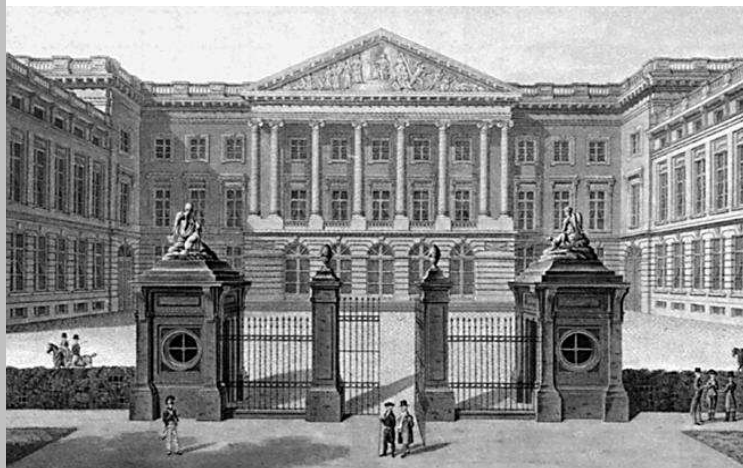


Sénat de Belgique

Session ordinaire 2010-2011



5-31COM

Commission des Affaires sociales

Mardi 8 février 2011

Séance du matin

Annales

Handelingen

**Commissie voor de Sociale
Aangelegenheden**

Dinsdag 8 februari 2011

Ochtendvergadering

5-31COM

Belgische Senaat
Gewone zitting 2010-2011

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**Inhoudsopgave**

<p>Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'arrêt du Conseil d'État concernant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux» (n° 5-155)5</p> <p>Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'élaboration de directives et de critères 'evidence based' pour les traitements FIV» (n° 5-195)7</p> <p>Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la création d'un cadastre des praticiens de l'art infirmier» (n° 5-250)8</p> <p>Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les diplômés étrangers et la reconnaissance professionnelle des praticiens des soins de santé» (n° 5-252).....11</p> <p>Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'homologation des diplômés d'infirmières roumaines» (n° 5-443)11</p> <p>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 personnel infirmier dans les établissements de soins» (n° 5-367).....11</p> <p>Demande d'explications de Mme Fabienne Winckel à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accessibilité des frais liés aux séjours hospitaliers» (n° 5-261).....17</p> <p>Demande d'explications de Mme Fabienne Winckel à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la prévention des cancers professionnels» (n° 5-286).....20</p> <p>Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'octroi d'une indemnisation par le Fonds des accidents médicaux en cas de naissance d'un enfant handicapé» (n° 5-319)22</p> <p>Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le répertoire des références pour les données relatives au patient tenu par la plateforme eHealth» (n° 5-340).....25</p> <p>Demande d'explications de Mme Fabienne Winckel à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accord médico-mutualiste 2011» (n° 5-345)27</p>	<p>Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het arrest van de Raad van State aangaande het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen» (nr. 5-155).....5</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «evidence-based richtlijnen en criteria voor IVF-behandelingen» (nr. 5-195)7</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de oprichting van een kadaster van verpleegkundigen» (nr. 5-250).....8</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «diploma's afkomstig uit het buitenland en de beroepserkenning van gezondheidszorgberoepen» (nr. 5-252)..... 11</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de homologatie van diploma's van Roemeense verpleegkundigen» (nr. 5-443)..... 11</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het tekort aan verpleegkundigen in de zorginstellingen» (nr. 5-367) 11</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Fabienne Winckel aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de betaalbaarheid van kosten verbonden aan ziekenhuisverblijven» (nr. 5-261) 17</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Fabienne Winckel aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de preventie van beroepskankers» (nr. 5-286) 20</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het toekennen van schadevergoedingen door het Fonds voor medische ongevallen bij de geboorte van een kind met een handicap» (nr. 5-319)..... 22</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het verwijzingsrepertorium voor patiëntengegevens in eHealth» (nr. 5-340) 25</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Fabienne Winckel aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen voor 2011» (nr. 5-345) 27</p>
---	--

<p>Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le conglomérat belge Health Care Belgium» (n° 5-374)29</p> <p>Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les substances chimiques ingurgitées quotidiennement par les enfants» (n° 5-386)31</p> <p>Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'organisation de la garde médicale en province de Luxembourg et dans l'arrondissement de Dinant» (n° 5-403)34</p> <p>Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la transposition de la directive européenne interdisant le bisphénol A» (n° 5-419)37</p> <p>Demande d'explications de M. Piet De Bruyn à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et à la ministre de l'Intérieur sur «le suicide en Belgique» (n° 5-446).....38</p>	<p>Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het Belgische conglomeraat Health Care Belgium» (nr. 5-374)29</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de chemische substanties die kinderen dagelijks binnenkrijgen» (nr. 5-386)31</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de organisatie van de medische wachtdienst in de provincie Luxemburg en in het arrondissement Dinant» (nr. 5-403)34</p> <p>Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de omzetting van de Europese richtlijn inzake bisfenol A» (nr. 5-419)37</p> <p>Vraag om uitleg van de heer Piet De Bruyn aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de minister van Binnenlandse Zaken over «zelfdoding in België» (nr. 5-446).....38</p>
--	--

Présidence de M. Rik Torfs*(La séance est ouverte à 10 h 15.)***Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'arrêt du Conseil d'État concernant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux» (n° 5-155)***Mme Marleen Temmerman (sp.a). – Pour rester brève, je n'entrerai pas dans tous les détails techniques de ma question.**L'arrêté royal relatif au budget des moyens financiers des hôpitaux a été modifié en 2007. On a plus exactement instauré une liaison entre le budget des moyens financiers et les suppléments d'honoraires dans les chambres à deux lits ou plus. Le Conseil d'État a annulé les articles concernés de l'arrêté royal pour deux motifs. Le Conseil estime inacceptable que le financement accru dépende uniquement de la manière de facturer des médecins et non de celui des autres prestataires de soins tels que les kinésithérapeutes et les professions paramédicales. Le principe d'égalité est ainsi violé. En outre, le Conseil doute du caractère rétroactif de l'adaptation. Les arrêts du Conseil remettent en cause la mesure visant à réduire les suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits ou plus. C'est pourquoi j'aimerais poser les questions suivantes à la ministre.**Suivra-t-elle l'arrêt du Conseil d'État et étendra-t-elle la liaison des suppléments d'honoraires avec les sous-parties A1, B2 et C3 aux autres prestataires de soins qui peuvent demander de tels suppléments ?**Quels groupes de prestataires de soins, outre les médecins, demandent concrètement des suppléments d'honoraires dans les hôpitaux et dans quelle proportion financière par rapport aux médecins ?**La ministre envisage-t-elle d'autres démarches pour appréhender les conséquences financières de cet arrêt pour les patients en chambre à deux lits ou plus ? Si oui, lesquelles ?**L'article 83 a une fois encore été modifié par l'arrêté royal du 19 septembre 2008. Quelle conséquence l'arrêt du Conseil d'État a-t-il pour l'application de cet article ?**Quelles sont les conséquences de cet arrêt, par article, pour les recettes des hôpitaux ?**Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je voudrais en premier lieu insister sur le fait que, dans son arrêt, le Conseil d'État a bien stipulé qu'on pouvait sans problème lier l'octroi d'un budget des moyens financiers d'un hôpital à des conditions relatives à la facturation des honoraires et des suppléments d'honoraires.**En période d'affaires courantes, il m'est impossible de***Voorzitter: de heer Rik Torfs***(De vergadering wordt geopend om 10.15 uur.)***Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het arrest van de Raad van State aangaande het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen» (nr. 5-155)***Mevrouw Marleen Temmerman (sp.a). – Om het kort te houden, zal ik niet ingaan op alle technische details van mijn vraag.**Het koninklijk besluit in verband met het budget financiële middelen van de ziekenhuizen werd in 2007 gewijzigd. Er werd namelijk een koppeling ingesteld tussen het budget financiële middelen en de ereloonsupplementen in twee- en meerpersoonskamers. De Raad van State heeft de betrokken artikelen van het koninklijk besluit op twee gronden vernietigd. De Raad vindt het niet kunnen dat de verhoogde financiering enkel en alleen afhangt van het aanrekeningsgedrag van de artsen en niet van de andere zorgverstrekkers, zoals kinesisten en paramedische beroepen. Daardoor is het gelijkheidsbeginsel geschonden. Bovendien betwijfelt de Raad het retroactieve karakter van de aanpassing. De arresten van de Raad zetten de maatregel voor het terugdringen van de ereloonsupplementen in twee- en meerpersoonskamers op de helling. Daarom heb ik voor de minister de volgende vragen.**Zal de minister ingaan op het arrest van de Raad van State en de koppeling van de ereloonsupplementen met de onderdelen A1, B2 en C3 uitbreiden naar de andere zorgverstrekkers die ereloonsupplementen kunnen vragen?**Welke groepen van zorgverstrekkers, naast de artsen, vragen concreet ereloonsupplementen in de ziekenhuizen en in welke financiële verhouding tot de artsen?**Overweegt de minister andere stappen om de financiële gevolgen van dit arrest voor de patiënten in twee- en meerpersoonskamers op te vangen? Zo ja, welke?**Artikel 83 is door het koninklijk besluit van 19 september 2008 nogmaals gewijzigd. Welk gevolg heeft het arrest van de Raad van State dan nog op de toepassing van dit artikel?**Wat zijn de gevolgen van dit arrest, per artikel, voor de inkomsten van de ziekenhuizen?**Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ik wil er in de eerste plaats op wijzen dat de Raad van State in zijn arrest duidelijk stipuleert dat het toekennen van een budget van financiële middelen aan een ziekenhuis zonder problemen mag worden gekoppeld aan bepaalde voorwaarden voor het aanrekenen van erelonen en ereloonsupplementen.*

prendre des mesures dans ce domaine mais je vais demander au Conseil national des établissements hospitaliers de me proposer pour le futur des mesures d'exécution qui soient conformes aux enseignements que nous pouvons tirer des deux arrêts du Conseil d'État.

Tout prestataire qui est payé sous forme d'honoraires peut a priori être concerné, pour autant qu'il soit rémunéré dans le cadre de l'hospitalisation d'un patient dans une chambre à deux lits ou plus, et qu'il demande des suppléments d'honoraires. Seule une différenciation non justifiée entre les types de prestataires est proscrite, en raison de la discrimination qu'elle représente. Le Conseil d'État reconnaît qu'il est question de discrimination parce que l'arrêt n'interdisait que les suppléments d'honoraires des médecins sans tenir compte de ceux des autres prestataires de soins de l'hôpital.

En ce qui concerne les trois derniers points de la question relatifs à toutes les conséquences financières de l'arrêt, je voudrais vous informer de ce qui suit.

L'arrêt du Conseil d'État annule de facto les conditions du financement via le BMF de la 3^e tranche du sous-financement dans les sous-parties A1 et B2.

Ces conditions concernent la facturation des suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits ou plus, et ce depuis le 1^{er} juillet 2007.

Les notifications du budget des moyens financiers des hôpitaux des années antérieures à 2010 ne sont plus susceptibles de recours administratifs car les délais légaux ont expiré. Ces budgets individuels subsistent donc définitivement dans l'ordre juridique. Les hôpitaux qui n'ont pas bénéficié de ce financement ont annoncé qu'ils veulent réclamer, devant les tribunaux civils, une indemnisation pour le passé.

La mesure a bien été inscrite dans la sous-partie C3 mais elle n'a jamais été appliquée. Cela n'a absolument aucune conséquence pour les revenus d'aucun hôpital. L'arrêt n'entraîne donc aucune conséquence financière immédiate pour les hôpitaux.

Les dispositions légales soumettant l'octroi de ce financement à des conditions n'existent plus. En d'autres termes, il n'existe plus aucune base réglementaire pour limiter à l'avenir ce budget aux hôpitaux où les médecins appliquent les tarifs conventionnés dans les chambres à deux lits ou plus. Rien n'empêche toutefois mon successeur d'édicter de nouvelles règles pour réintroduire un tel lien, à la condition qu'on tienne compte des remarques du Conseil d'État.

In een periode van lopende zaken kan ik ter zake onmogelijk maatregelen nemen, maar ik zal de Nationale Raad van de Verzorgingsinstellingen vragen me voor de toekomst uitvoeringsmaatregelen voor te stellen die overeenstemmen met de lessen die we uit de twee arresten van de Raad van State kunnen trekken.

Elke zorgverstrekker die in de vorm van erelonen wordt betaald, kan a priori betrokken zijn, in zoverre hij betaald wordt in het kader van de ziekenhuisopname van een patiënt in een twee- of meerpersoonskamer, en hij ereloonsupplementen vraagt. Enkel een ongerechtvaardigd verschil tussen de soorten verstrekkingen is verboden, omdat dit een discriminatie inhoudt. De Raad van State erkent dat er sprake is van discriminatie omdat het besluit alleen de ereloonsupplementen van artsen verbood, zonder rekening te houden met de ereloonsupplementen van de andere zorgverstrekkers in het ziekenhuis.

In verband met de laatste drie punten van de vraag over de financiële gevolgen van het arrest, wil ik het volgende aanstippen.

Het arrest van de Raad van State vernietigt de facto de voorwaarden van de financiering via het BMF van de zogenaamde derde schijf van de onderfinanciering in de Onderdelen A1 en B2.

Deze voorwaarden sloegen op het factureren van de ereloonsupplementen in twee- of meerpersoonskamers en dit vanaf 1 juli 2007.

Tegen de notificaties van het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen van de jaren vóór 2010 kan geen administratief beroep meer worden ingesteld omdat de wettelijke termijnen verstreken zijn. Deze individuele budgetten blijven dus definitief in de rechtsorde bestaan. Ziekenhuizen die deze financiering niet hebben genoten, hebben aangekondigd dat ze via de burgerlijke rechtbanken een schadevergoeding willen eisen voor wat het verleden betreft.

In onderdeel C3 is de maatregel wel ingeschreven, maar nooit toegepast. Dat heeft absoluut geen gevolg voor de inkomsten van geen enkel ziekenhuis. Het arrest heeft dus voor de ziekenhuizen geen enkel onmiddellijk financieel gevolg, niet meer en niet minder.

De wetsbepalingen die de toekenning van deze financiering aan voorwaarden onderwerpen, bestaan niet meer. Anders gezegd, er bestaat geen regelgevende basis meer om in de toekomst dat budget te beperken tot enkel die ziekenhuizen waar de artsen de geconventioneerde tarieven in de twee- en meerpersoonskamers toepassen. Niets belet echter dat mijn opvolger nieuwe regels uitvaardigt om een dergelijk verband weer in te voeren, op voorwaarde dat men rekening houdt met de opmerkingen van de Raad van State.

Demande d'explications de Mme Marleen Temmerman à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'élaboration de directives et de critères 'evidence based' pour les traitements FIV» (n° 5-195)

Mme Marleen Temmerman (sp.a). – *Le Conseil supérieur de la Santé a récemment publié un avis selon lequel le nombre de traitements FIV augmente progressivement depuis 2004. Cette évolution ne serait pas imputable à une baisse de la fertilité ni à une augmentation du nombre de patientes étrangères traitées. L'explication en est peut-être la facilité d'accès à ce traitement et/ou l'élargissement des indications à la suite du remboursement instauré depuis 2003. Le Conseil supérieur de la Santé suggère que l'on fixe des directives et critères evidence based pour les traitements FIV afin d'endiguer leur augmentation.*

En attendant, un groupe de travail du CNEH, Conseil national des établissements hospitaliers, étudie la programmation nationale du nombre de programmes de soins « médecine de la reproduction ». Il est donc souhaitable que le Conseil tienne compte de l'avis du Conseil supérieur de la Santé.

J'aimerais dès lors savoir qui a été à l'origine de la création, au sein du CNEH, d'un groupe de travail spécial en matière de médecine de la reproduction ? Qui est la partie demanderesse ? S'agit-il de la ministre ? Existe-t-il des études concernant les besoins en matière de procréation médicalement assistée et l'accessibilité de ce traitement ?

Y a-t-il des listes d'attente qui justifieraient une augmentation de l'offre ?

Le Collège de la médecine de la reproduction peut-il organiser un benchmarking qualitatif des pratiques entre les différents centres dans le cadre des recommandations du Conseil supérieur de la Santé ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *La création d'un groupe de travail en relation avec les critères de programmation des programmes de soins « médecine de la reproduction » et les possibilités d'association des programmes A et B est une initiative interne du CNEH. Les besoins assumés en cycles de fécondation in vitro-ICSI sont mal connus. Le nombre de 1 500 cycles par an et par million d'habitants a été cité par des auteurs tels que J. A. Collins en 2002, mais ce nombre est peut-être sous-évalué. Selon les données 2008 du Collège de médecins pour les programmes de soins médecine de la reproduction A et B, les 18 programmes de médecine de la reproduction B en réalisent actuellement 17 000. Je ne dispose pas de données quant au nombre optimal de cycles nécessaires par centre pour assurer la qualité des soins. En raison de*

Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Temmerman aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «evidence-based richtlijnen en criteria voor IVF-behandelingen» (nr. 5-195)

Mevrouw Marleen Temmerman (sp.a). – *De Hoge Gezondheidsraad publiceerde recentelijk een advies waaruit blijkt dat het aantal IVF-behandelingen in ons land vanaf 2004 progressief is gestegen. Dat zou niet het gevolg zijn van een afname van de vruchtbaarheid van de bevolking, noch van een toename van de behandeling van buitenlandse patiënten. Een mogelijke verklaring wordt gezocht in de toegenomen laagdrempeligheid tot deze behandeling en/of de uitbreiding van de indicatiestellingen ten gevolge van de terugbetaling die sinds 2003 in voege is. De Hoge Gezondheidsraad suggereert dat het goed zou zijn om evidence-based richtlijnen en criteria voor een IVF-behandeling vast te leggen om een verdere toename van het aantal IVF-behandelingen te beteugelen.*

Ondertussen bestudeert een werkgroep van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, NRZV, de landelijke programmering van het aantal zorgprogramma's 'reproductieve geneeskunde'. Het is dus wenselijk dat de Raad rekening houdt met het advies van de Hoge Gezondheidsraad.

Ik had graag volgende vragen gesteld:

Wat is de aanleiding van het opstarten van een bijzondere werkgroep in de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen inzake de programmering reproductieve geneeskunde? Wie is vragende partij? Komt dit advies er op vraag van de minister?

Bestaan er studies over de behoefte aan de toegankelijkheid tot medisch begeleide voorplanting?

Bestaan er wachtlijsten die een toename van het aanbod zouden rechtvaardigen?

Kan het college reproductieve geneeskunde in het kader van de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad een kwalitatieve benchmarking doen tussen de verschillende centra?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *De oprichting van een werkgroep rond de programmeringscriteria van de zorgprogramma's voor reproductieve geneeskunde en de mogelijkheden om de programma's A en B te koppelen is een intern initiatief van de NRZV. We hebben geen precies idee van de behoeften aan IVF- en ICSI-behandelingen. Sommige auteurs, bijvoorbeeld J. A. Collins, 2002, spreken van 1500 cycli per jaar per miljoen inwoners, maar dat aantal is misschien onderschat. Volgens de gegevens van 2008 van het College van geneesheren voor de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde A en B bieden de 18 programma's 'reproductieve geneeskunde B' 17 000 behandelingen. Ik beschik niet over cijfers over het optimale aantal cycli dat een centrum moet halen om een kwalitatief hoogstaande zorg te*

l'infrastructure particulièrement lourde nécessaire et des exigences toujours plus élevées en matière de surveillance des banques de tissus humain, nous devons limiter et mieux réguler le nombre de programmes spécialisés agréés.

À ma connaissance, il n'existe pas dans notre pays de files d'attente pour les traitements de l'infertilité.

Le Collège de médecins pour les programmes de soins « médecine de la reproduction » a pour objet d'évaluer la qualité des pratiques dans les programmes de soins « médecine de la reproduction A et B ». Un rapport d'activités annuel des centres est disponible. Il entre dans les missions du collège d'organiser un benchmarking qualitatif des pratiques dans les différents programmes de soins. Il serait effectivement utile de charger plus explicitement le Collège de comparer les pratiques des centres en matière d'indications de traitement, en particulier dans le cadre des recommandations récentes du Conseil supérieur de la Santé.

Mme Marleen Temmerman (sp.a). – *Avez-vous l'intention de charger le Collège de cette mission ?*

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale.* – *Cela incombe d'ores et déjà au Collège mais je lui adresserai un courrier pour lui rappeler cette mission.*

Demande d'explications de M. Jacques Brotchi à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la création d'un cadastre des praticiens de l'art infirmier» (n° 5-250)

M. Jacques Brotchi (MR). – *Mme la ministre s'est déjà bien occupée du cadastre des médecins sous la précédente législature au cours de laquelle je l'avais interpellée à de nombreuses reprises sur le sujet. J'avais d'ailleurs déposé une proposition de résolution réclamant ce cadastre. Je voudrais aborder aujourd'hui le cadastre des praticiens de l'art infirmier.*

J'ai reçu à plusieurs reprises des associations d'infirmiers qui m'ont fait part de leur mécontentement voire de leur incompréhension sur l'absence de cadastre de l'art infirmier. Je ne peux que leur donner raison. Il importe en effet non seulement de recenser leur nombre, mais aussi leurs activités. Sont-ils ou non inscrits à l'INAMI ? Sont-ils employés ou indépendants ? Travaillent-ils dans une institution hospitalière ou à domicile ?

Je vous ai déjà interpellée à plusieurs reprises sur cette problématique, tout comme votre prédécesseur, M. Rudy Demotte. Force est de constater que ce dossier semble souffrir d'un certain immobilisme depuis cinq ans.

Dans le mémorandum de l'UGIB, les associations soulignent qu'il faudrait un cadastre « tant au niveau fédéral pour ce qui concerne la profession dans son ensemble qu'au niveau de l'INAMI pour ce qui concerne les soins infirmiers à domicile

verzekeren. Aangezien de vereiste infrastructuur bijzonder zwaar is en er ook steeds hogere eisen worden gesteld aan het toezicht op de menselijkweefselbanken, moeten we het aantal erkende gespecialiseerde programma's beperken en beter regelen.

Voor zover ik weet, zijn er in ons land geen wachtlijsten voor vruchtbaarheidsbehandelingen.

Het College van geneesheren voor de zorgprogramma's 'reproductieve geneeskunde' werd opgericht om de kwaliteit van de praktijken in de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde A en B te beoordelen. Er is een jaarrapport over de activiteiten van de centra beschikbaar. De organisatie van een kwalitatieve benchmarking van de praktijken in de verschillende zorgprogramma's maakt deel uit van de opdrachten van het College. Het zou inderdaad nuttig zijn het College nog explicieter de opdracht te geven de praktijken van de centra inzake behandelingsindicatie te vergelijken, met name in het kader van de recente aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad.

Mevrouw Marleen Temmerman (sp.a). – *Bent u van plan om het College die opdracht te geven?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie.* – *Het College heeft die opdracht al, maar ik zal het per brief nog eens op die taak wijzen.*

Vraag om uitleg van de heer Jacques Brotchi aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de oprichting van een kadaster van verpleegkundigen» (nr. 5-250)

De heer Jacques Brotchi (MR). – *De minister heeft tijdens de vorige regeerperiode al veel gedaan voor het kadaster van de artsen. Ik heb er haar toen veel vragen over gesteld en een voorstel van resolutie om dit kadaster te eisen ingediend. Vandaag wil ik het hebben over het kadaster van verpleegkundigen.*

Verschillende verenigingen van verpleegkundigen hebben mij hun ongenoegen en zelfs onbegrip kenbaar gemaakt over het feit dat er geen kadaster voor verpleegkundigen is. Ik moet hun gelijk geven. Het is niet alleen van belang het aantal verpleegkundigen, maar ook hun activiteiten te inventariseren. Zijn ze al dan niet in het RIZIV ingeschreven? Zijn ze werknemer of zelfstandige? Werken ze in een ziekenhuis of thuis?

Ik heb u en uw voorganger, de heer Rudy Demotte al veel vragen gesteld over deze problematiek. Ik stel vast dat dit dossier sinds vijf jaar een beetje vastzit.

In het memorandum van de AUVB vragen de verenigingen 'de realisatie van het verpleegkundige kadaster – zowel op federaal niveau voor wat betreft het beroep in zijn geheel als op het niveau van het RIZIV voor wat betreft de thuisverpleging – teneinde betrouwbare en up-to-date gegevens te bekomen over de verpleegkundige populatie en

de manière à obtenir des données fiables et actualisées concernant les effectifs infirmiers et leurs caractéristiques ». Cela permettrait entre autres de se faire une idée claire de la situation et d'anticiper les besoins. Comme pour les médecins, ce secteur risque de manquer progressivement de ressources humaines, et l'ensemble des soins médicaux risquent d'en pâtir. Il est donc urgent d'avancer dans ce domaine.

Pourquoi ce dossier n'a-t-il pas été traité sous la législation précédente ? Avez-vous été confrontée à des difficultés ? Dans l'affirmative, quelles étaient-elles ? Comment pensez-vous qu'elles pourraient être surmontées sous la prochaine législature ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Vous n'avez apparemment pas été bien informé de ce que nous avons réalisé, monsieur Brotchi. J'admets cependant que nous ne fournissons pas suffisamment d'informations sur nos travaux. Je vais donc tenter d'expliquer en détail les travaux menés dans ce domaine.

Le cadastre est la banque de données fédérale des professions de la santé. Il poursuit trois objectifs : collecter les données nécessaires aux missions de la commission de planification ; permettre l'exécution des missions réglementaires des administrations ; améliorer la communication avec et entre les travailleurs de la santé.

Par le passé, nous avons établi un relevé des médecins, priorité fixée en accord avec le parlement. Nous avons ensuite fait de même pour les dentistes, les kinésithérapeutes, les aides-soignants, les infirmiers et les autres groupes professionnels.

Nous avons également introduit une distinction entre les enregistrements : d'une part, les personnes, d'autre part, les champs, c'est-à-dire les données collectées sur ces personnes. Leur importance est évidente.

Tous les infirmiers sont répertoriés dans le cadastre, ce qui constitue un immense travail pour mes services. Chaque enregistrement individuel a été contrôlé afin de vérifier sa présence dans le fichier.

Cela représente plus de 175 000 enregistrements, ce qui correspond à l'ensemble des infirmiers qui ont été enregistrés un jour, y compris les personnes parties à l'étranger ou décédées.

La banque de données est complète depuis 2010. Ces données peuvent être consultées sur le site du SPF Santé publique, mais je vous les transmettrai si vous le souhaitez.

Les spécialisations agréées des infirmiers ont été intégrées dès le départ dans le cadastre. De ce fait, pour ces groupes spécifiques, des statistiques ont déjà été publiées pour l'année 2008.

Parallèlement, un modèle de planification pour les projections futures a été développé pour tous les groupes professionnels pour lesquels la commission de planification est compétente. Ce modèle définit les informations nécessaires à la planification et intègre des paramètres afin que toutes les données soient systématiquement collectées.

haar eigenschappen.' Dat zou een duidelijk beeld van de situatie geven en zou toelaten op de noden te anticiperen. Zoals bij de geneesheren dreigt er in deze sector geleidelijk aan een tekort aan mensen. De hele sector van de medische zorg dreigt daaronder te lijden. Op dat vlak moet dus dringend vooruitgang worden geboekt.

Waarom werd dat dossier niet behandeld tijdens de vorige regeerperiode? Doken er moeilijkheden op? Zo ja, welke? Hoe denkt u die moeilijkheden uit de weg te ruimen tijdens de volgende regeerperiode?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *U bent blijkbaar niet goed geïnformeerd over wat wij gedaan hebben. Ik geef wel toe dat we niet genoeg informatie geven over onze werkzaamheden. Ik zal dus proberen in detail uit te leggen wat we op dit vlak hebben gedaan.*

Het kadaster is de federale gegevensbank van de gezondheidsberoepen. Het streeft drie doelstellingen na: de nodige gegevens verzamelen voor de opdrachten van de planningscommissie; de uitvoering van reglementaire opdrachten van de besturen mogelijk maken; de communicatie met en tussen de gezondheidswerkers verbeteren.

In het verleden hebben we een lijst van artsen opgesteld – daaraan werd in overleg met het parlement prioriteit gegeven. Daarna hebben we hetzelfde gedaan voor de tandartsen, de kinesitherapeuten, de zorg- en verpleegkundigen en de andere beroepsgroepen.

We hebben ook een onderscheid ingevoerd tussen de inschrijvingen: enerzijds de personen en anderzijds de gebieden, met andere woorden de gegevens over die personen. Het belang ervan spreekt voor zich.

Alle verpleegkundigen zijn geïnventariseerd in het kadaster, wat een enorm werk vormt voor mijn diensten. Van elke individuele inschrijving werd nagegaan of ze in de gegevensbank stond.

Het gaat om meer dan 175 000 inschrijvingen, wat overeenkomt met het totaal aantal verpleegkundigen die ooit zijn ingeschreven, met inbegrip van de personen die naar het buitenland zijn vertrokken of overleden zijn.

De gegevensbank is sinds 2010 volledig. Die gegevens kunnen op de site van de FOD Volksgezondheid worden geraadpleegd, maar ik zal ze u bezorgen als u dat wenst.

De erkende specialisaties van verpleegkundigen werden van bij het begin in het kadaster opgenomen. Dientengevolge werden voor die specifieke groepen al statistieken gepubliceerd voor het jaar 2008.

Tegelijkertijd werd een planningsmodel ontwikkeld voor de toekomstige verwachtingen voor alle beroepsgroepen waarvoor de planningscommissie bevoegd is. Dat model bepaalt welke inlichtingen nodig zijn voor de planning en bevat de kerngegevens zodat alle gegevens systematisch worden verzameld.

Cette étape est essentielle dans l'élaboration du cadastre le plus complet possible. Pour ces paramètres, les sources des données éventuelles ont été listées au début de l'année 2009. La source de données la plus fiable a semblé être la *datawarehouse* du marché du travail. Toutes les données du marché du travail belge relatives aux salariés et aux indépendants sont collectées de manière individuelle et anonyme.

Un questionnaire détaillé a été envoyé à un échantillon aléatoire de 2 000 infirmiers du cadastre à la fin de l'année 2009 afin de soutenir la commission de planification dans ses travaux. Au moment de l'enquête, 80% des infirmiers exerçaient la profession d'infirmier, 20% ne travaillaient plus comme infirmiers, près de la moitié de ces derniers n'était plus du tout active et l'autre moitié exerçait une autre profession.

Le travail s'est porté aussi sur les données supplémentaires, à savoir les champs à ajouter. Un projet lancé en 2010 permettra d'enrichir le cadastre de données de la sécurité sociale comme les pensions, le statut du travailleur – indépendant ou salarié – de l'employeur et du secteur de l'emploi. À partir du début de l'année 2011, nous disposerons de manière structurelle et prospective de données supplémentaires, mises à jour régulièrement. À cette fin, les parties supplémentaires des paragraphes 3 et 4 de l'article 35^{quaterdecies} de l'arrêté royal n° 78 seront exécutées.

Par ailleurs, une enquête scientifique pour la commission de planification a débuté en 2010. Les données du cadastre sont associées aux données de l'INAMI – activités des infirmiers dans le cadre de l'assurance maladie – et aux données de la *datawarehouse* du marché de l'emploi. L'objectif est d'analyser l'évolution sur cinq ans du marché du travail des infirmiers avec des données complètes pour les années allant de 2004 à 2008 en scindant les groupes suivants : *licensed to practice, economically active, practising*. Dans ce cadre, les définitions de l'OMS et de l'OCDE ont été suivies. Nous aurons certainement l'occasion d'examiner ultérieurement l'ensemble des données pour évaluer l'apport des nouvelles informations introduites par ce biais dans le cadastre des infirmiers.

Le troisième objectif du cadastre, la communication avec et entre les prestataires de soins, s'inscrit dans l'authentification des prestataires de soins dans la plate-forme eHealth, ce qui plus tard, si les moyens le permettent, donnera un suivi informatique des dossiers d'agrément individuels.

M. Jacques Brotchi (MR). – Je me réjouis de ces bonnes nouvelles. Je crois que les associations d'infirmiers seront ravies de prendre connaissance de la réponse de la ministre. J'espère que ce cadastre se concrétisera dans les meilleurs délais de façon à mieux orienter les jeunes désireux de se lancer dans la profession.

Die fase is essentieel voor de uitwerking van een zo volledig mogelijk kadaster. Voor die kerngegevens werd begin 2009 een lijst gemaakt van de mogelijke gegevensbronnen. De meest betrouwbare gegevensbron bleek de datawarehouse van de arbeidsmarkt te zijn. Alle gegevens van de Belgische arbeidsmarkt betreffende de loontrekkenden en de zelfstandigen worden individueel en anoniem verzameld.

Er werd een gedetailleerde vragenlijst gestuurd naar een steekproefgroep van 2000 verplegers van het kadaster om de werkzaamheden van de planningscommissie te vergemakkelijken. Op het ogenblik van het onderzoek oefende 80% van de verplegers het beroep van verpleegkundige uit. 20% van de ondervraagden werkte niet meer als verpleger: de helft was helemaal niet meer actief en de andere helft oefende een ander beroep uit.

Er is ook gewerkt aan de bijkomende gegevens, namelijk de toe te voegen gebieden. Een project dat in 2010 is gestart zal het mogelijk maken het kadaster aan te vullen met gegevens van de sociale zekerheid, zoals de pensioenen, het statuut van de verpleegkundige – zelfstandige of werknemer – en de tewerkstellingssector. Sinds begin 2011 beschikken we op een structurele en prospectieve manier over bijkomende gegevens, die regelmatig up-to-date worden gebracht. Daartoe zullen de bijkomende onderdelen van de paragrafen 3 en 4 van artikel 35^{quaterdecies} van het koninklijk besluit nr. 78 worden uitgevoerd.

*Daarnaast is begin 2010 een wetenschappelijk onderzoek gestart voor de planningscommissie. De gegevens van het kadaster zullen naast de gegevens van het RIZIV – betreffende de activiteiten van de verpleegkundigen in het kader van de ziekteverzekering – en de gegevens van het datawarehouse van de arbeidsmarkt worden gelegd. De doelstelling bestaat erin de evolutie van de arbeidsmarkt van de verpleegkundigen te analyseren over vijf jaar met volledige gegevens voor de jaren van 2004 tot 2008 voor afzonderlijke groepen: *licensed to practice, economically active, practising*. In dat kader werden de bepalingen van de WHO en de OESO gevolgd. We zullen alle gegevens later nog kunnen bestuderen zodat we de aanbreng van nieuwe gegevens in het kadaster van verpleegkundigen via deze weg kunnen evalueren.*

De derde doelstelling van het kadaster, de communicatie met en tussen de zorgverstrekkers past in de erkenning van de zorgverstrekkers in het eHealthplatform. Daardoor kunnen later, als er voldoende middelen zijn, de individuele erkenningsdossiers via de computer worden afgehandeld.

De heer Jacques Brotchi (MR). – Ik ben blij met dat goede nieuws. De verenigingen van verpleegkundigen zullen zich verheugen over het antwoord van de minister. Ik hoop dat dit kadaster zo spoedig mogelijk realiteit wordt zodat jongeren die voor dit beroep kiezen, beter hun weg vinden.

Demande d'explications de M. Louis Ide à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les diplômés étrangers et la reconnaissance professionnelle des praticiens des soins de santé» (n° 5-252)

Demande d'explications de M. Bert Anciaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'homologation des diplômés d'infirmières roumaines» (n° 5-443)

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 personnel infirmier dans les établissements de soins» (n° 5-367)

M. le président. – Je vous propose de joindre ces demandes d'explications. (*Assentiment*)

M. Louis Ide (N-VA). – *La ministre m'a déjà fourni des données, ventilées par pays, sur l'origine des prestataires de soins actifs en Belgique. Hélas, nous voyons aujourd'hui dans les journaux où cela peut mener : à l'hôpital universitaire Reine Fabiola de Bruxelles, un citoyen belge a été confronté à un médecin ne maîtrisant ni le néerlandais ni le français.*

Outre ces données, j'aimerais également obtenir une réponse orale à la sous-question relative à un test linguistique pour les médecins.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Dans quasi tous les départements des secteurs de soins, du bien-être et de la santé, un déficit aigu en infirmiers sévit à tous les niveaux. Cette pénurie entraîne d'abord et surtout une série de problèmes pour les patients, les clients et les personnes nécessitant des soins. En même temps, elle confronte les prestataires de soins à des problèmes aussi urgents que, par exemple, répondre aux critères concernant le nombre et le niveau des infirmiers. Bref, cette pénurie menace sur le fond le bon fonctionnement et la qualité de l'ensemble de nos soins de santé et de l'aide aux personnes. Elle mène bien entendu à une recherche d'infirmiers compétents à l'étranger. Cette recherche offre de nombreuses possibilités car, dans les pays de l'Europe de l'Est, on trouve à coup sûr un contingent d'infirmiers disponibles traditionnellement très bien formés. Les salaires et conditions sociales de notre pays sont pour eux très attractifs.*

Toutefois, les diplômés étrangers doivent être homologués conformément à un diplôme belge équivalent afin que ces infirmiers puissent être employés au niveau correct. Deux éléments interviennent, à savoir un agrément pour l'exercice de la profession – cet agrément est fédéral et est délivré par le SPF Santé publique – et une homologation académique. Cette dernière mission relève de la compétence des

Vraag om uitleg van de heer Louis Ide aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «diploma's afkomstig uit het buitenland en de beroepserkenning van gezondheidszorgberoepen» (nr. 5-252)

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de homologatie van diploma's van Roemeense verpleegkundigen» (nr. 5-443)

Vraag om uitleg van de heer Bert Anciaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het tekort aan verpleegkundigen in de zorginstellingen» (nr. 5-367)

De voorzitter. – Ik stel voor deze vragen om uitleg samen te voegen. (*Instemming*)

De heer Louis Ide (N-VA). – Op vraag 5-252 heb ik van de minister al gegevens gekregen over de herkomst van de zorgverstrekkers die in België actief zijn en dat ingedeeld per land. Helaas zien we vandaag in de krant waartoe dit kan leiden: in het universitair ziekenhuis Fabiola in Brussel werd een Belgische burger geconfronteerd met een arts die zowel Nederlands- als Franskundig was.

Naast de al ontvangen gegevens had ik ook nog graag een mondeling antwoord op het onderdeel van deze vraag in verband met een taaltest voor artsen.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – In zowat alle onderdelen van de sectoren zorg, welzijn en gezondheid heerst een acuut tekort aan verpleegkundigen, op alle niveaus. Dat tekort veroorzaakt eerst en vooral heel wat problemen voor patiënten, cliënten en zorgbehoevenden. Tegelijkertijd confronteert het zorgverstrekkers met even urgente problemen om bijvoorbeeld tegemoet te komen aan de criteria met betrekking tot het aantal en het niveau van de verpleegkundigen. Kortom, dit tekort bedreigt ten gronde de goede werking en de kwaliteit van onze volledige welzijns- en gezondheidszorg. Het ligt voor de hand dat dit tekort tot een zoektocht naar geschikte verpleegkundigen in het buitenland leidt. Die zoektocht biedt vele mogelijkheden, want zeker in Oost-Europese landen is een contingent verpleegkundigen beschikbaar die traditioneel zeer goed zijn opgeleid. Voor hen bieden de lonen en sociale omstandigheden in ons land aantrekkelijke kansen.

De buitenlandse diploma's moeten wel worden gehomologeerd conform een Belgisch equivalent, zodat deze verpleegkundigen op het juiste niveau kunnen worden ingeschakeld. Hierbij zijn er twee dimensies, namelijk een erkenning voor de uitoefening van het beroep – die erkenning is federaal en gebeurt door de FOD Volksgezondheid – en een academische homologatie. Die laatste opdracht behoort tot de

communautés, celles-ci ayant en charge l'enseignement et la formation. Ce sont dès lors les centres NARIC des communautés française et flamande qui traitent les aspects académiques de ces dossiers.

En ce qui concerne l'homologation académique des diplômes d'infirmiers roumains, il semble y avoir une différence d'interprétation entre les centres NARIC des deux communautés. Le centre NARIC de la Communauté flamande utilise manifestement des critères plus stricts qui, en cas d'agrément, mènent à un ruling ; grâce à ce dernier, les diplômes étrangers concernés sont remplacés de jure par des diplômes flamands, et l'équivalence est totale.

L'Union européenne se préoccupe aussi de cette affaire. Ainsi, le SPF Santé publique s'est fait taper sur les doigts parce qu'il envoie aussi les demandes d'homologation aux centres NARIC. L'Union européenne souhaite la délivrance immédiate et éventuellement sous réserve d'une reconnaissance professionnelle. Tout cela rend l'équivalence et l'octroi d'agrément très complexes. Pour de nombreuses institutions de santé et d'aide aux personnes, il est impossible de faire appel à des infirmiers roumains.

Je pars du principe que la ministre reconnaît la gravité de la situation. Sait-elle si des institutions de soins ont déjà dû fermer en raison d'une pénurie d'infirmiers ? Peut-elle donner des chiffres actualisés à ce sujet ? Dans la négative, cela posera-t-il éventuellement problème à l'avenir ? Que compte faire la ministre pour remédier à cette problématique préoccupante ? Envisage-t-elle d'abaisser la norme minimum de l'INAMI ? Pense-t-elle plutôt rendre la profession attrayante, entre autres par le biais d'une meilleure rémunération des infirmiers et a fortiori des infirmiers en chef ? Que pense-t-elle de l'idée de réécrire la mission des infirmiers afin qu'un certain nombre de tâches puissent être reprises par des soignants ? Une concertation a-t-elle lieu avec les communautés à ce sujet ? La ministre est-elle au courant de la problématique concernant la délivrance d'agrément à des infirmiers roumains ? Comment interprète-t-elle cette situation ? Voit-elle des possibilités de débloquer la situation concernant les agréments et homologations ? Estime-t-elle que c'est une bonne chose que le SPF Santé publique exclue un renvoi vers les centres NARIC ? Cela ne doit pas avoir lieu selon moi car le centre NARIC traite l'agrément académique alors que le SPF est compétent pour la reconnaissance professionnelle.

M. le président. – Monsieur Anciaux, puis-je vous demander de formuler vos questions de manière plus succincte. En vertu de l'article 71 du Règlement, vous disposez de trois minutes pour poser une question.

M. Bert Anciaux (sp.a). – J'ai déposé mes questions longtemps à l'avance.

Le centre NARIC accorde aussi plus d'attention à la langue. Il importe qu'il puisse conserver sa compétence dans ce domaine. Une concertation structurée et efficace est-elle menée entre le SPF Santé publique et les deux centres NARIC afin de garantir un aboutissement rapide du dossier dans les professions en pénurie en matière de santé publique ? Dans l'affirmative, comment la ministre évalue-t-elle cette

bevoegdheid van de Gemeenschappen omdat daar de bevoegdheden voor onderwijs en opleiding berusten. Het zijn dan ook de NARIC-commissies van zowel de Franse als de Vlaamse Gemeenschap die deze dossiers behandelen wat hun academische aspecten betreft.

Met betrekking tot de academische homologatie van de diploma's van Roemeense verpleegkundigen lijkt er een interpretatieverschil te bestaan tussen de NARIC van de twee Gemeenschappen. Blijkbaar hanteert de NARIC van de Vlaamse Gemeenschap meer stringente criteria, die bij goedkeuring leiden naar een 'ruling', waarbij de betrokken buitenlandse diploma's de jure worden vervangen door een Vlaams diploma en er een volledige gelijkwaardigheid ontstaat.

Ook de EU bemoeit zich met deze zaak. Zo werd de FOD Volksgezondheid op de vingers getikt omdat hij de aanvragen voor homologatie ook doorzendt aan de NARIC's. De EU verwacht dat er meteen en eventueel voorwaardelijk een beroepserkenning wordt uitgereikt. Dat alles maakt de noodzakelijke gelijkstelling en uitreiking van erkenningen erg complex. Dat maakt het voor vele welzijns- en gezondheidsinstellingen onmogelijk om op Roemeense verpleegkundigen een beroep te doen.

Ik ga ervan uit dat de minister de ernst van de situatie erkent. Weet zij of er al zorginstellingen de deuren hebben moeten sluiten door een tekort aan verpleegkundigen? Kan zij hierover actuele cijfers geven? Zo neen, wordt dat in de toekomst mogelijk een probleem? Wat zal ze doen om aan deze prangende problematiek te verhelpen? Overweegt zij de minimumnorm van het RIZIV te verlagen? Denkt zij veeleer het beroep aantrekkelijk te maken onder meer door een betere verloning van de verpleegkundigen en zeker van de hoofdverpleegkundigen? Hoe staat zij tegenover de idee om de opdracht van de verpleegkundigen te herschrijven zodat een aantal taken kunnen worden overgenomen door verzorgenden? Bestaat er hierover overleg met de Gemeenschappen? Is de minister op de hoogte van de problematiek met betrekking tot de uitreiking van beroepserkenningen aan Roemeense verpleegkundigen? Hoe interpreteert zij deze situatie? Ziet ze mogelijkheden om de vastgelopen molen van erkenningen en homologaties te deblokkeren? Vindt ze het een goede zaak dat de FOD Volksgezondheid een verwijzing naar de NARIC's zou uitsluiten? Ik vind dat dit niet moet gebeuren want de NARIC gaat over de academische erkenning, terwijl de FOD bevoegd is voor de beroepserkenning.

De voorzitter. – Mag ik de heer Anciaux vragen zijn vragen korter te formuleren. U hebt slechts drie minuten om uw vragen te stellen conform artikel 71 van het Reglement.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik heb mijn vragen wel ruim vooraf bezorgd.

De NARIC heeft ook meer aandacht voor de taal. Het is belangrijk dat NARIC op dat vlak zijn bevoegdheid kan behouden. Bestaat er een gestructureerd en werkzaam overleg tussen de FOD Volksgezondheid en de beide NARIC's om een vlotte dossierafwerking in knelpuntberoepen inzake volksgezondheid te garanderen? Zo ja, hoe evalueert de minister dit overleg? Zo neen, vindt zij dat niet noodzakelijk

concertation ? Dans la négative, n'estime-t-elle pas cette concertation nécessaire et envisage-t-elle des initiatives concrètes à ce sujet ? La ministre est-elle confrontée à des problèmes semblables avec d'autres pays en matière de recours à des infirmiers étrangers ? La ministre reconnaît-elle que cette problématique est tellement urgente et importante qu'une politique plus ciblée et plus énergique doit être développée dans ce domaine ? La ministre est-elle au courant d'initiatives européennes qui pourraient régler de telles affaires dans un contexte européen ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Je commencerai par répondre à M. Anciaux sur l'homologation des diplômes d'infirmiers roumains, je poursuivrai en répondant à la partie de la question de M. Ide portant sur le test de connaissance linguistique et terminerai sur la question de M. Anciaux à propos de la pénurie d'infirmiers.*

En ce qui concerne votre question, monsieur Anciaux, je souhaite y répondre en faisant quelques remarques préliminaires.

Nous avons, en effet, un manque d'infirmiers, mais il faut nuancer le propos, notamment sur les qualifications nécessaires. Je vous renvoie à mon plan d'attractivité pour ce qui est d'une vision plus complète. En tout cas, le groupe de travail sur les infirmiers de la Commission de planification travaille intensément à préciser ce besoin en personnel qualifié. J'ai toutefois des difficultés à partager votre avis selon lequel l'accroissement de qualification demandée aux infirmiers comporterait un risque supplémentaire. Au contraire, il s'agit d'insérer la profession infirmière dans un continuum avec la médecine qui, elle aussi, poursuit dans certains de ses aspects une évolution vers la spécialisation. Enfin, je vous rappelle que le secteur lui-même souhaite cette spécialisation, porteuse de valorisation, de diversification et de possibilités de carrières.

Je ne nie pas que notre pays attire des personnes étrangères compétentes, mais certainement moins que d'autres comme le Royaume-Uni. En tout cas nous n'avons pas de politique structurelle d'importation de talents étrangers, qui s'accompagne souvent, hélas !, d'appauvrissement en talents des pays d'origine. La Belgique n'est pas de ceux qui reportent la charge de leurs défis en ce domaine sur d'autres États membres, bien au contraire.

Je m'étonne que votre question porte sur les infirmiers et infirmières roumains, qui sont traités de la même façon que les autres infirmiers et infirmières issus d'un pays de l'Union européenne conformément à la transposition en droit belge de la directive 2005/36/CE. Je tiens en tout cas à rappeler à l'assemblée que les demandes d'infirmiers et infirmières roumaines de reconnaissance de qualification professionnelle en Belgique (sans obligation par ailleurs de venir y travailler) comptent en 2009 pour 5,3 pour cent des demandes relatives aux infirmiers gradués et 6,1 pour cent des infirmiers brevetés.

J'en viens plus précisément à votre question.

La Commission européenne a, en effet, décelé une erreur dans la transposition de la directive européenne qui empêche l'application de mesures de compensation pour les

en plant zij hiervoor concrete initiatieven? Ervaart de minister inzake de inschakeling van buitenlandse verpleegkundigen gelijkaardige problemen met andere landen? Beamt de minister dat deze problematiek dermate urgent en belangrijk wordt dat hierover een meer acut en slagkrachtig beleid dient te worden ontwikkeld? Is de minister op de hoogte van Europese initiatieven die dergelijke zaken in EU-verband zouden kunnen regelen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik zal beginnen met de vraag van de heer Anciaux over de homologatie van diploma's van Roemeense verpleegkundigen, vervolgens met het gedeelte van de vraag van de heer Ide met betrekking tot de test van de taalkennis en daarna de vraag van de heer Anciaux over het tekort aan verpleegkundigen.*

Wat de vraag over de Roemeense verpleegkundigen betreft, heb ik eerst een paar opmerkingen.

Wij hebben inderdaad verpleegkundigen nodig, maar dan wel met verschillende bekwaamheden. Voor een vollediger overzicht verwijs ik naar mijn Attractiviteitsplan. De werkgroep Verpleegkundigen van de Planningscommissie brengt thans de behoeften aan goed opgeleid personeel in kaart. Ik ben het niet eens met uw standpunt dat de groeiende kwalificatiecriteria voor de verpleegkundigen een bijkomend risico zouden vormen. Het is integendeel de bedoeling het beroep van verpleegkundige voortdurend af te stemmen op de geneeskunde, die zelf ook in sommige aspecten verder naar specialisatie evolueert. Bovendien is de sector zelf vragende partij voor deze specialisaties, die een herwaarderung, diversificatie en loopbaanmogelijkheden met zich meebrengen.

Ik ontken niet dat ons land een zekere aantrekkingskracht heeft op buitenlandse competenties, maar alleszins minder dan andere landen, zoals het Verenigd Koninkrijk. We voeren in ieder geval geen structureel beleid om buitenlands talent in te voeren, dat helaas dikwijls gepaard gaat met een verlies aan talent in de landen van oorsprong. België is geen land dat op dat gebied andere lidstaten met haar uitdagingen belast, wel integendeel.

Het verwondert mij dat uw vraag op de Roemeense verplegers en verpleegsters slaat. Ze worden immers op dezelfde manier als de andere verplegers en verpleegsters uit een land van de Europese Unie en in overeenstemming met de omzetting in Belgisch recht van richtlijn 2005/36/EG behandeld. Het aantal Roemeense verplegers en verpleegsters dat de erkenning van de beroepsbekwaamheden in België heeft aangevraagd in 2009 bedraagt 5,3% van de aanvragen betreffende gegradueerde verpleegkundigen en 6,1% van de gebrevetteerde verpleegkundigen.

Ik kom nu tot uw precieze vraag.

De Europese Commissie heeft inderdaad een fout in de omzetting van de Europese richtlijn ontdekt, omdat die voor de zogenaamde sectorale beroepen en met name de verpleegkundigen geen compensatiemaatregelen laat toepassen. Tot op heden was die fout de reden waarom voor een dossier waarin het verschil tussen de criteria van

professions dites sectorielles et notamment les infirmiers. C'est pour ce motif que jusqu'à présent dès qu'un dossier présentait une différence substantielle entre les critères appliqués en Belgique et dans le pays du migrant, on appliquait le régime général incluant des mesures de compensation. Mes prédécesseurs tout comme moi proposons au migrant, lors de l'envoi d'une décision strictement négative, d'obtenir une équivalence académique auprès d'une de nos trois Communautés afin de compléter son dossier, ce qui mène dès lors pour les infirmiers à l'autorisation de pratique en Belgique après inscription auprès d'une commission médicale.

La Commission a dénoncé cette situation dans sa mise en demeure 2010/4114. Depuis le 1^{er} décembre 2010, mon administration étudie les dossiers dans l'optique de la directive 2005/36/CE afin de satisfaire aux commentaires de la Commission ; il faut néanmoins envisager de modifier les lois de transposition actuelles. Nous ne proposons donc plus d'obtenir une équivalence académique en cas de rejet de la demande. Toutefois, cela suppose que nous mettions en œuvre les mesures de compensations prévues par la loi, ce qui signifie une individualisation des mesures en fonction du dossier. Cela ne va pas sans difficultés ni sans mobilisation de personnel si on veut garantir tout à la fois les droits du migrant et ceux du patient qui a le droit à être soignés par des professionnels compétents.

Nos administrations se concertent régulièrement ; cela permet l'échange d'expériences et une bonne compréhension des missions de chacun.

L'application des dispositions européennes a un coût. Or rappelons qu'en Belgique, toutes les procédures du service des professions des soins de santé du SPF de la Santé publique sont entièrement gratuites.

Le Conseil national de l'art infirmier s'est ému de la qualité, jugée faible, des infirmiers d'origine hors UE. Il est vrai que l'organisation des soins de santé et la technicité des soins est différentes dans d'autres régions du monde et que les infirmiers y assument par ailleurs un autre rôle ; dès lors les compétences de ce personnel sont différentes de celles que nous attendons en Belgique. En ce qui concerne les infirmiers venant de l'intérieur de l'UE, le Conseil veille à ce qu'il soit de qualité, mais il n'a pas relevé de problème majeur qui ne puisse être résolu par l'application des mesures de compensation.

La Commission Européenne a commencé un processus de révision de la directive 2005/36 ; nous y participons.

J'en viens à la question précise de M. Ide sur un examen linguistique. Tant la directive que la loi du 12 février 2008 et l'arrêté royal n° 78 imposent aux bénéficiaires de l'agrément la maîtrise de la langue nécessaire pour exercer la profession, ce qui, pour la Belgique, signifie la maîtrise du néerlandais, du français ou de l'allemand.

Ni la directive ni la loi n'imposent ou ne mentionnent des tests linguistiques ni même une procédure d'évaluation spécifique. En outre, cette obligation sort du cadre de la reconnaissance des qualifications professionnelles. Selon les institutions européennes, la maîtrise de la langue doit pouvoir être démontrée de n'importe quelle manière et sans limitation. Il faut aussi respecter le principe de

toepassing in België en die van toepassing in het land van de migrant een wezenlijk verschil vormde, het algemene stelsel met compensatiemaatregelen werd uitgevoerd. Mijn voorgangers en ikzelf stelden de migrant voor, in aanvulling op de strikt negatieve beslissing, bij één van onze drie Gemeenschappen een academische gelijkstelling te krijgen om zijn dossier te vervolledigen, wat voor de verpleegkundigen dan tot gevolg heeft dat ze na inschrijving bij een medische commissie hun beroep in België mogen uitoefenen.

De Commissie heeft deze toestand in haar ingebrekestelling 2010/4114 aangeklaagd. Mijn administratie onderzoekt sinds 1 december 2010 de dossiers volgens de visie van de richtlijn die tegemoet komt aan de opmerkingen van de Commissie, maar men zal toch moeten overwegen om de huidige omzettingswetten te wijzigen. Wanneer een aanvraag wordt geweigerd, stelt men dus niet meer voor een academische gelijkstelling te krijgen. Dat veronderstelt echter wel dat we de door de wet bepaalde compensatiemaatregelen uitvoeren, namelijk een individualisering van de maatregelen volgens de dossiers. Het garanderen van de rechten van de migrant en die van de patiënt met betrekking tot de bekwaamheden van elke professionele zorgverstrekker zal niet zonder moeite of werkkrachten gaan.

Onze administraties plegen regelmatig overleg, zodat men de wederzijdse opdrachten kan begrijpen en ervaringen kan uitwisselen.

De uitvoering van de Europese regels heeft een kostprijs. Laten we echter niet vergeten dat in België alle procedures van de FOD Volksgezondheid volledig gratis zijn.

De Nationale Raad voor Verpleegkunde was geschokt door de als zwak beoordeelde kwaliteit van de verpleegkundigen van buiten de EU. Het klopt dat de organisatie van de gezondheidszorg en de techniciteit ervan in andere gebieden in de wereld verschillend is en de verpleegkundigen er trouwens een andere rol spelen, en dat de competenties van dat personeel anders zijn dan wat men in België verwacht. Wat de verpleegkundigen uit de EU betreft, let de Raad op de kwaliteit, maar ze heeft geen belangrijke problemen vastgesteld die niet met de toepassing van compensatiemaatregelen kunnen worden opgelost.

De Europese Commissie is begonnen met een herzieningsprocedure van de richtlijn en wij werken daaraan mee.

Wat de precieze vraag van de heer Ide over een taalexamen betreft, leggen zowel de richtlijn als de wet van 12 februari 2008 en het koninklijk besluit nr. 78 de begunstigden van de erkenning de verplichting op om de nodige taalkennis voor de uitoefening van het beroep te hebben, wat voor België de kennis van het Nederlands, Frans of Duits betekent.

Noch de richtlijn, noch de wet verplichten of vermelden taaltesten of zelfs een specifieke evaluatieprocedure. Het gaat bovendien om een verplichting die buiten de hoofdstukken over de erkenning van de beroepsbekwaamheden zelf valt. Volgens de Europese instellingen moet de taalkennis op elke manier en zonder beperking kunnen worden aangetoond. Men moet ook het evenredigheidsbeginsel naleven. Taalproeven zijn dus niet uitgesloten, maar ze kunnen niet systematisch of

proportionnalité. Les tests linguistiques ne sont donc pas exclus mais on ne peut pas y avoir recours systématiquement ni de manière standardisée, et ils sont subordonnés à tout autre moyen de preuve.

Dans cette optique et dans le cadre de la réflexion sur un ajout de tests d'aptitude, mon administration examine dans quelle mesure on peut insérer l'évaluation de la connaissance linguistique dans ces épreuves.

La pénurie d'infirmiers et d'infirmières est bien réelle. C'est la raison pour laquelle nous avons, avec l'ensemble des associations concernées, élaboré un Plan pour l'attractivité de la profession infirmière. Ce plan concerne la revalorisation salariale. Comme vous le savez, c'est l'un des rares investissements consentis dans le cadre du dernier budget réalisé par le gouvernement, avant la période d'affaires courantes. Nous avons aussi pris d'autres mesures visant à attirer les jeunes.

Nous avons également tenté de diminuer la pénurie dans certaines branches, comme la gériatrie et la pédiatrie. Nous avons donc, avec la Commission de planification, veillé à obtenir un accord permettant d'intégrer dans ces métiers des médecins et des infirmiers spécialisés, en reconnaissant d'ailleurs le titre correspondant à la spécialisation et avec la revalorisation salariale y associée.

Il est aussi exact que les fonctions de cadres infirmiers – infirmiers en chef, notamment – n'attirent plus les infirmiers. Nous avons donc pris des mesures spécifiques. Nous les avons notamment intégrés au processus de dialogue et de décision, par exemple au sein des hôpitaux. La demande était une reconnaissance de l'importance de la profession d'infirmier/ère.

Pour ce qui est des concertations avec les Communautés, je précise qu'en dépit des rumeurs qui circulent, la Conférence interministérielle Santé publique fournit un excellent travail. Des accords y sont signés à chaque réunion. Les premières concertations menées au sein de cette conférence ont abouti à un protocole d'accord relatif à l'aide et aux soins, mettant un terme à une problématique longue et difficile – des recours ont même été introduits en la matière – portant sur les responsabilités respectives des professionnels des services d'aide aux personnes à domicile et des professionnels de la santé, les infirmiers en particulier. Ce protocole établit en outre les balises de la collaboration à instaurer ou à renforcer entre ces professions.

De fructueuses concertations ont également été menées et se poursuivent au sujet des aides-soignants. En collaboration avec la Commission d'agrément du Conseil national de l'art infirmier, elles visent à déterminer quels compléments de formation doivent suivre certains groupes de personnes candidates à l'enregistrement comme aide-soignant mais ne répondant pas aux critères de l'arrêté royal de janvier 2006. Cela évite de leur donner une simple réponse négative. On s'est notamment posé la question de savoir comment l'expérience utile pouvait permettre à ces aides-soignants d'être reconnus comme tels et de se diriger éventuellement vers la profession d'infirmier.

Enfin, pour ce qui concerne la formation des infirmiers bacheliers, des concertations ont lieu avec les trois communautés afin de répondre aux deux mises en demeure de

standaard worden gebruikt en ze zijn ondergeschikt aan elk ander bewijsmiddel.

In deze optiek en in het kader van de overweging om bekwaamheidsproeven in te voeren, onderzoekt mijn administratie in welke mate aan deze eisen kan worden voldaan door ook de evaluatie van de taalkennis in deze proeven op te nemen.

Er is wel degelijk een tekort aan verplegers. Daarom hebben we samen met de betrokken verenigingen een plan uitgewerkt om het beroep van verpleegkundige aantrekkelijk te maken. Dat plan betreft de loonherwaardering. Dat is een van de weinige investeringen die de regering heeft toegestaan bij de laatste begroting vóór de periode van lopende zaken. We hebben ook andere maatregelen genomen om jongeren aan te trekken.

We hebben ook getracht het tekort in bepaalde sectoren, zoals de geriatrie en de pediatrie, te verkleinen. We hebben er dus samen met de planningscommissie voor gezorgd dat er een akkoord werd bereikt waardoor in die sectoren gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen worden opgenomen. Bovendien werd de titel van de specialisatie, waaraan een loonherwaardering is verbonden, erkend.

Voor de verpleegkundige kaderfuncties, in het bijzonder de hoofdverpleegkundigen, worden geen kandidaten meer gevonden. We hebben dus specifieke maatregelen genomen. We hebben hen bij de besprekingen en de besluitvorming betrokken, bijvoorbeeld in de ziekenhuizen. De vraag betrof een erkenning van het belang van het beroep van verpleegkundige.

Wat het overleg met de gemeenschappen betreft, verricht de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, in tegenstelling tot de geruchten die de ronde doen, uitstekend werk. Op elke vergadering worden akkoorden getekend. De eerste onderhandelingen in die conferentie hebben tot een protocolakkoord geleid over de hulp en de zorg. Daarmee wordt een einde gemaakt aan een lange en moeilijke problematiek over de respectieve verantwoordelijkheden van de beroepsmensen van de thuiszorg en de beroepsmensen uit de gezondheidszorg, in het bijzonder de verpleegkundigen. Dat protocol schetst onder meer de samenwerking tussen die beroepen die moet worden ontwikkeld of versterkt.

Er zijn eveneens vruchtbare onderhandelingen aan de gang over de zorgkundigen. Die onderhandelingen hebben tot doel om, in samenwerking met de Erkenningcommissie van de Nationale Raad voor Verpleegkunde, te bepalen welke bijkomende opleiding sommige kandidaten die zich willen inschrijven als zorgkundige, maar die niet aan de voorwaarden van het koninklijk besluit van januari 2006 voldoen, moeten volgen. Daardoor moeten we hen niet gewoon weigeren. We hebben ons afgevraagd op welke manier ze op basis van hun nuttige ervaring erkend kunnen worden en eventueel in aanmerking komen voor het beroep van verpleger.

Voor wat de opleiding van de bachelor in de verpleegkunde betreft ten slotte, hebben er onderhandelingen met de drie gemeenschappen plaatsgevonden om tegemoet te komen aan twee ingebrekestellingen van de Europese Commissie. Als gevolg daarvan hebben de drie gemeenschappen hun

la Commission européenne. Les trois communautés ont été amenées à préciser leur organisation, à adapter leurs formations et leurs décrets respectifs, de façon à assurer la reconnaissance européenne aux infirmiers bacheliers belges.

La réponse officielle de la Commission est attendue.

Je viens de vous donner quelques éléments de réponse. Il y aurait beaucoup à dire sur toutes les professions du secteur de la santé. Lors de la dernière réunion de cette commission, nous avons longuement parlé de la profession de médecin généraliste et des mesures prises pour rendre attractives les zones moins peuplées qui manquent de médecins – je pense notamment au fonds Impulseo.

Ce vaste problème mériterait à lui seul une réunion de commission.

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Je remercie la ministre de sa réponse détaillée. Une chose en particulier me préoccupe. Vous avez dit, madame la ministre, que plus aucune équivalence académique ne serait demandée. Les reconnaissances académiques prennent environ trois à quatre mois, la reconnaissance professionnelle par le SPF quant à elle nécessite douze mois. Le deuxième problème est que, pour la reconnaissance académique, on tient compte d'un certain nombre de sensibilités qui ne sont pas prises en considération pour la reconnaissance professionnelle, comme l'attention à la langue, et j'en arrive ainsi à ce qu'a dit M. Ide. Je pense que la ministre doit vraiment être attentive à ce point. C'est une bonne chose que l'on collabore, et je n'ai certainement pas l'intention de critiquer les infirmiers roumains. Cela ne me pose aucun problème que des infirmiers européens ou autres viennent travailler ici mais il est nécessaire que les patients et les infirmiers puissent bien communiquer entre eux. C'est pourquoi l'attention à la langue est très importante.*

M. Louis Ide (N-VA). – *Un médecin étranger qui souhaite travailler aux États-Unis doit d'abord présenter un examen de médecine, et ce même s'il est le médecin le plus renommé de toute l'Europe. Là, les règles sont très strictes. À défaut, il ne peut traiter aucun patient. En cela, ils ont raison. La qualité des soins de santé exige que le titre académique soit harmonisé en Europe.*

La pierre angulaire d'une bonne relation entre le médecin et le patient est la langue. L'incident qui s'est produit à l'hôpital Reine Fabiola le prouve encore. J'ai déjà posé des questions à ce sujet en 2009 et en 2010. Je pose de nouveau la même question. En 2009, la ministre a déjà promis que l'administration examinerait les possibilités. J'insiste sur l'urgence. Un incident doit avoir lieu avant que l'on agisse. Si le principe de proportionnalité est respecté, l'Europe ne peut pas en faire un problème. Il y va en effet de la qualité de la médecine.

Je propose, si une épreuve linguistique formelle pose problème, que la ministre convienne avec les communautés d'exiger, dans le cadre du contrôle de la qualité des hôpitaux exercé par les communautés, que les prestataires de soins parlent la langue de leurs patients. La question traîne déjà depuis 2009, et dès lors j'y reviendrai.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre

organisatie gepreciseerd en hun inrichting en respectieve decreten aangepast zodat de Europese erkenning van de Belgische bachelor in de verpleegkunde verzekerd is.

We verwachten het officiële antwoord van de Commissie.

Ik heb enkele punten besproken. Er is veel te zeggen over alle beroepen in de gezondheidssector. Tijdens de laatste vergadering van die commissie hebben we lang gepraat over het beroep van huisarts en maatregelen genomen om de dunner bevolkte zones waar een artsentekort is, aantrekkelijker te maken. Ik denk in het bijzonder aan het Impulseofonds.

Dat omvangrijke probleem alleen al is een commissievergadering waard.

De heer Bert Anciaux (sp.a). – Ik dank de minister voor haar uitgebreide antwoord. Over één zaak in het bijzonder maak ik mij zorgen: als ik het goed begrepen heb, zei u dat er geen academische gelijkstelling meer aangevraagd zou worden. De academische erkenningen duren ongeveer drie à vier maanden, de beroepserkenning door de FOD vergt twaalf maanden. Het tweede probleem is dat bij de academische erkenning met een aantal gevoeligheden rekening wordt gehouden die bij de beroepserkenning niet van tel zijn, zoals de aandacht voor de taal, en daarmee kom ik op het punt van collega Ide. Ik denk dat de minister daar echt oog moet voor hebben. Het is goed dat er wordt samengewerkt en het is duidelijk niet mijn bedoeling kritiek te uiten op Roemeense verpleegkundigen. Ik heb geen enkel probleem met Europese of andere verpleegkundigen die hier komen werken, maar het is nodig dat patiënten en verpleegkundigen goed met elkaar kunnen communiceren. Daarom is aandacht voor de taal zeer belangrijk.

De heer Louis Ide (N-VA). – Een buitenlandse arts die in de Verenigde Staten wil werken, ook al is hij de meest gereputeerde arts van heel Europa, moet daar eerst een artsenexamen afleggen. De regels zijn daar zeer strikt. Zonder examen mag hij geen patiënt behandelen: kijken mag, maar aankomen niet. Ze hebben daar gelijk. Kwaliteit in de gezondheidszorg vereist dat de academische titulatuur in Europa wordt gelijkgeschakeld.

De hoeksteen van een goede arts-patiënt relatie is de taal. Het incident in het Fabiolaziekenhuis bewijst dat nog maar eens. Ik heb daarover in 2009 en 2010 al vragen gesteld. Nu stel ik opnieuw dezelfde vraag. In 2009 al beloofde de minister dat de administratie zou onderzoeken wat mogelijk is. Ik dring aan op spoed. Eerst moet er een incident zijn vóór men in actie schiet. Als het evenredigheidsprincipe wordt gerespecteerd, kan Europa daarvan geen probleem maken. Het gaat immers om de kwaliteit van de geneeskunde.

Ik stel voor dat, als een formele taalproef een probleem zou zijn, de minister met de Gemeenschappen zou afspreken om in het kader van de kwaliteit van de ziekenhuizen die door de Gemeenschappen moet worden gecontroleerd, te eisen dat zorgverstrekkers de taal van hun patiënten kunnen spreken. De kwestie sleept al aan sedert 2009 en ik zal hier dan ook op terugkomen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister

des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – La comparaison avec les États-Unis ne me semble pas judicieuse. En effet, la qualité des soins de santé est bien meilleure en Belgique, sauf pour une catégorie très minoritaire de la population américaine.

En ce qui concerne la langue, les choses ont changé. Je vous suggère d'écouter les questionnaires des hôpitaux ; vous constaterez les efforts considérables qui ont été réalisés sur le terrain. Je ne dis pas que tout est résolu mais un travail immense a été fait en faveur de l'accueil des patients, quels qu'ils soient.

Demande d'explications de Mme Fabienne Winckel à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accessibilité des frais liés aux séjours hospitaliers» (n° 5-261)

Mme Fabienne Winckel (PS). – De nombreuses dispositions ont été prises en vue de renforcer la protection des patients socialement fragilisés ou supportant des coûts élevés en soins de santé. Une étude des Mutualités socialistes a d'ailleurs clairement mis en évidence les résultats engrangés par plusieurs de ces mesures en termes d'amélioration de l'accessibilité des soins de santé.

Cependant, plusieurs points restent à améliorer. En effet, même si la croissance annuelle moyenne des frais pour un séjour hospitalier est restée modérée (+3,1%) entre 2004 et 2008, on constate un recours de plus en plus fréquent aux suppléments d'honoraires et aux coûts de matériel. La rubrique des médicaments non remboursables reste également importante et continue d'augmenter.

On constate aussi que la région d'hospitalisation a un impact non négligeable sur le coût d'un séjour. En effet, dans les hôpitaux bruxellois, un patient paie en moyenne 37% de plus qu'en Flandre et 43% de plus qu'en Wallonie. Certains hôpitaux facturent des médicaments aux patients alors que ceux-ci pourraient être pris en charge par l'assurance maladie et d'autres réclament des suppléments d'honoraires pouvant s'élever à 400% pour des soins relevant de pratiques dites « personnalisées », c'est-à-dire lorsque le médecin intervient directement au chevet du patient.

Les efforts précédents ont porté leurs fruits mais doivent être poursuivis afin de mieux protéger les patients contre ces augmentations de coûts et d'améliorer la transparence des suppléments d'honoraires, principalement à charge des patients.

Les efforts en matière de matériel remboursable vont-ils être poursuivis afin de réduire les suppléments à charge des patients et d'assurer une plus grande sécurité tarifaire ?

Les médicaments qui ne sont actuellement pas remboursés mais dont la plus-value thérapeutique a été démontrée dans certaines indications ne pourraient-ils pas être pris en charge ?

Quelles démarches seront entreprises afin que les hôpitaux ne facturent pas aux patients des médicaments qui pourraient être pris en charge par l'assurance maladie ? À quoi doit-on ce

van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – De vergelijking met de Verenigde Staten lijkt me niet verantwoord. De kwaliteit van de gezondheidszorg is veel beter in België, behalve voor een zeer kleine groep van de Amerikaanse bevolking.

Op het vlak van de taal zijn de zaken veranderd. Ik stel voor dat u eens luistert naar de managers van de ziekenhuizen. U zult zien dat er aanzienlijke inspanningen zijn geleverd op het terrein. Ik zeg niet dat alles is opgelost, maar er is hard gewerkt aan de opvang van patiënten.

Vraag om uitleg van mevrouw Fabienne Winckel aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de betaalbaarheid van kosten verbonden aan ziekenhuisverblijven» (nr. 5-261)

Mevrouw Fabienne Winckel (PS). – Er bestaan tal van maatregelen om sociaal kwetsbare patiënten of patiënten met hoge gezondheidskosten te beschermen. Uit een studie van de Mutualités socialistes blijkt dat die maatregelen de toegang tot de gezondheidszorg wel degelijk hebben vergemakkelijkt.

Niettemin zijn er nog verbeteringen mogelijk. Hoewel de kosten van een ziekenhuisverblijf tussen 2004 en 2008 een gematigde groei kenden met gemiddeld 3,1% jaarlijks, wordt immers vastgesteld dat steeds vaker ereloonsupplementen en materiaalkosten worden aangerekend. De rubriek niet-terugbetaalde geneesmiddelen blijft belangrijk en stijgt nog.

De studie stelt eveneens vast dat het gewest waar het ziekenhuis is gevestigd, een niet te verwaarlozen invloed heeft op de verblijfskosten. In de Brusselse ziekenhuizen betaalt een patiënt gemiddeld 37% meer dan in Vlaanderen en 43% keer meer van in Wallonië. Sommige ziekenhuizen factureren geneesmiddelen aan patiënten die ten laste van de ziekteverzekering vallen; andere vragen ereloonsupplementen die in de gepersonaliseerde optie tot 400% kunnen bedragen.

De geleverde inspanningen hebben vruchten afgeworpen, maar moeten worden voortgezet om de patiënten beter tegen deze kostenstijgingen te beschermen en de transparantie van de ereloonsupplementen, die grotendeels ten laste vallen van de patiënten, te verbeteren.

Zullen de inspanningen voor de terugbetaling van materiaal worden voortgezet om de supplementen die ten laste vallen van de patiënten te verminderen en een grotere tariefzekerheid te garanderen?

Kunnen geneesmiddelen die op dit ogenblik niet worden terugbetaald, maar waarvan de therapeutische meerwaarde voor sommige indicaties is aangetoond, niet in aanmerking komen voor terugbetaling?

Hoe zal ervoor worden gezorgd dat ziekenhuizen hun patiënten geen geneesmiddelen meer aanrekenen die door de ziekteverzekering worden betaald? Hoe is een dergelijk gedrag te verklaren?

Kunnen de ereloonsupplementen die een gevolg zijn van de

comportement ?

Les suppléments d'honoraires liés à la notion de « pratique personnalisée » ne pourraient-ils pas être limités ?

Quelles sont les raisons expliquant les différences des suppléments entre les hôpitaux et entre les régions ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Les efforts visant à réduire les suppléments à charge des patients et à assurer une plus grande sécurité tarifaire seront poursuivis en 2011. Dans le budget 2011, une enveloppe dont l'importance reste à déterminer sera affectée à la réduction des suppléments des patients pour les prothèses de hanche métal/métal et céramique/céramique. En outre, un remboursement sera prévu pour les colles dont l'utilisation est recommandée pour certaines indications/interventions.

En outre, plusieurs propositions de modification de la nomenclature et d'instauration d'un remboursement pour les nouvelles techniques, pour lesquelles un budget de 17 millions d'euros a été accordé au sein de ce secteur, suivent actuellement la voie réglementaire pour être insérées dans la liste.

Les travaux concernant la nouvelle procédure de remboursement pour les implants et les dispositifs médicaux invasifs sont entrés dans leur phase finale. La progression de ce dossier suppose toutefois une modification de la loi.

Les médicaments qui ne sont pas remboursés sont en général des médicaments pour lesquels aucune demande n'a été introduite par la firme qui les commercialise. Il s'agit assez souvent de médicaments anciens, peu coûteux.

Certains médicaments dont la plus-value thérapeutique a été démontrée, ne seront cependant pas inscrits sur la liste des spécialités remboursables parce que le prix demandé par la firme est jugé disproportionné par la Commission de remboursement des médicaments, par rapport au bénéfice thérapeutique.

La Commission de remboursement des médicaments peut proposer l'inscription dans la liste, après avis du représentant du ministre de la Santé publique, s'il s'agit d'une spécialité dont les charges financières grèvent lourdement le budget des ménages, si elle est sur le plan thérapeutique indispensable pour le traitement d'affections peu courantes et si elle ne peut pas être remplacée par des produits de nature identique, qui seraient commercialisés en Belgique.

Par ailleurs, l'arrêté royal du 16 mai 2006 a traité au problème de la forfaitarisation de l'intervention de l'assurance dans les hôpitaux. Dans son article 2, cet arrêté prévoit que les médicaments forfaitarisables du chapitre IV sont toujours inclus dans le forfait, même s'ils sont utilisés en dehors des indications autorisées, mais sous la pleine responsabilité du médecin prescripteur. Cela permet néanmoins à un certain nombre de patients hospitalisés de bénéficier du remboursement de ces médicaments.

Depuis la forfaitarisation des médicaments à l'hôpital, les médicaments du chapitre IV, hors forfait et hors indication, sont à charge du patient si l'hôpital en a informé préalablement le médecin-conseil. Dans le secteur

gepersonaliseerde optie niet worden beperkt?

Hoe kunnen de verschillen in supplementen tussen ziekenhuizen en tussen gewesten worden verklaard?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – De inspanningen om de supplementen ten laste van de patiënt te verminderen en een grotere tariefzekerheid te garanderen zullen in 2011 worden voortgezet. In de begroting 2011 zal een nog te bepalen bedrag bestemd zijn voor de vermindering van de patiëntensupplementen voor heupprothesen metaal op metaal en keramiek op keramiek. Ook de lijmen waarvan het gebruik voor sommige indicaties of interventies is aanbevolen, worden terugbetaald.

Daarnaast zijn verschillende voorstellen voor een nomenclatuurwijziging en voor een terugbetaling van nieuwe technieken in behandeling om aan de lijst te worden toegevoegd en waarvoor een budget van 17 miljoen euro werd toegekend.

De werkzaamheden rond de nieuwe terugbetalingsprocedure voor implantaten en invasieve medische hulpmiddelen zijn in hun eindfase getreden. Eerst is echter nog een wetswijziging nodig.

Geneesmiddelen die niet worden terugbetaald, zijn in het algemeen geneesmiddelen waarvoor de firma die ze commercialiseert, geen aanvraag heeft ingediend. Het gaat meestal om oude, goedkope geneesmiddelen.

Sommige geneesmiddelen waarvan de therapeutische waarde is aangetoond, worden evenwel niet opgenomen in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten omdat hun prijs volgens de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen niet in verhouding staat tot de therapeutische voordelen.

De Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen kan een opname in de lijst voorstellen, na advies van een vertegenwoordiger van de minister van Volksgezondheid, als het gaat om een specialiteit waarvan de kosten zwaar doorwegen in het gezinsbudget, noodzakelijk is voor de behandeling van weinig voorkomende aandoeningen en niet kan worden vervangen door gelijkaardige producten die in België verkrijgbaar zijn.

Het koninklijk besluit van 16 mei 2006 heeft betrekking op de forfaitarisering van de tegemoetkoming van de verzekering in ziekenhuizen. In artikel 2 bepaalt dit besluit dat de voor forfaitarisering in aanmerking komende geneesmiddelen van Hoofdstuk IV nog altijd in het forfait zijn opgenomen, ook als ze worden gebruikt buiten de goedgekeurde indicatie, maar onder de volle verantwoordelijkheid van de voorschrijvende arts. Daardoor kunnen bepaalde patiënten een terugbetaling van die geneesmiddelen genieten.

Sinds de forfaitarisering van de geneesmiddelen in ziekenhuizen zijn de geneesmiddelen van Hoofdstuk IV, zonder forfait en zonder indicatie, ten laste van de patiënt als het ziekenhuis dat vooraf aan de adviserend geneesheer heeft gemeld. In de ambulante zorg, in het ziekenhuis, zijn die geneesmiddelen ook ten laste van de patiënt. Die bedragen

ambulatoire, à l'hôpital, ces médicaments sont également à charge des patients. Ils peuvent représenter des sommes énormes pour le patient.

Lors de la fixation et de la répartition de l'objectif budgétaire 2010 pour les soins de santé, les organismes assureurs ont fait une proposition au Comité de l'assurance qui prévoyait de solidariser les montants « médicaments Chapitre IV ».

Cette proposition n'a toutefois pas pu aboutir et le budget a été réorienté dans le cadre des décisions budgétaires de 2011 pour permettre la mise à disposition et le remboursement accéléré de spécialités pharmaceutiques ou de thérapies innovantes pour des indications non encore reconnues, non encore mises sur le marché ou non encore remboursées.

Nous avons toutefois remarqué que, pour quelques hôpitaux, la part des montants « médicaments Chapitre IV », hors situations remboursables par l'assurance obligatoire, facturés aux patients par rapport au montant total Chapitre IV atteignait des pourcentages très élevés. Par conséquent, la Commission de profil des hôpitaux a décidé de se pencher sur cette problématique.

À ce stade, on ne peut formuler d'hypothèse quant aux explications de ce comportement, mais les analyses que mènera la commission permettront peut-être d'apporter des éléments de réponse.

La notion de « pratique personnalisée » n'a tout simplement pas d'existence juridique dans le cadre de la législation relative aux suppléments. Seuls deux facteurs peuvent influencer l'autorisation ou l'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires : le choix de la chambre – commune, double ou individuelle – et le statut du médecin – conventionné ou non.

La déclaration d'admission, qui doit être présentée au patient lors de son arrivée à l'hôpital, vise à expliquer ce système au patient et le contraint à opter pour un type de chambre et à choisir d'être ou non soigné selon les tarifs de l'accord.

Si, dans un hôpital, des suppléments d'honoraires sont facturés au patient pour un motif sans rapport avec le choix de la chambre ou le choix d'être ou non soigné selon les tarifs de l'accord, cet hôpital enfreint en réalité la loi.

La loi relative aux hôpitaux fixe uniquement le cadre que doivent respecter les hôpitaux pour la facturation des suppléments au patient. Les tarifs maximums des suppléments d'honoraires appliqués dans un hôpital doivent figurer dans le règlement général de l'hôpital. Il en résulte que ces tarifs maximums sont convenus d'un commun accord entre le gestionnaire et le conseil médical.

Je ne puis que constater, comme vous, l'existence de différences parfois importantes entre les régions et entre les hôpitaux individuels. Cependant, il ne me semble pas judicieux de faire pour l'instant des suppositions sans qu'une étude approfondie ne soit menée à ce sujet.

Je tiens enfin à rappeler les progrès engrangés ces dernières années dans l'encadrement de la pratique des suppléments dans les hôpitaux, dont le dernier en date, à savoir la suppression au 1^{er} janvier 2010 de tous les suppléments de chambre dans les chambres communes et à deux lits, a constitué un pas important vers la maîtrise de la facture

kunnen voor de patiënt sterk oplopen.

Bij de vastlegging en de verdeling van de budgettaire doelstelling 2010 voor gezondheidszorg, hadden de verzekeringsinstellingen het Verzekeringscomité voorgesteld de geneesmiddelen Hoofdstuk IV te solidariseren.

Dat voorstel werd niet aanvaard. Het budget werd geheroriënteerd in het kader van de begroting 2011 om de versnelde toegang en terugbetaling mogelijk te maken van farmaceutische specialiteiten of innoverende therapieën voor nog niet erkende indicaties, die nog niet op de markt zijn of nog niet worden terugbetaald.

We hebben niettemin vastgesteld dat voor enkele ziekenhuizen het aandeel van de geneesmiddelen Hoofdstuk IV die aan de patiënt worden gefactureerd – terugbetalingen door de verplichte verzekering buiten beschouwing gelaten – in het totale bedrag van de geneesmiddelen Hoofdstuk IV, zeer groot was. De Commissie van de ziekenhuisprofielen heeft beslist die problematiek te onderzoeken.

In dit stadium kan geen hypothese naar voren worden geschoven om deze vaststelling te verklaren. Het onderzoek door de commissie zal misschien een antwoord bieden.

Het begrip gepersonaliseerde optie is juridisch niet bestaand in het kader van de wetgeving op de supplementen. Slechts twee factoren kunnen de toestemming of het verbod om ereloon-supplementen te factureren beïnvloeden: de kamerkeuze – gemeenschappelijke kamer, tweepersoons- of eenpersoonskamer – en het statuut van de arts, al dan niet geconventioneerd.

De opnameverklaring die aan de patiënt moet worden voorgelegd als hij in het ziekenhuis aankomt, moet dit systeem aan de patiënt uitleggen en hem vragen welk soort kamer hij wil en of hij al dan niet tegen verbintenis tarief verzorgd wil worden.

Als een ziekenhuis een patiënt ereloon-supplementen aanreket om redenen die geen verband houden met zijn kamerkeuze of met zijn keuze tegen verbintenis tarief verzorgd te worden, overtreedt dat ziekenhuis de wet.

De wet op de ziekenhuizen legt alleen een kader vast dat de ziekenhuizen voor de facturering van de supplementen aan de patiënten in acht moeten nemen. De maximumtarieven voor de erelonen moeten worden opgenomen in het algemeen reglement van het ziekenhuis en maken bijgevolg het voorwerp uit van afspraken tussen beheer en medische raad.

Net als u kan ik alleen maar vaststellen dat er soms grote verschillen bestaan tussen de gewesten en tussen de afzonderlijke ziekenhuizen. Het lijkt me echter niet wenselijk om nu veronderstellingen naar voren te schuiven zonder over een diepgaande studie te beschikken.

De jongste jaren werd toch heel wat vooruitgang geboekt wat betreft de inperking van de supplementen in de ziekenhuizen. De recentste, de afschaffing van de kamersupplementen voor tweepersoonskamers, dateert van 1 januari 2010 en betekende een belangrijke stap vooruit voor de beheersbaarheid van de ziekenhuisfactuur en de toegang tot de zorgverstreking.

hospitalière et le maintien d'une accessibilité des soins.

Mme Fabienne Winckel (PS). – J'ai été interpellée par cette question après avoir lu l'étude réalisée par les Mutualités socialistes. Étant donné les écarts importants existant entre les hôpitaux et entre les régions, il me semblerait judicieux de lancer une étude en vue de réduire les différences de coûts qu'ils engendrent.

Demande d'explications de Mme Fabienne Winckel à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la prévention des cancers professionnels» (n° 5-286)

Mme Fabienne Winckel (PS). – Selon le Fonds des maladies professionnelles, 4 à 10% des cancers seraient d'origine professionnelle et 10% des travailleurs seraient exposés à des substances cancérigènes sur leur lieu de travail. Entre le moment de l'exposition aux substances cancérigènes et la déclaration de la maladie, il se passe souvent des années, voire des décennies, et d'autres facteurs tels que le tabac et la pollution peuvent entrer en ligne de compte. Actuellement, ni statistiques ni registres officiels ne relèveraient le nombre de cancers professionnels.

Bien qu'une liste limitative des substances cancérigènes ait été établie par le Fonds des maladies professionnelles, il existe encore une centaine de produits qui n'y figurent pas et pour lesquels il y a suspicion. En effet, beaucoup d'incertitude règne autour des mécanismes complexes d'action des produits. Dès lors, dans ce système dit ouvert, un travailleur victime d'une maladie professionnelle doit, pour obtenir indemnisation, pouvoir établir clairement la relation de cause à effet. Par conséquent, seuls 15% des cancers professionnels seraient reconnus comme tels.

Apparemment, il n'existe rien à ce jour en termes de prévention primaire et pas grand-chose en termes de dépistage et de surveillance. Pire, les travailleurs ne se rendraient pas compte de la dangerosité des produits qu'ils utilisent pour leur travail, étant entendu que les substances qu'ils manipulent ne sont pas nécessairement irritantes ou nauséabondes. Ils se conformeraient de plus au comportement collectif induit par le groupe. Il est également établi que les individus exposés à un danger ont tendance à mettre en œuvre un processus psychologique afin d'en nier l'existence.

Les entreprises concernées disposeraient en général d'un soutien social faible, adopteraient des procédures mal contrôlées afin de donner la priorité absolue à la production, feraient preuve d'une absence de culture de sécurité et utiliseraient des systèmes d'aspiration insuffisants. La médecine du travail et les membres du CPPT devraient donc jouer un rôle plus important pour combattre ce phénomène et se rendre plus souvent sur les lieux de travail afin de pouvoir déterminer avec plus de précisions les risques qu'encourent les travailleurs.

Madame la ministre, ne faudrait-il pas que les médecins du travail, les membres du CPPT et les responsables s'impliquent davantage afin d'induire une prévention collective ?

Les entreprises ne devraient-elles pas être contraintes à mettre

Mevrouw Fabienne Winckel (PS). – *Mijn aandacht werd getrokken door een studie van de Mutualités socialistes. Gezien de grote kostenverschillen tussen ziekenhuizen en gewesten, lijkt het mij wenselijk na te gaan op welke manier die verschillen kunnen worden vermindert.*

Vraag om uitleg van mevrouw Fabienne Winckel aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de preventie van beroepskankers» (nr. 5-286)

Mevrouw Fabienne Winckel (PS). – *Volgens het Fonds voor de Beroepsziekten zou 4 tot 10% van de kankergevallen beroepskankers zijn en zou 10% van de werknemers op de werkplek worden blootgesteld aan kankerverwekkende stoffen. Tussen het tijdstip van de blootstelling aan carcinogene stoffen en het uitbreken van de ziekte liggen vaak jaren of zelfs decennia. Daarbij kunnen andere factoren zoals tabaksgebruik of vervuiling een rol spelen. Momenteel bestaan er geen officiële statistieken of registers over het aantal beroepskankers.*

Hoewel het Fonds voor de Beroepsziekten een limitatieve lijst van kankerverwekkende stoffen heeft opgesteld, staan nog ongeveer honderd verdachte stoffen niet op de lijst, hoewel wordt vermoed dat ze schadelijk zijn. Er bestaat grote onzekerheid over de complexe werking van die producten. In dat zogenaamde open systeem moet een werknemer die het slachtoffer is van een beroepsziekte, duidelijk het oorzakelijk verband aantonen om een schadevergoeding te krijgen. Bijgevolg zou slechts 15% van de beroepskankers worden erkend.

Blijkbaar bestaat er tot op heden nog niets inzake primaire preventie; inzake opsporing en monitoring is nog niet veel voorhanden. Erger nog, de werknemers zouden niet beseffen hoe gevaarlijk de producten zijn die zij voor hun werk gebruiken, aangezien die stoffen niet noodzakelijk irritatie of misselijkheid veroorzaken. Bovendien zouden die werknemers zich aanpassen aan het collectieve gedrag van de groep. Ook is aangetoond dat mensen die aan een dergelijk gevaar worden blootgesteld, de neiging hebben het bestaan van dat gevaar psychologisch te ontkennen.

De betrokken bedrijven zouden in het algemeen weinig sociale steun bieden. Ze zouden slecht gecontroleerde procedures volgen teneinde de absolute voorrang te geven aan de productie. Er zou geen veiligheidscultuur heersen en ze zouden ontoereikende afzuiginstallaties gebruiken. De arbeidsgeneeskundige dienst en het CPBW zouden bijgevolg een belangrijkere rol moeten spelen om dat fenomeen aan te pakken. Ze zouden zich vaker op de werkvloer moeten begeven om nauwkeuriger vast te stellen welke risico's de werknemers lopen.

Moeten de arbeidsgeneesheren, de leden van het CPBW en de verantwoordelijken niet veel meer werk maken van collectieve preventie?

Moeten de bedrijven niet worden verplicht om een

en œuvre une culture de groupe visant à lutter contre les comportements à risques des travailleurs, voire à sanctionner ceux qui ne se conformeraient pas aux moyens de sécurité ?

Serait-il envisageable de mettre en œuvre des programmes de prévention coordonnés auprès des entreprises par les pouvoirs publics ?

La médecine du travail ne devrait-elle pas établir en collaboration avec la direction des entreprises la liste des postes de travail qui impliquent une surveillance des travailleurs pour détecter les risques de cancer ? Ne pourrait-on dès lors établir une carte de santé pour les travailleurs concernés ? Dans l'affirmative, ces dossiers ne pourraient-ils pas être gérés par le Fonds des maladies professionnelles une fois que le travailleur sort du circuit du travail ?

Ne devrait-on pas mettre en place une formation obligatoire pour les travailleurs afin de les sensibiliser aux dangers liés au lieu de travail ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Le monde médical n'a pas comme but premier de rechercher l'origine professionnelle de la maladie. Il s'inscrit naturellement dans une démarche curative.

Il existe un registre du cancer. Ce registre du cancer collecte des données sur les nouveaux cas de cancer en Belgique et montre la nature et l'étendue de ceux-ci par des cartes, mais sans préciser l'étiologie professionnelle.

En ce qui concerne les cancers professionnels, nous ne disposons que des statistiques des cas de demandes introduites auprès du Fonds des maladies professionnelles et des cas de reconnaissance.

Par définition, ces statistiques ne reflètent effectivement qu'une partie de la réalité des cancers professionnels.

En ce qui concerne la prévention, il ne faut toutefois pas sous-estimer l'impact de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Cette loi constitue la base de la législation sur la sécurité et la santé au travail. Rappelons que chaque employeur doit mener une politique du bien-être basée sur les principes généraux. Cette politique doit être intégrée dans le management complet de l'entreprise.

Afin de détecter les risques pour les travailleurs, chaque employeur doit disposer d'un service interne pour la prévention et la protection au travail. Pour certains aspects de cette mission, l'employeur devra cependant faire appel à un service externe pour la prévention et la protection au travail.

Les services externes, dans lesquels diverses disciplines sont représentées, sont chargés de l'évaluation des risques. Au sein de ces services, des sections, agréées par les Communautés, sont chargées de la surveillance médicale des travailleurs.

Enfin, les employeurs sont plus précisément tenus d'évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs qui résultent de la présence sur le lieu de travail d'agents chimiques et de prendre les mesures de prévention qui s'imposent.

La mise en œuvre d'un certain nombre d'agents chimiques est interdite. Même si cette question relève davantage de la

groepscultuur te ontwikkelen die erop is gericht risicogedrag onder de werknemers te bestrijden of zelfs diegenen te straffen die de veiligheidsnormen niet naleven?

Kan de overheid in de bedrijven geen gecoördineerde preventieprogramma's uit te voeren?

Moeten de arbeidsgeneeskundige diensten niet samen met de directies van de ondernemingen lijsten opstellen van de werkplaatsen waar de werknemers moeten worden gescreend op het risico van kanker? Moet bijgevolg geen gezondheidskaart worden opgesteld voor de betrokken werknemers? Zo ja, kan het Fonds voor de Beroepsziekten die dossiers niet behandelen wanneer de werknemer het arbeidscircuit heeft verlaten?

Moeten de werknemers geen verplichte opleiding krijgen om hen te sensibiliseren voor de gevaren op de werkplek?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – De medische wereld is vanzelfsprekend vooral gericht op genezing, en niet zozeer op het achterhalen van de beroepsachtergrond van de ziekte.

In het kankerregister worden alle gegevens verzameld over de nieuwe kankergevallen in België. Het geeft een beeld van de aard en de omvang, maar niet de professionele etiologie.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal aanvragen voor de erkenning van beroepskankers dat bij het Fonds voor de Beroepsziekten werd ingediend, noch over het aantal erkenningen.

Die gegevens geven slechts een gedeeltelijk beeld van de realiteit van de beroepskankers.

Wat de preventie betreft, mag de impact van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk niet worden onderschat.

Die wet vormt de basis voor de wetgeving over de veiligheid en de gezondheid op het werk. Zo moet elke werkgever een welzijnsbeleid voeren dat op algemene beginselen is gebaseerd. Dat beleid moet in het algemene bestuur van de onderneming worden geïntegreerd.

Om de risico's voor de werknemers op te sporen moet elke werkgever beschikken over een interne dienst voor preventie en bescherming op het werk. Voor sommige aspecten van die opdracht zal de werkgever een beroep moeten doen op een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk.

De externe diensten, waarin meerdere disciplines vertegenwoordigd zijn, zijn belast met de risico-evaluatie. Binnen die diensten zijn afdelingen, die door de gemeenschappen zijn erkend, belast met het medische toezicht op de werknemers.

Ten slotte moeten de werkgevers meer bepaald de risico's voor de veiligheid en de gezondheid van de werknemers evalueren die voortvloeien uit de aanwezigheid van chemische agentia op de werkvloer. Ook moeten ze de nodige preventie maatregelen nemen.

Het gebruik van bepaalde chemische agentia is verboden. Ook al valt die kwestie hoofdzakelijk onder de bevoegdheid

compétence de la ministre de l'Emploi, je souhaiterais insister sur le fait qu'il faut privilégier la suppression ou la limitation du risque par le biais de moyens collectifs de protection. La protection individuelle n'est que le dernier recours en matière de prévention.

Je suis donc entièrement d'accord avec vous sur la nécessité de poursuivre et d'intensifier la prévention collective au sein des entreprises mais la sanction individuelle des travailleurs ne me paraît pas opportune.

Sur la base de l'analyse de risques prévue par la législation relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, on pourrait envisager un enregistrement systématique des expositions nocives cancérigènes auxquelles chaque travailleur aurait été soumis au long de sa carrière.

Sur la base de cette information, il serait effectivement envisageable de charger le Fonds des maladies professionnelles d'établir un registre des risques cancérigènes encourus par le travailleur, registre qui pourrait être consulté par le médecin traitant.

La question m'interpelle particulièrement en ma qualité de ministre de la Santé et des Affaires sociales. Je me propose donc d'interroger le Fonds des maladies professionnelles à ce sujet.

Mme Fabienne Winckel (PS). – Je vous remercie de votre réponse et suis curieuse de connaître la suite qui sera réservée à cette question.

J'avais été interpellée par un rapport du Fonds des maladies professionnelles qui mettait ce point en évidence.

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'octroi d'une indemnisation par le Fonds des accidents médicaux en cas de naissance d'un enfant handicapé» (n° 5-319)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *L'association flamande des gynécologues a récemment tiré la sonnette d'alarme. Au cours de ces derniers mois, deux médecins ont dû comparaître devant le juge parce qu'un enfant était né avec une malformation. Il ressort d'un arrêt rendu le 21 septembre 2010 par la cour d'appel de Bruxelles que le risque d'une condamnation est bien réel. Bien que cet arrêt concerne la responsabilité aquilienne classique, ma question porte sur la responsabilité sans faute.*

La loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé est entrée en vigueur en avril 2010. Bien que nous souscrivions à l'opportunité de la responsabilité sans faute pour les accidents médicaux, la N-VA avait des objections fondamentales quant au fonctionnement pratique du Fonds des accidents médicaux. Il est également intéressant de remarquer que l'article 5, §2, de la version originale de la loi contenait la disposition explicite suivante : « Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance. » Cette loi exclut donc explicitement la possibilité de réclamer

van de minister van Werk, wil ik benadrukken dat de voorrang moet worden gegeven aan de wegwerking of de beperking van het risico met collectieve beschermingsmiddelen. De individuele bescherming is inzake preventie slechts een ultieme remedie.

Ik ben het dan ook volstrekt met u eens dat de collectieve preventie in de ondernemingen moet worden voortgezet en versterkt, maar de individuele sanctie van werknemers lijkt me niet raadzaam.

Op basis van de risicoanalyse die werd vastgelegd in de wetgeving betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, kan worden gedacht aan een systematische registratie van de blootstellingen aan schadelijke kankerverwekkende stoffen die iedere werknemer gedurende zijn carrière heeft ondergaan.

Op basis van die informatie zou het Fonds voor de Beroepsziekten inderdaad kunnen worden belast met het opstellen van een register van kankerverwekkende risico's waaraan de werknemer is blootgesteld. Dat register zou door de huisarts kunnen worden geconsulteerd.

Die kwestie ligt me als minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid na aan het hart. Ik zal het Fonds voor de Beroepsziekten hierover aanspreken.

Mevrouw Fabienne Winckel (PS). – *Ik dank de minister voor haar antwoord en ben benieuwd welk gevolg aan de kwestie zal worden gegeven.*

Ik heb deze vraag gesteld naar aanleiding van een rapport van het Fonds voor de Beroepsziekten, waarin dit probleem werd aangekaart.

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het toekennen van schadevergoedingen door het Fonds voor medische ongevallen bij de geboorte van een kind met een handicap» (nr. 5-319)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Onlangs trok de Vlaamse vereniging van gynaecologen aan de alarmbel. In de afgelopen maanden moesten twee artsen voor de rechter verschijnen omdat een kind met een afwijking werd geboren. Dat het risico op een veroordeling reëel is, blijkt uit een arrest dat op 21 september 2010 door het hof van beroep te Brussel werd gevelde. Hoewel dit arrest tot stand kwam via de klassieke schuldaansprakelijkheid, betreft mijn vraag de foutloze aansprakelijkheid.

In april 2010 werd de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg van kracht. Hoewel we de wenselijkheid van de foutloze aansprakelijkheid bij medische ongevallen onderschrijven, had de N-VA fundamentele bedenkingen bij de praktische werking van het Fonds voor medische ongevallen. Ook is het interessant op te merken dat artikel 5, §2, van de oorspronkelijke versie van de wet de volgende uitdrukkelijke bepaling bevatte: 'Niemand kan schadevergoeding vorderen enkel wegens het feit dat hij geboren is'. Die wet sloot dus uitdrukkelijk de mogelijkheid

une indemnisation du simple fait de la naissance. Dans la version établie par le cabinet, cette référence fait toutefois défaut.

Un diagnostic incomplet peut donc donner lieu au versement d'une allocation par le Fonds des accidents médicaux. Puisque le diagnostic prénatal est presque par définition incomplet, nous devons évidemment nous attendre à une avalanche de cas administratifs et judiciaires.

Pour quelle raison l'article 5, §2, de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé n'a-t-il pas été repris dans la loi actuelle sur le Fonds des accidents médicaux ?

La ministre estime-t-elle souhaitable, malgré le fait que le Fonds n'ait encore octroyé aucune allocation faute d'arrêtés d'exécution, qu'une demande introduite auprès du fonds actuel soit recevable pour une indemnisation du seul fait de la naissance d'un individu ?

Quelles sont les conséquences pour l'inclusion des personnes handicapées dans la société ?

Quelles démarches la ministre fera-t-elle ? Soutiendra-t-elle activement une initiative parlementaire à ce sujet ?

M. Bert Anciaux (sp.a). – *Cette problématique a deux faces : la crainte justifiée de l'exagération et la lourde responsabilité qui pèse sur les épaules des médecins d'une part et de l'autre les droits du patients. Nous ne pouvons évoluer vers la situation états-unienne où les médecins n'appliquent plus certains traitements pour éviter de commettre une faute. En outre il y a en effet la question qui doit être posée des droits du patients et de la reconnaissance de la responsabilité des médecins. Je suis curieux de connaître le choix que fera la ministre.*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Nous avons beaucoup discuté de ce dossier durant la législature précédente afin de choisir la meilleure des voies possibles pour l'indemnisation des erreurs médicales. Il convient bien entendu de responsabiliser les médecins tout en évitant de les paralyser dans leur pratique quotidienne. Il faut en même temps protéger les patients et leur apporter un soutien.*

Un projet de loi avait jadis été déposé mais il n'a pas fait l'objet d'un consensus et était inapplicable. Je l'ai dès lors retravaillé. Nous avons à cet effet pris exemple sur le modèle français qui fonctionne assez bien. En collaboration avec le parlement, nous avons fait voter la loi du 31 mars 2010. Elle a instauré un système « à deux voies » dans lequel la victime a toujours le choix de s'adresser soit au Fonds soit aux cours et tribunaux pour obtenir une indemnisation, en s'appuyant essentiellement sur les règles classiques de la responsabilité. Parallèlement, la loi organise un système d'indemnisation spécifique pour les « accidents médicaux sans responsabilité », indemnisation qui est à la charge de l'État.

Tout est fait depuis l'adoption de la loi pour qu'elle puisse entrer en vigueur au plus vite. Toutefois, comme vous le savez, peu de temps après le 31 mars 2010, les chambres sont été dissoutes et nous avons été interrompus dans notre envol. Pour son application, la loi nécessite cependant peu d'arrêtés

uit om een schadevergoeding te eisen wegens het loutere feit dat hij geboren is. In de versie die door het kabinet werd opgesteld, ontbreekt deze verwijzing echter.

Een onvolledige diagnose kan dus aanleiding geven tot een uitkering van het Fonds voor medische ongevallen. Daar prenatale diagnostiek haast per definitie onvolledig is, staat ons in deze allicht een lawine van administratieve en gerechtelijke casuïstiek te wachten.

Om welke reden werd artikel 5, §2, van de wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg van 15 mei 2007 niet overgenomen in de huidige wet op het Fonds voor medische ongevallen?

Acht de minister, ondanks het feit dat bij gebrek aan uitvoeringsbesluiten het fonds nog geen uitkeringen toekent, het wenselijk dat een aanvraag bij het huidige Fonds voor medische ongevallen ontvankelijk is voor schadevergoedingen wegens het feit dat een individu werd geboren?

Welke zijn de gevolgen met betrekking tot de inclusie van personen met een handicap in de maatschappij?

Welke stappen zal de minister hierin doen? Zal de minister een parlementair initiatief ter zake actief steunen?

De heer Bert Anciaux (sp.a). – *Deze problematiek heeft twee facetten: de terechte vrees voor overdrijving en de zware verantwoordelijkheid die op de schouders van de artsen rust, enerzijds, en de patiëntenrechten, anderzijds. We mogen niet naar Amerikaanse toestanden evolueren waar artsen bepaalde handelingen niet meer stellen om te voorkomen dat ze fouten maken. Daarnaast is er echter ook de terechte vraag naar patiëntenrechten en de erkenning van de aansprakelijkheid van artsen. Ik ben benieuwd naar de keuze die de minister zal maken.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Er zijn veel besprekingen gevoerd tijdens de vorige legislatuur om te zoeken naar de beste schadeloosstelling van slachtoffers van medische fouten en ongevallen. We moeten artsen responsabiliseren zonder hun dagelijkse praktijk lam te leggen. Tegelijk moeten patiënten beschermd en ondersteund worden.*

Destijds had ik een wetsontwerp voorbereid, maar daarover bestond geen consensus en het was onuitvoerbaar. Het werd herwerkt. We hebben als voorbeeld het Franse model genomen, dat vrij goed werkt. Dit initiatief leidde tot de goedkeuring door het parlement van de wet van 31 maart 2010. Deze wet voert een tweesporensysteem in. Het slachtoffer heeft altijd de keuze om zich ofwel tot het Fonds te richten, ofwel een beroep te doen op de hoven en rechtbanken om een schadeloosstelling te krijgen, en dit door voornamelijk op de klassieke aansprakelijkheidsregels te steunen. Daarnaast organiseert de wet een specifieke vergoeding voor wat betreft de zogenoemde medische ongevallen zonder aansprakelijkheid, waarbij de schadevergoeding ten laste van de staat valt.

Alles wordt in het werk gesteld om de wet zo snel mogelijk van kracht te laten worden. Kort na de goedkeuring van de wet viel de regering. Er zijn maar weinig uitvoeringsbesluiten

royaux et tout est pratiquement prêt.

Néanmoins, pour que la loi puisse entrer en vigueur, le Fonds des accidents médicaux doit être opérationnel. Il est pour cela nécessaire d'engager du personnel, estimé à environ 25 personnes. Ceci suppose qu'un budget et un plan de personnel soient approuvés par le conseil d'administration du Fonds. Tout cela prend du temps mais nous avançons. Avec le soutien de l'INAMI, nous avons œuvré pour que le Fonds soit opérationnel dans les plus brefs délais. Cinq personnes sont actuellement actives à temps plein à la mise en œuvre du Fonds.

Par ailleurs, pour éviter que les citoyens soient pénalisés par le retard dans la mise en œuvre du Fonds, la loi prévoit qu'elle s'applique à tous les dommages causés par un fait postérieur à sa publication au *Moniteur Belge*, soit le 2 avril 2010. Les patients peuvent donc introduire des dossiers et ceux-ci seront traités dès que le Fonds sera opérationnel. On reconnaît ainsi une certaine rétroactivité.

De son côté, le *call center* du SPF Santé répond depuis le 2 avril 2010 à toutes les questions posées par des patients se trouvant dans une situation de détresse à la suite d'un accident médical. Le *call center* oriente ces patients et les conseille pour la constitution de leurs dossiers. J'espère que le Fonds pourra recevoir les premières demandes avant la fin du premier semestre de 2011.

J'en viens à la question précise portant sur les décisions de justice relatives à la naissance d'un enfant avec un handicap. Certes, l'ancienne loi – qui n'est jamais entrée en vigueur – contenait une disposition à ce sujet. Lorsque la nouvelle loi a été rédigée avec l'aide d'experts et dans le cadre d'une large concertation avec tous les acteurs concernés, cette disposition n'a pas été reprise dans la loi. Il y a plusieurs raisons à cela. La première est que l'objectif de la nouvelle loi était d'une part de créer une procédure d'indemnisation amiable, rapide, simple et gratuite pour le patient, sans cependant modifier les règles du droit de la responsabilité, et d'autre part d'organiser l'indemnisation des accidents médicaux sans responsabilité – ce que l'on appelle les aléas thérapeutiques –, qui se situent en dehors du régime de la responsabilité.

Or l'article 5 §2 de la loi du 15 mai 2007 modifiait de manière sensible un élément de la responsabilité médicale, comme beaucoup d'autres des dispositions de cette loi d'ailleurs. Une telle disposition n'avait donc a priori plus sa place dans la nouvelle réglementation qui se greffait pour l'essentiel sur le cadre juridique existant de la responsabilité médicale.

Par ailleurs, cette disposition est inspirée du droit français, qui l'avait intégrée dans son système juridique suite à l'évolution de la jurisprudence française, et en particulier l'arrêt dit « perruche ». Or il y a deux ans, à l'époque de la rédaction du projet de loi, la question ne se posait pas en Belgique, en l'absence de jurisprudence en ce sens.

Le choix a donc été fait de ne pas reprendre cette disposition. Si des questions ont été posées à ce sujet lors des concertations et des débats au parlement, ce choix n'a cependant pas été remis en cause à l'époque.

Cela n'enlève rien au fait que l'évolution récente de la jurisprudence belge implique à mes yeux qu'un débat doive être mené à ce sujet, qui pose bien évidemment des questions

nodig en die zijn al zo goed als klaar.

Maar opdat de wet in werking zou kunnen treden, moet het Fonds voor de medische ongevallen operationeel zijn. Daarvoor moet het personeel kunnen aanwerven, vermoedelijk ongeveer 25 personen. Dat veronderstelt dat de raad van bestuur van het Fonds een begroting en een personeelsplan goedkeurt. Met steun van het RIZIV waakt een werkgroep erover dat er zoveel mogelijk voorbereidend werk gebeurt, zodat het Fonds zo snel mogelijk operationeel kan zijn zodra zijn raad van bestuur is samengesteld. Momenteel zijn 5 personen voltijds bezig met het op poten zetten van het Fonds.

Om de burgers niet te straffen voor de eventuele vertraging in de werking van het Fonds, bepaalt de wet dat ze van toepassing is voor alle schade veroorzaakt door feiten vanaf de publicatie in het Belgisch Staatsblad op 2 april 2010. Op die manier waarborgt de wet vanaf de publicatie de rechten van de slachtoffers, en kunnen ze nu al aanvragen indienen.

Het callcenter van de FOD Volksgezondheid moet sinds 2 april 2010 de vragen van burgers in een noodsituatie ten gevolge van een medisch ongeval over de wet beantwoorden. Het callcenter begeleidt patiënten bij het samenstellen van hun dossier. Ik hoop dat het Fonds vóór het einde van het eerste semester 2011 de eerste aanvragen zal kunnen verwerken.

Ik kom nu tot de concrete vraag naar aanleiding van de recente gerechtelijke beslissingen met betrekking tot de geboorte van een kind met een handicap. Het klopt dat daarover in de vroegere wet, die nooit in werking is getreden, een bepaling stond. De nieuwe wet werd met de hulp van deskundigen en in het kader van een breed overleg met alle betrokkenen opgesteld en deze bepaling werd niet in de wet hernomen. Daarvoor zijn verschillende redenen. De eerste reden is dat de nieuwe wet enerzijds een voor de patiënt minnelijke, snelle, eenvoudige en kosteloze schadeloosstellingsprocedure wilde invoeren, zonder echter de regels van het aansprakelijkheidsrecht te veranderen, en anderzijds een schadeloosstelling van de medische ongevallen zonder aansprakelijkheid, die buiten het aansprakelijkheidsstelsel vallen, wilde organiseren.

Artikel 5 §2 van de wet van 15 mei 2007 waarnaar u verwijst, wijzigde een element van de medische aansprakelijkheid echter gevoelig, net als vele andere bepalingen van die wet. Een dergelijke bepaling paste dus a priori niet meer in deze nieuwe regelgeving, die zich vooral op het bestaande juridische kader van de medische aansprakelijkheid entte.

Bovendien is deze bepaling geïnspireerd op het Franse recht, dat het op basis van de Franse rechtspraak, in het bijzonder het arrest-Perruche, in zijn rechtssysteem had geïntegreerd. Maar twee jaar geleden, tijdens de opstelling van het wetsontwerp, stelde de vraag zich niet in België, bij gebrek aan enige rechtspraak in die zin.

Men koos er dus voor om die bepaling niet in het wetsontwerp op te nemen. Tijdens het overleg en de parlementaire debatten zijn daarover wel vragen gesteld, maar deze keuze werd niet in twijfel getrokken.

Dat neemt volgens mij niet weg dat de recente evolutie van de Belgische rechtspraak een specifiek debat hierover nodig

éthiques et philosophiques qui dépassent le cadre du seul droit de la responsabilité et de l'indemnisation des dommages médicaux.

Sur le fond, du fait que le gouvernement se trouve limité à la gestion des affaires courantes, vous comprendrez que je ne m'exprime pas en son nom sur une question aussi importante.

Mais je rappelle que par le passé, le Sénat a souvent joué un rôle majeur dans l'établissement de cadres normatifs dans les questions éthiques.

Enfin, il est important d'apporter une clarification sur certains éléments que vous citez dans votre question. En effet, et sous la réserve expresse de l'interprétation de la loi qui sera donnée à ce sujet par les cours et tribunaux, le passage que vous citez des travaux préparatoires de la loi du 31 mars 2010 ne permet pas de fonder la conclusion que vous tirez selon laquelle un diagnostic incomplet peut donner lieu à une intervention du Fonds. En effet, en principe, un diagnostic incomplet sera considéré comme une faute, ce qui par définition engage la responsabilité du prestataire de soins. Or le Fonds n'intervient précisément que lorsqu'il n'y a pas de faute et que le patient est victime d'un accident médical sans responsabilité, sous réserve de certaines hypothèses énoncées de manière limitative dans la loi.

Au contraire, si l'erreur de diagnostic est non fautive, l'article 2, 7^o in fine de la loi précise expressément qu'il ne s'agit pas d'un accident médical sans responsabilité. Par définition, le Fonds ne peut alors pas intervenir. Et en l'absence de faute, la responsabilité du prestataire de soins ne peut bien entendu pas être engagée, et aucune indemnisation n'est due.

Mme Elke Sleurs (N-VA). – Apparemment, les juristes ont des interprétations différentes sur cette question.

Demande d'explications de Mme Cindy Franssen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le répertoire des références pour les données relatives au patient tenu par la plate-forme eHealth» (n^o 5-340)

Mme Cindy Franssen (CD&V). – La plate-forme eHealth a été créée il y a quelques années en vue de promouvoir et d'assurer un appui d'une part à un service informatique mutuel bien organisé et de l'autre à un échange d'information entre tous les acteurs du secteur des soins de santé. Évidemment cela doit aller de pair avec les garanties indispensables sur le plan de la sécurité informatique, de la protection de la vie privée du patient ainsi que du prestataire de soins et le respect du secret médical.

La plate-forme eHealth est organisée selon un modèle décentralisé. Elle ne propose aucun contenu mais elle organise la transmission d'informations entre les différents acteurs et fournit des services d'appui. En 2010 il y avait déjà huit services de base qui étaient opérationnels comme l'offre d'une gestion intégrée des utilisateurs et des accès, etc.

maakt, dat uiteraard ethische en filosofische vragen doet rijzen die het loutere kader van het aansprakelijkheidsrecht en de vergoeding van medische schade overstijgen.

U zult begrijpen dat ik, gelet op het feit dat de regering beperkt wordt tot het beheer van de lopende zaken, in zulk een belangrijke kwestie geen regeringsstandpunt ten gronde kan vertolken.

Ik herinner er echter aan dat de Senaat in het verleden dikwijls een belangrijke rol heeft gespeeld als het erom ging een regelgevend kader voor ethische kwesties te scheppen.

Het lijkt mij ten slotte belangrijk om de elementen die u in uw vraag aanhaalt, enigszins te verduidelijken. De door u aangehaalde passage uit de voorbereidende werkzaamheden van de wet van 31 maart 2010 kan, onder het uitdrukkelijke voorbehoud van de wijze waarop de hoven en rechtbanken de wet daarover zullen interpreteren, immers niet dienen om uw conclusie te ondersteunen alsof een onvolledige diagnose aanleiding tot een terugbetaling door het Fonds zou kunnen geven. In principe zal een onvolledige diagnose immers als een fout worden beschouwd, wat per definitie de zorgverlener aansprakelijk stelt. Het Fonds komt echter precies tussenbeide wanneer er geen fout is gemaakt, en de patiënt het slachtoffer is van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid, onder voorbehoud van sommige in de wet limitatief opgesomde hypothesen.

Omgekeerd, indien de verkeerde diagnose zonder fout is, preciseert artikel 2, 7^o in fine uitdrukkelijk dat het geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid is. Het Fonds kan dan per definitie niet terugbetalen. En bij gebrek aan fout, kan de zorgverlener natuurlijk niet aansprakelijk worden gesteld, en is er geen enkele schadeloosstelling verschuldigd.

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Blijkbaar houden de juristen er verschillende interpretaties op na over die kwestie.

Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het verwijzingsrepertorium voor patiëntengegevens in eHealth» (nr. 5-340)

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – Het eHealth-platform werd enkele jaren geleden opgericht met als doel de bevordering en de ondersteuning van een goed georganiseerde onderlinge elektronische dienstverlening enerzijds en de informatie-uitwisseling tussen alle actoren in de gezondheidszorg anderzijds. Uiteraard moet dat gebeuren met de nodige waarborgen op het vlak van de informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en de zorgverlener en het respect van het medische beroepsgeheim.

Het eHealth-platform werkt volgens een decentraal model. Het biedt zelf geen inhoud aan, maar het verbindt de verschillende actoren en de verschillende informatie en het biedt daarbij ook ondersteunende diensten aan. In 2010 waren reeds acht basisdiensten operationeel, zoals het aanbod van

Un neuvième service de base, la création d'un répertoire de référence, devait être prêt pour la fin de l'année 2010. Un répertoire de référence est une banque de données où l'on peut retrouver quels médecins et quels hôpitaux possèdent des données sur un patient déterminé. Le but d'une telle banque est de coordonner l'échange de données entre les dossiers électroniques de patients et les prescriptions électroniques de médicaments et de soins de santé. Je n'entrerai pas ici dans les aspects techniques des hubs régionaux, des méta-hubs et de la plate-forme eHealth.

Où en est-on dans la réalisation du répertoire de référence de eHealth ? Le système est-il opérationnel depuis la fin de 2010 ? Si non, qu'elle est la raison de ce retard ? À quelle date envisage-t-on la mise en service ?

Combien d'hôpitaux sont-ils pour l'instant connectés à l'un ou l'autre hub local ou régional ? Combien seront-ils connectés dans un avenir proche ? Combien d'hôpitaux ne sont-ils pas encore connectés et n'ont aucun plan concret de connexion à court terme ? Quelles en sont les raisons ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *Le répertoire de référence fait partie intégrante du projet de hubs et de méta-hubs. Ce projet a comme but de soutenir l'échange de données en vue d'assurer la continuité des soins. Il ne consiste pas à centraliser les données personnelles concernant la santé mais à organiser l'échange sécurisé et approprié de données cryptées.*

Le mot hub renvoie à un système où, avec l'accord du patient, un répertoire de référence est conservé et mis à jour, ce répertoire mentionnant quels prestataires ou institution de soins possèdent des informations pertinentes sur la santé du patient, consultables électroniquement. L'information reste cependant conservée par les différents prestataires et institutions de soins. Pour le projet, on a choisi intentionnellement de réaliser un système décentralisé et distribué de conservation des données personnelles de santé. En Flandre, en Wallonie et à Bruxelles, il y a plusieurs hubs de ce type qui ont été créés par des associations regroupant des prestataires et des institutions de soins.

Concrètement chaque hub est géré par un hôpital pour le compte de l'association. La plate-forme eHealth ne comportera que ce que l'on nomme un méta-hub, qui ne contient que des références aux hubs qui seuls disposent des références des différents patients. Un prestataire de soins ou une institution peut donc adresser une requête au méta-hub de la plate-forme eHealth en passant par le hub auquel il est connecté, pour savoir auprès de quelle association d'institutions et de prestataires de soins, en l'occurrence le hub, il peut trouver de l'information sur un patient. Il pourra dès lors, via ce hub, demander l'information auprès du prestataire de soins ou de l'institution qui la possède.

Les développements du projet de hubs et de méta-hub se déroulent sur plusieurs niveaux. L'architecture nécessaire à l'échange de données de santé est définie par la plate-forme eHealth en concertation avec les partenaires. Les services techniques d'échange de données sous-jacents, les services

een geïntegreerd gebruikers- en toegangsbeheer enzovoort.

Een negende basisdienst, de oprichting van een verwijzingsrepertorium, moest tegen eind 2010 zijn gerealiseerd. Een verwijzingsrepertorium is een databank waarin vermeld staat bij welke artsen en ziekenhuizen een patiënt gegevens heeft. Het doel van dat verwijzingsrepertorium is de coördinatie van de gegevensuitwisseling tussen de elektronische patiëntendossiers en van de elektronische voorschriften van geneesmiddelen en gezondheidszorgen. Ik ga niet in op de meer technische aspecten van de regionale hubs en de metahub, het eHealthplatform.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de realisatie van het verwijzingsrepertorium van eHealth? Is het systeem sinds eind 2010 operationeel? Indien niet, wat is de oorzaak van de vertraging bij de implementatie van het systeem? Welke nieuwe streefdatum wordt naar voren geschoven?

Hoeveel ziekenhuizen zijn momenteel bij een van de lokale of regionale hubs aangesloten? Hoeveel zullen zich in de nabije toekomst aansluiten? Hoeveel ziekenhuizen zijn momenteel nog niet aangesloten en hebben geen concrete plannen om dat in de nabije toekomst te doen? Wat zijn daarvoor de redenen?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Het verwijzingsrepertorium maakt integraal deel uit van het hub- en metahubproject. Dat project heeft als doel de uitwisseling van gegevens te ondersteunen in het kader van de continuïteit van de zorg. Dat gebeurt niet via een gecentraliseerde opslag van persoonsgegevens betreffende de gezondheid, maar door een beveiligde ad-hocuitwisseling van gecijferde gegevens.

Het woord hub verwijst naar een systeem waarbij, met instemming van de patiënt, een verwijzingsrepertorium wordt bijgehouden waarin vermeld staat bij welke zorgverleners en -instellingen relevante gezondheidsinformatie over de patiënt beschikbaar is en elektronisch kan worden opgevraagd. De inhoudelijke gezondheidsinformatie blijft evenwel bewaard bij de onderscheiden zorgverleners en -instellingen. In het project wordt daarbij bewust gekozen voor een gedecentraliseerde en gedistribueerde opslag van de eigenlijke gezondheidsgegevens. In Vlaanderen, Wallonië en Brussel worden verschillende dergelijke hubs uitgebouwd via samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners en zorginstellingen.

Concreet wordt elke hub in opdracht van het samenwerkingsverband door een ziekenhuis beheerd. Het eHealth-platform zal slechts een zogenaamde meta-hub bijhouden, die op zijn beurt verwijzingen bevat naar de hubs waar verwijzingen over de onderscheiden patiënten aanwezig zijn. Een zorgverlener en -instelling, kan dus door een raadpleging van de metahub van het eHealth-platform via de hub waarbij de zorgverlener of de -instelling is aangesloten, te weten komen bij welke concrete samenwerkingsverbanden van zorgverleners- of instellingen, de zogenaamde hubs, informatie over een patiënt kan worden verkregen en hij of zij kan die informatie via die hubs opvragen bij de zorgverleners of -instellingen waar de informatie zich inhoudelijk bevindt.

De ontwikkelingen in het hub- en meta-hubproject vinden op verschillende niveaus plaats. De vereiste architectuur voor de

web, sont spécifiés de la même manière. Les spécifications techniques sont disponibles sur le site internet de la plate-forme eHealth.

Les aspects techniques des répertoires de référence locaux sont complètement pris en charge par chaque hub. Le financement de l'affiliation des hôpitaux est assuré par le SPF Santé publique en application de l'article 63 de l'arrêté royal d'avril 2002. Ces hôpitaux se sont engagés à fournir les efforts nécessaires pour le développement du projet.

Puisque la responsabilité du développement de la phase suivante du projet incombe aux répertoires de référence thématique (hubs) et hôpitaux concernés, il n'est pas opportun de fixer une date de réalisation concrète. Il faut également tenir compte des écarts de progrès technologique au sein des différents hubs et hôpitaux.

Actuellement, il y a cent hôpitaux que se sont ainsi engagés à se connecter à l'un des cinq hubs régionaux ou sous-régionaux. Ces cent hôpitaux représentent 93% de ceux qui peuvent entrer en considération pour le projet et 94% des lits agréés. Sept hôpitaux entrant en considération ne se sont pas engagés auprès d'un hub jusqu'à présent. Le SPF de la Santé publique a évidemment pour objectif de faire en sorte que tous les hôpitaux soient connectés à court terme à un hub.

Je vous engage à entendre en réunion de la commission l'équipe de eHealth qui pourra vous expliquer le fonctionnement du système. La Belgique avait énormément de retard dans ce domaine mais l'équipe est très performante et nous rattrapons le retard qui s'était creusé entre nous et d'autres États européens.

Mme Cindy Franssen (CD&V). – Je crois qu'il serait en effet intéressant que des représentants de la plate-forme eHealth nous donnent des explications afin de mieux comprendre son fonctionnement.

Demande d'explications de Mme Fabienne Winckel à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «l'accord médico-mutualiste 2011» (n° 5-345)

Mme Fabienne Winckel (PS). – Le 13 décembre dernier, les médecins et les mutualités ont conclu un accord médico-mutualiste pour l'année 2011. L'une des priorités de cet accord est l'accès à la médecine générale via le renforcement du tiers payant social, la simplification administrative du dossier médical global (DMG) et la réduction des tickets modérateurs pour les consultations du médecin généraliste.

Les médecins généralistes qui adhèrent à l'accord s'engagent à appliquer le système du tiers payant pour leurs consultations, à la demande du patient, si ce dernier entre dans les conditions pour bénéficier du tiers payant social.

uitwisseling van gezondheidsgegevens werd door het eHealth-platform in overleg met de partners gedefinieerd. De onderliggende technische uitwisselingsdiensten, de webservice, werden eveneens gespecificeerd. Die technische specificaties staan ter beschikking op de website van het eHealth-platform.

Op het niveau van de hubs worden de vereiste technische aspecten met betrekking tot de lokale verwijzingsrepertoria volop ontwikkeld door de hubs. De betrokken ziekenhuizen hebben zich in het kader van de financiering door de FOD Volksgezondheid in uitvoering van artikel 63 van het koninklijk besluit van april 2002 aangesloten bij een hub. Ze hebben zich ertoe verbonden de vereiste inspanningen te leveren voor de ontwikkeling van het project.

Omdat de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van de volgende fase van het project bij de verwijzingsrepertoria (hubs) en de betrokken ziekenhuizen ligt, is het niet raadzaam een datum op te leggen voor de concrete realisatie. Er moet ook rekening gehouden worden met de technologische verschillen tussen de verschillende hubs en ziekenhuizen.

Momenteel hebben honderd ziekenhuizen zich ertoe geëngageerd om zich aan te sluiten bij een van de vijf regionale of subregionale hubs. Dat betekent 93% van het totaal aantal in aanmerking komende ziekenhuizen die 94% van het aantal erkende bedden vertegenwoordigen. Zeven in aanmerking komende ziekenhuizen hebben zich hiertoe tot op heden nog niet geëngageerd. De FOD Volksgezondheid streeft uiteraard naar de aansluiting op korte termijn van alle in aanmerking komende ziekenhuizen bij een van de hubs.

Ik stel voor dat u in de commissie het eHealthteam uitnodigt om u de werking van het systeem uit te leggen. België had veel achterstand in deze materie, maar het team is zeer sterk en we halen onze achterstand op andere EU-lidstaten nu in.

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V). – Het lijkt me inderdaad een goede suggestie dat het eHealth-platform ons eens een toelichting geeft zodat we de werking beter leren kennen.

Vraag om uitleg van mevrouw Fabienne Winckel aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen voor 2011» (nr. 5-345)

Mevrouw Fabienne Winckel (PS). – Op 13 december jongstleden hebben artsen en ziekenfondsen een akkoord gesloten voor 2011. Eén van de prioriteiten van dat akkoord is een betere toegang tot de huisartsengeneeskunde door een ruimere toepassing van de sociaal betalende derde, de administratieve vereenvoudiging van het globaal medisch dossier (GMD) en de verlaging van het remgeld voor de raadpleging van huisartsen.

Huisartsen die toetreden tot het akkoord, verbinden zich ertoe, op vraag van de patiënt, het derdebetalersysteem toe te passen voor hun raadplegingen indien de patiënt in

Pour le bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM), le ticket modérateur sera de 1 euro s'il est titulaire d'un DMG, de 1,5 euro sans DMG ; pour un bénéficiaire ordinaire, il s'élèvera à 4 euros ou à 6 euros. De plus, le ticket modérateur pour le supplément d'honoraires lors des consultations d'urgence (nuit, week-end et jours fériés) est supprimé de manière à favoriser l'accès à la garde de médecine générale.

Désormais, la mutualité paiera le médecin automatiquement lors de la prolongation du DMG après avoir vérifié que le patient a eu au moins un contact avec son médecin généraliste au cours des deux années qui précèdent. Néanmoins, si les médecins mettent facilement en évidence l'avantage financier découlant du dossier médical global, il semblerait qu'ils peinent à le valoriser pour sa valeur ajoutée médicale. Les patients « occasionnels » qui consultent préventivement leur médecin généraliste n'y verraient donc que peu d'intérêt à y souscrire.

Tout en gardant à l'esprit la proposition de loi – débattue dans notre Commission – de M. Vandenbroucke et de Mme Temmerman sur la généralisation du tiers payant, je voudrais poser des questions spécifiques sur la mise en pratique de l'accord médico-mutualiste.

Le recours au tiers payant ne devrait-il pas être généralisé pour les personnes entrant dans les conditions pour profiter du tiers payant social sans qu'elles doivent en faire la demande ? Comment les patients peuvent-ils savoir si un médecin adhère à l'accord ? Les médecins ont-ils l'obligation d'afficher un avis à ce sujet dans la salle d'attente de leur cabinet ? Ces mesures auront-elles un impact budgétaire ? Dans l'affirmative, à combien a-t-il été évalué ? Ne faudrait-il pas sensibiliser les médecins généralistes à mettre en avant les bénéfices médicaux du DMG auprès de tous les patients ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Un recours au tiers payant social automatique généralisé qui s'effectuerait en dehors de toute demande du patient susceptible de bénéficier de son application pourrait se heurter à un obstacle important : le respect de la vie privée. En effet, le patient ne souhaite pas nécessairement faire état du statut spécifique dont il bénéficie auprès de son organisme assureur. En ce qui concerne la prise en compte d'une situation financière précaire passagère, indépendamment du statut, cette situation ne peut évidemment être connue par le médecin qu'après une initiative venant de son patient.

L'engagement qui figure dans l'accord médico-mutualiste 2011, à savoir l'application généralisée du tiers payant social aux consultations pour le patient qui entre dans les conditions pour en bénéficier et qui en fait la demande, par les médecins adhérant à l'accord, devra faire l'objet d'une évaluation un an après son entrée en vigueur sur la base des constatations qui auront pu être faites par les organismes assureurs et par les médecins. À cette occasion, il pourra être décidé de la nécessité ou non de suivre de nouvelles pistes.

Le patient peut tout d'abord se renseigner sur le statut de son médecin auprès de sa mutualité qui tient à la disposition de ses membres une liste mise à jour des prestataires selon leur statut de conventionné, conventionné partiel ou non conventionné. Il est effectivement également prévu d'afficher

aanmerking komt voor de regeling van sociaal betalende derde. Voor de rechthebbende op een verhoogde tegemoetkoming (VT) zal het remgeld 1 euro bedragen indien hij een GMD heeft, en 1,5 euro indien hij geen GMD heeft; voor een gewone rechthebbende zal het 4 tot 6 euro bedragen. Bovendien wordt het remgeld voor ereloonsupplementen voor dringende raadplegingen ('s nachts, in het weekend en op feestdagen) afgeschaft met het oog op een betere benutting van de wachtdienst van de huisartsen.

Het ziekenfonds zal voortaan de arts automatisch betalen bij de verlenging van het GMD, indien de patiënt minstens één contact gehad heeft met de huisarts tijdens de twee voorgaande jaren. De artsen wijzen graag op het financiële voordeel van het GMD, maar hebben weinig aandacht voor de medische toegevoegde waarde ervan. Occasionele patiënten die hun huisarts preventief raadplegen, zouden dus weinig gemotiveerd zijn om een GMD te openen.

Ik wil u graag een aantal vragen voorleggen over de uitvoering van het akkoord tussen ziekenfondsen en artsen, met in het achterhoofd het wetsvoorstel ter veralgemening van de derdebetalersregeling van de heer Vandenbroucke en Mevrouw Temmerman dat in deze commissie is besproken.

Moet het gebruik van de derdebetalersregeling niet worden veralgemeend voor personen die voldoen aan de voorwaarden voor de regeling van de sociaal betalende derde, zonder dat zij daarom hoeven te vragen? Hoe weten patiënten of een arts tot het akkoord is toetreden? Zijn huisartsen verplicht dit in hun wachtplaats kenbaar te maken? Hebben die maatregelen een budgettaire impact? Zo ja, hoe groot is die impact? Moeten de huisartsen er niet toe worden aangezet om de medische voordelen van het GMD voor alle patiënten te promoten?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Een veralgemeende automatische toepassing van de regeling van de sociaal betalende derde, buiten enige vraag van de patiënt die daarvoor in aanmerking zou kunnen komen, stuit op een belangrijke hinderpaal, namelijk de privacy. De patiënt wenst immers niet noodzakelijk zijn specifiek statuut kenbaar te maken aan zijn ziekenfonds. Als het om een tijdelijke preciaire financiële situatie gaat, los van het statuut, kan de huisarts daarvan enkel op de hoogte gebracht worden door de patiënt zelf.

Het engagement in het akkoord tussen ziekenfondsen en huisartsen voor 2011, namelijk dat de huisartsen die toetreden tot het akkoord, de regeling van de sociaal betalende derde voor raadplegingen door patiënten die aan de voorwaarden voldoen en die erom vragen, algemeen toepassen, moet een jaar na de inwerkingtreding ervan worden geëvalueerd, op basis van de vaststellingen van de verzekeringsinstellingen en van de artsen. Dan zal kunnen bekeken worden of er aan bijsturing moet worden gedacht.

De patiënt kan inlichtingen inwinnen over zijn huisarts bij het ziekenfonds, dat voor de leden een geactualiseerde lijst bijhoudt van de zorgverstrekkers, met de vermelding of ze al dan niet, geheel of gedeeltelijk, geconventioneerd zijn. Normaal wordt in de wachtzaal ook het document opgehangen dat door de dienst gezondheidszorg van het

dans la salle d'attente le document transmis par le service des soins de santé de l'INAMI aux médecins n'ayant pas notifié leur refus d'adhésion à l'accord.

J'en viens à l'impact financier. La mesure liée à la simplification des tickets modérateurs pour les consultations est estimée à 763 000 euros, alors que la mesure visant le remboursement intégral des honoraires complémentaires pour les consultations du médecin généraliste durant la nuit, le week-end ou un jour férié est estimée à 1 334 000 euros.

Enfin, en ce qui concerne la sensibilisation du patient par son médecin quant au bénéfice du dossier médical global, cette dimension a déjà été prise en compte grâce à la très prochaine entrée en vigueur du dossier médical global avec module de prévention. Cette mesure vise à encourager la systématisation du dépistage des risques de santé dans la pratique du médecin généraliste. Le module de prévention est examiné avec le patient au moyen d'une check-list. Le médecin généraliste examine avec le patient les éléments de cette check-list et les actions à entreprendre à la lumière de cet examen. Pour rappel, un budget de 22,5 millions d'euros est disponible pour financer cette mesure.

Mme Fabienne Winckel (PS). – Je remercie la ministre. Toutefois, je n'ai pas obtenu de réponse sur l'impact budgétaire de ces mesures.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Bien entendu, il y a toujours un impact. Mais ce point fait partie des travaux de la commission. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'aborder le sujet cet après-midi.

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le conglomérat belge Health Care Belgium» (n° 5-374)

Mme Dominique Tilmans (MR). – *Health Care Belgium* regroupe onze hôpitaux qui offrent des soins médicaux à des patients extra-européens ayant des revenus élevés.

Ce conglomérat belge a vu le jour à l'initiative de la FEB. Il se base sur la constatation faite en 2006 dans le livre blanc *Dare and Care* que nos hôpitaux disposent d'un potentiel d'infrastructures de pointe et d'un personnel dûment qualifié pour « assurer un service médical optimal dans les meilleures circonstances qui soient ». Ce livre blanc fait en outre référence aux quatre médecins pour 1 000 habitants dont dispose la Belgique, soit une moyenne bien au-dessus de celle de l'OCDE qui est de 2,9.

Chaque hôpital de ce conglomérat a une expertise propre et offre des services de qualité à des prix abordables dans divers domaines tels que la chirurgie bariatrique ou cardiaque, la gynécologie, la neurochirurgie, etc. Le service commercial est en outre poussé puisque des accords sont conclus avec des hôtels situés à proximité des hôpitaux, lesquels disposent également d'un site internet trilingue – anglais, arabe, russe –

RIZIV bezorgd wordt aan de artsen die niet geweigerd hebben om toe te treden tot het akkoord.

Wat de financiële impact betreft, wordt de vereenvoudiging van het remgeld voor raadplegingen geraamd op 763 000 euro, terwijl de volledige terugbetaling van de ereloonsupplementen voor de raadpleging van huisartsen 's nachts, in het weekend of op feestdagen op 1 334 000 euro wordt geraamd.

Wat ten slotte de promotie betreft van de voordelen van het GMD door de huisarts, treedt zeer binnenkort het GMD met preventiemodule in werking, precies om ook met dat aspect rekening te houden. Met deze maatregel wordt de systematische opsporing van gezondheidsrisico's in de huisartsenpraktijk aangemoedigd. De preventiemodule wordt met de patiënt bekeken aan de hand van een checklist. De huisarts overloopt met de patiënt de elementen van die checklist en beslist welke onderzoeken wenselijk zijn. Er is een budget van 22,5 miljoen euro om deze maatregel te financieren.

Mevrouw Fabienne Winckel (PS). – *Ik dank de minister. Ik heb evenwel geen antwoord gekregen op de vraag over de budgettaire impact van die maatregelen.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met *Maatschappelijke Integratie.* – *Er is uiteraard altijd een impact. Dit punt maakt echter deel uit van de werkzaamheden van de commissie. We zullen de gelegenheid hebben om daar na de middag op terug te komen.*

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «het Belgische conglomeraat Health Care Belgium» (nr. 5-374)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Health Care Belgium* groepeerde elf ziekenhuizen die medische verzorging verstrekken aan welgestelde patiënten van buiten Europa.

Dit Belgisch conglomeraat is een initiatief van het VBO en is gebaseerd op de vaststelling in het witboek Dare and Care van 2006 dat onze ziekenhuizen over topinfrastructuur en bekwaam personeel beschikken om in de beste omstandigheden optimale medische diensten te verlenen. Dit witboek refereert bovendien aan de vier artsen per 1 000 inwoners in België, veel meer dan het OESO-gemiddelde van 2,9.

Elk ziekenhuis van dit conglomeraat heeft een eigen expertise en biedt kwaliteitsvolle diensten aan tegen redelijke prijzen, in verschillende domeinen zoals bariatrische chirurgie, hartchirurgie, gynaecologie en neurochirurgie. Deze commerciële dienst wordt bovendien uitgebreid. Zo zijn er overeenkomsten met hotels in de nabijheid van de ziekenhuizen die over een drietalige website in het Engels, Arabisch en Russisch en over een internationale

et d'une centrale d'appel internationale.

L'origine de la patientèle concernée, son statut social privilégié et les accords dont je viens de faire état n'induisent-ils pas une forme de privatisation des soins de santé ? Êtes-vous d'accord avec cette orientation ?

Peut-on chiffrer le nombre de patients qui font appel à ce service ? Est-ce un secteur en croissance ? Quel est l'impact sur les finances de l'État belge ? Je ne parle pas de l'INAMI car je suppose qu'il n'intervient pas mais bien de l'infrastructure et du matériel de pointe dont ces hôpitaux doivent disposer.

Quelle part d'activité de ces hôpitaux est-elle consacrée à ce type de soins ? Cette question – et surtout sa réponse – a toute son importance pour permettre d'apprécier si ce type d'activité s'exerce ou non au détriment des soins apportés à la population belge.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je pourrais me contenter de vous dire que je partage votre appréciation, mais je vous donnerai néanmoins quelques explications sur le système, les contrôles que nous effectuons et les perspectives d'avenir.

Le phénomène de patients étrangers qui viennent se faire soigner en Belgique n'est pas nouveau. Toutefois, les évolutions en matière de mobilité transfrontalière de patients ne peuvent être du ressort exclusif du libre marché ou aboutir à une commercialisation des soins de santé. Il est donc très important que l'autorité de tutelle dispose d'informations suffisantes sur tous les aspects des flux de patients étrangers afin que la fourniture des soins aux patients résidant en Belgique ne soit pas mise en péril.

À l'heure actuelle, je ne dispose pas encore de chiffres concrets en ce qui concerne le nombre de patients qui font appel à ces services dans le cadre de l'asbl *Health Care Belgium*, ni sur la part de l'activité des onze hôpitaux consacrée à ces soins.

À cet égard, je tiens à renvoyer à la loi du 4 juin 2007. L'article 116 de cette loi a été modifié de sorte que, pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur et dont les soins hospitaliers ne donnent pas lieu à une intervention en application de l'article 110 de la loi sur les hôpitaux, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer un prix minimal par paramètre d'activité – qui ne correspond par conséquent pas aux frais réellement supportés – notamment sur la base du budget des moyens financiers.

Un groupe de travail créé au sein du Conseil national des établissements hospitaliers est actuellement chargé d'étudier les implications techniques et financières de l'accueil de patients étrangers sur le calcul du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Dans le souci d'une plus grande transparence, il sera demandé aux gestionnaires hospitaliers de communiquer au ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, toutes les conventions en matière de mobilité transfrontalière des patients afin de mesurer l'impact de la prise en charge de patients étrangers de manière globale, mais aussi pour chaque hôpital.

oproepcentrale beschikken.

Leiden het bevoorrechte sociaal statuut van die patiënten en de overeenkomsten die ik aanhaalde, niet tot een vorm van privatisering van de gezondheidszorg? Is de minister het eens met deze tendens?

Kan men het aantal patiënten ramen dat op deze diensten een beroep doet? Betreft het een groeisector? Wat zijn de gevolgen voor de financiën van de Belgische overheid? Ik heb het niet over het RIZIV, want ik veronderstel dat hier geen tussenkomst is, maar wel over de infrastructuur en het topmateriaal waarover de ziekenhuizen beschikken.

Welke soort zorg bieden deze ziekenhuizen? Deze vraag, en vooral het antwoord, is van belang om te kunnen beoordelen of dit soort activiteiten al dan niet in het nadeel is van de Belgische bevolking.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – *Ik ben het eens met uw opmerking, maar ik zal toelichting geven bij het systeem, de controles die we erop uitoefenen en de toekomstperspectieven.*

Het fenomeen van buitenlandse patiënten die zich in België laten verzorgen is niet nieuw. De evolutie in de grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit is niet uitsluitend het gevolg van de vrije markt en mag niet uitmonden in een commercialisering van de gezondheidszorg. Het is heel belangrijk dat de toeziende overheid voldoende informatie heeft over de stroom buitenlandse patiënten zodat de zorgverlening aan de patiënten die in België leven, niet in het gedrang komt.

Momenteel heb ik nog geen concrete cijfers over het aantal patiënten dat een beroep doet op diensten in het kader van de vzw Health Care Belgium, noch over het aandeel van de activiteit van de elf betrokken ziekenhuizen in die diensten.

Ik verwijs naar de wet van 4 juni 2007. Artikel 116 van deze wet werd gewijzigd. Voor de patiënten die niet ressorteren onder een verzekeringsinstelling en van wie de ziekenhuisverpleging geen aanleiding geeft tot een tegemoetkoming bij toepassing van artikel 110 van de wet op de ziekenhuizen, kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de ministerraad, de Koning een minimale prijs per parameter van activiteit vaststellen, onder meer op basis van het budget van de financiële middelen.

Een werkgroep binnen de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen is momenteel belast met een onderzoek naar de technische en financiële implicaties van de opvang van buitenlandse patiënten bij het berekenen van de begroting van de financiële middelen van die ziekenhuizen.

Ten behoeve van de duidelijkheid zal de beheerders van de ziekenhuizen gevraagd worden de minister van Volksgezondheid alle overeenkomsten inzake grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit mee te delen, niet alleen om de impact in te schatten van de buitenlandse patiënten in het algemeen, maar ook voor ieder ziekenhuis afzonderlijk.

In het kader van de oprichting van een Observatorium voor

Dans le cadre de la création de l'Observatoire de la mobilité des patients, l'INAMI et le SPF Santé publique examinent quels sont les enregistrements susceptibles d'être complétés pour recueillir davantage de données sur le flux entrant de patients étrangers. En d'autres termes, l'étude de l'estimation de cet afflux de patients étrangers, combinée à l'impact financier y afférent pour les hôpitaux belges, et l'identification d'éventuelles listes d'attente se poursuit en collaboration avec le Centre fédéral d'expertise des soins de santé qui réalise actuellement une étude sur les conséquences des soins prodigués aux patients étrangers qui viennent se faire soigner en Belgique.

Partant de ces informations et recommandations, j'espère pouvoir tirer des conclusions qui contribueront à déterminer la politique des soins de santé à suivre par les hôpitaux belges en ce qui concerne l'accueil de patients étrangers.

Enfin, je souhaite attirer l'attention sur le fait que, durant la présidence belge de l'Union européenne, nous avons travaillé sur une proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Cette proposition, rejetée depuis des années par tous les États membres, a finalement été approuvée le 19 janvier 2011, en seconde lecture, par le Parlement européen. Ce texte contient une clause de sauvegarde qui permet à un État membre, par exemple la Belgique, de prendre, pour des raisons d'intérêt général – comme le fait de garantir un accès suffisant et permanent aux soins de santé sur son territoire – les mesures nécessaires afin d'éviter que ses propres patients ne doivent attendre un traitement plus longtemps en raison d'un flux entrant trop important de patients étrangers.

Vous voyez qu'il s'agit d'un dossier sur lequel nous avons été vigilants.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Je remercie la ministre de sa réponse.

Cette patientèle étrangère peut être intéressante en ce sens qu'elle booste le niveau médical.

Je constate néanmoins que vous partagez mon inquiétude et que vous suivez ce dossier de près.

Demande d'explications de Mme Dominique Tilmans à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les substances chimiques ingurgitées quotidiennement par les enfants» (n° 5-386)

Mme Dominique Tilmans (MR). – Une association française a démontré que les enfants n'avaient pas moins de 81 substances chimiques par jour, parmi lesquelles des métaux lourds, des polluants et des pesticides. Dans la grande majorité des cas, les limites légales pour chaque substance chimique prise isolément ne sont pas dépassées mais la combinaison des contaminants potentiellement cancérigènes induit des risques probablement sous-estimés. Des dizaines de molécules chimiques soupçonnées d'être cancérigènes ou d'être des perturbateurs endocriniens ont été décelées dans les

patiëntenmobiliteit zullen het RIZIV en de FOD Volksgezondheid bekijken wat de te verwachten opnames zijn van buitenlandse patiënten. Op die manier kan men meer gegevens verzamelen over de instroom van buitenlandse patiënten. Een schatting van de toestroom van buitenlandse patiënten, samen met de financiële gevolgen voor de Belgische ziekenhuizen en de identificatie van eventuele wachtlijsten, gebeurt dus verder in samenwerking met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Dat voert momenteel een onderzoek naar de gevolgen van buitenlandse patiënten die zich in België laten verzorgen.

Vanuit deze informatie en aanbevelingen hoop ik conclusies te kunnen trekken voor het gezondheidszorgbeleid voor de Belgische ziekenhuizen bij de opvang van buitenlandse patiënten.

Gedurende het Belgische voorzitterschap hebben we gewerkt aan een voorstel van richtlijn inzake de toepassing van de patiëntenrechten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. Dit voorstel werd jarenlang door alle lidstaten verworpen, maar uiteindelijk in tweede lezing door het Europees Parlement aangenomen op 19 januari 2011. De tekst omvat een beschermingsclausule die een lidstaat, bijvoorbeeld België, kan nemen. Zo kan een lidstaat voor het algemeen welzijn, bijvoorbeeld voldoende toegang garanderen tot gezondheidszorg op zijn grondgebied, maatregelen nemen die nodig zijn om te vermijden dat de eigen patiënten op hun behandeling moeten wachten omdat er een te grote instroom is van buitenlandse patiënten.

U ziet dat we dit dossier nauwlettend in het oog hebben gehouden.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Ik dank de minister voor haar antwoord.

Buitenlandse patiënten kunnen interessant zijn. Ze kunnen immers een impuls geven aan de geneeskunde.

Ik stel evenwel vast dat de minister mijn bezorgdheid deelt en dat ze het dossier van nabij volgt.

Vraag om uitleg van mevrouw Dominique Tilmans aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de chemische substanties die kinderen dagelijks binnenkrijgen» (nr. 5-386)

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Een Franse organisatie heeft aangetoond dat kinderen dagelijks niet minder dan 81 chemische stoffen, waaronder zware metalen, verontreinigde stoffen en pesticiden, binnenkrijgen. In de meeste gevallen worden de wettelijke limieten voor elke chemische stof afzonderlijk niet overschreden, maar de combinatie van potentieel kankerverwekkende stoffen houdt risico's in die mogelijk onderschat zijn. In de maaltijden die een kind van tien jaar dagelijks verorbert werden tientallen chemische moleculen aangetroffen die mogelijk kankerverwekkend zijn of endocriene afwijkingen kunnen

repas types de la journée d'un enfant d'une dizaine d'années.

En Belgique, le Fonds Houtman a publié les résultats d'une enquête d'examen biologique auprès d'enfants exposés à différents niveaux de pollution dans le Hainaut durant la période 2007-2009. Les résultats de cette étude ponctuelle sont difficilement extrapolables mais ils sont inquiétants : des traces de deux métaux lourds ont été détectés chez 14,3% des enfants et de trois métaux lourds chez 5% d'entre eux.

À l'occasion de son assemblée générale annuelle qui s'est tenue en octobre 2010, l'Association médicale mondiale a élaboré une résolution officielle invitant à légiférer afin de réduire la pollution chimique et l'exposition humaine aux produits chimiques. Mes questions sont basées sur cette résolution.

Existe-t-il une « liste noire » des entreprises dangereusement polluantes situées trop près de terrains agricoles ou d'une activité humaine ?

Est-il envisagé d'encourager l'élimination des substances telles que le mercure et autres produits chimiques dans les appareils et produits médicaux ?

Quelles mesures envisagez-vous pour limiter la pollution chimique et l'exposition aux produits chimiques dans notre pays ?

Quelle initiative comptez-vous prendre pour sensibiliser médecins généralistes et acteurs de la santé environnementale à l'impact de l'environnement sur la santé ?

Vous êtes-vous concertée avec vos collègues des entités fédérées ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – L'aménagement du territoire et la protection de l'environnement sont des compétences dévolues aux Régions. Les aspects relatifs à la protection civile – les directives Seveso – relèvent des compétences de la ministre de l'Intérieur.

En ce qui concerne les normes de produits, nous participons, avec d'autres ministres, à l'application des législations visant à réduire l'exposition aux substances préoccupantes. La mise en œuvre du règlement européen REACH permet un meilleur contrôle des substances mises sur le marché. En vertu de ce règlement, un dossier d'enregistrement comprenant des données sur les propriétés physico-chimiques, toxiques et écotoxiques de cette substance doit être fourni par le producteur ou l'importateur avant toute mise sur le marché d'une substance. Une substance considérée comme très dangereuse et l'utilisation particulière d'une substance présentant un risque pour la santé peuvent être interdites via REACH. C'est notamment le cas du mercure, qui ne peut plus être utilisé dans des thermomètres médicaux ni dans d'autres dispositifs de mesure destinés à la vente au grand public.

Il existe bien d'autres réglementations européennes, prises en charge par M. Magnette, ministre du Climat et de l'Énergie et par Mme Laruelle, ministre responsable de la sécurité de la chaîne alimentaire.

Le gouvernement fédéral s'efforce de combler certaines lacunes par le biais de diverses mesures telles que le plan de réduction des pesticides et biocides ou le développement de

veroorzaken.

In België heeft het Fonds Houtman de resultaten gepubliceerd van een biologisch onderzoek bij kinderen in Henegouwen die aan verschillende pollutieniveaus zijn blootgesteld in de periode 2007-2009. De resultaten van die beperkte studie zijn moeilijk extrapolerebaar, maar zijn niettemin verontrustend: bij 14,3% van de kinderen werden sporen van twee zware metalen gevonden en bij 5% van drie zware metalen.

Ter gelegenheid van haar jaarlijkse algemene vergadering in oktober 2010, heeft de World Medical Association in een resolutie gevraagd de chemische vervuiling en de menselijke blootstelling aan chemische producten langs wettelijke weg te verminderen. Mijn vragen zijn gebaseerd op die resolutie.

Bestaat er een zwarte lijst van zwaar vervuilende bedrijven die zich in de nabijheid van landbouwgronden of menselijke activiteit bevinden?

Wordt een verbod op de aanwezigheid van kwik en andere chemische stoffen in medische apparaten en producten in het vooruitzicht gesteld?

Welke maatregelen zult u nemen om de chemische verontreiniging en de blootstelling aan chemische producten in ons land te beperken?

Wat zult u doen om de huisartsen en milieugezondheidsprofessionals te sensibiliseren voor de invloed van het milieu op de gezondheid?

Hebt u overleg gepleegd met uw collega's van de deelstaten?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ruimtelijke ordening en bescherming van het leefmilieu zijn gewestbevoegdheden. De aspecten die betrekking hebben op de civiele bescherming – de Seveso-richtlijnen – zijn een bevoegdheid van de minister van Binnenlandse Zaken.

Wat de productnormen betreft, werken wij samen met andere ministers aan de toepassing van de wetgeving die de blootstelling aan zorgwekkende stoffen moet beperken. De uitvoering van de Europese REACH-verordening maakt een betere controle mogelijk op de stoffen die op de markt worden gebracht. Ingevolge deze verordening moet de fabrikant of importeur alvorens hij de stof op de markt brengt, een registratiedossier indienen dat gegevens bevat over de fysisch-chemische, toxicologische en ecotoxicologische eigenschappen van de stof. Zeer gevaarlijke stoffen en het gebruik van substanties die een gezondheidsrisico inhouden, kunnen door REACH worden verboden. Dat is met name het geval voor kwik, dat niet meer in koortsthermometers of in andere meettoestellen die aan het grote publiek worden verkocht, mag worden gebruikt.

Er bestaan nog andere Europese reglementeringen waarvoor de heer Magnette, minister van Leefmilieu en Energie, en mevrouw Laruelle, die moet waken over de veiligheid van de voedselketen, bevoegd zijn.

De federale regering spant zich in om een aantal leemten op te vullen door maatregelen te nemen inzake de vermindering van pesticiden en biociden of de ontwikkeling van

normes produits visant à limiter les émissions dans l'air intérieur.

J'en arrive au quatrième point. Le développement d'outils visant la formation des professionnels de la santé fait partie des projets que le NEHAP – *National Environmental Health Action Plan* – mènera en 2011. Il a également été décidé d'élargir les variables du dossier médical informatisé aux déterminants environnementaux après étude des variables utiles et pertinentes dans le cadre des soins de première ligne, et cela, conformément aux dispositions relatives à la protection de la vie privée. L'étude en question est actuellement en cours.

Par ailleurs, dans le cadre du NEHAP, l'autorité fédérale, en collaboration avec les régions et les communautés, coordonne le projet de biomonitoring humain : COPHES – *Consortium to Perform Human Biomonitoring on a European Scale* – et DEMOCOPHES, une étude pilote de COPHES.

La CIMES, Commission interministérielle mixte Environnement Santé, a par ailleurs permis l'élaboration et la mise en œuvre du second plan d'action national environnement santé. La mise en place d'indicateurs de santé environnementale est initiée. Nous développons également, en collaboration avec les régions et les communautés, une série de projets visant à maîtriser et à réduire l'exposition des publics sensibles aux substances, notamment aux polluants présents dans les milieux d'accueil de l'enfance, en développant des outils techniques pour la construction, l'entretien et la rénovation. Les thématiques émergentes telles que le recours aux nanomatériaux sont également abordées dans ce cadre.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Le danger provient du saucissonnage des compétences. Une réelle coordination existe-t-elle ? Par ailleurs, existe-t-il un contrôle des déclarations des producteurs quant aux substances chimiques présentes dans leurs produits ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Oui. Le contrôle concerne non seulement le producteur, mais aussi le fabricant et l'importateur. La coordination existe bel et bien, notamment dans le cadre de la Conférence interministérielle santé environnement.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Quand l'étude en cours se terminera-t-elle ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Je vous communiquerai la date ultérieurement.

productnormen die binnenluchtvervuiling moeten verminderen.

De ontwikkeling van instrumenten met het oog op de opleiding van gezondheidsprofessionals maakt deel uit van de projecten die het NEHAP – National Environmental Health Action Plan – in 2011 zal uitvoeren. Er werd ook beslist de variabelen van het elektronisch medisch dossier uit te breiden tot de milieufactoren op basis van een aan de gang zijnde studie over de variabelen die relevant kunnen zijn in het kader van de eerstelijnszorg. Daarbij zal ook rekening worden gehouden met de bescherming van de privacy.

In het kader van het NEHAP coördineert de federale overheid, in samenwerking met de gemeenschappen en gewesten, het project van humane biomonitoring: COPHES – Consortium to Perform Human Biomonitoring on a European Scale – en DEMOCOPHES, een proefonderzoek van COPHES.

De Gemengde Interministeriële Conferentie Leefmilieu-Gezondheid (GICLG) heeft overigens gezorgd voor de uitwerking en uitvoering van een tweede nationaal actieplan leefmilieu-gezondheid. De invoering van indicatoren voor milieugezondheid werd ingezet. Samen met de gewesten en gemeenschappen ontwikkelen we ook een reeks projecten om de blootstelling van gevoelige personen aan stoffen in toom te houden en te verminderen, zoals vervuilende stoffen in plaatsen van kinderopvang, en door technische middelen te ontwikkelen voor bouw, onderhoud en renovatie. Nieuwe thema's zoals het gebruik van nanomaterialen worden in dat kader ook behandeld.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – De opsplitsing van bevoegdheden is een probleem. Bestaat er wel een echte samenwerking? Worden de verklaringen van fabrikanten over de aanwezigheid van chemische stoffen in hun producten gecontroleerd?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ja. Niet alleen de fabrikant, maar ook de importeur worden gecontroleerd. Samenwerking bestaat wel degelijk, namelijk in het kader van GICLG.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Wanneer zal de lopende studie beëindigd zijn?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Ik zal u de datum later meedelen.

**Demande d'explications de
Mme Dominique Tilmans à la vice-première
ministre et ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique sur «l'organisation de
la garde médicale en province de
Luxembourg et dans l'arrondissement de
Dinant» (n° 5-403)**

Mme Dominique Tilmans (MR). – Les problèmes de garde médicale se posent partout en Belgique, mais mes questions concernent le sud du pays. Des médecins généralistes de la province de Luxembourg et de l'arrondissement de Dinant ont tenu, le 15 janvier dernier, un fort intéressant colloque portant sur l'organisation de la garde. Ils ont fait appel au professeur Brijs, qui a réalisé un audit et qui a établi des projections et émis plusieurs hypothèses.

Ce rapport tire une nouvelle fois la sonnette d'alarme et annonce des chiffres inquiétants. Comme vous le savez, la pénurie de médecins généralistes pose gravement problème. Partant du principe d'une garde jusqu'à l'âge de 65 ans – mais nous savons que la plupart des médecins généralistes ne travaillent plus jusque-là – il ressort que d'ici à 2020, la province de Luxembourg et l'arrondissement de Dinant auront perdu 30 à 40% des actifs actuels, selon les zones. Or, le nombre de patients par médecin généraliste aura, quant à lui, augmenté de 67% !

Plusieurs solutions sont envisagées pour remédier à la pénurie de médecins généralistes. Le gommage des frontières des zones de garde et la création de sept postes de garde permettant de travailler à l'échelle de la province de Luxembourg, en englobant l'arrondissement de Dinant, semblent être la solution la plus adéquate. Elle permettrait de limiter l'intervalle d'intervention du médecin généraliste, mais j'attire votre attention sur le fait que cet intervalle varie de 12 à 29 minutes – à savoir une demi-heure pour l'aller, mais aussi une demi-heure pour le retour, plus le temps de prestation, ce qui pourrait représenter une heure et demie au total.

J'aimerais vous poser plusieurs questions, madame la ministre.

Tout d'abord, la suppression des frontières des zones de garde est-elle envisageable afin de mieux répondre à la réalité de terrain en province de Luxembourg et dans l'arrondissement de Dinant ?

Ensuite, peut-on envisager une expérience pilote de suppression des frontières de garde médicale sur les deux territoires ?

Enfin, serait-il possible de prévoir des budgets pour le lancement d'une expérience pilote, à savoir la création de six postes de garde – il y en a déjà un à Bastogne –, sachant que l'accord médico-mutualiste a libéré cette année neuf millions d'euros pour l'investissement de nouveaux projets ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Nous avons si souvent abordé ce problème ! Vous connaissez toutes les mesures que j'ai prises pour tenter de diminuer la pénurie des médecins généralistes.

**Vraag om uitleg van mevrouw Dominique
Tilmans aan de vice-eersteminister en
minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid over «de organisatie van
de medische wachtdienst in de provincie
Luxemburg en in het arrondissement
Dinant» (nr. 5-403)**

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – Overal in België zijn er problemen met de medische wachtdiensten, maar mijn vraag gaat over de toestand in het zuiden van het land. Huisartsen uit de provincie Luxemburg en het arrondissement Dinant hebben op 15 januari jongstleden een zeer interessant colloquium gehouden over de organisatie van de wachtdienst. Ze hebben een beroep gedaan op prof. Tom Brijs, die een doorlichting heeft gedaan, voorspellingen heeft gemaakt en meerdere hypothesen naar voren heeft geschoven.

In dat rapport wordt eens te meer aan de alarmbel getrokken en het bevat verontrustende cijfers. Zoals u weet, is er een groot gebrek aan huisartsen. Uitgaande van een loopbaan tot 65 jaar – maar we weten dat de meeste huisartsen niet tot die leeftijd werken – zal het aantal huisartsen in de provincie Luxemburg en het arrondissement Dinant, naargelang van de zone, met 30 tot 40% afnemen. Het aantal patiënten per huisarts zal daarentegen met 67% stijgen.

Er worden meerdere oplossingen naar voren geschoven om het gebrek aan huisartsen op te vangen. De uitvlakking van de grenzen tussen de zones van de wachtdiensten en de oprichting van zeven wachtposten die heel de provincie Luxemburg en het arrondissement Dinant bestrijken, lijken de meest raadzame oplossing. Zo zou het interval voor de interventie van de huisarts kunnen worden beperkt. Ik wijs er echter op dat dit interval met 12 tot 29 minuten varieert, meer bepaald een half uur heen, een half uur terug en de duur van de dienstverstrekking, waardoor de interventie in totaal anderhalf uur kan duren.

Is het mogelijk de grenzen van de zones van de wachtdiensten uit te vlakken, zodat beter kan worden ingespeeld op de realiteit op het terrein in de provincie Luxemburg en in het arrondissement Dinant?

Is een proefproject mogelijk waarbij de grenzen tussen de zones van de wachtdiensten in de twee gebieden worden uitgevlakt?

Kunnen middelen worden vrijgemaakt voor een dergelijk proefproject, meer bepaald voor de oprichting van zes wachtdiensten – in Bastogne is er al een – in de wetenschap dat in het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen negen miljoen werd vrijgemaakt voor de investering in nieuwe projecten?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – We hebben het al herhaalde malen over dit probleem gehad. U kent de maatregelen die ik heb genomen om te proberen het tekort aan huisartsen op te

Je les évoquais encore toute à l'heure dans ma réponse à d'autres intervenants. Dans certaines zones rurales et particulièrement dans la province du Luxembourg et dans l'arrondissement de Dinant, le problème est considérable.

Par le biais des fonds Impulseo, nous mettons tout en œuvre pour tenter d'attirer les médecins dans ces régions – moyens financiers, aides administratives, logements, prêts sans intérêts – mais ils ne viennent pas. Dans ces conditions, on imagine bien la difficulté d'organiser les gardes puisque cet exercice est déjà difficile dans les régions sans pénurie de médecins. Je comprends véritablement l'ampleur du problème.

Cela dit, la situation de vieillissement de la population médicale n'est pas spécifique à la province du Luxembourg, puisque le cadastre des généralistes montrait, déjà en 2009, que 30% des généralistes belges étaient âgés de 55 ans. C'est d'ailleurs pour cela que je ne suis pas favorable au numerus clausus. Je sais que la question est polémique mais nous sommes et serons plus encore à l'avenir en manque constant de médecins. Ce métier sera de plus en plus frappé de pénurie ; il nécessite une planification. Nous avions assoupli quelque peu les dispositions sous la précédente législature mais c'est toujours insuffisant. C'est d'autant plus dommageable dans des régions comme la vôtre, madame Tilmans.

Je ne rappellerai pas toutes les mesures que j'ai prises. Je vous renvoie aux réponses que j'ai déjà données à cet égard.

En ce qui concerne les gardes, la solution la plus souvent prônée par les acteurs de terrain est la collaboration entre différents cercles, la mise en place de postes de garde et d'un dispatching central.

J'ai lancé le projet pilote 1733 qui semble prometteur. Il fonctionne actuellement dans le Hainaut et à Bruges et sera élargi à la province du Luxembourg. En pratique, la personne qui appelle se trouve en communication avec le service 100 et son personnel formé spécifiquement à cette tâche. Ces agents peuvent dire rapidement si le patient a besoin d'une ambulance – auquel cas on évite d'appeler le généraliste –, s'il peut attendre le lendemain, moyennant quelques conseils, etc. Cela donne de bons résultats dans les zones qui en bénéficient. J'espère que cela apportera aussi une amélioration en province du Luxembourg.

Le système des postes de garde avancés est également intéressant. Il permet de diminuer significativement le nombre de visites à domicile. Pour les nouveaux postes, le budget a été porté, en deux ans, de 1,2 million à 2,1 millions, afin de rencontrer l'ensemble des demandes de terrain.

Vous l'avez souligné, l'accord médico-mutualiste a libéré neuf millions d'euros pour financer de nouveaux projets. Le financement de ceux-ci se fera en fonction des caractéristiques de terrain, notamment de la population médicale générale et des difficultés liées aux pénuries.

Une autre solution réside dans la collaboration ou la fusion de cercles de médecins généralistes situés dans des zones contiguës, ce qui permet d'organiser les gardes en commun. Les demandes en ce sens peuvent être introduites auprès de mon administration, pour en étudier les modalités pratiques, notamment le soutien financier.

lossen; ik heb ze in een antwoord op een vorige vraag nog eens opgesomd. In sommige landelijke gebieden, en vooral in de provincie Luxemburg en het arrondissement Dinant is het probleem groot.

Via het Impulseo-fonds doen we er alles aan om huisartsen naar die gebieden te lokken – financiële middelen, administratieve hulp, renteloze leningen – maar ze komen niet. U kunt zich voorstellen dat het in die omstandigheden zeer moeilijk is om in die gebieden waar een tekort aan huisartsen is, wachtdiensten te organiseren. Ik ben me terdege bewust van de omvang van het probleem.

De vergrijzing van de gezondheidswerkers is geen specifiek probleem voor de provincie Luxemburg. Uit het kadaster voor huisartsen bleek al in 2009 dat 30% van de Belgische huisartsen ouder was dan 55 jaar. Om die reden ben ik trouwens tegen een numerus clausus. Ik weet dat dit gevoelig ligt, maar er is een permanent artsentekort, dat in de toekomst enkel maar zal toenemen. Er moeten dan ook plannen worden gemaakt om dat groeiende tekort op te vangen. Tijdens de vorige regeerperiode hebben we de regelgeving een beetje versoepeld, maar nog altijd niet voldoende. Dat is vooral jammer voor gebieden als dat waar mevrouw Tilmans woont.

Voor een overzicht van de maatregelen die ik heb genomen verwijz ik naar de antwoorden die ik op vroegere vragen heb gegeven.

Wat de wachtdiensten betreft, stellen de actoren op het terrein het vaakst samenwerking tussen de verschillende cirkels, de oprichting van wachtposten en een centrale dispatching voor.

Het proefproject 1733 dat ik heb opgestart lijkt veelbelovend. Het loopt momenteel in Henegouwen en in Brugge en het zal worden uitgebreid tot de provincie Luxemburg. In dit project komt de oproeper in contact met de dienst 100 en zijn speciaal hiervoor opgeleid personeel. Die mensen kunnen snel aangeven of de patiënt een ziekenwagen nodig heeft – in dat geval moet geen huisarts worden opgeroepen – dan wel of hij tot 's anderendaags kan wachten, mits hij enkele raadgevingen opvolgt enzovoort. Dit systeem heeft in de proefzones tot goede resultaten geleid. Ik hoop dat ook de situatie in de provincie Luxemburg hiermee kan worden verbeterd.

Ook het systeem van de vooruitgeschoven wachtposten is interessant omdat aldus het aantal huisbezoeken aanzienlijk kan worden teruggedrongen. Voor de nieuwe posten werd het budget in twee jaar tijd van 1,2 miljoen tot 2,1 miljoen verhoogd, teneinde tegemoet te komen aan de vraag op het terrein.

In het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen werd inderdaad negen miljoen vrijgemaakt om nieuwe projecten te financieren. Hierbij zal rekening worden gehouden met de kenmerken van het terrein en met name met de huisartsenbevolking en de problemen die het tekort met zich meebrengt.

Een andere mogelijke oplossing is de samenwerking tussen, of de fusie van huisartsenkringen in aangrenzende gebieden, waardoor gemeenschappelijke wachtdiensten kunnen worden georganiseerd. Verzoeken daartoe kunnen bij mijn administratie worden ingediend. Die zal dan de praktische

Mme Dominique Tilmans (MR). – Nous sommes tous conscients que la garde est vraiment le problème majeur. Vous avez certes déjà pris de nombreuses mesures pour améliorer cette garde mais nous voyons bien qu’il reste beaucoup à faire et que les mesures financières ne sont pas tout. Ce qui pèse surtout aux médecins généralistes, c’est la multiplication des gardes.

Quant aux postes de garde avancés, il est proposé d’en instaurer sept. Il en existe déjà un à Bastogne. Vous avez parlé de la fusion des cercles alors que je proposais de supprimer la frontière entre zones de garde.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l’Intégration sociale. – Cela revient au même. Ce sont les cercles qui organisent les gardes et si l’on regroupe deux cercles ensemble, par exemple, le territoire couvert par la garde sera automatiquement plus grand. Avec bien sûr les difficultés qui sont inhérentes à un territoire plus étendu. Le médecin de garde pourra être amené à parcourir une très longue distance pour se rendre chez le patient, surtout dans une région comme le Luxembourg.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Effectivement, le déplacement pourrait prendre jusqu’à trente minutes par trajet. L’intervention du médecin de garde pourrait donc le rendre indisponible pendant près d’une heure trente. Dans les zones éloignées d’un poste de garde ou d’un hôpital, les personnes qui feront un infarctus pourraient avoir de moindres chances de s’en sortir.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l’Intégration sociale. – Ces personnes peuvent aussi s’adresser à l’aide médicale urgente. Dans ce genre de cas, on peut faire appel à un hélicoptère, par exemple.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Soit, mais à Corbion par exemple, un village situé à 25 minutes de Libramont, s’il n’y a plus de généraliste sur place pour pratiquer un massage cardiaque, les conséquences risquent d’être graves.

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l’Intégration sociale. – La solution serait peut-être d’élargir les quotas uniquement aux médecins prêts à s’installer dans ces régions. Mais cela nécessite des concertations qui ne sont pas possibles en affaires courantes.

Mme Dominique Tilmans (MR). – Imaginez-vous possible de soutenir une expérience pilote, avec sept postes de garde dans la province de Luxembourg ?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l’Intégration sociale. – Oui, mais il faut voir les dossiers.

uitvoering, en met name de financiële ondersteuning, onderzoeken.

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *We beseffen allen dat de wachtdienst het grootste probleem is. U heeft inderdaad al heel wat maatregelen genomen, maar we stellen vast dat we er nog lang niet zijn en dat alleen financiële maatregelen niet volstaan. Voor de huisartsen is vooral de opeenvolging van wachtdiensten belastend.*

Er is voorgesteld om zeven vooruitgeschoven wachtposten te organiseren. In Bastogne is er al één. U had het over de fusie van de kringen, terwijl ik voorstel om de grenzen tussen de wachtzones uit te vlakken.

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met *Maatschappelijke Integratie.* – *Dat komt op hetzelfde neer. De kringen organiseren de wachtdiensten en, als bijvoorbeeld twee kringen worden samengevoegd, zal het gebied dat door de wachtdienst wordt gedekt, automatisch groter worden. De huisarts van wacht zal dan een grotere afstand moeten afleggen om de patiënt te bereiken, zeker in een gebied als Luxemburg.*

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *De verplaatsing kan inderdaad tot dertig minuten per traject oplopen. Dat betekent dat een huisarts op interventie tot anderhalf uur onbeschikbaar is. In zones die ver verwijderd zijn van een wachtpost of een ziekenhuis, zouden mensen die een hartaanval hebben, minder kans kunnen hebben om te overleven.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met *Maatschappelijke Integratie.* – *Die mensen kunnen ook de spoeddiensten bellen. In dergelijke gevallen kan eventueel een beroep worden gedaan op een helikopter.*

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Inderdaad, maar als in een dorp als Corbion, dat op 25 minuten van Libramont ligt, geen huisarts is om een hartmassage te doen, dreigen de gevolgen ernstig te zijn.*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met *Maatschappelijke Integratie.* – *Misschien is het mogelijk de quota op te trekken voor artsen die bereid zijn zich in die gebieden te vestigen. Dat vergt echter overleg en dat kan niet gebeuren in een periode van lopende zaken.*

Mevrouw Dominique Tilmans (MR). – *Denkt u dat het mogelijk is een proefproject te steunen met zeven wachtposten in de provincie Luxemburg?*

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met *Maatschappelijke Integratie.* – *Ja, maar dan moeten we de dossiers bekijken.*

Demande d'explications de Mme Elke Sleurs à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «la transposition de la directive européenne interdisant le bisphénol A» (n° 5-419)

Mme Elke Sleurs (N-VA). – *Voici quelques jours, le 28 janvier 2011, la Commission européenne a promulgué une directive imposant aux États membres de retirer du commerce les biberons contenant du bisphénol A. Le Conseil supérieur de la santé estime le danger pour les nourrissons plus important que la Commission européenne. En effet, il demande des mesures jusqu'à l'âge de trois ans.*

Le communiqué de presse de la ministre ne permet pas de savoir quelles mesures elle souhaite prendre face à cette question.

- 1. La ministre se limiterait-elle à transposer la directive ?*
- 2. La ministre envisage-t-elle d'aller plus loin que la directive ?*
- 3. Le rapport du Conseil supérieur de la santé a aussi attiré l'attention sur les risques pour les nourrissons des jouets contenant du bisphénol A. Quelles mesures la ministre juge-t-elle nécessaire de prendre en la matière ?*

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – *La directive 2011/8/CE du 28 janvier 2011 modifiant la directive 2002/72/CE en ce qui concerne la restriction de l'utilisation du bisphénol A dans les biberons en plastique pour nourrissons doit être transposée en droit national pour le 15 février 2011 avec une entrée en vigueur le 1^{er} mars 2011. Ce texte interdit la fabrication de biberons contenant du bisphénol A à partir du 1^{er} mars 2011 et en interdit la vente à partir du 1^{er} juin 2011. Les délais de transposition et d'entrée en vigueur sont donc très courts. Les travaux en ce sens sont toutefois déjà bien engagés et la publication de l'arrêté royal interviendra dans les délais malgré la période actuelle d'affaires courantes.*

Il n'entre pas dans mes intentions à l'heure actuelle d'aller plus loin que ce qui figure dans la directive. L'avis du Conseil supérieur de la santé a trait à une interprétation des conclusions de l'EFSA, l'Autorité européenne de sécurité des aliments. La seule catégorie sensible est celle des nourrissons de 0 à 12 mois, telle que définie dans les textes légaux. Les nourrissons peuvent être particulièrement sensibles aux effets potentiels du bisphénol A, bien qu'ils soient jugés capables d'éliminer cette substance et que le risque, en particulier pour la santé humaine, n'ait pas encore été pleinement démontré. Il convient donc de réduire autant que possible l'exposition des nourrissons au bisphénol A.

Pour le reste, l'avis de l'EFSA est très clair et précise qu'il n'y a pas de danger pour le reste de la population. La situation par rapport au risque est clairement exprimée dans les considérants de la directive. Cette mesure est prise sur la base du principe de précaution qui est applicable dans une situation d'incertitude scientifique, conformément à l'article 7

Vraag om uitleg van mevrouw Elke Sleurs aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de omzetting van de Europese richtlijn inzake bisfenol A» (nr. 5-419)

Mevrouw Elke Sleurs (N-VA). – Enkele dagen geleden, op 28 januari 2011, vaardigde de Europese Commissie een richtlijn uit waarbij de lidstaten worden verplicht melkflesjes die bisfenol A bevatten, uit de handel te verwijderen. De Hoge Gezondheidsraad schat het gevaar voor zuigelingen hoger in dan de Europese Commissie. Hij vraagt immers maatregelen tot de leeftijd van drie jaar.

Uit het persbericht van de minister kan niet worden afgeleid welke maatregelen zij met betrekking tot deze kwestie wenst te nemen.

Graag had ik een antwoord gekregen op volgende vragen.

1. Gaat de minister zich beperken tot de omzetting van de richtlijn?
2. Is de minister van plan om verder te gaan dan de richtlijn?
3. Het rapport van de Hoge Gezondheidsraad wees ook op de risico's van bisfenol A-houdend speelgoed voor zuigelingen. Welke maatregelen acht de minister hiervoor noodzakelijk?

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Richtlijn 2011/8/EG van 28 januari 2011 tot wijziging van richtlijn 2002/72/EG wat de beperking op het gebruik van bisfenol A in zuigflessen van kunststof voor zuigelingen betreft, moet tegen 15 februari 2011 in nationaal recht zijn omgezet en op 1 maart 2011 in werking treden. Deze richtlijn verbiedt vanaf 1 maart 2011 de vervaardiging, en vanaf 1 juni 2011 de verkoop van zuigflessen die bisfenol A bevatten. De termijnen voor de omzetting en inwerkingtreding zijn dus zeer kort. De werkzaamheden hiervoor zijn goed gevorderd en het koninklijk besluit zal, ondanks de huidige periode van lopende zaken, tijdig verschijnen.

Op het ogenblik ben ik niet van plan verder te gaan dan wat de richtlijn bepaalt. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad slaat op een interpretatie van de besluiten van de Europese Autoriteit voor Voedselveiligheid, EFSA. Alleen de zuigelingen zoals in de wettekst gedefinieerd, dus van 0 tot 12 maanden, vormen een kwetsbare categorie. Zij kunnen bijzonder kwetsbaar zijn voor de potentiële gevolgen van bisfenol A, hoewel men er ook van uitgaat dat ze dit bestanddeel kunnen uitschakelen en men het risico, in het bijzonder voor de menselijke gezondheid, nog niet volledig heeft kunnen aantonen. Men stelt zuigelingen dus best zo weinig mogelijk bloot aan bisfenol A.

Voor het overige is het advies van de EFSA zeer duidelijk en benadrukt het dat de rest van de bevolking geen gevaar loopt. De toestand met betrekking tot het risico wordt in de overwegingen van de richtlijn duidelijk verwoord. Deze maatregel is genomen op basis van het voorzorgsprincipe dat in een situatie van wetenschappelijke onzekerheid geldt, in

du règlement (CE) n° 178/2002 du Parlement européen et du Conseil du 28 janvier 2002, en attendant que l'on dispose de nouvelles données scientifiques permettant de clarifier la pertinence toxicologique de certains effets observés du bisphénol A.

La réglementation en matière de jouets ne relève pas de ma compétence, mais de celle du SPF Économie. J'ai chargé mes services de lui communiquer toutes les informations utiles afin qu'il puisse prendre les mesures appropriées.

Demande d'explications de M. Piet De Bruyn à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et à la ministre de l'Intérieur sur «le suicide en Belgique» (n° 5-446)

M. Piet De Bruyn (N-VA). – La semaine dernière, beaucoup de personnes s'occupant de la prévention du suicide ont été effrayées en apprenant le nombre de suicides qui, selon la ministre Turtelboom, sont enregistrés en Belgique. Dans sa réponse à une question du député Peter Logghe, le ministre de la Région flamande a donné des chiffres très différents de ceux de l'Agence flamande « Soins et Santé ».

Pour 2008, la ministre Turtelboom parle de 2 531 décès par suicide en Flandre. L'Agence flamande « Soins et Santé » fait état de 728 hommes et 299 femmes, soit au total 1 027 décès. C'est moins que la moitié des chiffres avancés par la ministre. Il ne s'agit donc pas ici d'une petite variation qui pourrait être la conséquence d'une définition quelque peu différente du suicide ou d'une autre façon d'établir le rapport. Vu l'importance de la différence, ces chiffres ne peuvent être exacts tous les deux.

Le nombre de suicides par jour en Belgique qui peut être déduit des chiffres de la ministre Turtelboom diffère aussi très fort des chiffres généralement cités par les spécialistes tant du monde universitaire que des centres de prévention. En effet, ils parlent de sept suicides par jour. Nous sommes déjà ainsi en tête des pays européens ayant les chiffres de suicides les plus élevés. Si les chiffres de la ministre sont corrects, nous sommes nettement au-dessus des autres.

Contrairement aux chiffres du site web de l'Agence flamande « Soins et Santé », nous ne pouvons pas retrouver d'où proviennent les chiffres cités par la ministre. Je puis déduire de sa réponse qu'ils proviennent de la Banque de données nationale générale, mais je n'en suis pas certain.

Comment la ministre explique-t-elle la différence importante entre les chiffres relatifs à la Région flamande de l'Agence flamande « Soins de santé » et ceux de la ministre Turtelboom ? De quelle banque de données les chiffres de la ministre Turtelboom proviennent-ils et comment ont-ils été établis ? Qu'en est-il des chiffres de la Région wallonne et de la Région de Bruxelles-Capitale ? La ministre prendra-t-elle contact avec son collègue flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille pour obtenir des précisions sur les chiffres cités ?

overeenstemming met artikel 7 van verordening (EG) nr. 178/2002 van het Europees Parlement en de Raad van 28 januari 2002, en in afwachting dat men over nieuwe wetenschappelijke gegevens beschikt die de toxicologische relevantie van sommige waargenomen effecten van bisfenol A verduidelijken.

De reglementering inzake speelgoed valt niet onder mijn bevoegdheid, maar ressorteert onder de FOD Economie. Ik heb mijn diensten opdracht gegeven hen alle nuttige inlichtingen te bezorgen zodat ze gepaste maatregelen kunnen treffen.

Vraag om uitleg van de heer Piet De Bruyn aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en aan de minister van Binnenlandse Zaken over «zelfdoding in België» (nr. 5-446)

De heer Piet De Bruyn (N-VA). – Vorige week schrokken vele mensen die begaan zijn met de preventie van suicide, toen bekend raakte hoeveel suicides er volgens minister Turtelboom in België geregistreerd worden. In een antwoord op een vraag van volksvertegenwoordiger Peter Logghe gaf de minister voor het Vlaamse gewest cijfers die sterk verschillen van de cijfers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Voor 2008 spreekt minister Turtelboom van 2 531 overlijdens in Vlaanderen door suicide. Het Agentschap Zorg en Gezondheid gewaagd van 728 mannen en 299 vrouwen, samen 1 027 overlijdens. Dat is minder dan de helft van wat de minister aangeeft. Het gaat hier dus niet om een klein verschil dat het gevolg zou kunnen zijn van een iets andere definitie van suicide of een iets andere vorm van rapportering. Gezien het grote verschil kunnen beide cijfers onmogelijk allebei juist zijn.

Het cijfer over het aantal suicides per dag in België dat afgeleid kan worden uit de cijfers van minister Turtelboom, verschilt ook zeer sterk van de cijfers die doorgaans gehanteerd worden door specialisten uit zowel de academische wereld als door de preventiecentra. Zij spreken namelijk van zeven suicides per dag. Daarmee staan we al aan de top van de Europese landen met de hoogste suïcidecijfers. Als de cijfers van de minister correct zijn, steken we wel met lengtes boven de rest uit.

In tegenstelling tot de cijfers van de website van het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid, kunnen we niet achterhalen waar de minister haar cijfers haalt. Ik kan uit haar antwoord afleiden dat ze uit de Algemene Nationale Gegevensbank komen, maar zeker ben ik daar niet van.

Hoe verklaart de minister het grote verschil tussen de cijfers over het Vlaams Gewest van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en de cijfers van minister Turtelboom? Uit welke databank komen de cijfers van minister Turtelboom en hoe werden ze gegeneerd? Idem voor de cijfers over het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Zal de minister met haar Vlaamse collega voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin contact opnemen om duidelijkheid te krijgen over de genoemde cijfers?

Mme Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale. – Dans sa réponse du 16 novembre à la question de M. Logghe, la ministre Turtelboom a donné un aperçu du nombre de décès enregistrés comme suicides. Je puis difficilement m'exprimer sur la grande différence entre ses chiffres et ceux de l'Agence flamande « Soins et Santé » parce que j'ignore tant l'origine des données que la méthode d'enregistrement utilisée.

Mes services ne disposent que des chiffres des suicides relevés dans les hôpitaux généraux et psychiatriques. Les chiffres DPM (données psychiatriques minimales) sur les suicides dans les hôpitaux psychiatriques sont des décès survenus dans les hôpitaux psychiatriques, les sections psychiatriques des hôpitaux généraux, les maisons de repos psychiatriques et les initiatives « habitats protégés », et portant la mention de cause de décès « suicide ».

Les chiffres DCM (données cliniques minimales) de suicides dans les hôpitaux généraux concernent des séjours où le suicide a été mentionné dans un diagnostic secondaire.

Les chiffres ne précisent pas si le suicide a été commis dans ou hors de l'hôpital. Les personnes ayant commis un suicide à domicile et qui décèdent ensuite à l'hôpital sont incluses dans ces chiffres.

Les données les plus récentes venant des DCM et DPM datent de 2007. Au niveau national, les chiffres les plus récents sont ceux de 2005. Cette année-là, il y a eu en Belgique 2 028 décès par suicide. Ces chiffres sont consultables sur le site du SPF Économie. Les 2 028 décès sont répartis comme suit entre les régions : 1 123 en Flandre, 748 en Wallonie et 157 à Bruxelles. Et selon les sexes : 1 477 hommes et 551 femmes.

Les compétences en la matière sont réparties entre le niveau fédéral et les entités fédérées. La prévention du suicide relève des compétences des communautés. La mise sur pied de mesures adéquates et concrètes en matière de suicide doit rester une des priorités des différentes autorités. En raison du besoin de coordonner l'interaction et la dépendance mutuelle des compétences à chaque niveau, mon prédécesseur, M. Demotte, avait créé un groupe de travail « Suicide », au sein du groupe de travail intercabinets « Taskforce SSM » (soins de santé mentale). Dans la problématique du suicide, des mesures préventives et curatives ne peuvent être considérées distinctement. Dans ce cadre, il a été décidé, après la conférence interministérielle Santé publique du 2 mars 2009, de créer un sous-groupe de travail « Suicide » au sein du groupe de travail intercabinets avec pour objectif de faire correspondre les systèmes d'enregistrement des suicides dans les différentes entités fédérées et de pouvoir disposer de chiffres nationaux, puisque les communautés et les régions ont leur propre système d'enregistrement avec différents timings.

Comme convenu, ce groupe de travail « Suicide » est présidé par la Communauté flamande. Lors de la première réunion, en mars 2009, les membres se sont accordés sur les tâches suivantes : faire correspondre les enregistrements actuels afin d'obtenir des chiffres nationaux ; développer l'enregistrement des tentatives de suicide ; examiner une étude réalisée à l'initiative de la Communauté flamande sur les chiffres actuels des suicides, étude qui sera bientôt terminée. Dans

Mevrouw Laurette Onkelinx, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie. – Collega Turtelboom gaf in haar antwoord van 16 november op de vraag van de heer Logghe een overzicht van het aantal als zelfdoding geregistreerde overlijdens. Ik kan me moeilijk uitspreken over het grote verschil tussen haar cijfers en die van het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid, omdat ik geen kennis heb van de oorsprong van de gegevens, noch van de gehanteerde registratiemethodes.

Mijn diensten beschikken alleen over zelfdodingcijfers van de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen. De MPG-cijfers (minimale psychiatrische gegevens) over zelfdoding in de psychiatrische ziekenhuizen slaan op overlijdens in de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, de psychiatrische rusthuizen en de initiatieven van beschut wonen, waarbij zelfdoding als doodsoorzaak wordt vermeld.

De MZG-cijfers betreffende zelfdoding in de algemene ziekenhuizen slaan op verblijven, waarbij zelfdoding in een tweede diagnose werd vermeld.

Uit de cijfers kunnen we niet opmaken of de zelfdoding in het ziekenhuis of daarbuiten gebeurde. De personen die thuis zelfmoord pleegden en daarna in het ziekenhuis overleden, zijn in die cijfers opgenomen.

De meest recente gegevens van de MZG en MPG dateren van 2007. Op nationaal vlak dateren de recentste cijfers van 2005. In dat jaar waren er in België 2 028 sterfgevallen door zelfdoding. Die cijfers zijn terug te vinden op de site van de FOD Economie. De 2 028 sterfgevallen zijn als volgt over de gewesten verdeeld: 1 123 in Vlaanderen, 748 in Wallonië en 157 in Brussel. De verdeling volgens geslacht is als volgt: 1 477 mannen en 551 vrouwen.

De bevoegdheden op dit vlak zijn verdeeld over de federale overheid en de deelstaten. De gemeenschappen zijn bevoegd voor zelfmoordpreventie. Gepaste en concrete maatregelen in verband met zelfdoding moeten één van de prioriteiten van de verschillende overheden blijven. Vanuit de behoefte om de interactie en onderlinge afhankelijkheid van de bevoegdheden op elk vlak te coördineren, had mijn voorganger, de heer Demotte in de interkabinettenwerkgroep 'Taskforce GGZ' (geestelijke gezondheidszorg) een werkgroep zelfdoding opgericht. In de problematiek van zelfdoding kunnen de preventieve en curatieve maatregelen inderdaad niet los van elkaar worden gezien. In dat kader werd na de interministeriële conferentie van 2 maart 2009 beslist om bij de interkabinettenwerkgroep een subwerkgroep 'Zelfdoding' op te richten, met als doel de zelfdodingregistratiesystemen in de verschillende deelstaten op elkaar af te stemmen en over nationale cijfers te kunnen beschikken, aangezien de gemeenschappen en gewesten over een eigen registratiesysteem met verschillende timing beschikken.

Zoals afgesproken zit de Vlaamse gemeenschap deze werkgroep 'Zelfdoding' voor. Tijdens de eerste vergadering op maart 2009 werden de leden het over de volgende takken eens: de huidige registratie op elkaar afstemmen om tot nationale cijfers te komen, de registratie van zelfmoordpogingen ontwikkelen en een onderzoek – dat binnenkort wordt afgerond – op initiatief van de Vlaamse

cette dernière, les chiffres flamands sont comparés à ceux des pays européens. Il y a plus de suicides en Flandre et en Belgique que dans les pays voisins. Lors d'une autre réunion, le chercheur Alexandre Reynders a présenté son rapport sur les différents facteurs qui expliquent les différences de chiffres en Flandre par comparaison avec les pays européens. Au cours de cette réunion, on s'est surtout attardé sur les enregistrements, l'encodage et l'interprétation des chiffres de suicides. J'attends la prochaine réunion. Elle relève de la compétence du ministre flamand.

M. Piet De Bruyn (N-VA). – *La réponse de la ministre contient beaucoup d'informations, mais ne donne aucune explication sur les différences importante entre les chiffres. Je n'attribue de mauvaise intention à personne, mais il est pour le moins regrettable que, sur la base des chiffres fournis par la ministre Turtelboom, on ait l'impression que le nombre de suicides augmente en Flandre, alors que, selon l'enregistrement effectué sur une base détaillée et justifiée sur le plan méthodologique, la tendance est à la baisse.*

Cela me semble être une affaire suffisamment importante pour que l'on réalise dès que possible un enregistrement univoque, de manière à éviter à l'avenir des chiffres divergents. Dans cette optique, j'examinerai, sur la base de la réponse qui sera mise à ma disposition, ce qui peut encore être fait. Je sensibiliserai également mes collègues du parlement flamand pour assurer à nouveau la présidence du groupe de travail auquel se réfère la ministre.

Mme Laurette Onkelinx, *vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale.* – *Je communiquerai à M. De Bruyn un rapport sur les prochains travaux du groupe de travail intercabinets. J'attends cependant encore l'analyse de M. Alexandre Reynders non seulement concernant les chiffres, mais également pour savoir quelle est la cause des différences entre ces chiffres.*

(La séance est levée à 12 h 35.)

gemeenschap om de huidige zelfdodingscijfers te bestuderen. Dat onderzoek vergelijkt de Vlaamse cijfers met die van de Europese landen. Vlaanderen en België tellen meer zelfdodingen dan de buurlanden. De onderzoeker Alexandre Reynders stelde op een andere vergadering zijn onderzoeksrapport voor over de verschillende factoren die de verschillen tussen de cijfers voor Vlaanderen in vergelijking met de Europese landen verklaren. Vóór die vergadering stond men vooral stil bij de registratie, invoer en interpretatie van de zelfdodingscijfers. Ik wacht op de volgende vergadering. Die valt onder de bevoegdheid van de Vlaamse minister.

De heer Piet De Bruyn (N-VA). – Het antwoord van de minister bevat veel informatie, maar geeft geen verklaring voor het grote verschil in de cijfers. Ik dicht echter niemand kwade bedoelingen toe. Het is wel op zijn minst betreurenswaardig dat op basis van de cijfers verstrekt door minister Turtelboom, de indruk wordt gewekt dat het aantal suïcides in Vlaanderen stijgt, terwijl volgens de registratie die berust op een gedetailleerde en methodologisch verantwoorde onderbouw, een dalende tendens blijkt.

Het lijkt mij absoluut wel een zaak van bijzonder groot belang om zo snel mogelijk een eenduidige vorm van registratie te krijgen zodat we uiteenlopende cijfers in de toekomst kunnen vermijden. In dat opzicht zal ik ook met het antwoord dat mij ter beschikking zal worden gesteld, verder kijken wat nog kan worden gedaan. Ik zal ook de collega's van het Vlaams Parlement sensibiliseren om het voorzitterschap van de werkgroep waarnaar de minister verwijst, opnieuw op te nemen.

Mevrouw Laurette Onkelinx, *vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie.* – Ik zal de heer De Bruyn een verslag bezorgen over de volgende werkzaamheden van de interkabinettenwerkgroep. Ik wacht echter nog op de volgende analyse van de heer Alexandre Reynders niet alleen over de cijfers, maar ook om te weten wat de oorzaak is van de verschillen in de cijfers.

(De vergadering wordt gesloten om 12.35 uur.)