairement aux praticiens allemands qui pratiquent en Allemagne.

Cela dit, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 6 juillet 2011 interdisant la publicité et réglementant l'information relative aux actes d'esthétique médicale, mon administration a informé le procureur du Roi des infractions constatées – entre autres sur le site Groupon – dès qu'une dénonciation lui a été communiquée. Nous suivons très attentivement ce dossier.

De voorgestelde onderzoeken voor personen jonger dan 45 jaar bestaan uit een onderzoek van het hart en de longen door middel van een hartechografie, een inspanningstest met ECG en een analyse van de longfuncties. Voor personen ouder dan 45 jaar bestaan de onderzoeken uit een CT-scan van het hart en de longen.

Die onderzoeken worden uitgevoerd in Bottrop, in Duitsland. Daarna volgt een gesprek om de resultaten te analyseren en adviezen te verstrekken.

Het Consilium Radiologicum en de Orde van Geneesheren hebben onmiddellijk gereageerd op deze commerciële aanbieding, die helemaal geen rekening houdt met medisch-ethische overwegingen. Deze aanbieding doet vragen rijzen omtrent de bescherming van de patiënt, vooral wegens de mogelijke risico's van overdreven blootstelling aan ioniserende stralingen. De Orde van Geneesheren heeft ook meegedeeld dat het begrip 'body scan' verwarring teweeg brengt.

Deze aanbieding is helemaal geen alleenstaand feit. Denken we maar aan de recente wervende reclame op het gebied van medische esthetiek.

Wat is uw mening over deze aanbieding op een Belgische website? Volgens artikel 13 van de Code van geneeskundige plichtenleer is het ronselen van patiënten niet toegelaten. Is deze aanbieding daarvan dan geen voorbeeld?

De firma die de 'body scan' voorstelt, en in Duitsland gevestigd is, meent dat het Europees recht haar toelaat dergelijke reclame om het even waar op het Europees grondgebied te verspreiden. Het Europees recht biedt nochtans bescherming, vooral met betrekking tot de geregelende beroepen, zoals de artsen. Het laat de lidstaten ook toe deze beroepen – inzonderheid hun elektronische communicatie – te onderwerpen aan veel striktere regels. Is dat het geval in België? Overweegt u gerechtelijke stappen?

Welke maatregelen zult u nemen om deze aanbieding te verbieden? Ze gaat immers in tegen de bescherming van de patiënt? Over welke actiemiddelen beschikt u, aangezien de website in België toegankelijk is?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik deel volkomen uw ongerustheid. Elke commercialisering van medische prestaties is onaanvaardbaar. Aangezien de Belgische bevolking meer blootgesteld wordt aan ioniserende stralingen dan de bevolking in onze buurlanden, bijvoorbeeld in Nederland, moet elk initiatief om overbodige en ongegronde onderzoeken te ondergaan via medische beeldvorming worden bestreden.

Dit is geen eenvoudig probleem, aangezien de plichtenleer die in België geldt, niet noodzakelijk van toepassing is op de Duitse artsen die hun beroep uitoefenen in Duitsland.

Sedert de inwerkingtreding van de wet van 6 juli 2011 tot instelling van een verbod op reclame voor ingrepen van medische esthetiek en tot regeling van de informatie over dergelijke ingrepen heeft mijn administratie de procureur des Konings ingelicht over de vastgestelde overtredingen – onder meer door de website van Groupon – zodra ze daarover

J'ai demandé à mon administration de relancer le parquet à cet égard.

Par ailleurs, mon administration a également interpellé les responsables du site Groupon pour attirer leur attention sur l'illégalité de ces pratiques publicitaires.

Dans le cadre de la loi du 2 août 2002 relative à la publicité trompeuse et à la publicité comparative, aux clauses abusives et aux contrats à distance en ce qui concerne les professions libérales, je dispose, à l'instar de l'Ordre des médecins, des associations de consommateurs, des mutuelles et des personnes qui y ont un intérêt, d'une action en cessation devant le président du tribunal de première instance compétent.

Il faut toutefois préciser que si je suis partisane de ce type de moyen d'action pour les autorités publiques, une telle action en cessation a ses limites en l'espèce, eu égard au coût et à la lenteur de la procédure, même si celle-ci est comparable à la procédure en référé, et à la volatilité de ce type de publicité, laquelle peut être supprimée en un simple clic de souris, et cela d'autant plus que le prestataire est situé hors des frontières de la Belgique.

Les moyens mis à ma disposition pourraient être utilisés pour renforcer encore les initiatives tendant à éveiller les patients sur la nécessité d'avoir un dossier médical global, géré par un médecin généraliste traitant, avec lequel ils puissent discuter des besoins réels en termes d'examen médicaux. J'y resterai, soyez rassurée, très attentive.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Je vous sais très préoccupée par le problème et je vous remercie en tout cas d'avoir pris cette initiative concernant la publicité en matière d'esthétique médicale. Il faut marquer le coup, pour ôter toute envie à ceux qui lancent ce type de publicité sur l'internet de poursuivre leur action.

Par ailleurs, il faut effectivement privilégier le contact avec le médecin généraliste car là se trouve la seule et vraie solution.

Cette dérive commerciale de la médecine est vraiment inquiétante.

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la pénurie de médecins généralistes» (n° 5-1699)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Il ressort des chiffres de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité que de plus en plus de communes sont confrontées à une pénurie croissante et parfois aiguë de médecins généralistes, en dépit des stimulants financiers. Il y a trop peu de généralistes dans quatre communes sur dix. Des 589 communes de notre pays, 232 doivent faire face à une pénurie de médecins généralistes : 111 en Flandre, 111 en Wallonie et 10 dans la Région de Bruxelles-Capitale.*

Au cours de la période 2004-2010, on aurait diplômé 507 médecins généralistes en moins que le chiffre autorisé par le

klachten heeft ontvangen. We volgen dit dossier zeer aandachtig. Ik heb mijn administratie gevraagd het parket hieraan te herinneren.

Mijn administratie heeft overigens ook de aandacht van de personen die verantwoordelijk zijn voor de website van Groupon op het illegale karakter van hun reclamepraktijken gevestigd.

In het kader van de wet van 2 augustus 2002 betreffende de misleidende en vergelijkende reclame, de onrechtmatige bedingen en de op afstand gesloten overeenkomsten inzake de vrije beroepen kan ik, net als de Orde van Geneesheren, de consumentenverenigingen, de ziekenfondsen en de personen die daar belang bij hebben, een vordering tot staking indienen bij de bevoegde rechtbank van eerste aanleg.

Hoewel ik voorstander ben van dit soort rechtsmiddelen voor de overheid, denk ik dat een dergelijke vordering tot staking in dit geval haar beperkingen heeft, gelet op de kostprijs en de trage procedure, ook al kan ze vergeleken worden met de procedure in kort geding, en op de vluchtigheid van dit soort reclame, die met een eenvoudige muisklik kan worden verwijderd, temeer daar de arts buiten de grenzen van België gevestigd is.

De middelen waarover ik beschik, zouden kunnen worden gebruikt om meer initiatieven te nemen om de patiënten te wijzen op de noodzaak van een globaal medisch dossier, dat bijgehouden wordt door de behandelende huisarts, met wie ze van gedachten kunnen wisselen over de reële noden inzake medische onderzoeken. Ik zal deze zaak zeker aandachtig blijven volgen.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Ik weet dat u zeer bezorgd bent over deze problematiek en ik dank u voor uw initiatief inzake de medische esthetiek. Er moet worden opgetreden tegen dit soort reclame op internet.*

Het contact met de huisarts moet inderdaad worden aangemoedigd, want alleen daar ligt de echte oplossing.

Zulk een mercantiele ontsparing van de geneeskunde is werkelijk onrustwekkend.

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het tekort aan huisartsen» (nr. 5-1699)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Uit cijfers van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering blijkt dat steeds meer gemeenten in ons land kampen met een toenemend en soms acuut tekort aan huisartsen, ondanks de financiële stimulansen. In vier op de tien gemeenten zijn er te weinig huisartsen. Van de 589 gemeenten in ons land noteren er 232 een tekort aan huisartsen: 111 in Vlaanderen, 111 in Wallonië en 10 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

In de periode 2004-2010 zouden volgens recente cijfers 507 huisartsen minder afgestudeerd zijn dan toegestaan door de numerus clausus. Hiertegenover staat dat in dezelfde periode

numerus clausus. Pour cette même période, on a revanche 700 médecins spécialistes en plus.

J'ai déjà interrogé la ministre à ce sujet à plusieurs reprises. Je reconnais que la ministre a pris de nombreuses bonnes initiatives et mesures ces dernières années afin de rendre la profession de médecin généraliste plus attractive. Ces efforts ont été appréciés mais en fait on ne sait pas s'ils ont été efficaces. Il nous manque trop de données de base, comme un cadastre convenable. La ministre m'a déjà indiqué auparavant que 9 250 médecins généralistes étaient actifs mais elle ne pouvait préciser s'ils exerçaient à temps plein ou à temps partiel. Le syndicat flamand des médecins généralistes est très critique par rapport au cadastre actuel. Selon lui, il est incomplet et donc inutilisable.

Dans sa réponse précédente, la ministre m'avait dit avoir demandé à la commission de planification d'approfondir cette analyse et d'évaluer l'utilité du numerus clausus actuel ainsi que de réfléchir à la forme que doit revêtir la planification des professionnels de la santé au cours des prochaines années. Selon la ministre, le cadastre s'avérerait être un instrument très utile à cet égard.

La ministre partage-t-elle ma préoccupation et mes doutes quand je crains que ce problème ne soit pas traité suffisamment vite ni suffisamment énergiquement ? Un plan d'action plus ambitieux et plus réfléchi ne s'impose-t-il pas, en collaboration étroite avec les communautés ? Il y va en fin de compte de l'accès à notre système de soins de santé et de leur qualité tels que nous les connaissons aujourd'hui et qui font l'objet d'éloges loin au-delà de nos frontières.

Quelles missions concrètes la ministre a-t-elle confiées à la commission de planification ? Quand pouvons-nous attendre les premiers avis et propositions ?

Comment va-t-on entamer cet exercice dès lors que nous avons peu d'instruments fiables et exacts à notre disposition ? La ministre reconnaît-elle que le cadastre actuel présente de nombreux défauts ? Reconnait-elle qu'il est impossible d'élaborer une politique réfléchie sans cadastre convenable ? Quelles mesures la ministre va-t-elle prendre pour corriger les défauts du cadastre et quand ?

La ministre a-t-elle aussi demandé que l'on revoie les tâches des professionnels de la santé ? La ministre reconnaît-elle qu'il faut mener un débat approfondi à ce sujet surtout en ce qui concerne les tâches de base et la délégation aux assistants et aux spécialistes ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Je reconnais qu'une banque de données la plus complète possible et mise à jour est indispensable à une planification efficace des professionnels de la santé.*

Pour les médecins généralistes, le cadastre contient actuellement les informations pertinentes qui permettent d'identifier les médecins, comme l'état civil, le visa, les diplômes obtenus, la profession et l'adresse professionnelle. Il contient aussi les données d'agrément et les renseignements relatifs à leur statut social.

Le cadastre ne contient pas de données sur le taux d'activité ou le profil INAMI, mais la Commission de planification a

700 artsen-specialisten te veel toetraden.

Ik ondervroeg de minister hierover al meerdere keren. Ik erken daarbij dat de minister de afgelopen jaren veel en goede initiatieven en maatregelen heeft genomen om het beroep van huisarts aantrekkelijker te maken. Deze inspanningen werden erg geapprecieerd, maar eigenlijk weten we niet goed in welke mate ze ook effectief zijn. Er ontbreken te veel basisgegevens, zoals een degelijk kadaster. De minister vertelde me eerder dat ongeveer 9 250 huisartsen actief waren, maar kon niet zeggen of die voltijds of deeltijds werken. Ook het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen stelt grote vragen bij het huidige kadaster. Volgens hen is het onvolledig, onjuist en dus onbruikbaar.

In haar vorige antwoord stelde de minister dat ze aan de planningscommissie opdracht gaf om haar analyses ter zake te verdiepen, daarbij zeker het nut van de huidige numerus clausus te evalueren en na te denken over de vorm die de planning van de gezondheidswerkers in de volgende jaren moet aannemen. Het kadaster zou daarbij volgens de minister een zeer nuttig instrument zijn.

Begrijpt en deelt de minister mijn bezorgdheid en twijfels dat deze problematiek niet op voldoende urgente en daadkrachtige manier wordt aangepakt? Dringt zich hier geen breder en meer doordacht actieplan op, in hechte samenwerking met de gemeenschappen? Het gaat hier tenslotte om het voortbestaan van het laagdrempelige en uitstekende gezondheidssysteem, zoals we dat vandaag kennen en dat tot ver buiten België wordt geprezen.

Welke concrete opdrachten gaf de minister aan de planningscommissie? Wanneer kunnen we de eerste adviezen en voorstellen hieromtrent verwachten?

Hoe gaat men aan deze oefening beginnen, ermee rekening houdend dat er geen degelijke, maar weinig exacte en zelfs defecte instrumenten ter beschikking staan? Beamt de minister dat het huidige kadaster tal van tekortkomingen vertoont? Deelt de minister mijn opvatting dat er zonder een degelijk kadaster geen doordacht beleid op maat mogelijk wordt? Wanneer zal de minister welke initiatieven ontplooiën om de tekortkomingen in het kadaster weg te werken?

Gaf de minister ook een opdracht voor de herziening van het takenpakket van gezondheidswerkers? Deelt de minister mijn mening dat hierover een grondig debat moet worden gevoerd, vooral over de kerntaken en de delegatie naar assistenten en specialisten?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik ben het er absoluut mee eens dat een zo volledig mogelijke en bijgewerkte gegevensbank noodzakelijk is voor een efficiënte planning van de gezondheidszorgwerkers.

Voor de huisartsen bevat het kadaster op dit ogenblik de relevante informatie om de huisartsen te identificeren, zoals de burgerlijke staat, de visa, de behaalde diploma's, het beroep en het beroepsadres. Het kadaster bevat ook de erkenningsgegevens en informatie over hun sociaal statuut.

Het kadaster bevat geen gegevens over de activiteitsgraad of het RIZIV-profiel, maar de Planningscommissie heeft daar wel toegang toe. Wanneer de Commissie gegevens aan elkaar

elle accès à ces données. Quand la Commission veut faire le lien entre des données, elle doit, comme le prescrit la réglementation, obtenir l'autorisation préalable du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé de la Commission de la protection de la vie privée.

Enfin, mon administration dispose de certaines données supplémentaires provenant de Medega – l'instrument informatisé mis à la disposition des cercles de médecins généralistes pour leur permettre d'organiser les services de garde – mais celles-ci ne peuvent aussi être reliées entre elles qu'avec l'accord dudit Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

La Commission de planification dispose donc déjà de tous les moyens nécessaires pour faire son travail, même si nous pouvons envisager un assouplissement des formalités à accomplir pour faire le lien entre les données du cadastre, actualisées au SPF Santé publique, et celles de l'INAMI. Il faudra à cet égard veiller à respecter les garanties fondamentales relatives à la protection de la vie privée.

J'accorde par ailleurs beaucoup d'importance aux travaux de la Commission de planification et à l'amélioration permanente des données dont elle dispose, notamment celles du cadastre. L'amélioration de sa méthode de travail reste également une de mes préoccupations principales.

La pénurie de médecins généralistes dans certaines communes est un phénomène complexe qui ne s'explique pas seulement par la diminution du nombre de médecins optant pour la médecine générale.

Comme dans la plupart des pays européens, les généralistes et les autres professionnels de la santé sont fort inégalement répartis sur notre territoire. La planification de l'offre médicale est organisée par communauté et non par province ou par commune.

Le nombre élevé de gardes à assurer dans les zones peu densément peuplées est une des raisons pour lesquelles les jeunes médecins ne s'y installent pas ou y cessent leurs activités. C'est pourquoi je souhaite garantir un accès homogène aux soins du premier échelon et réduire la fréquence des gardes grâce aux projets Services de garde et Dispatching 1733.

Simultanément, le Fonds d'impulsion pour la médecine générale, dont je suis le moteur, tente de convaincre les futurs médecins de s'installer aux endroits où relativement peu de généralistes exercent actuellement.

Ce Fonds a accordé 949 financements entre septembre 2006 et décembre 2010 et nous devons décider, avant le 31 mars 2012, de la reconduction éventuelle de ces mesures prévues dans l'accord médico-mutualiste du 21 novembre 2011.

Par ailleurs, les données de la Commission de planification montrent que les mesures visant à rendre la profession de généraliste plus attractive commencent à porter leurs fruits. Beaucoup plus de projets de stage ont été déposés pour la médecine générale, surtout en Flandre où pas moins de 93% du quota est atteint, contre 88% dans la Fédération Wallonie-Bruxelles. À ce rythme, la pénurie de généralistes débutants, cumulée durant la période 2004-2010, pourra être comblée d'ici 2018, comme le prévoyait la Commission de

wil koppelen, moet ze conform de geldende regelgeving een voorafgaande toestemming krijgen van het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en Gezondheid in de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.

Tot slot beschikt mijn bestuur over bepaalde bijkomende gegevens uit Medega – het geïnformatiseerde instrument dat ter beschikking staat van de huisartsenkringen met het oog op het organiseren van de wachtdiensten – maar ook hier kunnen die gegevens slechts gekoppeld worden mits het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid in de Commissie voor de bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer daarin toestemt.

De Planningscommissie beschikt vandaag dus al over alle nodige middelen om haar werk te doen, ook al kunnen we een versoepeling overwegen van de formaliteiten die vereist zijn om de gegevens van het kadaster, die in de FOD Volksgezondheid geactualiseerd worden, te koppelen aan die van het RIZIV. Daarbij zal uiteraard gewaakt moeten worden voor de naleving van de fundamentele waarborgen op het vlak van privacy.

Ik schenk bovendien veel aandacht aan de werkzaamheden van de Planningscommissie en aan de permanente verbetering van de gegevens die tot haar beschikking staan, waaronder die van het kadaster. Ook de verbetering van haar werkmethode blijft één van mijn hoofdbekommernissen.

Het tekort aan huisartsen in sommige gemeenten is een ingewikkeld verschijnsel, dat niet alleen te verklaren is door de daling van het aantal artsen dat voor de huisartsengeneeskunde kiest.

Huisartsen en andere gezondheidswerkers zijn in ons land, net als in de meeste Europese landen, erg ongelijk gevestigd. Zoals bekend, wordt de planning van het medische aanbod georganiseerd per gemeenschap en niet per provincie of per gemeente.

De vele wachtdiensten in dun bevolkte zones vormen een van de redenen waarom jonge artsen er zich niet installeren, en waarom anderen er soms zelfs een punt achter zetten. Daarom wil ik met de projecten Wachtdiensten en Dispatching 1733 op het hele grondgebied een homogene toegang tot de eerste lijn garanderen en de frequentie van de wachtdiensten verminderen.

Tegelijk probeert het Impulsfonds voor Huisartsengeneeskunde, waarvan ik de stuwende kracht ben, toekomstige huisartsen te overtuigen om zich te vestigen op die plaatsen waar er momenteel relatief weinig huisartsen actief zijn.

In het kader van dat Impulsfonds werden 949 financieringen toegekend tussen september 2006 en december 2010 – premies, leningen en bijkomende leningen – en vóór 31 maart 2012 moeten we beslissen of deze maatregelen uit het akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 21 november 2011 al dan niet worden voortgezet.

Anderzijds blijkt uit de gegevens van de Planningscommissie dat de maatregelen om het beroep van huisarts aantrekkelijker te maken vruchten beginnen af te werpen. In 2010 zijn er veel meer stageplannen voor huisartsengeneeskunde ingediend, vooral in Vlaanderen, waar liefst 93% van het quotum werd bereikt. In de Federatie Wallonië-Brussel bedraagt dat

planification.

J'estime que la planification des généralistes doit s'inscrire dans une évaluation plus globale de l'organisation des soins de santé et, peut-être dans une meilleure répartition des tâches entre les différents professionnels de la santé. Cette approche plus globale trouvera certainement sa place dans les travaux de l'Institut qui sera créé pour garantir des réponses concertées aux grands défis en soins de santé.

L'accord de gouvernement prévoit également le transfert de la compétence relative à la définition de sous-quotas aux communautés et la conclusion d'un accord de coopération à ce sujet entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *La réponse circonstanciée de la ministre montre à nouveau qu'elle s'occupe véritablement de cette matière. Je me réjouis surtout d'apprendre que beaucoup plus de projets de stage de généralistes ont été déposés en 2010. J'espère qu'on pourra dire la même chose de 2011.*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Je dispose déjà de quelques chiffres pour 2011 et je vous les transmettrai volontiers.*

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je vous en remercie. Je suppose que les mesures que vous avez déjà prises comment à porter leurs fruits. Si les chiffres de 2011 indiquaient qu'elles ne suffisent pas encore, l'ensemble du gouvernement devra vous soutenir pour les mesures supplémentaires que vous prendriez en faveur des généralistes. Il en va vraiment de la base de notre système de soins de santé. Si des failles y apparaissent, les dépenses de santé ne pourront qu'augmenter. C'est pourquoi nous devons continuer à rendre la profession de généraliste attractive. Les gardes y occupent aussi une place essentielle. Je reste persuadé que la rémunération des prestations fournies est un élément capital. Je connais des généralistes qui parviennent à peine à joindre les deux bouts, même en ayant un grand nombre de patients.*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Dans ce domaine, une nouvelle mesure sera prise ; elle améliorera le Fonds d'impulsion censé apporter un meilleur soutien aux généralistes.*

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je me réjouis que nous soyons là aussi sur la même longueur d'onde.*

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le nombre de patients étrangers hospitalisés» (n° 5-1709)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Une étude menée par le Centre d'expertise des soins de santé sur le nombre de patients étrangers hospitalisés montre que leur part reste relativement*

percentage meer dan 88%. Tegen dat tempo zal het in de periode 2004- 2010 gecumuleerde tekort aan beginnende huisartsen kunnen worden opgevangen tegen 2018, zoals de Planningscommissie had verwacht.

Ik vind dat de planning van de huisartsen ook in een meer globale evaluatie van de gezondheidszorgorganisatie moet passen, en misschien in een betere taakverdeling tussen de verschillende gezondheidszorgwerkers. Deze meer globale benadering zal ongetwijfeld een plaats krijgen in het werk van het Instituut voor de Toekomst dat volgens het regeerakkoord zal worden opgericht.

Het regeerakkoord bepaalt ook dat de bevoegdheid om in de planning de subquota vast te leggen naar de gemeenschappen verhuist en dat de federale overheid en de deelstaten hierover een samenwerkingsakkoord zullen sluiten.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Uit het uitgebreide antwoord van de minister blijkt opnieuw dat deze materie haar echt bezighoudt. Ik ben vooral blij te vernemen dat er in 2010 veel meer stageplannen voor huisartsen zijn ingediend. Ik hoop dat we over enkele maanden hetzelfde kunnen zeggen over 2011.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Ik heb al enkele cijfers voor 2011, die ik u graag wil bezorgen.*

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Waarvoor dank. Ik ga ervan uit dat de vele maatregelen die u al hebt genomen, vruchten beginnen af te werpen. Mocht uit de cijfers van 2011 blijken dat die toch niet voldoen, dan moet de hele regering u steunen om extra maatregelen te nemen voor de huisartsen. Het gaat hier echt over de basis van ons gezondheidssysteem. Als daar hiaten in komen, kunnen de uitgaven voor gezondheidszorg alleen maar toenemen. Daarom moeten we het beroep van huisarts aantrekkelijk blijven maken. Ook de wachtdiensten, waarvoor u eveneens maatregelen hebt genomen, zijn daarin essentieel. Ik blijf er ook van overtuigd dat de vergoeding van de geleverde prestaties een belangrijk element is. Ik ken huisartsen die amper rondkomen, ook al hebben ze een grote praktijk.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *Op dat vlak komt er een nieuwe maatregel tot verbetering van het Impulsfonds dat moet voorzien in een betere ondersteuning van de huisartsen.*

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Het verheugt me dat we ook hierover op dezelfde golflengte zitten.*

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het aantal buitenlandse ziekenhuispatiënten» (nr. 5-1709)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Uit een onderzoek van het Kenniscentrum Gezondheidszorg over het aantal buitenlandse ziekenhuispatiënten blijkt dat hun aandeel relatief beperkt*

limitée, à savoir, 1,3% des hospitalisations de plusieurs jours et 1% des hospitalisations de jour. En 2008, leur nombre total était de quasi 43 000 ; pour 2011 on évalue ce nombre à 55 000. C'est une augmentation sensible mais, selon les analyses du KCE, il ne s'agit généralement pas d'hospitalisations en urgence de voyageurs ou de gens de passage, par exemple. La grande majorité sont des opérations planifiées, principalement du squelette et contre l'obésité et les maladies cardiovasculaires. Parmi ces étrangers, on compte plus de 50% de Néerlandais et 10% de Français. Les chiffres ne comprennent manifestement aucune donnée sur les étrangers non européens qui travaillent ici légalement.

Le KCE relativise un éventuel effet négatif des patients étrangers hospitalisés mais met en garde contre une nouvelle augmentation sensible pouvant mener à des listes d'attente indésirables. En outre, le KCE plaide pour une modification des modalités de paiement car de nombreux étrangers ou leurs assurances ne participent pas aux frais fixes des hôpitaux. Le KCE fait aussi référence à certains accords internationaux et à des accords de répartition des tâches. Ainsi, les Pays-Bas ne construisent pas de grands hôpitaux en Flandre zélandaise en raison de la proximité de grands hôpitaux belges.

La ministre confirme-t-elle les analyses du Centre d'expertise des soins de santé qui relativisent le nombre de patients étrangers hospitalisés mais mettent quand même en garde contre une augmentation rapide et d'éventuelles longues listes d'attente ? Comment la ministre compte-t-elle anticiper cette situation ? Peut-elle expliquer les accords internationaux existants en la matière ? Sont-ils réciproques, les Belges peuvent-ils aussi faire appel aux soins de santé dans les pays voisins et dans quelle mesure y ont-ils recours ? Dans quelle mesure les chiffres relatifs aux étrangers non européens qui travaillent ici seront-ils aussi intégrés dans les statistiques ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Le rapport du Centre d'expertise a pour objectif de révéler quelques tendances en matière de soins de santé transfrontaliers, plus précisément en matière de chirurgie électorale. Les chiffres montrent en effet une augmentation du nombre de patients étrangers dans nos hôpitaux. C'est une évolution que nous devons certainement suivre, à la lumière également de la directive européenne du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

L'Observatoire de la mobilité des patients, créé par la loi du 4 juin 2007, jouera un rôle important à cet égard. Mon administration a déjà commencé, en collaboration avec l'Observatoire, à réaliser une des recommandations du Centre d'expertise, à savoir affiner la collecte de données. Ainsi, nous aurons à l'avenir une meilleure vue du flux des patients étrangers en Belgique. L'étude sur l'apparition de listes d'attente pour certains traitements en raison de l'afflux de patients étrangers fait aussi partie des tâches de l'Observatoire.

Sur la base de la réglementation européenne, plus particulièrement le Règlement 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, des principes

blijft, namelijk 1,3% van de meerdaagse en 1% van de dagopnames. In 2008 bedroeg het totaal bijna 43 000, voor 2011 raamt men het totaal op 55 000 buitenlandse patiënten. Dat is een sterke groei, maar volgens de analyses van het KCE gaat het hier slechts in een beperkte mate om spoedopnames van bijvoorbeeld reizigers of passanten. De grote meerderheid zijn geplande ingrepen, vooral aan het skelet en tegen zwaarlijvigheid en hart- en bloedvataandoeningen. Van deze buitenlanders benemen de Nederlanders meer dan 50% en de Fransen 10%. De cijfers bevatten blijkbaar geen gegevens over niet-Europese vreemdelingen die hier legaal werken.

Het KCE relativeert een mogelijk negatief effect van de buitenlandse ziekenhuispatiënten, maar waarschuwt wel voor een verdere sterke groei, die kan resulteren in ongewenste wachtlijsten. Daarnaast pleit het KCE voor een wijziging van de betalingsregels, want blijkbaar betalen veel buitenlanders of hun verzekeringen niet mee voor de vaste kosten van ziekenhuizen. Het KCE refereert eveneens aan bepaalde internationale akkoorden en taakafspraken. Zo bouwt Nederland geen grote ziekenhuizen in Zeeuws-Vlaanderen, wegens de nabijheid van grote Belgische ziekenhuizen.

Beaamt de minister de analyses van het Kenniscentrum Gezondheidszorg, die het aantal buitenlandse ziekenhuispatiënten relativeren maar toch waarschuwen voor een snelle groei en eventuele lange wachtlijsten? Hoe wil de minister hierop anticiperen? Kan de minister toelichten welke internationale afspraken hieromtrent bestaan? Zijn die wederkerig, kunnen Belgen ook een beroep doen op de gezondheidszorg in buurlanden en in welke mate wordt daar gebruik van gemaakt? In welke mate zullen ook de cijfers van de niet-Europese vreemdelingen die hier werken een plaats vinden in de registraties?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Het rapport van het Kenniscentrum heeft de bedoeling enkele trends op het vlak van grensoverschrijdende gezondheidszorg en meer bepaald op het vlak van electieve chirurgie bloot te leggen. De cijfers tonen inderdaad dat het aantal buitenlandse patiënten in onze ziekenhuizen stijgt. Het is een evolutie die we zeker moeten blijven volgen, ook in het licht van de Europese richtlijn van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Het Observatorium voor Patiëntenmobiliteit, opgericht in het kader van de wet van 4 juni 2007, zal hierin een belangrijke rol spelen. Mijn administratie is, in samenwerking met het Observatorium, al begonnen met het realiseren van een van de aanbevelingen van het Kenniscentrum, namelijk het verfijnen van de gegevensverzameling. Zo zal men in de toekomst een beter zicht krijgen op de stromen buitenlandse patiënten in België. Ook het onderzoek naar het ontstaan van wachtlijsten voor bepaalde behandelingen door de instroom van buitenlandse patiënten behoort tot het takenpakket van het Observatorium.

Op grond van de Europese regelgeving, meer in het bijzonder de Verordening 883/2004 betreffende de coördinatie van de

de libre circulation des biens et des services et de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, des patients belges peuvent aussi se faire soigner dans d'autres pays membres de l'Union européenne et obtenir le remboursement de ces soins sous certaines conditions.

Dans les régions frontalières, des accords de coopération plus poussés simplifient l'accès aux soins de santé et la prise en charge des coûts dans le pays voisin. De tels accords de coopération existent dans les régions limitrophes de la France, du grand-duché de Luxembourg, de l'Allemagne et des Pays-Bas.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je me réjouis de la volonté de la ministre de continuer à contrôler toute éventuelle augmentation du nombre de patients étrangers dans les hôpitaux belges. Nous devons principalement analyser le coût car, manifestement, ces patients ne participent pas aux coûts fixes des hôpitaux. Les Pays-Bas peuvent alors très facilement faire des économies dans ce domaine précis. Peu de Belges se rendent dans les hôpitaux néerlandais parce que le prix y est beaucoup plus élevé. Nous ne pouvons donc pas créer une fausse solidarité avec des gens qui peuvent se payer le luxe de venir dans notre pays et qui peuvent en tirer des bénéfices. Je pourrais plaider pour l'ouverture de nos portes à des personnes défavorisées mais non à des étrangers fortunés qui veulent se faire soigner ici à bas prix.*

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'état de santé plus précaire des personnes d'origines ethniques diverses» (n° 5-1731)

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Le SPF Santé publique a chargé un groupe de réflexion scientifique d'examiner l'état de santé de citoyens d'origines ethniques diverses. Le rapport qui s'est ensuivi contient 64 recommandations. Il en ressort que cette étude aborde un sujet très pertinent. L'état de santé des citoyens d'origines ethniques diverses est clairement moins bon que celui des citoyens d'origine belge. D'après le rapport, ces personnes sont plus souvent atteintes par toutes sortes de maladies infectieuses. Le diabète est de plus en plus fréquent chez les femmes marocaines et turques. Les hommes marocains et turcs sont davantage sujets aux troubles psychiques. Les personnes hébergées dans des centres d'asile ont 30% de risques supplémentaire de contracter une tuberculose et deux fois plus de sombrer dans la dépression.*

Les recommandations mettent surtout en lumière la nécessité d'une approche interculturelle, beaucoup plus axée sur la diversité des groupes de patients. Actuellement, nos soins de santé sont essentiellement conçus pour des personnes de race blanche, issues de la classe moyenne.

La ministre partage-t-elle cette façon de présenter le problème et les solutions proposées dans le rapport ? Est-elle disposée à faire en sorte, en concertation avec les communautés, que la formation des professionnels de la santé permette la prise en charge des patients de culture différente ? Comment concrétisera-t-elle cette

socialezekerheidsstelsels en de principes van het vrij verkeer van goederen en diensten en de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie, kunnen ook Belgische patiënten zich laten verzorgen in andere Europese lidstaten en daar onder bepaalde voorwaarden terugbetaling voor krijgen.

In grensregio's bestaan er meer doorgedreven samenwerkingsverbanden die de toegang en de tenlasteneming van de kosten van gezondheidszorg in het aanpalende land vergemakkelijken. Dergelijke samenwerkingsverbanden bestaan in streken grenzend aan Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Het verheugt me dat de minister wil blijven nagaan of het aantal buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen stijgt. Vooral de kostprijs moeten we onderzoeken, want blijkbaar betalen die patiënten niet mee aan de vaste kosten van ziekenhuizen. Het is dan voor Nederland ook zeer gemakkelijk om precies daarop te besparen. Blijkbaar gaan er ook niet zoveel Belgen naar Nederlandse ziekenhuizen, omdat de kostprijs daar veel hoger ligt. We mogen dus geen valse solidariteit creëren met mensen die het zich kunnen veroorloven naar ons land te komen en die daar dan ook nog eens financieel munt uit weten te slaan. Ik zou nog kunnen pleiten voor het openzetten van onze deuren voor arme sukkelaars, maar niet voor vermogende buitenlanders die hier goedkoop verzorgd willen worden.*

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de slechtere gezondheidstoestand bij mensen van etnisch diverse afkomst» (nr. 5-1731)

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *De FOD Volksgezondheid gaf een wetenschappelijke denkgroep de opdracht om de gezondheidstoestand van landgenoten van etnisch diverse afkomst te onderzoeken. Het rapport dat hieruit volgde, bevat 64 aanbevelingen. Hieruit blijkt dat dit onderzoek een uiterst relevant onderwerp aansneet. De gezondheidstoestand van landgenoten van etnisch diverse afkomst is duidelijk minder goed dan die van landgenoten van Belgische origine. Volgens het rapport zijn deze mensen veel vaker het slachtoffer van allerlei infectieziekten. Diabetes bij Marokkaanse en Turkse vrouwen wordt steeds meer een probleem. Marokkaanse en Turkse mannen hebben significant meer kans op psychische problemen. Inwoners van asielcentra lopen 30% meer kans op tbc en hebben dubbel zoveel kans op een depressie.*

De aanbevelingen zoomen vooral in op de nood aan een interculturele aanpak, veel meer gericht op de diversiteit van patiëntengroepen. Momenteel lijkt onze gezondheidszorg vooral afgestemd op een gemiddelde blanke middenklasser.

Beaamt de minister de probleemstelling en de oplossingen van het rapport? Is de minister bereid om in overleg met de gemeenschappen de opleiding en de inservicetrainingen van hulp- en zorgverstrekkers, meer intercultureel te maken? Hoe zal de minister deze aanbeveling concretiseren? Zal ze deze doelstelling bij de prioriteiten van haar beleidsvoering

recommandation ? Reprendra-t-elle cet objectif dans ses priorités politiques ?

Souscrit-elle à l'importante nécessité de mieux former les professionnels de la santé à l'interculturalité ? De quels instruments dispose-t-elle pour transposer cette recommandation dans une politique concrète ? Quand prendra-t-elle des mesures en la matière et lesquelles ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Nous sommes très conscients de la problématique décrite dans le rapport Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques. L'accès de notre système de soins de santé à tous les bénéficiaires est un sujet qui me préoccupe beaucoup. Le groupe de travail ETHEALTH a d'ailleurs été créé à ma demande.*

Comme indiqué dans l'introduction du rapport, les 46 recommandations reflètent les opinions des experts consultés et non le point de vue du ministre compétent.

Étant donné qu'un grand nombre de recommandations ne relèvent pas de la compétence du ministre fédéral, il a été proposé à la conférence interministérielle de créer un groupe de travail intercabinets dans les plus brefs délais.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je déduis de la brève réponse de la ministre que la majeure partie des recommandations relèvent de la compétence des communautés et que la ministre veut jouer un rôle de coordination car elle considère cette matière comme une priorité. J'apprécie les efforts de la ministre et la priorité qu'elle veut donner à ses projets afin que tous, sans distinction d'origine, puissent accéder pleinement aux soins de santé. À Bruxelles, par exemple, le nombre de consultations a diminué, en particulier parce que des groupes importants ne savent pas comment accéder à un généraliste. Cela dénote une défaillance de notre système de soins de santé, par ailleurs de très bonne qualité.*

Demande d'explications de M. Richard Miller à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le statut des sexologues» (n° 5-1580)

M. Richard Miller (MR). – Je voudrais tout d'abord présenter mes meilleurs vœux à Mme la ministre et lui souhaiter beaucoup de succès dans ses importantes responsabilités.

Le 12 octobre 2010, Mmes Nahima Lanjri et Nathalie Muylle ont déposé la proposition de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé en vue de la réglementation de l'exercice de la psychologie clinique, de la sexologie clinique et de l'orthopédagogie clinique.

Cette proposition visait à réglementer l'exercice des professions mentionnées dans l'intitulé, tout en leur conférant

opnemen?

Underschrijft de minister de hoge nood om het personeel in de hulp- en zorgvestrekking ook sterker intercultureel te maken? Over welke instrumenten beschikt de minister om deze aanbeveling in een concreet beleid om te zetten? Wanneer zal zij hieromtrent maatregelen treffen? Welke maatregelen zal zij treffen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *We zijn ons ten zeerste bewust van de problematiek die in het rapport Naar een interculturele gezondheidszorg: aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden beschreven worden. De toegang van ons gezondheidssysteem voor alle rechthebbenden is uiteraard een thema dat mij sterk bezighoudt. De ETHEALTH-werkgroep werd overigens op mijn vraag opgericht.*

Zoals in de inleiding van het rapport aangegeven wordt, weerspiegelen de 46 aanbevelingen de meningen van de geconsulteerde experts en niet het politiek standpunt van de bevoegde minister.

Omdat een groot aantal aanbevelingen buiten de bevoegdheid van de federale minister valt, wordt aan de interministeriële conferentie voorgesteld om zo snel mogelijk een technische interkabinettenwerkgroep op te richten.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Uit dit toch wel erg korte antwoord van de minister besluit ik dat het grootste deel van de aanbevelingen onder de bevoegdheid van de gemeenschappen valt en ook dat de minister een coördinerende rol wil spelen, omdat ze de materie als een prioriteit beschouwt. Ik waardeer de inspanningen van de minister en de prioriteit die ze wil geven aan haar plannen om iedereen, zonder onderscheid naar afkomst, volledige toegang te geven tot gezondheidszorg. In Brussel is bijvoorbeeld het aantal consultaties gedaald, vooral omdat grote groepen niet de weg vinden naar de huisarts. Dat wijst op een falen van ons voor het overige zeer degelijke gezondheidssysteem.

Vraag om uitleg van de heer Richard Miller aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het statuut van de seksuologen» (nr. 5-1580)

De heer Richard Miller (MR). – *Op 12 oktober 2010 hebben de dames Nahima Lanjri en Nathalie Muylle een wetsvoorstel ingediend tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen met het oog op de reglementering van de uitoefening van de klinische psychologie, van de klinische seksuologie en van de klinische orthopedagogiek.*

Dat voorstel beoogt een reglementering van de uitoefening van de klinische psychologie, de klinische seksuologie en de klinische orthopedagogiek.

Tijdens de parlementaire werkzaamheden werd gemeld dat het statuut van seksuoloog niet in aanmerking kon worden genomen in dit wetsvoorstel. Het zou veeleer een specialisatie

un statut autonome.

Lors des travaux parlementaires, il a été signalé que le statut de sexologue ne pouvait être pris en considération dans cette proposition de loi. Il s'agirait plutôt d'une spécialisation, en raison de l'absence de formation distincte englobant cette matière. Bien qu'il existe un master en sciences de la sexualité à l'UCL, cette spécialisation ne peut être considérée comme une profession pouvant bénéficier d'un statut autonome. Par conséquent, un amendement a été ajouté et il a été décidé de supprimer tous les articles concernant la sexologie clinique dans la nouvelle proposition de loi datant du 16 juin 2011 et prenant en compte uniquement les fonctions de psychologue et d'orthopédaographe clinicien.

Nous nous interrogeons sur le statut de ce métier. La fonction des personnes qui exercent celui-ci n'est que partiellement reconnue. Ainsi, quelqu'un qui n'a pas reçu de formation adéquate peut apposer, sur la façade de sa maison, une plaque indiquant « Sexologue ».

Pourtant, nous ne pouvons oublier l'importance des personnes qui exercent cette fonction, en raison de leur travail actif en matière de prévention et de traitement des problèmes de santé de nature sexuelle et relationnelle.

Comme la première proposition de loi l'indique, notre société est caractérisée par une reconnaissance expresse des droits sexuels et des droits à la reproduction. Qui peut-on trouver de mieux qu'un ou une sexologue compétent(e) et reconnu(e) pour prodiguer de manière professionnelle des conseils aux personnes qui en ont besoin ? Celles et ceux qui exercent ce métier après avoir reçu une formation adéquate méritent d'obtenir un statut à part entière.

Quel est le statut actuel des sexologues ? Est-il exact qu'il n'est pas reconnu et que, par conséquent, n'importe qui peut se déclarer sexologue ?

Quelle formation une personne doit-elle suivre pour devenir sexologue ? Les sexologues doivent-ils nécessairement suivre préalablement une formation en psychologie ?

De quelle manière peut-on accorder un statut autonome aux personnes exerçant la profession de sexologue ? Si les sexologues bénéficient d'un tel statut, qu'advient-il des sexologues n'ayant pas reçu de formation ?

De quelle manière peut-on protéger les patients éventuels contre des prestataires non qualifiés ?

Une uniformisation de cet enseignement est-elle envisageable ? Je rappelle à cet égard les différences existant entre les universités : il n'existe aucune spécialisation à l'ULB alors que l'UCL organise un master. Par conséquent, les diplômés en sciences de la sexualité de l'UCL ont directement le statut de sexologue alors qu'à l'ULB, les diplômés en psychologie doivent suivre une formation de trois ans avant de pouvoir devenir sexologues.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – Je vous présente à mon tour mes meilleurs vœux, monsieur Miller.

Je vous confirme qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de règle encadrant le statut ou la formation de sexologue.

betreffen omdat er geen afzonderlijke vorming bestaat over deze materie. Hoewel er een Master of Science in de seksuologie bestaat aan de UCL, kan die specialisatie niet worden beschouwd als een beroep met een autonoom statuut. Bijgevolg werd een amendement ingevoegd en werd beslist alle artikelen over de klinische seksuologie in het nieuwe wetsvoorstel van 16 juni 2011 te schrappen en enkel de functies van klinisch psycholoog en klinisch orthopedagoog in aanmerking te nemen.

We stellen ons vragen over het statuut van dit beroep. Het wordt slechts gedeeltelijk erkend. Dat heeft als gevolg dat iemand die geen gepaste vorming heeft genoten, zich seksuoloog kan noemen.

We mogen het belang van de seksuologen niet vergeten. Ze werken actief aan de preventie en behandeling van problemen van seksuele en relationele aard.

Zoals in het eerste wetsvoorstel staat, wordt onze maatschappij gekenmerkt door een uitdrukkelijke erkenning van de seksuele en de reproductieve rechten. Wie is beter geplaatst dan een bekwame en erkende seksuoloog om advies te verstrekken aan de mensen die het nodig hebben? Degenen die dat beroep uitoefenen na een gepaste vorming verdienen een volledig afzonderlijk statuut.

Wat is het huidige statuut van de seksuologen? Is het waar dat ze niet erkend zijn en dat bijgevolg iedereen zich seksuoloog mag noemen?

Welke vorming moet een persoon volgen om seksuoloog te worden? Moeten seksuologen een voorafgaande vorming psychologie volgen?

Op welke manier kan een autonoom statuut aan personen die het beroep van seksuoloog uitoefenen worden toegekend? Als de seksuologen een dergelijk statuut krijgen, wat gebeurt er dan met de seksuologen die geen vorming hebben genoten?

Op welke manier kunnen de patiënten eventueel worden beschermd tegen niet-gekwalificeerde zorgverleners?

Kan een uniformering van die opleiding worden overwogen? Ik herinner in dit verband aan de verschillen tussen de universiteiten: aan de ULB bestaat er geen enkele specialisatie terwijl de UCL een master organiseert. Bijgevolg krijgen degenen met een diploma in de seksuele wetenschappen van de UCL rechtstreeks het statuut van seksuoloog terwijl degenen die een diploma in de psychologie aan de ULB hebben gehaald een opleiding van drie jaar moeten volgen alvorens seksuoloog te worden.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – Ik bevestig dat op dit ogenblik het statuut of de vorming van seksuoloog niet is geregeld.

Het dossier over de erkenning en de maatregelen ter ondersteuning van de psychotherapeuten in het algemeen kent

Par ailleurs, comme vous le relevez, le dossier relatif à la reconnaissance et à l'encadrement des psychothérapeutes en général a déjà connu une longue histoire, sans pour autant pouvoir aboutir à ce jour à une concrétisation législative, ce qui témoigne de la complexité et de la sensibilité de la matière.

Plusieurs pistes ont été abordées par un groupe de travail à la Chambre dans le courant de la précédente législature. Nous avons bien entendu collaboré à ce travail. La chute du gouvernement et les élections anticipées n'ont cependant pas permis à ce groupe d'achever sa tâche. Cela dit, nous en avons discuté dans le cadre de la note de politique générale et il semblerait que plusieurs députés veuillent remettre l'ouvrage sur le métier.

Ce serait la meilleure solution. En effet, il ne nous reste que deux ans et le travail à réaliser est tellement énorme que nous ne pourrions pas tout faire. Ce dossier est, je le répète, extrêmement sensible. La meilleure façon d'aboutir serait que la Chambre, bien entendu soutenue par mes services, poursuive le travail. Je suis demandeuse en cette matière, comme je l'ai été pour la chirurgie esthétique en ce qui concerne le Sénat. Vous pouvez éventuellement vous associer de manière informelle à ce groupe de travail.

M. Richard Miller (MR). – Vous avez l'honnêteté de reconnaître que le gouvernement a beaucoup de pain sur la planche. Si les parlementaires peuvent faire avancer ce dossier, ce sera une excellente chose. Étant donné la grande complexité des identités sexuelles présentes dans notre société, on ne peut laisser cette profession sans statut reconnu.

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le groupe de travail ad hoc soins palliatifs» (n° 5-1623)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – Il y a quelque temps a été créé un groupe de travail ad hoc au sein du comité de l'assurance de l'INAMI. La mission de ce groupe de travail est double.

Primo, il doit réfléchir à une nouvelle définition, plus pragmatique, du concept de patient palliatif. On veut non seulement spécifier les caractéristiques de ces patients, mais aussi élaborer des stratégies visant à améliorer la coordination des soins et la collaboration entre les institutions.

Secundo, on l'a chargé de formuler, en liaison avec les différentes parties concernées, des recommandations concrètes en matière de soins palliatifs.

Où en est le groupe de travail dans la réalisation de ces deux missions ? Quels ont été les résultats de la réunion du 15 septembre 2011 ? Jusqu'à présent, quels acteurs se sont-ils impliqués dans la formulation de recommandations concrètes en matière de soins palliatifs ? Quand la prochaine réunion aura-t-elle lieu ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – La Cellule fédérale d'évaluation Soins palliatifs discute du concept de

inderdaad een lange geschiedenis en heeft tot op vandaag nog niet tot een wet geleid, wat wijst op de complexiteit en de gevoeligheid van de materie.

Verschillende mogelijkheden kwamen tijdens de vorige regeerperiode aan bod in een werkgroep in de Kamer. We hebben daar uiteraard aan meegewerkt. Door de val van de regering en de vervroegde verkiezingen kon die werkgroep zijn taak niet afmaken. We hebben over die kwestie gesproken naar aanleiding van de algemene beleidsnota en verschillende volksvertegenwoordigers willen opnieuw werk maken van dit dossier.

Dat zou de beste oplossing zijn. We hebben immers slecht twee jaar tijd en het werk is zo omvangrijk dat we niet alles kunnen doen. Dit dossier ligt zeer gevoelig. De beste manier om tot een oplossing te komen zou erin bestaan dat de Kamer, uiteraard gesteund door mijn diensten, het werk voortzet. Ik ben vragende partij, zoals destijds voor de plastische chirurgie. U kunt u eventueel op een informele wijze aansluiten bij die werkgroep.

De heer Richard Miller (MR). – U bent zo eerlijk te erkennen dat er voor de regering veel werk aan de winkel is. Als de parlementsleden dit dossier kunnen doen vooruitgaan, is dat uitstekend. Gezien de verscheidenheid aan seksuele identiteiten in onze samenleving, moeten we dat beroep een erkend statuut toekennen.

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ad-hocwerkgroep palliatieve zorg» (nr. 5-1623)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Enige tijd geleden werd in het verzekeringscomité van het RIZIV een ad-hocwerkgroep opgericht. Die werkgroep kreeg twee concrete opdrachten.

Ze moest, ten eerste, nadenken over een 'nieuwe, meer praktische definitie' van het begrip 'palliatieve patiënt'. Het was de bedoeling niet alleen de kenmerken van deze patiënt te omschrijven, maar ook na te denken over strategieën die de zorgcoördinatie en de samenwerking tussen de instellingen kunnen verbeteren.

Er werd, ten tweede, gevraagd om concrete aanbevelingen voor de palliatieve zorg te formuleren, in overleg met de diverse betrokken partijen.

In hoeverre is de ad-hocwerkgroep gevorderd in de vervulling van die twee opdrachten? Welke concrete resultaten had de vergadering van 15 september 2011? Welke actoren zijn tot op heden betrokken bij het formuleren van concrete aanbevelingen aangaande palliatieve zorg? Wanneer zal de volgende vergadering plaatsvinden?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg bespreekt de definitie van de

patient palliatif et d'une meilleure coordination thérapeutique entre les établissements.

Cette cellule d'évaluation se compose de représentants des trois associations belges de soins palliatifs, des organismes assureurs et de la Commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Des représentants d'autres organes, principalement des gestionnaires d'hôpitaux et des membres du comité consultatif de l'INAMI pour les maladies chroniques participent aussi aux travaux.

En 2011, la cellule s'est réunie cinq fois afin d'apporter une réponse aux questions suivantes : le concept de patient palliatif, sa concordance avec la réglementation actuelle, la continuité et les soins palliatifs transmuraux, l'enregistrement des soins palliatifs et la programmation de lits Sp pour soins palliatifs.

Lors de la réunion du 9 septembre 2011, les trois associations belges de soins palliatifs ont proposé une nouvelle définition du patient palliatif. Elle sera discutée lors de la prochaine réunion de la cellule, prévue le 14 février 2012.

Puisque les discussions sont en cours, je ne puis en dire plus pour l'instant. Le président de la Cellule d'évaluation, M. Manu Keirse, espère que les réponses aux questions seront disponibles avant la fin du premier semestre 2012.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Je constate que l'on progresse et continuerai à suivre ce dossier.*

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'organisation globale des postes de garde de médecine générale» (n° 5-1754)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Ces derniers temps, l'organisation des gardes de médecine générale a suscité de nombreux débats. Il existe différentes formes d'organisation : les cercles locaux de médecins généralistes, les services de garde organisés, les postes de garde et parfois même un système passant par les services des urgences des hôpitaux.*

Combien coûte exactement la mise en place d'un poste de garde ?

Quel est le nombre de postes de garde supplémentaires prévus en 2012 ?

Quels sont les avantages d'un poste de garde en comparaison avec les services de garde existants, organisés au sein des cabinets privés des généralistes qui sont bien équipés ?

Quels sont, selon la ministre, les avantages des postes de garde en Flandre en comparaison avec le système existant ?

La ministre pense-t-elle qu'il soit utile et nécessaire d'organiser un même système de garde dans les deux régions, sachant que les distances que parcourent les généralistes sont

palliatieve patiënt en de verbetering van de zorgcoördinatie tussen de instellingen.

Deze Evaluatiecel telt vertegenwoordigers van de drie Belgische verenigingen voor palliatieve zorg, de verzekeringsinstellingen en een vertegenwoordiger van de commissie Euthanasie. Daarnaast nemen ook vertegenwoordigers van een aantal adviesorganen aan dit overleg deel, voornamelijk beheerders van de ziekenhuisinrichtingen en leden van het raadgevend comité van het RIZIV voor chronische ziekten.

De cel is in 2011 vijf keer bijeengekomen om te antwoorden op volgende vragen: de definitie van de palliatieve patiënt, de overeenstemming van de definitie met de huidige regelgeving, de continuïteit en transmurale palliatieve zorg, de registratie van palliatieve zorg en de programmering van de Sp-bedden voor palliatieve zorg.

De drie Belgische verenigingen voor palliatieve zorg hebben in de vergadering van 9 september 2011 een nieuwe definitie van de palliatieve patiënt voorgesteld. Dat onderwerp zal worden besproken in de volgende vergadering van de cel. Die vergadering is gepland op 14 februari 2012.

Omdat de besprekingen nog bezig zijn, kan ik daar nu niet veel informatie over verstrekken. De voorzitter van de evaluatiecel, de heer Manu Keirse, verwacht dat de antwoorden op de vragen ten laatste tegen het einde van het eerste semester van 2012 beschikbaar zullen zijn.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Ik stel vast dat er vorderingen worden gemaakt en ik zal dit dossier blijven volgen.

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de globale organisatie van de huisartswachtposten» (nr. 5-1754)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – De afgelopen tijd is er heel wat debat geweest over de organisatie van huisartsenwachtdiensten. We kennen verschillende organisatievormen: lokale huisartsenkringen, georganiseerde wachtdiensten, wachtposten of soms zelfs een systeem via de spoeddiensten van de ziekenhuizen.

Hoeveel kost het exact om een wachtpost op te starten?

Hoeveel bedragen de werkingskosten per wachtpost?

Hoeveel bijkomende wachtposten zijn er voor 2012 gepland?

Welke voordelen heeft een wachtpost in vergelijking met de bestaande wachtdiensten, die worden georganiseerd in de toch goed uitgeruste individuele kabinetten van de huisartsen?

Welke voordelen ziet de minister in wachtposten in Vlaanderen in vergelijking met het bestaande systeem?

Is de minister van mening dat eenzelfde systeem voor wachtdiensten in beide regio's nuttig en nodig is, aangezien in Wallonië de afstanden voor huisartsen groter zijn dan in Vlaanderen?

beaucoup plus longues en Wallonie ?

Les postes de garde n'alimenteront-ils pas les services des urgences au lieu de les décharger ? Peut-on encore parler d'une liberté de choix de l'hôpital pour le patient ?

Que pense la ministre d'un système dans lequel les généralistes organiseraient eux-mêmes leur sécurité pendant les gardes contre une rémunération éventuelle au lieu de la création de postes de garde supplémentaires ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *Les coûts d'investissement liés à la mise en place d'un poste de garde de médecine générale dépendent fortement du poste et de l'état des locaux.*

Parmi les frais de fonctionnement, on trouve avant tout les salaires du personnel de l'accueil et les frais de transport des médecins et des patients. Ces coûts varient bien sûr en fonction des heures d'ouverture du poste. Il y a également les coûts salariaux de la coordination administrative qui sont moins influencés par les heures d'ouverture. N'oublions pas que certains postes peuvent, dans une mesure limitée ou pour une période limitée, faire appel aux contributions d'une autorité locale et que le coût pour l'assurance maladie est donc aussi variable. Parmi les coûts opérationnels, le loyer payé pour les locaux peut varier sensiblement en fonction de la localisation et des conditions locatives favorables offertes à certains postes par une autorité locale.

Nous ne sommes actuellement pas en mesure de déterminer avec certitude le nombre de postes de garde supplémentaires qui seront créés en 2012. La situation devrait être plus claire mi-2012, période à laquelle nous connaissons également avec une plus grande certitude le nombre d'initiatives qui devront encore être financées en 2012. Il ne faut à cet égard pas oublier que la préparation et le lancement peuvent prendre beaucoup de temps et qu'il peut s'écouler plus d'un an entre la première annonce du projet de création d'un poste de garde et l'ouverture effective du poste.

Un poste de garde se situe à un endroit central dans la zone qu'il couvre alors que les cabinets privés des généralistes sont répartis sur toute la zone. Ils peuvent donc être moins accessibles aux patients et les temps de déplacement des généralistes peuvent facilement grimper.

Un des avantages des postes de garde est qu'ils offrent aux généralistes des conditions de travail bonnes et sûres. La féminisation croissante de la profession nécessite de plus en plus que les gardes puissent être assurées en toute sécurité.

La qualité du service offert aux patients est également un objectif important des postes de garde. Dans un poste de garde, le nombre de généralistes nécessaires pour assurer les gardes est normalement moins élevé et les postes de garde constituent donc un instrument politique essentiel pour faire face à la diminution du nombre de généralistes disponibles pour les gardes.

Le problème des régions rurales est bien sûr plus aigu en Wallonie qu'en Flandre mais dans les régions urbaines, un poste de garde peut représenter la meilleure solution dans les deux régions. Dans les zones rurales, il faut pouvoir adapter l'organisation actuelle des gardes en fonction du nombre

Zullen wachtposten de spoeddiensten niet voeden in plaats van ze te ontlasten? Is er dan wel nog sprake van vrije ziekenhuiskeuze voor de patiënt?

Hoe staat de minister tegenover een systeem waarbij huisartsen zelf hun veiligheid tijdens wachtdiensten organiseren en hiervoor eventueel een vergoeding krijgen in de plaats van extra wachtposten op te richten?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – De investeringskosten voor het opstarten van een huisartsenwachtpost zijn sterk afhankelijk van de post en de staat waarin de lokalen zich bevinden.

Tot de werkingskosten behoren in de eerste plaats de lonen voor het onthaalpersoneel en kosten voor het vervoer van artsen en patiënten. Deze kosten variëren vanzelfsprekend naargelang van de openingsuren van de post. Daarnaast zijn er loonkosten voor de administratie en coördinatie, die minder variëren op basis van de openingsuren. We mogen ook niet vergeten dat bepaalde posten, hetzij in beperkte mate, hetzij voor een beperkte tijd een beroep kunnen doen op bijdragen van een lokale overheid. Ook daardoor varieert de kostprijs voor de ziekteverzekering. In de operationele kosten kan vooral de huurprijs van de lokalen sterk verschillen naargelang van de locatie en de gunstige huurvoorwaarden die sommige posten van een lokale overheid krijgen.

Momenteel kunnen we nog niet met zekerheid bepalen hoeveel wachtposten er in 2012 precies zullen bijkomen. We verwachten dat dat medio dit jaar duidelijk zal zijn; dan zullen we ook meer zekerheid hebben over het aantal initiatieven dat nog in 2012 moet worden gefinancierd. We mogen daarbij niet vergeten dat het voorbereidings- en opstartproces geruime tijd in beslag kan nemen en dat er gemakkelijk meer dan een jaar kan verlopen tussen de eerste melding van het plan om een wachtpost op te starten en de effectieve opening.

Een wachtpost bevindt zich op een centrale plaats in de zone die hij bestrijkt, terwijl individuele kabinetten van huisartsen uiteraard verspreid liggen over de volledige zone. Daardoor zijn ze voor patiënten minder vlot bereikbaar en kunnen de verplaatsingstijden voor de huisartsen flink oplopen.

Een van de voordelen van wachtposten is dat ze kwaliteitsvolle en veilige werkomstandigheden bieden voor de huisartsen. De toenemende vervrouwelijking van het huisartsenberoep vereist meer en meer dat wachtopdrachten in veilige omstandigheden kunnen worden volbracht.

Daarnaast is ook de kwaliteit van de dienstverlening aan de patiënten een belangrijke doelstelling van de wachtposten. In een setting met een huisartsenwachtpost zijn normaal gezien ook minder huisartsen nodig om de wachtdiensten te organiseren, zodat de posten een belangrijk beleidsinstrument vormen om het dalend aantal artsen die beschikbaar zijn voor de wacht op te vangen.

De problematiek van rurale gebieden is natuurlijk groter in Wallonië dan in Vlaanderen, maar voor stedelijke omgevingen kan een wachtpost in beide regio's de beste oplossing zijn. In rurale gebieden moeten we de huidige

d'habitants et des distances. Il faut pouvoir prendre en considération des formules alternatives, comme la fusion de zones de garde. Une étude financée par l'INAMI permettra à l'avenir de prendre des positions plus fondées sur l'implantation optimale des postes de garde de médecine générale, en particulier sur la base de paramètres de mobilité.

Le financement des postes de garde de médecine générale n'est assorti d'aucune règle limitant la liberté de choix des patients. L'accord national médico-mutualiste de décembre 2011 prévoit que l'on étudiera la plus-value éventuelle d'un renforcement de la collaboration entre les postes de garde et les services des urgences des hôpitaux.

Jusqu'à présent, aucune norme ou condition spécifique n'a été fixée, en dehors du financement de l'organisation des postes de garde, pour le financement éventuel d'initiatives visant spécialement à améliorer la sécurité des généralistes de garde pendant les visites à domicile. Si un tel principe de financement est fixé, il faudra aussi tenir compte des moyens budgétaires disponibles.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Les postes de garde ont certainement des avantages mais nous devons avoir conscience de leur coût assez élevé. A-t-on jamais envisagé un dispatching central pour les médecins généralistes ? Peut-être devons-étudier cette possibilité.*

Vu les différences de distances en Flandre et en Wallonie, je pense que nous devons privilégier un angle de vue régional. En Flandre, les généralistes sont plus proches de leurs patients et peuvent travailler à partir des cabinets existants déjà équipés ; il n'est pas nécessaire de faire les frais d'un poste de garde. Mes questions sont donc inspirées par le souci d'éviter des dépenses supplémentaires en période de difficultés budgétaires. Il faut veiller à ne pas trop dépenser pour les postes de garde et à ne pas avantager les hôpitaux qui créeront leur propre poste de garde.

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales.* – *Je consulterai les cercles de médecins à ce sujet. Nous avons le numéro central d'appel 1733, les postes de garde, la coopération entre médecins et hôpitaux. Il faut absolument coordonner toutes les initiatives pour desservir correctement toutes les régions.*

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la classification ICD-10» (n° 5-1758)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Cette demande d'explications complète une question écrite qui m'a permis d'obtenir de très intéressantes données chiffrées sur le nombre d'intoxications par l'alcool et par la drogue. Toutefois, la réponse ne*

wachtorganisatie kunnen aanpassen op basis van inwonersaantallen en afstanden. We moeten verschillende alternatieve formules, zoals het samensmelten van wachtzones, in aanmerking kunnen nemen om de problemen aan te pakken. Op basis van een studie gefinancierd door het RIZIV zal het beleid in de toekomst meer gefundeerde uitspraken kunnen doen over de optimale inplanting van huisartsenwachtposten, in het bijzonder op basis van mobiliteitsparameters.

In de financiering van de huisartsenwachtposten zijn geen regels opgenomen die de keuzevrijheid van de patiënten zouden beperken. In het nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van december 2011 is gestipuleerd dat men zal onderzoeken welke meerwaarde een sterkere samenwerking tussen wachtposten en spoedgevallendiensten eventueel heeft.

Tot op heden zijn buiten het kader van de financiering van de organisatie van de huisartsenwachtposten geen specifieke normen of voorwaarden vastgelegd voor de eventuele financiering van initiatieven die specifiek de veiligheid van de wachtlopende huisartsen tijdens hun huisbezoeken beogen. Indien een dergelijk financieringsprincipe wordt vastgelegd, zal voor alles ook rekening moeten worden gehouden met de beschikbare budgettaire middelen.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – *Wachtposten hebben zeker voordelen, maar we moeten beseffen dat ze vrij duur zijn. Is er ooit gedacht aan een centrale dispatching voor de huisartsen? Misschien moeten we die mogelijkheid eens verder bestuderen.*

Gezien de verschillende afstanden in Vlaanderen en Wallonië denk ik dat we moeten kijken naar een specifieke regionale invalshoek. In Vlaanderen wonen huisartsen dicht bij hun patiënten dan in Wallonië en kunnen ze dus werken vanuit bestaande kabinetten, die al uitgerust zijn, en moeten de bijkomende kosten voor een wachtpost niet worden gemaakt. Mijn vragen zijn ook ingegeven door een bekommernis om de extra kosten in budgettair moeilijke tijden. We moeten oppassen dat er niet te veel geld naar de wachtposten gaat en dat we de ziekenhuizen niet te veel bevoordelen, want sommige ziekenhuizen zullen zelf een wachtpost oprichten.

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen.* – *Ik zal onder meer met de artsenkringen over deze kwestie overleg plegen. We hebben het centraal oproepnummer 1733, de wachtposten, de samenwerking tussen artsen en ziekenhuizen. Er moet absoluut een coördinatie van alle initiatieven komen om alle regio's goed te kunnen bedienen.*

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de ICD-10-classificatie» (nr. 5 -1758)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – *Dit is een aanvullende vraag bij een schriftelijke vraag die mij zeker nuttig cijfermateriaal opleverde over het aantal alcohol- en drugsintoxicaties. Uit het antwoord bleek echter dat voor*

distinguait pas les drogues et certains psychotropes également utilisés comme médicaments. La raison en est la méthode d'enregistrement : la base de données Résumé clinique minimum se base encore sur la classification ICD-9, alors que l'ICD-10 est déjà depuis des années le standard international. Nous savons que le SPF a commencé à implémenter la classification ICD-10 en 2009, mais selon une circulaire aux hôpitaux d'août 2011, elle ne sera effective qu'en 2015.

Ces cinq dernières années, quel budget a-t-on dégagé en vue d'introduire l'ICD-10 ?

Comment la ministre prévoit-elle le suivi des données selon l'ICD-9 entre 2013 et 2015, étant donné que l'ancienne classification ne sera plus actualisée dès 2013 ?

Tant la base FINHOSTA que les données RHM ont été sources de problèmes. Que fait-on pour prévenir des difficultés analogues lors de la transition d'ICD-9 à ICD-10 ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales. – *L'enregistrement des actes médicaux se base sur la classification internationale ICD. Comme cette classification évolue, la connaissance et les instruments doivent s'adapter dans les différents pays.*

Nous nous préparons depuis plusieurs années à cette importante transition de l'ICD-9 vers l'ICD-10, en collaboration active avec le secteur et le monde universitaire. Un comité de pilotage s'est penché sur la méthode, le planning et les besoins.

Le budget de ces cinq dernières années s'est élevé à 96 800 euros et a été affecté à l'étude préliminaire à l'introduction de l'ICD-10.

On dégagera le budget nécessaire ces prochaines années, en particulier pour la formation et la préparation des hôpitaux. On souhaite comprimer les coûts tant pour les hôpitaux que pour le SPF tout en formant un maximum de gens, également après la première phase de la transition. L'e-learning sera encouragé.

L'arrêt par l'OMS de l'actualisation de l'ICD-9 implique qu'on ne créera plus de nouveaux codes et qu'on ne modifiera plus les codes existants. En principe, cela n'aura pas d'impact sur la manière dont les données ICD-9 et ICD-10 sont comparées et suivies. Le suivi pourrait même être facilité, puisqu'il ne faudra plus tenir compte des changements de nomenclature.

L'installation de Portahealth a répondu aux problèmes, surtout d'ordre technique, rencontrés naguère.

Les directives pour l'enregistrement de la partie du Résumé hospitalier minimum où il est fait usage de codes ICD demeureront inchangées lors du passage de l'ICD-9 à l'ICD-10.

Les directives relatives aux codes représentent le principal défi ; les formations et les manuels sont prêts. La période de transition nous permet de planifier les modifications et de

drugsintoxicaties geen onderscheid wordt gemaakt tussen drugs en bepaalde psychofarmaca die ook als geneesmiddel worden gebruikt. Dat is te wijten aan de registratiemethode. De database Minimale Klinische Gegevens hanteert immers nog steeds de ICD-9-classificatie, hoewel ICD-10 internationaal al jaren de standaard is. We weten dat de FOD al in 2009 van start ging met de implementatie van de ICD-10-classificatie, maar volgens een circulaire aan de ziekenhuizen van augustus 2011 zal de implementatie pas in 2015 gebeuren.

Hoe groot was het budget dat in de afgelopen vijf jaar werd uitgetrokken voor de implementatie van ICD-10?

Hoe plant de minister de verdere follow-up van de data volgens ICD-9 tussen 2013 en 2015, aangezien het oude classificatiesysteem vanaf 2013 niet meer wordt geactualiseerd?

In het verleden waren er problemen zowel met de FINHOSTA-databank als met de MZG-gegevens. Wat wordt gedaan om te vermijden dat soortgelijke problemen optreden bij de overgang van ICD-9 naar ICD-10?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen. – *De registratie van de geneeskundige activiteit is gebaseerd op een internationale referentieclassificatie, de ICD. Die classificatie evolueert, zodat men de kennis en de instrumenten in de verschillende landen moet aanpassen.*

De overgang naar de nieuwe versie van de classificatie, van ICD-9 naar ICD-10, is belangrijk; wij bereiden ons er al verschillende jaren op voor. Er werd al heel veel werk verzet met de actieve medewerking van de sector en van de academische wereld. Een stuurocomité boog zich in het bijzonder over de methodologie, planning en behoeften.

Het budget van de afgelopen vijf jaar bedroeg 96 800 euro en werd gebruikt in het kader van de voorstudie naar de toepassing van ICD-10.

Voor de komende jaren zal het nodige budget worden uitgetrokken, in het bijzonder voor de opleiding en de voorbereiding van de ziekenhuizen. Zoals ik reeds zei, wordt deze maatregel voorbereid in nauw overleg met de vertegenwoordigers van de sector. Het is de bedoeling de kosten voor zowel de ziekenhuizen als de FOD zo laag mogelijk te houden en toch zo veel mogelijk mensen op te leiden, ook na de eerste overgangsfase. Zo zal men het gebruik van e-learning stimuleren.

Dat de WHO de actualisatie van ICD-9 heeft stopgezet, houdt in dat er geen nieuwe codes meer worden toegevoegd of bestaande gewijzigd. In principe heeft dat geen invloed op de wijze waarop de ICD-9- en ICD-10-gegevens worden vergeleken en gevolgd. De follow-up zal eventueel zelfs gemakkelijker worden, aangezien men in het classificatiesysteem met de wijzigingen geen rekening meer zal moeten houden.

De problemen in het verleden waren voornamelijk van technische aard. De installatie van de Portahealth heeft daarop een antwoord gegeven.

De registratierichtlijnen voor het onderdeel van de Minimale

prévoir les formations nécessaires.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Il est essentiel que cette transition se déroule aussi vite et bien que possible, puisque nous faisons appel aux données récoltées par les hôpitaux pour piloter toutes nos actions. Je continuerai à suivre ce dossier.*

(La séance est levée à 12 h 30.)

Ziekenhuisgegevens waarbij men ICD-codes gebruikt, blijven bij de overgang van ICD-9 naar ICD-10 ongewijzigd.

De uitdagingen bij deze overgang liggen voornamelijk in de codeerrichtlijnen van het classificatiesysteem zelf, waarvoor de nodige opleidingen en handboeken zijn voorbereid. De overgangsperiode geeft ons de kans alle nodige aanpassingen en opleidingen te plannen.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Het is belangrijk dat die overgang zo snel en correct mogelijk verloopt, aangezien we voor het uittekenen van alle beleidslijnen de registratiegegevens van de ziekenhuizen gebruiken. Ik zal dit zeker verder blijven volgen.

(De vergadering wordt gesloten om 12.30 uur.)