

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

5 november 2001

**ONTWERP VAN ALGEMENE
UITGAVENBEGROTING**
voor het begrotingsjaar 2002

BELEIDSNOTA

van de minister van Volksgezondheid
en Leefmilieu

Voorgaande documenten :

Doc 50 **1448/ (2001/2002)** :

001 tot 009 : Beleidsnota's.

010 : Ontwerp van algemene uitgavenbegroting.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

5 novembre 2001

**PROJET DE BUDGET GÉNÉRAL
DES DÉPENSES**
pour l'année budgétaire 2002

NOTE DE POLITIQUE GÉNÉRALE

de la ministre de la Santé publique
et de l'Environnement

Documents précédents :

Doc 50 **1448/ (2001/2002)** :

001 à 009 : Notes de politique générale.

010 : Projet de budget général des dépenses.

AGALEV-ECOLO	:	Anders gaan leven / Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
FN	:	Front National
PRL FDF MCC	:	Parti Réformateur libéral - Front démocratique francophone-Mouvement des Citoyens pour le Changement
PS	:	Parti socialiste
PSC	:	Parti social-chrétien
SPA	:	Socialistische Partij Anders
VLAAMS BLOK	:	Vlaams Blok
VLD	:	Vlaamse Liberalen en Democraten
VU&ID	:	Volksunie&ID21

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 50 0000/000 :	Parlementair document van de 50e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 50 0000/000 :	Document parlementaire de la 50e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)	CRIV :	Compte Rendu Intégral, avec à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)
CRABV :	Beknopt Verslag (op blauw papier)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)
PLEN :	Plenum (witte kaft)	PLEN :	Séance plénière (couverture blanche)
COM :	Commissievergadering (beige kaft)	COM :	Réunion de commission (couverture beige)

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>		<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	
<i>Bestellingen :</i>		<i>Commandes :</i>	
Natieplein 2		Place de la Nation 2	
1008 Brussel		1008 Bruxelles	
Tel. : 02/ 549 81 60		Tél. : 02/ 549 81 60	
Fax : 02/549 82 74		Fax : 02/549 82 74	
www.deKamer.be		www.laChambre.be	
e-mail : alg.zaken@deKamer.be		e-mail : aff.generales@laChambre.be	

Inhoudstabel

SITUERING	5
HOOFDSTUK 1: GEZONDHEID EN VOEDSEL- VEILIGHEID	
INLEIDING	7
1. GEZONDHEIDSZORG MOET TOT EMPOWERMENT LEIDEN	7
1.1. Recht op zorg – Zorg om recht Een wet patiëntenrechten	7
1.2. Een patiëntenrechtenwet vraagt om een flankerend beleid	8
1.3. Medische aansprakelijkheid	9
2. PREVENTIE IS DE EERSTE STAP	10
2.1. Veiligheid van de voedselketen	11
2.2. Beleid rond Genetisch Gewijzigde Organismen	14
2.3. Een coherent vaccinatiebeleid	15
2.3.1. Meningitis C	15
2.3.2. Haemophilus Influenzae	16
2.4. Drugs zijn een realiteit	16
2.4.1. Verantwoord medicatiegebruik	17
2.4.2. Voorkomingsbeleid rond tabak	18
3. GEZONDHEIDSZORG IS MEER DAN LICHAMELIJKE ZORG	19
3.1. Geestelijke Gezondheidszorg	20
3.1.1. Reconvertie en zorgver- nieuwing	20
3.1.2. Jongeren	21
3.1.3. Geïnterneerden	22
3.1.4. Drugs	23
3.1.5. Stress en depressie gerelateerde problemen	25
3.2. Kwaliteit van leven in de laatste levensdagen.	25
4. GEZONDHEIDSZORG VEREIST EEN ADEQUATE ORGANISATIE	27
4.1. De gezondheidszorg moet op het meest gepaste niveau georganiseerd worden	27
4.1.1. De eerstelijnsgezondheidszorg	27
4.1.2. Eerstelijnswachtdiensten via huisartsenkringen	29
4.1.3. Eerste lijn staat voor multidisciplinair	30
4.2. Het hertekenen van het ziekenhuis- landschap	33
4.2.1. Naar een nieuw concept	33
4.2.2. De universitaire ziekenhuisopdracht	35
4.2.3. De sociale dienst in de ziekenhuizen	36
4.2.4. Nieuw financieringssysteem	36
4.3. Dringende geneeskundige hulpver- lening	37

Table des matières

CONTEXTE	5
CHAPITRE 1: SANTE ET SECURITE ALIMENTAIRE	
INTRODUCTION	7
1. LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DOIT ÊTRE SYNONYME DE RESPONSABILISATION	7
1.1. Droit aux soins – Droit des soins. Une loi relative aux droits du patient	7
1.2. Une loi sur les droits du patient exige une politique d'accompagnement	8
1.3. Responsabilité médicale	9
2. LA PREVENTION EST LE PREMIER PAS	10
2.1. La sécurité de la chaîne alimentaire	11
2.2. Politique en matière d'organismes génétiquement modifiés	14
2.3. Une politique de vaccinations cohérente	15
2.3.1. Méningite C	15
2.3.2. Haemophilus Influenzae	16
2.4. Les drogues sont une réalité	16
2.4.1. Bon usage des médicaments	17
2.4.2. Politique de prévention du tabagisme ..	18
3. LES SOINS DE SANTE, CE NE SONT PAS QUE DES SOINS DU CORPS	19
3.1. Soins de santé mentale	20
3.1.1. Reconversion et renouvellement en matière de soins	20
3.1.2. Les jeunes	21
3.1.3. Personnes internées	22
3.1.4. Toxicomanie	23
3.1.5. Problèmes liés au stress et à la dépression	25
3.2. Qualité de la vie dans les derniers moments de l'existence.	25
4. LES SOINS DE SANTE REQUIERENT UNE ORGANISATION ADEQUATE	27
4.1. Les soins de santé doivent être organisés au niveau le plus approprié	27
4.1.1. Les soins de santé du premier échelon	27
4.1.2. Services de garde du premier échelon assurés par les cercles de médecins généralistes	29
4.1.3. Premier échelon équivaut à pluri- disciplinarité	30
4.2. La redéfinition du paysage hospitalier	33
4.2.1. Vers un nouveau concept	33
4.2.2. La mission des hôpitaux universitaires ..	35
4.2.3. Le service social à l'hôpital	36
4.2.4. Nouveau système de financement	36
4.3. Aide médicale urgente	37

5. HET GEZONDHEIDSZORGSTEL	39
5.1. Sturingselementen met directe impact voor de kwaliteit van de zorg voor de patiënt/ gebruiker	39
5.1.1. Het oncologisch zorgprogramma	40
5.1.2. Het geriatrisch zorgprogramma	42
5.1.3. Geneesmiddelenbeleid	43
5.1.4. Kwaliteit van het bloed	45
5.1.5. Vergoeding voor met HIV besmette personen	45
5.2. Sturingselementen met indirecte impact op de kwaliteit van het beheer en het beleid	46
5.2.1. Dataverzameling en globaal medisch dossier	46
5.2.2. Hervorming Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen	48
5.2.3. Onderzoeksgroep (BOS)	48
5.2.4. Algemene Farmaceutische Inspectie	49
5.2.5. Medische Expertise	50
5.2.6. Wetenschappelijke instellingen Volksgezondheid	51
6. GEEN GEZONDHEIDSZORG ZONDER GEZONDHEIDSWERKERS	53
6.1. Zorg van mensen voor mensen: een visie op het gezondheidszorgberoep	53
6.2. Verpleegkundigen	54
6.2.1. De aandacht voor de instroom en uitstroom van verpleegkundigen	54
6.2.2. Kwaliteitsondersteunende maatregelen voor de verpleegkundigen	55
6.3. Zorgkundigen	55
6.4. Paramedici en kinesitherapeuten	56
6.5. Nieuwe psycho-sociale gezondheidszorgberoepen	57
6.6. Gezondheidszorgbeoefenaars in «CAM Disciplines»	58
6.7. Databank voor gezondheidszorgbeoefenaars	59

HOOFDSTUK 2: DIERENGEZONDHEIDSBELID, BELID INZAKE PLANTEN-BESCHERMING EN GRONDSTOFFEN, DIERENWELZIJN

1. Inleiding	61
2. Dierengezondheidsbeleid	62
3. Dierenwelzijn	62

HOOFDSTUK 3: LEEFMILIEU

1. Inleiding	65
2. Het internationaal en Europees milieubeleid	65
3. Het beleid inzake gevaarlijke producten	68
4. Een geïntegreerd productbeleid	70
5. Het mariene milieu	71

5. LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE	39
5.1. Les éléments directeurs ayant un impact direct sur la qualité des soins au patient/ à l'utilisateur	39
5.1.1. Le programme de soins d'oncologie	40
5.1.2. Le programme de soins de gériatrie	42
5.1.3. Politique des médicaments	43
5.1.4. Qualité du sang	45
5.1.5. Indemnisation des personnes contaminées par le VIH	45
5.2. Éléments fondamentaux influençant la qualité de la gestion et de la politique de manière indirecte	46
5.2.1. Collecte des données et dossier médical généralisé	46
5.2.2. Réforme du Conseil national des établissements hospitaliers	48
5.2.3. Groupe de recherche (BOS)	48
5.2.4. Inspection générale de la pharmacie	49
5.2.5. Expertise médicale	50
5.2.6. Institutions scientifiques Santé publique	51
6. PAS DE SOINS DE SANTÉ SANS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	53
6.1. Des personnes qui s'investissent dans d'autres personnes: une vision des professionnels de la santé	53
6.2. Le personnel infirmier	54
6.2.1. L'attention aux nouveaux arrivants et aux personnes quittant la profession d'infirmier/-ère	54
6.2.2. Mesures visant à améliorer la qualité du travail du personnel infirmier	55
6.3. Les aides-soignant(e)s	55
6.4. Paramédicaux et kinésithérapeutes	56
6.5. Les nouvelles professions psychosociales de la santé	57
6.6. Praticiens de pratiques médicales non conventionnelles	58
6.7. Banque de données pour les professionnels de la santé	59

CHAPITRE 2: POLITIQUE DE PROTECTION DE LA SANTE DES ANIMAUX, DE PROTECTION DES PLANTES ET DES MATIERES PREMIERES, DU BIEN-ETRE DES ANIMAUX

1. Introduction	61
2. Politique de protection de la santé des animaux	62
3. Bien-être des animaux	62

CHAPITRE 3: ENVIRONNEMENT

1. Introduction	65
2. La politique environnementale internationale et européenne	65
3. La politique relative aux produits dangereux	68
4. Une politique intégrée de produits	70
5. Le milieu marin	71

SITUERING

Mensen ervaren gezondheid in de eerste plaats als een individueel gegeven of individuele verworvenheid - als mijn gezondheid. Toch zijn belangrijke invloeden op de gezondheid van het individu niet te herleiden tot factoren op individueel niveau. Het bewustzijn neemt toe dat de gezondheid van een bevolking sterk wordt bepaald door de socio-economische omgeving en door het milieu. Een duurzame gezondheid, een duurzaam gezondheidszorgsysteem kan enkel gerealiseerd worden wanneer er rekening wordt gehouden met deze factoren.

Voeding speelt een belangrijke rol in de gezondheid van de bevolking. Denken we maar aan de aanwezigheid van dioxines, antibiotica en chemische stoffen in de voeding. Normen voor landbouwproducten en voedingsmiddelen moeten vertrekken vanuit het voorzorgsprincipe. Tegelijkertijd dienen controles op de voedselketen maximale waarborgen te bieden aan de consument. Voeding mag niet eng maar moet integraal worden bekeken. Niet enkel welk voedsel er op ons bord komt is belangrijk maar ook de productiewijze speelt een rol. De wijze waarop er met levende wezens wordt omgegaan bepaalt mee de kwaliteit van ons voedsel. Normen voor dierenwelzijn hebben met andere woorden wel degelijk te maken met kwaliteit van voeding en met duurzaamheid.

Wijzigingen in het leefmilieu treffen een hele bevolking in haar gezondheid. De opstapeling van chemicaliën in het leefmilieu, klimaatveranderingen, wijzigingen in ozonconcentraties, de afnemende biodiversiteit, de evolutie van watervoorraden hebben alle een invloed op de gezondheid van bevolkingen in de wereld. Dank zij mijn bevoegdheid "Leefmilieu" word ik met internationale topics geconfronteerd en bekijk ik deze thema's in wereldperspectief. Zo stelt men bijvoorbeeld vast dat malaria meer en meer voorkomt in gebieden die tot voor enkele decennia malariavrij waren, een gevolg van de opwarming van de aarde. Huidkanker zal meer en meer voorkomen naarmate de ozonlaag verder afbreekt. Maar los van de impact op de gezondheid van bevolkingen, heeft het leefmilieu ook een intrinsieke waarde en moet het ook voor toekomstige generaties zijn waarde behouden.

CONTEXTE

Les gens perçoivent la santé avant tout comme une donnée individuelle ou un acquis individuel. C'est de leur santé qu'il s'agit. Or, la santé ne dépend pas que de facteurs propres à l'individu. D'importantes influences extérieures s'exercent sur elle. L'idée que la santé d'une population est fortement déterminée par le contexte socio-économique et par l'environnement gagne en audience. Seule la prise en compte de ces éléments permet de garantir un bon niveau de santé ainsi que la pérennité du système de soins de santé.

L'un des facteurs importants influençant la santé d'une population est l'alimentation. Il suffit de penser à la consommation d'antibiotiques ainsi qu'à la présence de dioxines et d'autres substances chimiques dans l'alimentation. Les normes afférentes aux produits agricoles et aux denrées alimentaires doivent être dictées par le principe de précaution. Parallèlement, les contrôles de la chaîne alimentaire doivent offrir des garanties maximales au consommateur. L'alimentation doit être considérée dans sa globalité. Il faut être attentif non seulement à la nature des aliments qui aboutissent dans notre assiette mais également à la manière dont ils sont produits. D'ailleurs, le sort qu'une société réserve aux êtres vivants en dit long sur la qualité de son alimentation. En d'autres termes, les normes que nous appliquons afin de garantir le bien-être des animaux déterminent la qualité de notre alimentation et le niveau de santé.

Les changements environnementaux affectent la santé de la population dans son ensemble. Ainsi, l'accumulation de substances chimiques dans l'environnement, les changements climatiques, les variations de la concentration d'ozone dans l'atmosphère, le déclin de la biodiversité, l'évolution des réserves en eau, sont autant de facteurs qui ont une influence sur la santé des populations de par le monde. La compétence dont je dispose en matière d'environnement me permet d'appréhender des thèmes internationaux et de les aborder dans une perspective mondiale. Ainsi, dans certaines régions, la malaria a fait sa réapparition alors qu'elle semblait y avoir été éradiquée depuis plusieurs décennies. Cette résurgence est une conséquence du réchauffement climatique. Les cancers de la peau se multiplieront sous l'effet de la diminution de la couche d'ozone. Mais, indépendamment de son impact sur la santé des populations, l'environnement a une valeur intrinsèque et doit être préservé pour les générations futures.

Het jaar 2002 zal op het vlak van de organisatie van mijn diensten cruciaal zijn. Een aantal bevoegdheden die tot het departement Landbouw behoorden, werden overgeheveld naar de FOD Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu, of naar het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen. Verder zal er in 2002 een eenheidsstructuur worden uitgebouwd voor de drie wetenschappelijke instellingen die bevoegd zijn voor volksgezondheid en voedselveiligheid.

In het kader van de Copernicushervorming zullen er «moderniseringsprojecten» in enkele van mijn diensten worden uitgevoerd. Tenslotte zal de Federale Overheidsdienst «Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu», als alles volgens plan verloopt, in het komende jaar worden gerealiseerd.

L'année 2002 sera cruciale pour l'organisation de mes services. Un certain nombre de compétences appartenant au département de l'Agriculture ont été transférées au SPF «Santé publique, Protection de la chaîne alimentaire et Environnement», ou à l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire. En outre, en 2002, les trois institutions scientifiques compétentes pour la santé publique et la sécurité alimentaire dépendront d'une structure unitaire.

Dans le cadre de la réforme Copernic, des projets de modernisation seront menés dans plusieurs de mes services. Enfin, si tout se passe comme prévu, le Service public fédéral «Santé publique, Protection de la chaîne alimentaire et Environnement» sera opérationnel dès l'année prochaine.

GEZONDHEID EN VOEDSELVEILIGHEID

INLEIDING

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert gezondheid als een toestand van fysiek, sociaal en psychisch welzijn en niet alleen als «afwezigheid van ziekte of zwakte».

Voor mij als Minister van Volksgezondheid gaat gezondheid ook over de gemeenschap waarin wordt geleefd, de maatschappij, de onmiddellijke omgeving, de aarde en over toekomstige generaties. Een gezond individu leeft in een gezonde context, die niet alleen sociaal is, maar ook de andere levende wezens, planten en het hele ecosysteem betreft. Een gezond individu heeft een uitzicht op gezonde nakomelingen in een gezonde toekomstige omgeving.

Om deze definitie van gezondheid waar te maken hebben wij een gezondheidszorgsysteem nodig dat gestoeld is op vernieuwende basisprincipes.

1. GEZONDHEIDSZORG MOET TOT EMPOWERMENT LEIDEN

Elke burger is verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. Deze grotere eigen verantwoordelijkheid is enkel mogelijk indien de burger de keuzemogelijkheden heeft om voor een gezonde levenswijze te opteren, informatie beschikbaar en toegankelijk is en men zich in een economische, juridische en politieke positie bevindt om een keuze te kunnen maken. Empowerment gaat over de macht, de zeggenschap krijgen over de zorg rond jezelf, je kinderen, je familie. Het gaat dan over het hebben van reële keuzemogelijkheden, het mogen nemen van beslissingen, de relatie met de zorgverleners, en de toegang tot informatie. Natuurlijk zijn er situaties waar burgers dergelijke verantwoordelijkheid over hun eigen gezondheid aan anderen wensen over te laten of moeten overlaten. Dit doet evenwel geen afbreuk aan de kernboodschap van empowerment.

1.1. Recht op zorg – Zorg om recht. Een wet patiëntenrechten

Eén van mijn eerste projecten bij mijn aantreden was een wetontwerp over de rechten van de patiënt voorbereiden. Het zal eind 2001, begin 2002, bij het parlement worden ingediend.

Dit ontwerp gaat uit van het zelfbeschikkingsrecht, het recht op zorgvuldige en kwaliteitsvolle zorgverlening, op vrije keuze van de zorgverlener. Het po-

SANTE ET SECURITE ALIMENTAIRE

INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé définit la santé comme un état de bien-être physique, social et psychique et pas uniquement comme l'absence de maladies ou de handicaps.

Dans cette définition, il faut également, selon moi, intégrer la communauté de vie, la société, l'environnement immédiat, la planète et les générations futures. Pour être en bonne santé, l'individu doit vivre dans un environnement sain, en harmonie avec les autres êtres vivants, les végétaux et l'écosystème dans son ensemble. Il doit être le garant de la pérennité d'un environnement sain pour les générations futures.

Pour être opérationnelle, cette vision de la santé nécessite un système de soins de santé fondé sur un certain nombre de principes nouveaux.

1. LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DOIT ÊTRE SYNONYME DE RESPONSABILISATION

Chaque individu est responsable de sa santé. Mais, pour qu'il puisse assumer pleinement cette responsabilité, il faut qu'il puisse opter pour un mode de vie sain et qu'il puisse s'informer. Il faut aussi que le contexte économique, juridique et politique soit tel qu'il puisse faire des choix. Responsabiliser l'individu, c'est lui donner le pouvoir de décider des soins dont il a besoin, mais également dont ses enfants et sa famille ont besoin. Il y va donc de l'existence de possibilités de choix, de la capacité de prendre des décisions, des relations avec les prestataires de soins et de l'accès à l'information. Bien entendu, il y a des situations où certains citoyens préfèrent ou doivent abandonner à d'autres personnes la responsabilité de leur propre santé. Cette délégation de pouvoir n'entame en rien le principe de la responsabilisation.

1.1. Droit aux soins – Droit des soins. Une loi relative aux droits du patient

Lorsque je suis entrée en fonction, l'un de mes premiers objectifs a été de préparer un projet de loi sur les droits du patient. Celui-ci sera déposé au parlement fin 2001, début 2002.

Ce projet énonce le droit à l'autodétermination, le droit à des soins de qualité, le droit au libre choix du prestataire de soins. Il prévoit également le droit à

neert het recht op informatie, op toestemming en op de weigering van toestemming, op inzage en afschrift van het medisch dossier, op bescherming van het privé-leven en de klachtenbemiddeling. Het ontwerp ligt momenteel voor advies bij de Raad van State.

Dit ontwerp van kaderwet heeft een lange weg van consultatie, discussie en advies afgelegd. Aan de basis van het ontwerp ligt een nota die vorig jaar aan het Parlement werd overgemaakt en die in de Commissie Volksgezondheid het voorwerp heeft uitgemaakt van een ruim debat naar aanleiding van de hoorzittingen die met de verschillende geledingen van het werkveld werden georganiseerd.

Het ontwerp zelf nam, na deze hearings, stilaan zijn definitieve vorm aan en maakte het voorwerp uit van meerdere interkabinettenwerkgroepen. Uiteindelijk werd het in april op de ministerraad goedgekeurd en voor advies aan de Commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer overgemaakt, commissie die ter zake een positief advies uitbracht.

Zoals hierboven gesteld betreft het een kaderwet die verdere uitvoering behoeft. Zo vergt het klachtrecht, sluitstuk van de patiëntenrechten, de instelling van een klachtenbemiddelingsfunctie. Dit uitvoeringsbesluit wordt momenteel uitgewerkt en het is de bedoeling dat het op hetzelfde ogenblik als de wet zelf gepubliceerd kan worden. Eén van de moeilijke punten hierbij is dat, in tegenstelling tot de intramurale sector waar deze bemiddeling zonder al te grote problemen kan georganiseerd worden, de eerste lijn weinig of niet gestructureerd is en dus ook de organisatie van de klachtenbemiddelingsfunctie niet zo eenvoudig te organiseren is. Mijn medewerkers zijn momenteel met deze belangrijke denkoefening bezig.

1.2. Een patiëntenrechtenwet vraagt om een flankerend beleid

Een specifieke wet betreffende de rechten van de patiënt garandeert nog niet dat patiënten of diegenen die de rechten moeten eerbiedigen, de patiëntenrechten kennen. Een flankerend beleid dringt zich dan ook op. Dit flankerend beleid wordt op heden reeds opgestart: een werkgroep uitgebreid met experts zal werken aan een specifiek communicatieplan. Nu reeds is duidelijk dat bedoeld beleid verschillende vormen zal moeten aannemen gaande van het verspreiden van een brochure tot het stimuleren van vormingsinitiatieven. Bovendien is het niet enkel aan de overheid om door tal van initiatieven de bekendheid van de rechten van de patiënt te garanderen. Er is bijvoorbeeld eveneens een

l'information, le droit à l'octroi ou au refus du consentement, le droit de consultation et de copie du dossier médical, le droit à la protection de la vie privée et la médiation des plaintes. Le projet a été soumis à l'avis du Conseil d'État.

Ce projet de loi-cadre a connu un long cheminement. Les avis ont succédé aux discussions qui ont succédé aux consultations. Le projet est fondé sur une note qui a été déposée au Parlement l'année dernière et qui a fait l'objet d'un débat approfondi en Commission de la Santé publique. A cette occasion, divers acteurs de terrain ont été entendus.

Ces auditions terminées, le projet a pris sa forme définitive et a encore été examiné par plusieurs groupes intercabinets. Il a finalement été approuvé par le conseil des ministres en avril et soumis à la Commission pour la protection de la vie privée, laquelle a rendu un avis positif.

Comme il a été dit plus haut, il s'agit d'une loi-cadre à laquelle il doit encore être donné exécution. Ainsi, le droit de déposer plainte, qui constitue la clef de voûte des droits du patient, exige l'instauration d'une fonction de médiation des plaintes. L'arrêté d'exécution de cette loi est en préparation et devrait être publié en même temps que la loi elle-même. L'une des difficultés à cet égard est que la médiation n'est guère structurée au premier échelon, contrairement au secteur intramuros, où elle se déroule sans trop de problèmes. L'instauration d'une fonction de médiation des plaintes ne sera donc pas facile. Mes collaborateurs planchent actuellement sur le problème.

1.2. Une loi sur les droits du patient exige une politique d'accompagnement

Une loi spécifique relative aux droits du patient n'offre pas pour autant la garantie que les patients ou ceux qui doivent respecter leurs droits, connaissent ces droits. Il est donc indispensable d'instaurer une politique d'encadrement. Des mesures dans ce sens ont déjà été prises: un groupe de travail élargi à des experts a été chargé d'élaborer un plan de communication spécifique. D'ores et déjà, il est clair que cette politique devra prendre diverses formes, depuis la distribution d'une brochure jusqu'à la promotion d'initiatives en matière de formation. De plus, il n'incombe pas aux seuls pouvoirs publics d'assurer toute la publicité nécessaire aux droits du patient par le biais de diver-

taak weggelegd voor patiëntenorganisaties, voor de mutualiteiten, voor de ordes, voor de scholen enz. Aangestipt moet worden dat het flankerend beleid dat nu wordt opgestart, met het oog op de effectiviteit ervan, een repetitief karakter zal moeten vertonen.

Ook de koninklijke besluiten waarbij uitvoering wordt gegeven aan het voorontwerp van wet behoren tot het flankerend beleid. Deze uitvoering betreft meerbepaald de informatie die de gezondheidszorgvoorziening moet meedelen inzake organisatie en werking, de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie moet voldoen en de samenstelling en de werking van de Federale Commissie 'Rechten van de patiënt'. Bovendien kan de Koning nadere regelen bepalen inzake de toepassing van de wet voor welbepaalde rechtsverhoudingen die specifiek moeten worden beschermd (vb. kinderen). De werkzaamheden van de werkgroep kabinet-administratie uitgebreid met een expert ter zake, zijn op dit vlak reeds ver gevorderd. Het is de bedoeling dat de sector over de ontwerpen van besluit, en dan voornamelijk over de voorwaarden van de ombudsfunctie, wordt geraadpleegd vooraleer de ontwerpen van koninklijk besluit aan de interkabinettenwerkgroep worden voorgelegd. Na akkoord binnen deze werkgroep wordt de gebruikelijke procedure voor reglementaire besluiten gevolgd.

1.3. Medische aansprakelijkheid

De formulering van de patiëntenrechten en het flankerend beleid zal bijdragen tot het wegwerken van een aantal onduidelijkheden in de relatie patiënten - zorgverleners. Tevens zou die ook moeten leiden tot de preventie van schadegevallen en schadeclaims. Voornamelijk het sluitstuk van de patiëntenrechten, het klachtrecht, is bedoeld om een aantal probleemsituaties preventief recht te zetten, en het indienen van schadeclaims te voorkomen. De klachteninstantie heeft in tweede instantie een rol te vervullen op het vlak van preventie van schadegevallen. Een goede centralisatie en registratie van de klachten op dit niveau biedt immers een inzicht in de probleemgebieden van de gezondheidszorg.

Het is steeds de intentie geweest om samen met de wetgeving in verband met de patiëntenrechten te werken aan een hervorming van het huidige systeem van medische aansprakelijkheid. Dit verloopt iets trager omdat dit op het bevoegdheidsdomein van diverse ministers ligt: bevoegdheid van Justitie voor de civielrechtelijke procedure en civielrechtelijke aansprakelijkheidsrecht, bevoegdheid van Volksgezond-

ses initiatieven. Les organisations de patients, les mutualités, les ordres, les écoles, etc. ont également un rôle à jouer en l'espèce. A cet égard, il convient de souligner que, pour qu'elle porte ses fruits, la politique d'accompagnement doit s'inscrire dans la durée.

Les arrêtés royaux donnant exécution à l'avant-projet de loi se situent également dans le cadre de la politique d'encadrement. Ces arrêtés concernent en particulier les informations que les équipements de soins de santé doivent communiquer en matière d'organisation et de fonctionnement, les conditions auxquelles la fonction de médiateur doit répondre, ainsi que la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « Droits du patient ». En outre, le Roi peut préciser des règles concernant l'application de la loi pour certains rapports juridiques déterminés nécessitant une protection spécifique (p.ex. les enfants). Les travaux du groupe de travail cabinet-administration, élargi à un expert, sont déjà bien avancés. L'objectif est de consulter le secteur sur les projets d'arrêté puis sur les conditions de la fonction de médiation et de soumettre ensuite les projets d'arrêté royal au groupe de travail intercabinets. Dès que ce groupe de travail sera parvenu à un accord, la procédure en vigueur pour les arrêtés réglementaires sera appliquée.

1.3. Responsabilité médicale

La loi sur les droits du patient et la politique d'encadrement y afférente contribueront à dissiper un certain nombre de malentendus affectant la relation patient-prestataires de soins. Elles devraient permettre également de prévenir les accidents et les plaintes. La clef de voûte des droits du patient est d'ailleurs le droit de déposer plainte, lequel vise à remédier à titre préventif à un certain nombre de situations problématiques et à éviter que des plaintes ne soient déposées. L'instance chargée de recevoir les plaintes a également un rôle à jouer en ce qui concerne la prévention des accidents. En effet, il est possible, par une centralisation et un enregistrement efficaces des plaintes à ce niveau, d'avoir une meilleure connaissance des problèmes auxquels le secteur des soins de santé est confronté.

Parallèlement à l'instauration d'une législation sur les droits du patient, le système actuel de la responsabilité médicale devrait également être modifié. La tâche est plus difficile car il s'agit d'une matière qui relève du domaine de compétences de plusieurs ministres : du ministre de la Justice, pour la procédure de droit civil et la responsabilité civile, des ministres de la Santé et des Affaires sociales, pour la qualité et

heid en Sociale Zaken voor de kwaliteit en kosten van gezondheidszorg, bevoegdheid van Economie voor de verzekeringsovereenkomst.

Momenteel weten patiënten vaak niet wie aan te spreken in geval van schade. Ze slagen er niet steeds in de van hen verwachte bewijsvoering te leveren zowel voor het verzamelen van bewijsmiddelen als voor de bewijzen voor alle wettelijke elementen van fout of nalatigheid, schade en het oorzakelijk verband tussen de eerste twee. Ze raken vaak verward in dure en tijdrovende procedures zonder enige zekerheid op vergoeding. Patiënten ondervinden problemen ten gevolge van beperkingen ingevoerd in de verzekeringspolissen van zorgverleners en verzorgingsinstellingen. Ze worden uitgespeeld door verzekeringsorganismen van verzorgingsinstellingen en zorgverleners, die de verantwoordelijkheid naar elkaar doorschuiven.

Door een werkgroep binnen het ministerie van Volksgezondheid wordt gewerkt aan een wettelijke regeling, gebaseerd op de bevindingen van enquêtes uitgevoerd bij alle betrokken partijen (ziekenhuizen, artsen, mutualiteiten, verzekeraars).

De doelstelling moet tweeledig zijn: het ontwikkelen van een aangepast vergoedingssysteem en de preventie van schadegevallen. Hiertoe behoort de risicoanalyse die ingebed is in een bredere kwaliteitspolitiek.

Het invoeren van een no-faultsysteem wordt door velen gezien als een mogelijke oplossing voor de ervaren problemen. Maar dit systeem heeft zijn beperkingen. Hieraan kan worden verholpen door naast een in te voeren no-faultsysteem, het faultsysteem te laten voortbestaan. Wat het beheer van het no-faultsysteem betreft wordt de voorkeur gegeven aan het oprichten van een fonds.

2. PREVENTIE IS DE EERSTE STAP

Voorkomen is beter dan genezen. Schade herstellen vraagt meestal meer energie dan nodig is om de schade te voorkomen. Een preventieve aanpak trekt evenwel meestal minder aandacht en is minder spectaculair.

De instrumenten voor de preventieve gezondheidszorg zijn anders dan de gekende interventies van de klassieke gezondheidswerkers. Het gaat om het voorkomen van negatieve effecten in de samenleving. Voor de gezondheidszorg gaat het niet alleen over aspecten in directe relatie met de lichamelijke gezondheid, maar ook over armoede, stress, vereenzaming, verkeersonveiligheid, vervuiling, voedselkwaliteit,...

les coûts des soins de santé, du ministre de l'Economie, pour ce qui concerne le contrat d'assurance.

A l'heure actuelle, rares sont les patients qui savent à qui s'adresser en cas d'accident. Pour eux, l'administration de la preuve est souvent difficile. Ils ne sont pas en mesure de rassembler les preuves légales attestant d'une erreur ou d'une négligence commise et du dommage subi, et encore moins les preuves attestant d'un lien de cause à effet entre les deux. Bien souvent, ils sont engagés dans des procédures longues et onéreuses et n'ont pas la garantie, de surcroît, d'obtenir réparation. Les patients rencontrent des problèmes en raison des limitations introduites dans les polices d'assurance des prestataires de soins et des établissements de soins. Les organismes assureurs des établissements de soins et des prestataires de soins se renvoient mutuellement la responsabilité.

Un groupe de travail du Ministère de la Santé publique est occupé à élaborer une réglementation, fondée sur les résultats des enquêtes réalisées auprès de toutes les parties concernées (hôpitaux, médecins, mutualités, assureurs).

L'objectif doit être double: il faut développer un système de dédommagement adapté et instaurer un mécanisme de prévention des accidents. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'analyse des risques, laquelle fait partie d'une approche plus large en matière de qualité.

Beaucoup considèrent l'introduction d'un système no-fault comme une solution possible aux problèmes rencontrés. Mais ce système a ses limites. Il est possible d'y remédier en maintenant le système fault tout en instaurant un système no-fault. En ce qui concerne le système no-fault, la préférence va à la création d'un fonds.

2. LA PREVENTION EST LE PREMIER PAS

Mieux vaut prévenir que guérir ou, d'une manière plus prosaïque, réparer les dommages absorbe plus d'énergie que les prévenir. Mais une approche préventive attire moins l'attention et est moins spectaculaire.

Les instruments des soins de santé préventifs ne sont pas les mêmes que ceux des interventions des travailleurs de santé classiques. Il s'agit d'éviter les effets négatifs pour la société. Dans le cas des soins de santé, il ne s'agit pas seulement des aspects directement liés à la santé physique mais aussi de la pauvreté, du stress, de la solitude, de l'insécurité de la circulation, de la pollution, de la qualité des aliments,...

In overleg met de Gemeenschappen en Gewesten, die de meeste bevoegdheden hebben op gebied van de preventie, wil ik mijn beleid op vlak van preventie in 2002 richten op een aantal aspecten zoals: de veiligheid van de voedselketen, een adequaat vaccinatiebeleid, een meer verantwoord geneesmiddelen gebruik, meer concreet op gebied van het gebruik van pijnstillers en het voorkomen van schadelijke effecten door gebruik van tabak.

2.1. Veiligheid van de voedselketen

Sinds het uitbreken van de dioxinecrisis is het werken aan de veiligheid van de voedselketen een prioriteit van de hele regering geweest. De voorbije jaren heb ik er als Minister van Volksgezondheid naar gestreefd om aan de consumenten het hoogste niveau van veiligheid van het voedsel te waarborgen. Naast het op punt stellen van de opsporing van gevaarlijke substanties in de voedselketen, de verdere ontwikkeling van de traceerbaarheid in de dierlijke productie en het opstarten van een Federaal Agentschap van de Veiligheid van de Voedselketen, is mijn absolute prioriteit voor 2002, het finaliseren van de structuur en de volledige en definitieve installatie van het Federaal Agentschap. Het is belangrijk dat men, bij de installatie, rekening houdt met het personeel dat zich de laatste jaren loyaal bezig hield met deze belangrijke opdracht en ik zal ervoor zorgen dat iedereen de meest geschikte plaats vindt binnen de nieuwe controlestructuur of binnen organismen die onder het Agentschap zullen blijven werken.

In 2002 zal het Agentschap volledig operationeel zijn met een uitgebreide wetenschappelijke deskundigheid, een specifiek meldpunt naar de consumenten toe en elf gedecentraliseerde multidisciplinaire controle-diensten.

De financieringswet voor het Agentschap zal aan het parlement worden voorgelegd. De financiering van de controleactiviteiten door de sector zal in verhouding zijn tot de omzet van de bedrijven en rekening houden met de risicograad en dus met het aantal uit te voeren controles of de omvang ervan.

Kortelings zullen de 5 N-1 managers worden aange-steld en daarna de 5 N-2 managers. Deze zullen de definitieve structuren van de buitendiensten organiseren en de centrale en de algemene diensten vorm geven overeenkomstig het organisatieschema en het businessplan van de gedelegeerd bestuurder.

Nu al vallen de verschillende administraties onder de verantwoordelijkheid van de gedelegeerd bestuur-

En concertation avec les Régions et les Communautés, qui disposent des plus larges compétences dans le domaine de la prévention, je propose de cibler ma politique préventive en 2002 sur des aspects comme: la sécurité de la chaîne alimentaire, la politique de vaccination, un usage plus justifié des médicaments et surtout des analgésiques, ainsi que la lutte contre les effets nocifs du tabac.

2.1. La sécurité de la chaîne alimentaire

Depuis l'éclatement de la crise de la dioxine, les travaux à la sécurité de la chaîne alimentaire ont été une priorité de tout le gouvernement. Ces dernières années, j'ai, en tant que ministre de la Santé publique, visé à garantir aux consommateurs un niveau maximum de sécurité des aliments. Outre l'élaboration d'un système de détection de substances dangereuses dans la chaîne alimentaire, la poursuite de la mise au point de la traçabilité dans la production animale et le lancement d'une agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, ma priorité absolue en 2002 sera de finaliser la structure et l'installation complète et définitive de l'agence fédérale. Il est important que, lors de l'installation, l'on tienne compte du personnel qui s'est acquitté fidèlement de cette mission importante, et je veillerai à ce que chacun trouve la place qui lui convient le mieux au sein de la nouvelle structure de contrôle ou au sein d'organismes qui continueront à travailler sous la tutelle de l'agence.

En 2002, l'agence sera entièrement opérationnelle et dotée d'une expertise scientifique élargie, d'un guichet spécifique pour les consommateurs et de onze services de contrôle multidisciplinaire décentralisés.

La loi de financement pour l'agence sera soumise au Parlement. Le financement des activités de contrôle par le secteur sera proportionnel au chiffre d'affaires des entreprises et tiendra compte du degré de risque et donc du nombre de contrôles à exécuter ou de leur ampleur.

Les 5 managers N-1 seront prochainement désignés, puis les 5 managers N-2. Ils organiseront les structures définitives des services extérieurs et donneront forme aux services centraux et généraux conformément à l'organigramme et au plan stratégique de l'administrateur délégué.

D'ores et déjà, les différentes administrations relèvent de la responsabilité de l'administrateur délégué

der van het Agentschap, maar alle diensten dienen te worden geïntegreerd teneinde hun gemeenschappelijk werk nog efficiënter te maken.

Wat de inhoud betreft, zullen de FOD Volksgezondheid en het Agentschap alle consumenten het hoogste niveau van veiligheid moeten waarborgen en er tegelijkertijd voor zorgen dat de leefbaarheid van de landbouwsector hand in hand gaat met een duurzame ontwikkeling. Het zou immers absurd zijn een hoog veiligheidsniveau voor onze producten te eisen en dan minder gecontroleerde voedingsmiddelen te moeten invoeren door de economische verzwakking van deze sector. België zal dan ook een Europese harmonisatie blijven eisen op het vlak van controlemaatregelen en de financiering ervan.

Ik zal er over waken dat de ingevoerde producten uit derde landen aan dezelfde eisen voldoen als de Europese producten.

De strijd tegen Boviene Spongiforme Encefalopathie met al zijn mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid moet zonder toegevingen worden voortgezet. De bestaande maatregelen zullen telkens opnieuw worden geëvalueerd in het licht van de wetenschappelijke vooruitgang. Ik zal er, rekening houdend met het voorzorgsprincipe, op toezien dat men alle middelen aanwendt om de opruiming van de kudden zo veel mogelijk te beperken. De te nemen maatregelen mogen er echter niet toe leiden dat de getroffen boeren met een andere economische en sociale ramp worden geconfronteerd door het stigmatiseren van hun kudden en dus van hun producten.

Verschillende vandaag verouderde wetten zullen worden gemoderniseerd rekening houdend met de eigenschappen van bepaalde korte distributienetwerken en van kleinere of meer vertrouwelijke sectoren waarbij hetzelfde niveau van voedselveiligheid wordt gegarandeerd. Vooral de wetten in verband met de detailhandel zijn de meest achterhaalde. Dit zal één van onze prioriteiten worden.

Om de maatregelen in verband met boviene spongiforme encefalopathie degelijk aan te vullen, zal een wetsontwerp tot het verbieden van het slachten buiten slachthuizen worden voorgelegd. Terwijl deze maatregel voor de hand ligt voor de herkauwers om te vermijden dat stoffen die bepaalde risico's inhouden aan de controles zouden ontsnappen, zou de maatregel uitgebreid moeten worden tot varkens zodat het vlees dat in ons land wordt geconsumeerd, wordt onderworpen aan een uitgebreide keuring.

De consument eist terecht een maximale traceerbaarheid van de voedingsmiddelen en een vol-

de l'agence, mais tous les services devront être intégrés pour augmenter l'efficacité de leurs activités communes.

Quant au contenu, les SPF Santé publique et l'agence devront garantir à tous les consommateurs un niveau de sécurité maximum et veiller en même temps à ce que la viabilité du secteur agricole aille étroitement de pair avec un développement durable. En effet, il serait absurde d'exiger un haut niveau de sécurité pour nos produits et de devoir alors importer des denrées moins contrôlées en raison de la faiblesse économique de ce secteur. La Belgique continuera dès lors à exiger une harmonisation européenne des mesures de contrôle et de leur financement.

Je veillerai à ce que les produits importés de pays tiers répondent aux mêmes critères que les produits européens.

La lutte contre l'encéphalopathie spongiforme bovine avec toutes ses conséquences possibles pour la santé publique doit être poursuivie sans concession. Les mesures existantes seront réévaluées à la lumière du progrès scientifique. Compte tenu du principe de précaution, je ferai en sorte que tous les moyens soient mis en œuvre pour limiter autant que possible la liquidation des troupeaux. Toutefois, les mesures à adopter ne peuvent pas amener les agriculteurs touchés à être confrontés à une autre catastrophe économique et sociale par la stigmatisation de leurs cheptels et donc de leurs produits.

Plusieurs lois aujourd'hui surannées seront modernisées compte tenu des spécificités de certains réseaux de distribution courts et des secteurs de plus petite taille ou plus confidentiels, dont le niveau de sécurité alimentaire sera garanti. Les lois relatives au commerce de détail surtout sont les plus dépassées. Ce sera l'une de nos priorités.

Afin de compléter comme il convient les mesures relatives à l'encéphalopathie spongiforme bovine, un projet de loi sera présenté, qui interdira l'abattage hors des abattoirs. Si cette mesure est évidente pour les ruminants pour éviter que des matières qui impliquent certains risques n'échappent aux contrôles, elle devrait être élargie aux porcs de sorte que la viande consommée dans notre pays soit soumise à une inspection étendue. *(adapter en fonction du contenu de la Loi programme)*

Le consommateur exige à juste titre une traçabilité maximale des denrées alimentaires et une information

ledige en beargumenteerde informatie over alles wat te maken heeft met voeding. Het Federaal Agentschap zal een zo transparant mogelijk preventief communicatiebeleid hanteren. Deze uitvoerige informatie moet alle domeinen beslaan die de consumenten kunnen helpen om verantwoord te kiezen. Dat moet ook gelden voor, bijvoorbeeld, genetisch gemanipuleerde organismen en biologisch geproduceerde producten.

Aangezien de productkwaliteit vandaag de dag een verantwoordelijkheid van de producenten is, zullen we erop toezien dat een systeem van autocontrole wordt uitgewerkt en toegepast in alle schakels van de productie in de loop van 2002. Deze autocontrole zal worden aangemoedigd door middel van een vermindering van de rechten en vergoedingen betaald aan het Agentschap door de sectoren.

Het Agentschap zal ook een crisisstrategie opstellen om elk nieuw voorval dat de voedselveiligheid of het consumentenvertrouwen zou kunnen aantasten zo vlug en zo efficiënt mogelijk aan te pakken. In het verleden is gebleken dat het mogelijk is zware gevolgen voor de betrokken sectoren, maar ook voor de staatsbegroting, te voorkomen dankzij een preventief beleid ter zake.

Het beleid inzake diergezondheid maakt deel uit van de bekommernissen van het Agentschap en van mijn departement. Zowel de zoonoses als ziektes die enkel gevolgen hebben op economisch vlak verdienen onze grootste aandacht.

De zoonoses moeten zoveel mogelijk worden onderzocht op een voldoende hoog niveau in de keten, in tegenstelling tot de huidige trend om geografische gebieden of staten als vrij van die ziektes te certificeren. Het brandmerken van bedrijven of streken moet in elk geval worden vermeden omdat dit de concurrentiepositie van de landbouwbedrijven in gevaar brengt.

Alle betrokkenen in de voedselketen moeten worden geresponsabiliseerd en op termijn worden gecertificeerd door onafhankelijke instellingen.

Vanuit het perspectief van de diergezondheid en het dierenwelzijn, zal een vereenvoudiging van de registratieprocedures van de geneesmiddelen voor dierlijk gebruik de beschikbaarheid, en dus de gebruikscntrole, van deze belangrijke hulpmiddelen vergroten. Deze geneesmiddelen moeten transparant en onder de verantwoordelijkheid van dierenartsen worden gebruikt. De diergeneeskundige begeleiding en de dier-

compleète et argumentée de tout ce qui touche à l'alimentation. L'agence fédérale mènera une politique préventive de communication aussi transparente que possible. Cette information détaillée doit couvrir tous les domaines pour aider le consommateur à choisir en connaissance de cause. Ceci doit valoir aussi par exemple pour les organismes génétiquement modifiés et les produits bio.

Etant donné que la qualité des produits est à l'heure d'aujourd'hui une responsabilité des producteurs, nous veillerons à ce qu'un système d'autocontrôle soit élaboré et appliqué à toutes les étapes de la production dans le courant de l'année 2002. Cet autocontrôle sera encouragé par une réduction des droits et rétributions versés par les secteurs à l'agence.

L'agence élaborera aussi une stratégie de crise pour répondre aussi rapidement et efficacement que possible à tout nouvel incident susceptible de porter atteinte à la confiance du consommateur et à la sécurité alimentaire. Le passé nous a appris qu'une politique préventive est de nature à éviter de lourdes conséquences pour les secteurs concernés mais aussi pour le budget de l'État.

La politique en matière de santé animale fait partie des préoccupations de l'agence et de mon département. Tant les zoonoses que les maladies qui n'ont que des conséquences économiques méritent toute notre attention.

Les zoonoses doivent être étudiées autant que possible à un niveau suffisamment élevé dans la chaîne, contrairement à la tendance actuelle, afin de certifier des régions géographiques ou des états exempts de maladies. Il faut en tout cas éviter de stigmatiser des entreprises ou des régions parce qu'une telle attitude compromet la compétitivité des exploitations agricoles.

Tous les acteurs de la chaîne alimentaire doivent être responsabilisés et, à terme, certifiés par des organismes indépendants.

D'un point de vue de la santé animale et du bien-être des animaux, une simplification des procédures d'enregistrement des médicaments à usage vétérinaire augmentera la disponibilité et, partant, le contrôle de l'utilisation de ces instruments importants. Ces médicaments doivent être utilisés de manière transparente et sous la responsabilité des vétérinaires. L'accompagnement vétérinaire et les registres de médicaments

geneesmiddelenregisters zullen vanaf 2002 volledig operationeel zijn. Bijzondere aandacht zal worden besteed aan de controle van wettelijke en onwettelijke distributienetwerken van geneesmiddelen.

We zullen permanent toezicht houden op fraudes in de context van de voedselketen die rechtstreekse gevolgen hebben op de hygiënische kwaliteit, en op de opsporing en de bestraffing daarvan. Daarom zullen de relaties van het Agentschap met Justitie, Binnenlandse Zaken en Financiën worden versterkt in het kader van, bijvoorbeeld, de multidisciplinaire cel hormonen en residuen.

2.2. Beleid rond Genetisch Gewijzigde Organismen

Het beleid rond Genetisch Gewijzigde Organismen en Biotechnologie raakt aan heel diverse domeinen zoals voedselveiligheid, volksgezondheid, landbouw, consumentenzaken, leefmilieu, onderzoek, innovatie, economie en inspraak. Het is een uitdaging om vanuit deze verschillende disciplines te zoeken naar gemeenschappelijke inzichten en zo een coherente aanpak van het beleid te verzekeren.

In antwoord op de bekommernissen van diverse wetenschappers, politici, consumenten en burgers, werd er op Europees niveau een strikter en transparanter regelgevingkader uitgewerkt voor GGO's. De Europese richtlijn inzake de vrijwillige introductie van GGO's in het leefmilieu moet tegen 17 oktober 2002 worden omgezet in nationale wetgeving.

Voorts ijveren we ervoor dat de hiaten in dit regelgevingkader – met name stringente traceerbaarheids- en etiketteringvoorschriften voor GGO's en een aansprakelijkheidsregeling voor bedrijven die GGO's op de markt brengen – worden opgevuld. We gaan hierbij uit van het recht van elke consument om een vrije en geïnformeerde keuze te maken (etikettering regelgeving).

De verordening inzake genetisch gemodificeerde levensmiddelen en diervoeders heeft eveneens als doelstelling de bepalingen vast te stellen voor etikettering van genetisch gemodificeerde levensmiddelen en veevoeders.

Op Europees niveau erkent men steeds meer het belang van inspraak en participatie. In de regelgeving tellen naast "wetenschappelijke argumenten" ook "andere legitieme factoren" mee. In diverse lidstaten voert

veterinairers seront entièrement opérationnels dès 2002. Une attention particulière ira au contrôle des canaux licites et illicites de distribution de médicaments.

Nous surveillerons en permanence les fraudes dans le contexte de la chaîne alimentaire, qui ont des conséquences immédiates sur la qualité de l'hygiène. Nous les détecterons et les punirons. Aussi, les relations de l'agence seront-elles renforcées avec la Justice, l'Intérieur et les Finances dans le cadre, par exemple, de la cellule multidisciplinaire hormones et résidus.

2.2. Politique en matière d'organismes génétiquement modifiés

La politique en matière d'organismes génétiquement modifiés et de biotechnologie touche à de très nombreux domaines tels que la sécurité alimentaire, la santé publique, l'agriculture, la protection du consommateur, l'environnement, la recherche, l'innovation, l'économie et la participation. Le défi est, au départ de ces disciplines diverses, de rechercher des positions communes pour garantir ainsi une approche cohérente de la politique.

En réponse aux préoccupations de divers scientifiques, politiques, consommateurs et citoyens, un cadre réglementaire plus strict et transparent a été élaboré au niveau européen pour les OGM. La directive européenne relative à l'introduction des OGM dans l'environnement doit être transposée en droit national pour le 17 octobre 2002.

En outre, nous travaillons à combler les lacunes de ce cadre réglementaire – à savoir des prescriptions péremptoires en matière de traçabilité et d'étiquetage pour les OGM et une réglementation de la responsabilité pour les entreprises qui commercialisent des OGM. Nous partons à cet égard du principe que chaque consommateur a le droit de choisir en toute liberté en étant informé (réglementation de l'étiquetage).

Le règlement sur les denrées alimentaires et aliments pour bétail génétiquement modifiés vise également à fixer les dispositions d'étiquetage des denrées alimentaires et aliments pour bétail génétiquement modifiés.

Au niveau européen, on reconnaît de plus en plus l'importance de la participation. Outre les «arguments scientifiques», «d'autres facteurs légitimes» doivent aussi être pris en compte dans la réglementation. Di-

men momenteel het maatschappelijk debat over het gebruik van genetisch gewijzigde organismen in de landbouw. Ook op Belgisch niveau moet dergelijk breed maatschappelijk debat op gang komen. Zo'n debat moet gestoeld zijn op objectieve informatie en rekening houden met zowel economische als sociale en ethische overwegingen.

Een goede regelgeving is niet veel waard wanneer de toepassing te wensen overlaat. Wij volgen de regelgeving nauwgezet op, en engageren ons voor een tijdige implementatie en strikte controles op de naleving ervan. Bij dit laatste zal o.a. het FAVV een cruciale rol spelen.

2.3. Een coherent vaccinatiebeleid

Alhoewel het vaccinatiebeleid, met uitzondering van de poliovaccinatie, een bevoegdheid van de Gemeenschappen is, kan ik toch enkele maatregelen aankondigen.

2.3.1. Meningitis C

Sinds het begin van de jaren '90 neemt het aantal gevallen van Meningitis C besmettingen progressief toe. Sinds 1997 werd deze stijging zelfs nog scherper met het verschijnen van de nieuwe meningokokken C kloon die tegenwoordig bij de geïsoleerde kiemen het serotype B heeft verdrongen. Het aantal besmettingen is sinds 1997 verdrievoudigd tot 267 zieken over heel België in 2000. De proportie meningokokken C bedraagt 49,5% voor gans het land, met twee geografische haarden waar de proportie boven de 50% stijgt: in Antwerpen (61%) en in Henegouwen (54%).

De resultaten van het eerste semester van 2001 met 218 besmettingen in zes maanden en de eerste rapporten van de maand augustus bevestigen deze stijging. Bovendien zien we mortaliteitscijfers van 15 overlijdens op 17.

Een epidemie vergelijkbaar met deze van de jaren '72-'74 is duidelijk op komst, met dit verschil dat deze laatste epidemie van zeer korte duur was.

Verschillende landen of regio's - Groot-Brittannië en de autonome regio Valence (Frankrijk) – hebben recent een gelijkaardige situatie gekend en hebben een groot-schalige vaccinatiecampagne opgezet om het fenomeen te stoppen. In beide gevallen is de incidentie spectaculair gedaald na het vaccineren van vrijwel alle kinderen. Nederland lijkt op het punt te staan een gelijkaardige actie te ondernemen.

vers États membres mènent actuellement un débat de société sur l'utilisation d'organismes génétiquement modifiés dans l'agriculture. En Belgique aussi, ce genre de vaste débat de société doit être lancé. Il doit s'appuyer sur des informations objectives et tenir compte de considérations à la fois économiques, sociales et éthiques.

Une bonne réglementation n'a pas de valeur si son application laisse à désirer. Nous assurerons un strict suivi de la réglementation et nous nous engagerons à la mettre en œuvre dans les délais et à contrôler scrupuleusement son respect. L'AFSCA, notamment, jouera à cet égard un rôle crucial.

2.3. Une politique de vaccinations cohérente

Bien que la politique de vaccinations, à l'exception de la vaccination contre la polio, soit une compétence des Communautés, je peux néanmoins annoncer quelques mesures.

2.3.1. Méningite C

On assiste en Belgique depuis le début des années 90 à une augmentation progressive du nombre de cas de méningite C. Depuis 1997, cette augmentation s'est encore accrue avec l'émergence d'un nouveau clone de méningocoque C qui remplace aujourd'hui le sérotype B parmi les germes isolés. Depuis 1997, le nombre de cas a triplé avec 267 cas pour toute la Belgique en 2000 et une proportion de méningocoques de type C de 49.5% pour tout le pays avec deux foyers géographiques au-delà de 50%: à Anvers (61%) et dans le Hainaut (54%).

Les résultats du premier semestre 2001 avec 218 contaminations en six mois et les premiers rapports du mois d'août confirment cette augmentation avec, en outre, des chiffres de mortalité de 15 décès sur 17.

Nous entrons clairement dans une période épidémique comparable à celle des années 72-74, avec la différence que cette dernière épidémie était de courte durée.

Plusieurs pays ou régions ont connu récemment une situation similaire et ont entamé une vaccination massive pour enrayer le phénomène : la Grande Bretagne et la région autonome de Valence. Dans les deux cas, le taux d'incidence a chuté de façon spectaculaire après la vaccination de presque tous les enfants. Il semble que les Pays-Bas soient sur le point de faire une opération similaire.

De Vlaamse gemeenschap heeft, gezien de onrustwekkende situatie in de regio Antwerpen, beslist om het vaccin ter beschikking te stellen voor kinderen van 15 maanden bij de vaccinatie tegen MMR en voor de kinderen tussen 13 en 15 jaar bij de herhaling van de Di-TE-vaccinatie.

Ook de federale overheid heeft beslist om een bedrag van 8230 D(*duizend*) Eur te reserveren (via de administratiekosten RIZIV) voor vaccinatie tegen meningitis C. De federale tussenkomst wordt wel afhankelijk gesteld van het afsluiten van een ontwerp van samenwerkingsakkoord met de Gemeenschappen. Indien er een akkoord bereikt wordt met de Gemeenschappen zal de vaccinatie van minstens vier leeftijdscohorten (1 tot 5 jaar) kunnen gebeuren.

2.3.2. Haemophilus Influenzae

In uitvoering van het protocolakkoord van 30 mei 2001 tussen de federale overheid en de gemeenschappen over de vaccinatie van kinderen tegen haemophilus influenzae werd een bedrag van 5092 D Eur (via de administratiekosten RIZIV) vrijgemaakt zodat het programma effectief van start kan gaan vanaf 1 januari 2002.

De werkgroep «vaccinatie», ontstaan uit de interministeriële conferentie, werkt op dit ogenblik aan de oprichting van een vaccinatiefonds, met als doel de harmonisatie van de financieringsbronnen voor de aankoop van vaccins te bewerkstelligen. Momenteel worden deze aangekocht door verschillende administraties. Dit bemoeilijkt de vaccinaties aangezien vele vaccins tegenwoordig onder gecombineerde vorm worden aangeboden.

2.4. Drugs zijn een realiteit

Begin 2001 werd de federale beleidsnota drugs goedgekeurd door de ministerraad. Deze beleidsnota had betrekking op zowel de legale drugs als de illegale drugs. Het uitgangspunt is: voorkomen is beter dan genezen. Als federaal minister voor Volksgezondheid heb ik maar een beperkte bevoegdheid op het vlak van drugpreventie. Midden dit jaar werd de Cel Gezondheidsbeleid Drugs opgericht als aanloop tot de algemene Cel Drugbeleid. Eén van de opdrachten van deze cellen is de betere afstemming en coördinatie van het preventiebeleid. Dit geregeld overleg tussen alle bevoegde ministers moet uiteindelijk leiden tot een betere coördinatie van het lokale drugpreventiebeleid. Twee

Devant la situation inquiétante de la région d'Anvers, la Communauté flamande a décidé de mettre à la disposition le vaccin pour les enfants de 15 mois lors de la vaccination MMR et les enfants de 13-15 ans lors du rappel Di-TE.

L'Etat fédéral a décidé elle aussi de réserver un montant de 8.230 M(*milles*) Eur (par le biais des frais administratifs de l'INAMI) pour la vaccination contre la méningite C. L'intervention fédérale est certes tributaire de la conclusion d'un projet d'accord de coopération avec les Communautés. Si un accord est atteint avec celles-ci, la vaccination d'au moins quatre cohortes d'âges (1 à 5 ans) pourra avoir lieu.

2.3.2. Haemophilus Influenzae

En exécution du protocole d'accord du 30 mai 2001 entre les autorités fédérales et les communautés concernant la vaccination infantile contre l'haemophilus influenza, un montant de 5.092 M Eur (par le biais des frais administratifs de l'INAMI) a été dégagé pour que le programme puisse être effectif dès le 1^{er} janvier 2002.

Le groupe de travail vaccination issu de la conférence interministérielle travaille actuellement à la création d'un fonds de la vaccination, avec pour objectif l'harmonisation des sources de financement de l'achat des vaccins. Actuellement, ceux-ci sont achetés par plusieurs administrations différentes, ce qui complique les vaccinations dès lors que les vaccins se trouvent actuellement sous forme combinée.

2.4. Les drogues sont une réalité

La note politique fédérale sur les drogues a été approuvée au début de l'année 2001 par le Conseil des ministres. Cette note politique concernait à la fois les drogues légales et les drogues illégales. Le point de départ est qu'il vaut mieux prévenir que guérir. En tant que ministre fédérale de la Santé publique, je n'ai qu'une compétence limitée dans le domaine de la prévention des stupéfiants. Au milieu de cette année a été instituée la cellule politique de santé Drogues, prélude à la cellule générale politique anti-drogues. L'une des missions de ces cellules est de mieux harmoniser et coordonner la politique de prévention. Cette concertation régulière entre tous les ministres compétents doit dé-

domeinen van preventie die wel volledig onder mijn bevoegdheid vallen zijn het medicatiegebruik en de tabak.

2.4.1. Verantwoord medicatiegebruik

Het aanbod op de markt van pijnstillers is zeer divers. Men kan een onderscheid maken tussen:

- de eenvoudige analgetica (paracetamol en acetylsalicylzuur of aspirine),
- de associatieproducten met deze middelen, de NSAID (niet steroidale anti-inflammatoire geneesmiddelen, genre ibuprofene, naproxene),
- de narcotische, ‘morfine-achtige’ middelen.

In de genoemde volgorde neemt de sterkte van het geneesmiddel toe, maar zijn er ook meer bijwerkingen aan verbonden. Het is dan ook logisch dat de laatste categorie voorschrijfplichtig is.

Wat de eerste groep betreft, gewone aspirine en paracetamol, is het logisch dat deze zonder voorschrift beschikbaar zijn. De patiënt kan deze op eigen initiatief in beperkte hoeveelheid bij allerlei pijnkwaaltjes voor korte periodes gebruiken zonder medisch professioneel advies. Toch is er voor deze middelen nood aan informatie. Er kunnen immers interacties optreden wanneer deze middelen worden ingenomen samen met andere geneesmiddelen. Te hoge dosissen en langdurige inname kunnen verantwoordelijk zijn voor ernstige neveneffecten.

De tweede groep pijnstillers is het meest zorgwekkend. Deze geneesmiddelen zijn meestal niet voor banale pijnklachten aangewezen en dus is medisch advies belangrijk omdat zelfs matig gebruik kan aanleiding geven tot ernstige bijwerkingen. De meeste van deze geneesmiddelen zijn voorschrijfplichtig en de artsen worden erop gewezen om voorzichtig met deze medicatie om te springen.

De vrij beschikbare laag gedoseerde NSAID's zijn bedoeld als pijnstillers en worden dan ook als analgetica, zoals acetylsalicylzuur (aspirine) gebruikt.

De ongewenste effecten van deze geneesmiddelen (zowel laag als hoog gedoseerde) worden duidelijk gezien bij oudere patiënten en zijn bij deze groep ook ernstiger. Toch zijn het vooral deze mensen die beroep doen op deze middelen (al dan niet op voorschrift), omdat allerlei pijnlijke kwaaltjes en kwalen juist op oudere leeftijd meer voorkomen.

boucher en définitive sur une meilleure coordination de la politique locale de prévention des drogues. Deux domaines de prévention qui relèvent bel et bien pleinement de mes attributions sont l'usage des médicaments et le tabac.

2.4.1. Bon usage des médicaments

L'offre sur le marché des calmants est très diverse. On peut établir une distinction entre:

- les analgésiques simples (paracétamol et acide acétylsalicylique ou aspirine),
- les produits associés à ces substances, les anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS (genre ibuprofène, naproxène),
- les substances narcotiques morphiniques.

La puissance du médicament mais aussi le nombre d'effets secondaires qui y sont liés augmente dans l'ordre précité. Il est dès lors logique que la dernière catégorie soit soumise à prescription obligatoire.

S'agissant du premier groupe, l'aspirine ordinaire et le paracétamol, il est logique qu'ils soient disponibles sans ordonnance. Le patient peut en prendre en quantité limitée de sa propre initiative pour toutes sortes de douleurs mineures pendant de brèves périodes sans l'avis d'un professionnel de la santé. Et pourtant, ces médicaments nécessitent une information. En effet, des interactions peuvent survenir s'ils sont pris avec d'autres. Des doses excessives et des prises de longue durée peuvent causer de graves effets secondaires.

Le deuxième groupe des analgésiques est plus inquiétant. Ces médicaments ne sont en général pas indiqués pour des douleurs banales et un avis médical est donc important parce que même leur usage modéré peut entraîner des effets secondaires graves. La plupart de ces médicaments sont soumis à ordonnance et les médecins sont invités à la prudence lorsqu'ils en prescrivent.

Les AINS à faible dose en vente libre sont utilisés comme calmants et donc comme analgésiques, tels que l'acide acétylsalicylique (aspirine).

Les effets indésirables de ces médicaments (tant à faible dose qu'à dose élevée) sont manifestes chez les patients âgés et plus graves aussi pour ce groupe. Et pourtant, ce sont surtout ces personnes-là qui y recourent (sur prescription ou non) parce que toutes sortes de troubles douloureux surviennent précisément à un âge avancé.

De pijnstillers, die op dit ogenblik voorschriftplichtig zijn, dienen dit te blijven. Artsen moeten worden aangemoedigd om bij het voorschrijven van deze middelen zoveel mogelijk rekening te houden met evidentie naar de werking toe, mogelijke alternatieven voor pijnstillende benadering, goede en exacte opvolging en voorlichting omtrent gebruik. Hierbij is het belangrijk dat artsen ter zake 'onafhankelijk' worden geïnformeerd en aangemoedigd om 'goede praktijkregels' te volgen. De promotie van de farmaceutische industrie via artsenbezoekers, beschikbaar stellen van monsters, farmaceutische reclame in vaktijdschriften, sponsoring van navormingsactiviteiten, ... dient te worden beperkt.

Voor de pijnstillers die vrij verkrijgbaar zijn, is er een bijzondere informatietaak weggelegd voor de apothekers. Deze zouden een goede voorlichting moeten garanderen bij de aanschaf van deze middelen in de apotheek. Men zou moeten komen tot een systeem waarbij een stimulus tot informatie is ingebouwd en het verkopen van zo duur mogelijke producten wordt ontmoedigd.

Kortom, een beleid rond pijnstillers moet:

- stimuli inbouwen voor goede informatie rond pijnstillers via de officina;
- richtlijnen uitwerken in verband met pijnbehandeling zowel voor de arts (naar voorschrijfgedrag toe) als naar de leek (naar de vrij beschikbare pijnstillers toe).

2.4.2. Voorkomingsbeleid rond tabak

Tabak is de oorzaak van ongeveer 20.000 overlijdens per jaar in ons land. Bovendien werd aangetoond dat zowel rokers als niet-rokers die worden blootgesteld aan tabaksrook, getroffen worden.

Om deze plaag te bestrijden zullen in de loop van 2002 volgende acties worden ondernomen:

Oprichting van een Fonds voor de strijd tegen tabaksgebruik.

Ik wens een Federaal Fonds voor de strijd tegen het tabaksgebruik op te richten. Dit Fonds zal worden gespijsd door fiscale inkomsten op tabaksproducten.

Initiatieven die onder de federale bevoegdheid vallen, zullen hiermee gefinancierd kunnen worden: informatiecampagnes over de wetgeving, controleacties om het rookverbod in openbare plaatsen te doen respecteren, de verspreiding van geneesmiddelen die de

Les calmants qui sont actuellement soumis à prescription obligatoire doivent le rester. Les médecins doivent être encouragés à tenir compte autant que possible, lorsqu'ils en prescrivent, de leur action évidente, des éventuelles alternatives dans l'approche analgésique, de la «compliance» et de l'information correctes et exactes sur l'usage du médicament. Il importe à cet égard que les médecins soient informés de manière indépendante et encouragés à suivre « de bonnes règles de pratique ». La promotion de l'industrie pharmaceutique par les visiteurs médicaux, la mise à disposition d'échantillons, la publicité pharmaceutique dans des revues spécialisées, le parrainage d'activités de recyclage, doit être limitée.

Pour les calmants en vente libre, les pharmaciens ont un rôle d'information particulier. Ils devraient garantir une bonne information lors de l'achat de ces médicaments dans leurs officines. Il faudrait parvenir à un système où l'information serait stimulée et la vente de produits onéreux découragée.

Bref, une politique des analgésiques doit:

- prévoir des incitants pour une bonne information sur les calmants dans les officines;
- élaborer des directives sur le traitement de la douleur tant pour le médecin (sous l'angle de son comportement de prescripteur) que pour le non-initié (calmants en vente libre).

2.4.2. Politique de prévention du tabagisme

Le tabac cause environ 20.000 décès par an dans notre pays. Il est en outre démontré qu'il frappe tant les fumeurs que les non-fumeurs, exposés à la fumée du tabac.

Afin de lutter contre ce fléau, les actions suivantes seront entreprises au cours de l'année 2002.

Création d'un Fonds de lutte contre le tabagisme.

Je souhaite créer un Fonds budgétaire fédéral de lutte contre le tabagisme. Ce Fonds sera alimenté par une partie des recettes fiscales relatives aux produits du tabac.

Il permettra de financer des initiatives qui relèvent des compétences fédérales: des campagnes d'information sur l'état de la législation, des actions de contrôle du respect de la législation dans les lieux publics, des distributions de médicaments traitant la dépen-

afhankelijkheid van nicotine tegengaan, laboratoriumanalyses en studies inzake tabaksproducten,...

De federale overheid zal de onderhandelingen met de gemeenschappen verder zetten om een definitief samenwerkingsakkoord te bekomen dat zal toelaten om preventieve acties rond tabaksgebruik te financieren.

Fabricatie, presentatie en verkoop van tabaksproducten.

De normen voor fabricatie, presentatie en verkoop van tabaksproducten zullen worden aangepast. Deze normen bepalen het maximumgehalte aan teer, nicotine en koolmonoxide en zullen de fabrikanten verplichten waarschuwingen over de schadelijkheid van tabak aan te brengen op de verpakkingen van tabaksproducten die in de handel worden gebracht.

Bescherming tegen passief roken.

In de horecasector wordt de huidige wetgeving zelden gerespecteerd. Daarom is het nodig om de controleacties te verscherpen en de vertegenwoordigers van de sector te contacteren om hen ervan te overtuigen de wetgeving te respecteren.

Ten slotte wens ik met mijn collega's van Onderwijs (Gemeenschappen) en Tewerkstelling samen te werken om de naleving van de wetgeving rondom het roken te verbeteren.

3. GEZONDHEIDSZORG IS MEER DAN LICHAMELIJKE ZORG

Gezondheidszorg betreft ook geestelijke gezondheidszorg, sociale gezondheidszorg en milieuzorg. Gezondheidszorg moet ruimer gezien worden dan de strikt medische verzorging.

Schadelijke factoren in huis, de voeding, de omgeving, het werk, het milieu hebben niet enkel betrekking op het lichaam als bio-chemisch, fysiologisch gegeven, maar ook de mentale, sociale en zelfs spirituele situatie van mensen. Hier pas ik dit basisprincipe toe op de **geestelijke gezondheidszorg** en op **palliatieve zorg**.

dance à la nicotine, des analyses en laboratoire et des études relatives aux produits du tabac.

L'État fédéral poursuivra également ses négociations avec les Communautés afin d'arriver à la conclusion d'un accord de coopération qui permettra de financer des actions de prévention contre le tabagisme.

Fabrication, présentation et vente des produits du tabac.

Les normes relatives à la fabrication, à la présentation et à la vente des produits du tabac seront modifiées. Elles détermineront les teneurs maximales des cigarettes en goudron, nicotine et monoxyde de carbone et imposeront aux fabricants d'apposer des avertissements quant à la nocivité du tabac sur les conditionnements des produits du tabac mis dans le commerce.

La protection contre le tabagisme passif.

Dans le secteur HORECA, la législation actuelle est rarement respectée. Il convient dès lors de renforcer les actions de contrôle et de contacter les représentants du secteur afin de les convaincre de respecter les dispositions légales.

Enfin, avec mes collègues de l'enseignement et de l'emploi (Communautés), je désire collaborer pour améliorer le respect de la législation sur le tabac.

3. LES SOINS DE SANTE, CE NE SONT PAS QUE DES SOINS DU CORPS

Dans les soins de santé, il y a aussi les soins de santé mentale, les soins de santé sociale et le contexte environnemental. Les soins de santé vont bien au-delà des soins strictement médicaux.

Les facteurs nocifs, que ce soit à domicile, dans l'alimentation, l'environnement, le milieu professionnel, ont une influence non seulement sur le corps comme donnée biochimique, physiologique mais aussi sur la santé mentale des gens. Ce principe s'applique aux soins de santé mentale et aux soins palliatifs.

3.1. Geestelijke Gezondheidszorg

3.1.1. Reconvertie en zorgvernieuwing

Bij de start van het initiatief "2001 jaar van de geestelijke gezondheid" heb ik in samenwerking met mijn collega Frank Vandenbroucke een beleidsnota voorgesteld met als titel: De psyche: mij een zorg?!. Deze titel is bewust provocerend omdat we voor belangrijke uitdagingen staan. De WHO waarschuwt immers in haar jaarrapport - dat dit jaar handelt over de geestelijke gezondheid - dat problemen met de geestelijke gezondheid exponentieel zullen toenemen. Om beter tegemoet te komen aan de behoeften van de patiënt met geestelijke gezondheidsproblemen moet ook de organisatie van het zorgaanbod worden vernieuwd.

Vanaf begin 2001 en ook nog in de komende maanden wordt de **tweede reconvertie** in de geestelijke gezondheidszorg geleidelijk aan uitgevoerd. Dit betekent concreet dat momenteel ongeveer 3400 ziekenhuisbedden worden omgeschakeld naar ongeveer 2578 nieuwe bedden of plaatsen. Het gaat hier meer bepaald om het creëren van meer gespecialiseerde bedden (b.v. voor psychogeriatric of kinderpsychiatrie) en plaatsen in Psychiatrische Verzorgingshuizen of Beschut Wonen. Door deze reconvertie worden een aantal acute tekorten in het gespecialiseerd behandelingsaanbod (b.v. in de kinderpsychiatrie) gedeeltelijk opgevuld en wordt een betere spreiding van het aanbod gerealiseerd.

Een volgende fase in de organisatorische vernieuwing moet nu worden aangevat. Daartoe wordt in onze beleidsnota voor de geestelijke gezondheidszorg een nieuwe organisatiestructuur aangereikt. Deze gebaseerd op netwerken en zorgcircuits voor specifieke doelgroepen in een bepaalde regio. De juridische basis hiervoor wordt gelegd in de tweede gezondheidswet.

In het verlengde van de hierboven vermelde reconversiebeweging werd een klein zorgvernieuwingsbudget gecreëerd. Dit budget werd opgetrokken tot een bedrag van 3.718 Deur met ingang van januari 2002. Het grootste deel van dit budget werd toegewezen aan 28 projecten voor **psychiatrische zorg in de thuis-situatie** die nog dit jaar van start zullen gaan. Deze projecten zullen worden gefinancierd via de samenwerkingsverbanden voor beschut wonen en moeten complementair werken aan de diensten voor reguliere

3.1. Soins de santé mentale

3.1.1. Reconversion et renouvellement en matière de soins

Lors du lancement de l'année de la santé mentale en 2001, j'ai présenté, conjointement avec mon collègue Frank Vandenbroucke, une note de politique intitulée: «La psyché, le cadet de mes soucis». Si ce titre est volontairement provoquant, c'est parce que les défis qui se posent à nous sont importants. Ainsi, dans son rapport annuel 2001, consacré à la santé mentale, l'OMS lance une mise en garde contre le risque d'augmentation exponentielle des problèmes de santé mentale. Pour pouvoir mieux répondre aux besoins du patient présentant des problèmes de santé mentale, il convient de revoir l'organisation de l'offre de soins.

La **deuxième reconversion** dans le secteur des soins de santé mentale est en cours depuis le début de cette année. Elle se poursuivra encore dans les mois qui viennent. Concrètement, ce sont quelque 3.400 lits hospitaliers qui sont en passe d'être reconvertis en un nombre approximatif de 2.578 nouveaux lits ou nouvelles places. Il s'agit plus particulièrement de la création d'un nombre supérieur de lits spécialisés (p.ex. pour la psychogériatrie ou la pédopsychiatrie) et de places dans les maisons de soins psychiatriques ou d'habitation protégée. Cette reconversion vise à remédier en partie à un certain nombre de graves dysfonctionnements dans l'offre spécialisée en matière de traitements et à réaliser une meilleure répartition de cette offre.

Cette restructuration doit à présent entrer dans une nouvelle phase. Ainsi, dans notre note de politique relative aux soins de santé mentale, nous proposons une nouvelle structure organisationnelle fondée sur des réseaux et des circuits de soins destinés à des groupes cibles spécifiques dans une région déterminée. La base juridique y afférente est fixée dans la deuxième loi sur la santé.

Dans le prolongement de ce processus de reconversion, un petit budget a été prévu pour le renouvellement des soins. Il sera porté à 3718 M Eur à partir de janvier 2002. Il a été affecté en grande partie à 28 projets afférents aux **soins psychiatriques à domicile** qui seront lancés cette année encore. Ces projets seront financés par le biais des initiatives d'habitation protégée et devront fonctionner en complémentarité avec les services traditionnels de soins à domicile. Ainsi, nous appliquons le principe de base selon lequel

thuiszorg. Hiermee geven we concreet vorm aan het basisprincipe dat geestelijke gezondheidszorg zoveel mogelijk buiten het ziekenhuis moet worden georganiseerd in de omgeving van de mensen zelf. Tevens willen we hiermee de zorgverlening op de eerste lijn versterken.

Een tweede vorm van zorgvernieuwing is de **dagactivering**. Nog dit jaar starten een twaalfstal pilootprojecten waarin chronisch psychiatrische patiënten tot zinvolle dagbesteding en aangepaste arbeid worden gestimuleerd. Deze zullen in 2002 operationeel worden. Vanuit een samenwerking tussen het beschut wonen enerzijds en de lokale vormings- en tewerkstellingsinitiatieven anderzijds zal worden gezocht naar het optimale niveau om mensen met problemen van geestelijke gezondheid toch een zinvolle en aangepaste dagactiviteit te bezorgen.

Met deze twee zorgvernieuwingenprojecten maken we werk van de **deinstitutionalisering en de vermaatschappelijking** van de psychiatrische zorgverlening. Het is de uitdrukkelijke bedoeling de nadruk te leggen op de reïntegratie van psychiatrische patiënten en de stigmatisering ten aanzien van problemen van geestelijke gezondheidszorg weg te nemen.

Ondertussen maken we ook concreet werk van patiëntenparticipatie en wel op twee manieren.

Ten eerste geven we met een deel van het zorgvernieuwingbudget een eerste aanzet tot financiële ondersteuning van representatieve **verenigingen voor psychiatrische patiënten**.

Ten tweede zal in de komende weken in elk overlegplatform voor geestelijke gezondheidszorg een **bemiddelaar** aangeworven worden, die als opdracht heeft patiënten te informeren en te bemiddelen in geval van klachten. Hiermee loopt de sector van de geestelijke gezondheidszorg vooruit op de realisatie van de wet op de patiëntenrechten die ik nog voor het jaareinde hoop te kunnen voorleggen aan het parlement.

3.1.2. Jongeren

Prioritair in het beleid voor de geestelijke gezondheidszorg is de substantiële uitbreiding van het zorgaanbod voor **de doelgroep jongeren**.

Er is een grote behoefte aan **extra opvangcapaciteit in de (semi)residentiële kinderpsychiatrie**. Bijkomende plaatsen moeten zo adequaat en optimaal mo-

les soins de santé mentale doivent autant que possible être organisés en dehors de l'hôpital, dans le cadre de vie même des patients. Mais, ce faisant, nous renforçons aussi le premier échelon.

Une deuxième forme de renouvellement en matière de soins est la promotion des **activités de jour**. Avant la fin de cette année, une douzaine de projets pilotes sera lancée afin d'encourager les patients psychiatriques chroniques à se consacrer à des activités de jour et à un travail adaptés. Ces projets seront opérationnels en 2002. Par le biais d'une collaboration entre, d'une part, les habitations protégées et, d'autre part, les initiatives locales en matière de formation et d'emploi, on s'efforcera de procurer aux personnes confrontées à des problèmes de santé mentale une activité de jour utile et adaptée.

Ces deux projets en matière de renouvellement des soins permettent une **désinstitutionnalisation** en même temps qu'une **socialisation des soins**. L'objectif affiché est de promouvoir la réinsertion des patients psychiatriques et de lutter contre la stigmatisation dont les problèmes de santé mentale font l'objet.

Notre souci est aussi de veiller à renforcer la participation des patients et ce, de deux manières.

Premièrement, nous consacrons une partie du budget afférent au renouvellement des soins au soutien financier d'**associations représentatives de patients psychiatriques**.

Deuxièmement, nous demandons que, dans les semaines qui viennent, chaque plateforme de concertation de soins de santé mentale recrute un **médiateur** afin d'informer les patients et de faire de la médiation des plaintes. Le secteur des soins de santé mentale anticipe ainsi l'entrée en vigueur de la loi sur les droits du patient, que j'espère pouvoir encore présenter au parlement avant la fin de cette année.

3.1.2. Les jeunes

L'élargissement substantiel de l'offre de soins pour le **groupe cible des jeunes** constitue un élément prioritaire de la politique en matière de soins de santé mentale.

Il y a lieu d'augmenter la **capacité supplémentaire de prise en charge en psychiatrie (semi)-résidentielle pour enfants**. Il convient d'attribuer les places

gelijk worden toegewezen, waarbij volgende elementen een leidraad vormen:

- het realiseren van een voldoende geografische spreiding zodat deze plaatsen geografisch toegankelijk zijn;
- het maximaal afstemmen op de bestaande noden, met inbegrip van specifieke noden van bepaalde gebieden (o.a. grootstedelijke dimensie);
- de reeds bestaande expertise op dit domein erkennen;
- het creëren van bijkomende opleidingskansen o.a. voor kinderpsychiaters.

Een deel van het budget moet worden gebruikt om ook in de **kinderpsychiatrie van algemene ziekenhuizen** volledige financiering te garanderen bij 70 % bezetting, zoals dit nu reeds het geval is voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Er bestaat een beperkte groep van **jongeren met ernstige psychiatrische problematiek en zeer agressief gedrag**, die omwille van deze problematiek niet adequaat worden opgevangen. De aangepaste en intensieve zorg moet vanuit GGZ gebeuren. In een eerste fase worden 16 gespecialiseerde bedden gepland in kleine eenheden. Uiteindelijk zouden 40 bedden voor gans België moeten volstaan.

Een dienst voor kinder- en jeugdpsychiatrie kan niet op zichzelf bestaan en moet zich inschakelen in een ambulant netwerk van samenwerking. Crisisopvang en nazorg kunnen reeds in grote mate **poliklinisch** worden georganiseerd. Tevens moet een **outreaching**-aanbod worden ontwikkeld ter ondersteuning van diensten uit de welzijnszorg die werken met jongeren met zware gedragsmoeilijkheden (bv. in de bijzondere jeugdzorg) en handicaps. Daarnaast zullen we ook de mogelijkheid onderzoeken voor het opzetten van pilootprojecten **gezinsverpleging voor jongeren** met psychiatrische problemen.

3.1.3. Geïnterneerden

In ons land is er een schrijnend tekort in het zorgaanbod voor geïnterneerden. In de doelgroep moeten er drie subgroepen worden onderscheiden:

1) de high risk patiënten: een zeer kleine groep, die amper behandelbaar is en onvermijdelijk in een Instelling voor Sociaal Verweer moet verblijven;

supplémentaires de façon aussi adéquate et optimale que possible, en se basant sur les éléments suivants:

- Réaliser une répartition géographique suffisante de façon à ce que ces places soient accessibles;
- Tenir compte au maximum des besoins existants, y compris des besoins spécifiques de certaines régions (entre autres la dimension propre à la grande ville);
- Reconnaître l'expertise déjà acquise en ce domaine;
- Créer des opportunités supplémentaires de formation, entre autres pour les pédopsychiatres.

Une partie du budget doit permettre d'assurer un financement complet pour un taux d'occupation de 70 % pour la **pédopsychiatrie dans les hôpitaux généraux**, à l'instar des hôpitaux psychiatriques.

Il existe un groupe réduit de **jeunes, présentant des troubles psychiatriques graves et ayant un comportement très agressif** qui, en raison de la problématique précitée, ne sont pas pris en charge de façon adéquate. Les soins intensifs adaptés doivent être dispensés au sein même des SSM. Dans une première phase, on prévoit 16 lits spécialisés au sein de petites entités. En fin de compte, 40 lits devraient suffire pour la Belgique entière.

Un service de psychiatrie pour enfants et pour adolescents ne peut pas exister en soi, il doit faire partie d'un réseau ambulatoire de collaboration. La prise en charge de crise et les soins de suivi peuvent être organisés en grande partie en **policlinique**. Il convient de développer conjointement une offre **outreaching** de soutien aux services d'aide sociale qui travaillent avec des jeunes présentant de graves difficultés comportementales (par exemple dans le cadre de la protection la jeunesse) et des handicaps. En outre, on étudiera la possibilité de mettre en place des projets pilotes d'**assistance médicale à domicile pour les jeunes** qui présentent des problèmes psychiatriques.

3.1.3. Personnes internées

Dans notre pays, on constate un manque flagrant d'offre de soins pour les personnes internées. Il convient de distinguer 3 sous-groupes au sein du groupe cible:

1) les patients à hauts risques: un groupe, que l'on peut à peine traiter et qui doit inévitablement séjourner dans un établissement de Défense sociale;

2) de medium risk patiënten: met zware psychiatrische problematiek en acuut agressiegevaar, die behandeld moeten worden in gespecialiseerde Forensisch Psychiatrische Eenheden van een psychiatrisch ziekenhuis met een omkadering analoog aan de gespecialiseerde Eenheden voor Sterk Agressieve en Gedragsgestoorde patiënten;

3) de low risk patiënten: met 'gewone' psychiatrische problematiek die kunnen worden behandeld in gewone afdelingen van een psychiatrisch ziekenhuis, beschut wonen, psychiatrisch verzorgingstehuis, maar ook ambulant via centra voor geestelijke gezondheidszorg, forensisch welzijnswerk of in onthaalhuizen.

Door de minister van Justitie werd met ingang van 1 juli 2001 een contract afgesloten met drie Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen die zich engageerden tot het opnemen van een groter aantal geïnterneerden. In feite gaat het hier om low risk geïnterneerden die mits extra personeelsomkadering kunnen worden opgenomen in gewone psychiatrische afdelingen.

Vanaf 1 augustus 2001 zijn ook vanuit Volksgezondheid 4 pilootprojecten gestart voor de behandeling van medium risk geïnterneerden. Elk pilootproject bestaat uit een forensisch psychiatrische eenheid van 8 bedden met een personeels- en beveiligingsomkadering die gelijkaardig is aan die van de gespecialiseerde eenheden voor Sterk Gedragsgestoorde en Agressieve patiënten. De pilootprojecten werden toegewezen aan de psychiatrische ziekenhuizen van Rekem, Zelzate, Brussel en Doornik, die de meeste ervaring hebben in het werken met geïnterneerden. Dankzij het extra budget voor 2002 zullen we deze vier pilootprojecten verderzetten, bovendien wordt een uitbreiding voorzien met 3 extra forensisch psychiatrische eenheden.

Op dit ogenblik wordt overlegd met justitie om de twee types van projecten voor low risk en voor medium risk te integreren. In een volgende fase moet ook een specifiek aanbod voor de high risk patiënten worden uitgewerkt.

3.1.4. Drugs

De actiepunten van de federale beleidsnota drugs die in januari van dit jaar werd goedgekeurd worden ook in 2002 verder uitgevoerd.

2) les patients à risques moyens: patients présentant des problèmes psychiatriques lourds et un danger d'agression aigu, qui doivent être traités dans des unités spécialisées en psychiatrie légale au sein d'un hôpital psychiatrique, qui bénéficient d'un encadrement analogue à celui des unités spécialisées pour les patients très agressifs présentant des troubles comportementaux.

3) les patients à faibles risques: patients présentant des problèmes psychiatriques «normaux», qui peuvent être traités au sein de sections normales d'un hôpital psychiatrique, d'une habitation protégée, d'une maison de soins psychiatriques, mais également de façon ambulatoire, par le biais de centres de soins de santé mentale, de l'aide sociale légale ou dans des maisons d'accueil.

Le ministre de la Justice a conclu un contrat, à partir du 1^{er} juillet 2001, avec 3 hôpitaux flamands psychiatriques qui s'engagent à prendre en charge un plus grand nombre d'internés. Il s'agit, en l'occurrence d'internés à faibles risques qui peuvent, à condition de bénéficier d'un encadrement en personnel supplémentaire, être admis au sein de sections psychiatriques normales.

Depuis le 1^{er} août 2001, la Santé publique a également lancé 4 projets pilotes relatifs au traitement des internés présentant des risques moyens. Chaque projet pilote se compose d'une unité de psychiatrie légale de 8 lits avec un encadrement en personnel et une sécurité équivalents à ceux dont bénéficient les unités spécialisées pour les patients agressifs présentant des troubles comportementaux lourds. Ces projets pilotes ont été attribués aux hôpitaux psychiatriques de Rekem, Zelzate, Bruxelles et Tournai, qui ont la plus grande expérience en ce qui concerne le travail avec les internés. Grâce au budget supplémentaire prévu pour 2002, nous pourrions poursuivre ces 4 projets pilotes et, en outre, procéder à une extension à 3 autres unités de psychiatrie légale.

Actuellement, on se concerte avec la Justice afin d'intégrer les deux types de projets pour les patients à faibles risques et à risques moyens. Dans une phase ultérieure, il faudra élaborer une offre spécifique pour les patients à hauts risques.

3.1.4. Toxicomanie

Les points d'action de la note de politique fédérale «toxicomanie» approuvée en janvier dernier seront également exécutés en 2002.

In juli van dit jaar werd de «**cel gezondheidsbeleid drugs**» opgericht op basis van een samenwerkingsprotocol tussen de ministers met enige bevoegdheid op het vlak van volksgezondheid. Deze Cel vormt de aanloop tot de algemene Cel Drugs die gecreëerd moet worden op grond van een samenwerkingsakkoord. Het doel van deze cel drugs is de realisatie van een globale, geïntegreerd drugbeleid. Onder 'drugs' worden hier legale en illegale substanties zoals alcohol, tabak en geneesmiddelen verstaan.

Het **Belgische Waarnemingscentrum** voor drugs en drugverslaving wordt uitgebouwd binnen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). Sinds 1997 wordt er gewerkt aan een «**early warning-systeem**» om nieuwe drugs te identificeren, het gebruik ervan in kaart te brengen en de relevante actoren te informeren. Naar aanleiding van de dodelijke slachtoffers van de PMA tabletten werd een werkgroep opgericht die een aantal voorstellen van maatregelen moest uitwerken ter verbetering en versnelling van de communicatie tussen justitie en volksgezondheid enerzijds en ten aanzien van de bevolking anderzijds. Het eindrapport van deze werkgroep wordt nog dit jaar aan de ministerraad ter goedkeuring voorgelegd.

Ter ondersteuning van de **substitutiebehandelingen** werd een wetsontwerp goedgekeurd door de ministerraad. Het werd aan de Raad van State voorgelegd voor advies. Ondertussen is een gelijkaardig wetsvoorstel in behandeling bij de senaat. Zodra het advies van de Raad van State voorhanden is, zal de snelst mogelijke procedure worden gevolgd om de wettelijke basis te bekomen. De uitvoeringsbesluiten werden reeds voorbereid en zullen aan de ministerraad voorgelegd worden zodra de wetwijziging gepubliceerd is. Er zal in elke provinciale geneeskundige commissie één registratiecentrum opgericht worden.

Zorgcoördinatoren moeten de vorming van zorgcircuits voor verslaafden helpen realiseren. Wat de zwaar verslaafden betreft, zullen lokale coördinatiegroepen «drugs» instaan voor individuele trajectbegeleiding via **case-management**. Vele cliënten die zich aanbieden in de verslavingzorg worstelen eveneens met psychiatrische stoornissen. Voor een aanzienlijk deel van deze zogenaamde **dubbeldiagnosegroep** blijken de huidige zorgprogramma's ontoereikend. Dit leidt tot meer maatschappelijke overlast en een hoge behandelkosten.

En juillet dernier, la «**cellule politique en matière de drogues**» a été créée sur base d'un protocole de collaboration entre les ministres compétents en matière de santé publique. Cette cellule constitue un préambule à la cellule générale Toxicomanie, qui doit être créée sur base d'un accord de collaboration. L'objectif de cette cellule est d'élaborer une politique globale et intégrée en matière de toxicomanie. Par le terme «drogue», on entend les substances légales et illégales telles que l'alcool, le tabac, et les médicaments.

L'**Observatoire belge de la drogue et de la toxicomanie** est développé au sein de l'Institut scientifique de Santé publique (ISSP). Depuis 1997, on travaille à un «**early warning system**» dont l'objectif est d'identifier de nouvelles drogues, de dresser un aperçu de leur consommation et d'informer les acteurs pertinents. Dans le cadre des victimes décédées après avoir absorbé des comprimés PMA, on a créé un groupe de travail chargé d'élaborer une série de propositions de mesures visant à améliorer et à accélérer la communication entre la Justice et la Santé publique, d'une part, et la communication envers la population, d'autre part. Le rapport final de ce groupe de travail sera soumis à l'approbation du conseil des ministres avant la fin de l'année.

Un projet de loi relatif au soutien des **traitements de substitution** vient d'être approuvé par le Conseil des ministres. Il a été soumis au Conseil d'État pour avis. Dans l'intervalle, une proposition de loi similaire est examinée par le Sénat. Dès que l'avis du Conseil d'État sera disponible, la procédure la plus rapide sera suivie afin d'élaborer une base légale. Les arrêtés d'exécution ont déjà été préparés et seront soumis au Conseil des ministres dès que la modification de loi sera publiée. Au sein de chaque commission médicale provinciale sera créé un centre d'enregistrement.

Les **coordinateurs en matière de soins** doivent aider à réaliser des circuits de soins pour toxicomanes. En ce qui concerne les toxicomanes lourds, des groupes de coordination «toxicomanie» locaux, seront responsables de l'accompagnement du trajet individuel par le biais du **case-management**. De nombreux clients qui se présentent pour les soins en matière de toxicomanie sont également confrontés à des troubles psychiatriques. Pour une partie importante de ce **groupe de diagnostic double**, les programmes de soins actuels s'avèrent inefficaces. Cela entraîne une surcharge sociale plus importante et un coût élevé de traitement.

Tenslotte zal de ontwikkeling van **specifieke crisis-units** voor drugsverslaafden worden ondersteund. Een aantal pilooteenheden, met een wetenschappelijke omkadering, worden geografisch verspreid.

3.1.5. Stress en depressie gerelateerde problemen

Ook in het kader van het Europees voorzitterschap wordt extra aandacht besteed aan de geestelijke gezondheidszorg. Daartoe heb ik in samenwerking met de WHO en de Europese Unie op 25, 26 en 27 oktober een conferentie georganiseerd met als thema «omgaan met stress en depressie gerelateerde problemen».

Ik heb gekozen voor dit onderwerp omdat ik me bewust ben van het maatschappelijke belang van stress en depressie gerelateerde problemen. De WHO verwacht in de toekomst een exponentiële groei van stress en depressie gerelateerde problemen. Hun directe en indirecte socio-economische impact op zowel het individu, zijn/haar onmiddellijke omgeving alsook de maatschappij is zeer hoog. In alle sectoren van de maatschappij is er nood aan een algemene bewustwording van het belang van deze problematiek.

Een belangrijke bron van stress en depressie is dat mensen in deze snelle samenleving controle dreigen te verliezen op hun eigen leven: geleefd worden, overspoeld worden door informatie... Met goede beleidsbeslissingen moeten we mensen terug meer controle geven over hun eigen leven zodat de psychische belasting kan worden verminderd. In alle sectoren van het maatschappelijk leven zoals arbeid, onderwijs, vrije tijd, ... moeten we proberen de weerbaarheid van mensen te verhogen, de stress van de omgeving te verminderen,... en tegelijk leren omgaan met de kwetsbaarheid van mensen. Het is niet alleen een politieke verantwoordelijkheid, maar een opdracht die ieder van ons dag in dag uit moet waar maken.

De resultaten van de Europese Conferentie zullen uitmonden in een conclusie die wordt voorgelegd op de Europese ministerraad van 15 november 2001.

3.2. Kwaliteit van leven in de laatste levensdagen.

Het pakket maatregelen dat progressief gepland en reeds gedeeltelijk opgestart werd ter verbetering en ondersteuning van de palliatieve zorg wordt in 2002

Enfin, on apportera un appui au développement d'**unités de crises spéciales** pour toxicomanes. Une série d'unités pilotes, bénéficiant d'un encadrement scientifique, seront dispersées sur le territoire.

3.1.5. Problèmes liés au stress et à la dépression

Dans le cadre de la présidence européenne, une attention toute particulière est accordée aux soins de santé mentale. C'est à cet effet que j'ai organisé, en collaboration avec l'OMS et l'Union Européenne, une conférence les 25, 26 et 27 octobre dont le thème était « traiter les problèmes liés au stress et à la dépression ».

J'ai choisi ce sujet parce que j'ai pris conscience de l'importance des problèmes liés au stress et à la dépression dans la société. L'OMS prévoit pour l'avenir une croissance exponentielle des problèmes liés au stress et à la dépression. Leur impact socio-économique direct et indirect aussi bien sur l'individu, sur son entourage immédiat que sur la société, est très élevé. Dans tous les secteurs de la société, une prise de conscience générale de l'importance de cette problématique est nécessaire.

Une importante source de stress et de dépression se situe dans le fait que, dans une société où tout va de plus en plus vite, les gens risquent de perdre le contrôle sur leur propre existence: vivre par procuration, être submergé par l'information, ... En prenant de bonnes décisions politiques nous devons donner aux autres à nouveau plus de contrôle sur leur propre existence afin de pouvoir diminuer la pression psychique. Dans tous les secteurs de la vie sociale comme le travail, l'enseignement, les loisirs, ... nous devons essayer de rehausser la résistance morale d'autrui, de diminuer le stress de l'entourage, ... et en même temps d'apprendre à accepter la vulnérabilité d'autrui. Ce n'est pas seulement une responsabilité politique, mais une mission que chacun de nous doit remplir au quotidien.

Les résultats de la Conférence Européenne seront rassemblés dans une conclusion qui sera présentée au Conseil des ministres européens du 15 novembre 2001.

3.2. Qualité de la vie dans les derniers moments de l'existence.

L'ensemble des dispositions qui ont progressivement été planifiées et déjà partiellement mises en route, en vue d'améliorer et de soutenir les soins palliatifs, sera

ten volle gerealiseerd. Het geheel is erop gericht de palliatieve cultuur zowel in de thuissituatie als in de zorginstellingen te versterken. Zeer sterk wordt de nadruk gelegd op een integrale palliatieve zorg, waarin niet alleen de nadruk komt te liggen op een beleid van pijnstilling, maar ook op psychosociale ondersteuning van de patiënt en de familie. Hiertoe wordt zowel in de palliatieve netwerken als in de palliatieve support-teams in de ziekenhuizen minstens een ½-time klinisch psycholoog voorzien. Zijn taak is niet alleen de individuele begeleiding van patiënten en familieleden, maar tevens de coaching en vorming van het team en andere gezondheidszorgwerkers om op een meer deskundige wijze ondersteuning te bieden voor de psychosociale noden.

Om de therapeutische hardnekkigheid tegen te gaan en te werken aan een beleid waar meer de nadruk komt te liggen op comfort van leven in de laatste levensperiode dan op het verderzetten van niet langer zinvolle behandelingen, wordt in de palliatieve support-teams van alle acute ziekenhuizen een halftijdse arts gesubsidieerd. Deze support-teams moeten in 2002 in alle ziekenhuizen functioneel zijn.

Om terminale patiënten toe te laten zoveel mogelijk in het vertrouwde milieu te leven en te sterven, worden de palliatieve multidisciplinaire equipes verder versterkt.

Om families tijdelijk een adempauze te gunnen worden enkele dagcentra voor palliatieve zorg als pilootprojecten gesubsidieerd. De bedoeling is om op basis van deze experimenten voldoende gegevens te verzamelen over de nood aan dergelijke voorzieningen. Tevens zal uit deze ervaringen worden nagegaan in welke mate het inrichten van dagopvangcentra een adequaat antwoord kan zijn om de problematiek van wachtlijsten voor de opname in palliatieve afdelingen op te lossen.

In 2002 wordt tevens een beperkt budget voorzien voor de vorming en ondersteuning van de medewerkers in de ROB's en RVT's. De bedoeling is om ook in deze instellingen, waar men zeer frequent met sterven wordt geconfronteerd, bijkomende expertise aan te brengen om op een meer integrale wijze te werken aan kwaliteit van leven in de laatste levensdagen, zowel voor de bewoners als voor de familieleden.

Zoals voorzien in het wetsvoorstel in verband met de palliatieve zorg dat in de Senaat en de Kamer werd behandeld, worden de diverse maatregelen regelmatig geëvalueerd, zodat de nodige bijsturing kan gebeuren

complètement réalisé en 2002. Le tout vise à un renforcement de la culture palliative tant à domicile que dans les institutions de soins. L'accent est fortement mis sur les soins palliatifs intégraux, où l'accent n'est pas seulement mis sur une politique de diminution de la souffrance mais aussi sur une aide psychosociale du patient et de la famille. A cette fin, un psychologue clinicien à mi-temps, au minimum, est prévu tant dans les réseaux palliatifs que dans les équipes palliatives de soutien dans les hôpitaux. Sa mission est d'assurer non seulement l'accompagnement individuel des patients et des proches, mais aussi le coaching et la formation de l'équipe et des autres collaborateurs en soins de santé, afin de pouvoir offrir de manière plus qualifiée un soutien pour les besoins psychosociaux.

Afin de contrer l'acharnement thérapeutique et de travailler à une politique où l'accent est plutôt mis sur le confort de la vie dans la dernière phase de l'existence que sur le prolongement de traitements qui n'ont plus aucun sens, un médecin à mi-temps est subsidié dans toutes les équipes palliatives de soutien de tous les hôpitaux aigus. Ces équipes de soutien doivent être fonctionnelles dans tous les hôpitaux en 2002.

Afin de permettre aux patients terminaux de vivre et de mourir le plus possible dans le milieu familial, les équipes palliatives multidisciplinaires sont renforcées.

Pour pouvoir accorder un répit provisoire aux familles, quelques centres de jour pour soins palliatifs sont subsidiés en tant que projets pilotes. L'objectif est de rassembler, sur la base de ces expériences, suffisamment de données concernant les besoins en matière d'équipements de ce type. En outre, on examinera, à partir de ces expériences, dans quelle mesure la création de centres d'accueil de jour peut être une réponse adéquate à la problématique des listes d'attente pour l'admission dans les sections de soins palliatifs.

En 2002, un budget limité est également prévu pour la formation et le soutien des collaborateurs dans les MRPA et les MRS. L'objectif est d'apporter, dans ces institutions où l'on est souvent confronté à la mort, une expertise complémentaire afin de travailler de manière plus intégrale à la qualité de la vie dans les derniers moments de l'existence, tant pour les résidents que pour leurs proches.

Ainsi qu'il était prévu dans la proposition de loi relative aux soins palliatifs, qui a été examinée au Sénat et à la Chambre, les différentes dispositions seront régulièrement réévaluées, de façon à ce que les correc-

en adequaat kan worden ingespeeld op de permanent evoluerende noden.

4. GEZONDHEIDSZORG VEREIST EEN ADEQUATE ORGANISATIE

Het basisfunctioneren van het (toekomstige) gezondheidszorgsysteem dient te vertrekken vanuit kwaliteitsdenken en vanuit vooropgestelde doelen die aansluiten bij de tot hiertoe besproken basisprincipes. Zaak is om zowel dat kwaliteitsdenken ingang te doen krijgen op de verschillende niveaus en binnen de verschillende domeinen van de gezondheidszorg, als om op nationaal niveau een reeks kwaliteitsindicatoren en criteria te definiëren waarmee het systeem als dusdanig kan opgevolgd en beheerd worden. Dit vereist verschillende maatregelen op de verscheiden beleidsniveaus.

Enkele beginselen die aan de basis liggen van kwaliteitsdenken in de gezondheidszorg zijn o.m.:

- De patiënt centraal stellen
- Evidence based medicine
- Evidence based health policy
- Coherentie in plaats van gefractioneerde beleidsvoering.

Ik wil ter zake enkele gezondheidsorganisatorische bakens uitzetten.

4.1.De gezondheidszorg moet op het meest gepaste niveau georganiseerd worden

Een gezondheidszorgsysteem bestaat uit verschillende zorgniveaus, gaande van zelfzorg, over mantelzorg naar professionele zorg. De professionele zorg moet zichzelf als ondersteunend en aanvullend zien op de zelfzorg en de mantelzorg. Bovendien dient het professionele zorgsysteem zich zo te organiseren dat wat op een lager niveau mogelijk en kwalitatief goed kan gebeuren, zoveel mogelijk op dat niveau gehouden wordt. Dit principe van **subsidiariteit** mag niet als centralistisch of hiërarchisch worden beschouwd. Het gaat er enkel om de zorg zo dicht mogelijk bij het individu en zijn onmiddellijke omgeving te organiseren.

4.1.1. De eerstelijnsgezondheidszorg

Om dit basisprincipe waar te maken is **de eerste lijn** voor mij een belangrijk instrument. Vanuit de

tions nécessaires puissent être apportées et que l'on puisse s'adapter aux besoins en constante évolution.

4. LES SOINS DE SANTE REQUIERENT UNE ORGANISATION ADEQUATE

Le fonctionnement de base du (futur) système de soins de santé doit partir de l'idée de qualité et des objectifs préconisés qui se rattachent aux principes de base discutés jusqu'à présent. Il importe que cette idée de qualité puisse être acceptée dans les différents niveaux et domaines des soins de santé et qu'un certain nombre d'indicateurs et de critères de qualité soient définis au niveau national afin de pouvoir suivre et gérer le système. Cela requiert plusieurs mesures aux divers niveaux politiques.

Quelques principes qui se trouvent à l'origine de l'idée de qualité dans les soins de santé sont entre autres :

- Mettre le patient au centre de nos préoccupations
- Evidence based medicine
- Evidence based health policy
- Cohérence au lieu d'une politique fractionnée

Je souhaite en la matière poser quelques jalons au niveau de l'organisation des soins de santé.

4.1.Les soins de santé doivent être organisés au niveau le plus approprié

Un système de soins de santé consiste en plusieurs niveaux de soins, allant des soins autonomes aux soins professionnels en passant par les soins de l'entourage. Les soins professionnels doivent être considérés comme un soutien et un complément aux soins autonomes et aux soins de l'entourage. En outre, le système de soins professionnels doit s'organiser de telle manière que les choses qui puissent être faites de manière qualitative à un niveau inférieur, soient le plus possible maintenues à ce niveau. Ce principe de **subsidiarité** ne peut pas être considéré comme centraliste ou hiérarchique. Il s'agit uniquement d'organiser les soins le plus près possible de l'individu et de son entourage direct.

4.1.1. Les soins de santé du premier échelon

En vue de réaliser ce principe de base, **le premier échelon** est, à mes yeux, un instrument très impor-

«vraag» is de eerste lijn de plaats waar patiëntenvraag en professioneel aanbod elkaar voor het eerst ontmoeten. Vanuit het «aanbod» is het een organisatieprincipe binnen de echelonnering van de gezondheidszorg. Het zorgaanbod moet zo worden georganiseerd dat hulpvragers en zorgbehoevenden via dit 'laagste' niveau eerst in contact komen met de gezondheidszorg. Dit verklaart mijn inzet voor een betere ondersteuning en uitbouw van de eerste lijn. Mijn bedoeling is om van de eerste lijn **een volwaardige, zichtbare en aanspreekbare partner** te maken in het gezondheidsbestel. Om de noodzakelijke samenwerking op het eerstelijns-niveau, ten bate van een geoptimaliseerde patiëntenzorg, professioneel te organiseren en hierbij de goodwill en het voluntarisme van de individuele zorgverstrekkers te overstijgen, is een degelijke stroomlijning en financiering broodnodig.

Vermits de bevoegdheden inzake de organisatie van de gezondheidszorg over diverse ministers en over het federale niveau en de gemeenschappen en gewesten zijn verspreid, is het noodzakelijk het beleid ter zake te coördineren en coherent te maken. Het waren dan ook moeizame onderhandelingen die (in juli) tot een **protocol** leidden tussen de federale ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken en de Ministers die bevoegd zijn voor het gezondheidszorgbeleid in respectievelijk de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap en het Waals Gewest. In dit protocolakkoord engageren de Federale Staat en de Gemeenschappen/Gewesten zich om, ieder wat hun bevoegdheid betreft, het nodige te doen om tot de realisatie van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging te komen.

De Federale Staat zal, in uitvoering van artikel 5 van de wet van 27 Juni 1978 en na overleg met Gemeenschappen/Gewesten, normen opstellen voor de erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's) en om deze diensten te programmeren.

De erkenning zal door de bevoegde Gemeenschaps-/gewestminister worden verleend aan één GDT per **zorgregio** (een aaneengesloten geografisch gebied), waar minstens huisartsen, verpleegkundigen en door de Gemeenschappen/Gewesten erkende coördinatiestructuren, werkzaam binnen bedoelde zorgregio, deel van moeten uitmaken. In Brussel zullen binnen een zorgregio meerdere GDT's mogen worden erkend teneinde aan zowel de Vlaamse Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie toe te laten elk een

tant. A partir de la «demande», le premier échelon est la place où la demande des patients et l'offre professionnelle se rencontrent pour la première fois. A partir de «l'offre», elle constitue un principe d'organisation au sein de l'échelonnement des soins de santé. L'offre de soins doit être organisée de sorte que les demandeurs d'aide et les personnes nécessitant des soins entrent d'abord en contact avec les soins de santé par le biais de ce niveau "inférieur". Ceci explique mon engagement pour un meilleur soutien et développement du premier échelon. Mon intention est de transformer le premier échelon en **un partenaire à part entière, visible et accessible** dans le système des soins de santé. En vue d'organiser de manière professionnelle la collaboration indispensable au niveau du premier échelon, et ce en vue d'une optimisation des soins au patient sans compter exclusivement sur la bonne volonté et le volontarisme des prestataires de soins individuels, une structure et un financement adéquats sont essentiels.

Les compétences en matière d'organisation des soins de santé étant réparties entre plusieurs ministres, ainsi qu'entre le niveau fédéral et les communautés et régions, il est indispensable de coordonner et d'harmoniser la politique en la matière. Des négociations difficiles furent dès lors menées qui ont abouti (en juillet) à un **protocole** entre les Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales et les Ministres compétents en matière de Santé publique, respectivement dans la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone et la Région wallonne. Dans ce protocole d'accord, l'État fédéral et les Communautés/Régions, chacun en ce qui le concerne, s'engagent à faire tout ce qu'il faut pour parvenir à la réalisation des services intégrés de soins à domicile.

L'État fédéral fixera, en application de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978, et après concertation avec les Communautés/Régions, des normes pour l'agrément des services intégrés de soins à domicile (SID) et pour la programmation de ces services.

Cet agrément sera octroyé par le ministre communautaire/régional compétent à un seul SID par **région de soins** (une zone géographique d'un seul tenant), dont doivent faire partie au minimum des médecins généralistes, des infirmiers et des structures de coordination telles qu'agréées par les Communautés/Régions, travaillant dans la région de soins visée. A Bruxelles, plusieurs SID pourront être agréés au sein d'une région de soins afin de permettre soit à la Commission flamande, soit à la Commission communautaire commune, soit à la Commission communautaire française

dienst te erkennen voor eenzelfde regio. Het programmatiecriterium zal worden vastgesteld op één dienst per 70. 000 inwoners, met dien verstande dat iedere Gemeenschap/Gewest minstens twee diensten mag erkennen.

Het is aan de Gemeenschappen en Gewesten om de zorgregio's af te bakenen en binnen voormeld programmatiecriterium, de GDT's te erkennen.

De federale regelgeving zal bepalen dat de GDT's instaan voor de praktische organisatie en ondersteuning van zorgverstrekkers ter evaluatie van de zelfredzaamheid, het multidisciplinair overleg, zorgplan en taakafspraken. Ze moeten de samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers bevorderen en structureel samenwerken met thuisvervangende voorzieningen, verplegingsinrichtingen en voorzieningen inzake thuiszorg. Via geëigende wetgevende initiatieven kunnen de Gemeenschappen/Gewesten bijkomende opdrachten enten op de GDT en in een aangepaste financiering voor deze opdrachten voorzien. Van federale kant zal, in uitvoering van de gecoördineerde ZIV-wet, op korte termijn in een vergoeding worden voorzien voor **het multidisciplinair overleg en voor de werkingskosten** die hiermee verband houden.

4.1.2. Eerstelijnswachtdiensten via huisartsenkringen

Naast een eerste stap naar meer coherentie, werken mijn medewerkers momenteel een regelgeving uit voor de erkenning van **huisartsenkringen**. Huisartsen zijn voor mij een belangrijke spil en ondergewaardeerde actoren in de basisgezondheidszorg. Wanneer deze kringen aan bepaalde minimumcriteria beantwoorden zullen zij kunnen worden **erkend en gefinancierd**. Het is de bedoeling dat de huisartsenkring het lokale aanspreekpunt wordt voor de huisartsen uit die regio en voor het beleid ter implementatie van het plaatselijk gezondheidsbeleid. Aan de huisartsenkring zal tevens de verantwoordelijkheid voor de organisatie toegewezen worden van de bevolkingswachtdienst voor huisartsgeneeskunde binnen de eigen zorgregio (al dan niet bestaande uit meerdere wachtdiensten om samen één bevolkingswachtdienst voor de gehele zorgregio te realiseren). Een goed functionerende eerstelijnswachtdienst is immers een zeer belangrijk instrument ter realisatie van het geschetste subsidiariteitsprincipe. De zorgregio wordt hierop afgestemd en is dezelfde als bedoeld in bovengenoemd protocol rond de eerste lijn.

d'agr  er chacune un service pour une même région. Le critère de programmation sera fixé à un service par 70.000 habitants, étant entendu que chaque Communit  /Région peut agr  er au moins 2 services.

Il appartient aux Communautés/Régions de délimiter les régions de soins et d'agréer les SID dans le cadre du critère de programmation susmentionné.

La réglementation fédérale stipule que les SID veilleront à l'organisation pratique et au soutien des prestataires de soins pour l'évaluation de l'autonomie, la concertation pluridisciplinaire, le plan de soins et la répartition des tâches.

Ils doivent promouvoir la collaboration entre les différents prestataires de soins et collaborer de manière structurelle avec les institutions de substitution du domicile, les établissements de soins et les institutions de soins à domicile. Sur la base d'initiatives légales appropriées, les Communautés/Régions peuvent confier des missions supplémentaires aux SID en prévoyant un financement adapté pour ces missions. Du côté fédéral, conformément à la loi AMI, une indemn  t   sera prévue à court terme pour les **concertations pluridisciplinaires et pour les frais de fonctionnement** qui y sont liés.

4.1.2. Services de garde du premier échelon assurés par les cercles de médecins généralistes

Outre une première démarche vers une plus grande cohérence, mes collaborateurs sont actuellement en train d'élaborer une réglementation relative à l'agrément des **cercles de médecins généralistes**. Les médecins généralistes jouant un rôle pivot important dans le cadre des soins de santé de base, sont souvent des acteurs sous-estimés. Lorsque ces cercles de médecins généralistes répondront à certains critères minimums, ils pourront être **agr  es et financés**. L'objectif est de faire du cercle de médecins généralistes le point de contact local pour les médecins généralistes de la région et dans le cadre des stratégies locales de mise en oeuvre de la politique de santé. Le cercle de médecins généralistes sera, en outre, chargé de l'organisation du service de garde de médecine générale au sein de la région de soins (composée ou non de plusieurs services de garde garantissant ensemble un seul service de garde pour l'ensemble de la région de soins). Un service de garde du premier échelon qui fonctionne bien est, en effet, un instrument très important pour réaliser le principe de subsidiarité développé ci-avant. La région de soins sera articulée autour de ce principe et sera la même que celle visée au protocole susmentionné concernant les soins du premier échelon.

4.1.3. Eerste lijn staat voor multidisciplinair

Een ander ondersteunend element in de eerste lijn is de **toegankelijkheid en bereikbaarheid** vergroten. In dit kader wil ik diverse projecten lanceren.

Het ligt in mijn bedoeling financiële incentives te geven voor de uitbouw van **groepspraktijken en multidisciplinaire eerstelijnscentra**. Inderdaad, vooral in de grote steden stelt zich de problematiek van de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. Het is voor de solowerkende huisarts vrijwel onmogelijk om voor de continue opvang (raadplegingen in de eigen praktijk, follow-up van chronische patiënten thuis, beschikbaar voor patiënten in een, al dan niet subjectief ingeschatte, noodsituatie) van al hun patiënten in te staan, laat staan om deze quasi voortdurende beschikbaarheid te combineren met de normale verzuchting naar een harmonieus privé- en gezinsleven. Mede hierdoor is bij de bevolking de inschatting ontstaan dat men vlugger en beter bediend is op de spoedgevallendiensten dan bij de huisarts of de huisartsenwachtdienst. Nochtans blijft de huisarts de meest geschikte figuur om allerlei urgente en minder urgente medische problemen te behandelen of adequaat door te verwijzen. Samenwerking in een bredere zorgpraktijk, waarin meerdere artsen, eventueel samen met verpleegkundigen en andere zorgverstrekkers betrokken zijn, kan hierop een antwoord zijn. De directe samenwerking tussen huisartsen en andere disciplines kan ook een sterkere inhoud geven aan de mogelijkheden van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Zoals ik reeds meermaals beklemtoonde is de eerste lijn een multidisciplinair gebeuren. Ik wil niet de indruk wekken dat ik enkel met de huisartsen (de met uitsterven bedreigde soort) begaan ben. Vanuit een coherent oogpunt en vanuit mijn bevoegdheid, wil ik een analoge analyse maken en ondersteuning bieden voor de thuisverpleegkundigen.

Mijn uitgangspunten zijn de volgende:

— Zorgafhankelijkheid

Een globale benadering van de problematiek van zorgafhankelijkheid, ongeacht de verblijfplaats van de zorgbehoevende, is wenselijk met als doel de moge-

4.1.3. Premier échelon équivaut à pluridisciplinarité

Un autre élément central à réaliser dans le cadre du premier échelon est le renforcement **de la disponibilité et de l'accessibilité**. Je souhaite lancer plusieurs projets à cet effet.

J'envisage d'octroyer des incitants financiers visant à promouvoir l'élaboration de **maisons médicales et de centres pluridisciplinaires du premier échelon**. En fait, c'est avant tout dans les grandes villes que se posent des problèmes d'accessibilité et de disponibilité des soins du premier échelon. Il est quasiment impossible pour le médecin généraliste travaillant seul d'assurer la prise en charge permanente de tous ses patients (consultations à son cabinet, suivi des patients chroniques à domicile, être à disposition des patients se trouvant dans une situation de détresse subjective-ment ressentie ou non), et encore moins de combiner cette disponibilité quasi permanente avec le souhait normal de pouvoir mener une vie privée et familiale harmonieuse. Cela explique du même coup pourquoi la population pense être soignée plus rapidement et beaucoup mieux dans les services des urgences que chez le médecin généraliste ou le service de garde des médecins généralistes. Pourtant, le médecin généraliste reste la personne la plus adéquate pour traiter toutes sortes de problèmes médicaux urgents ou moins urgents, ou pour adresser les patients de manière appropriée. Une collaboration dans le cadre d'une pratique de soins plus large, où sont associés plusieurs médecins, le cas échéant avec des infirmiers et d'autres prestataires de soins, peut apporter une solution à ce problème. La collaboration directe entre médecins généralistes et d'autres disciplines permettrait de mieux concrétiser les possibilités des soins de santé du premier échelon.

Comme je l'ai déjà accentué à plusieurs reprises, le premier échelon équivaut à pluridisciplinarité. Je ne veux certainement pas donner l'impression que je me soucie uniquement du sort du médecin généraliste (espèce en voie de disparition). En vue de la cohérence et de par ma compétence, je souhaite faire une analyse analogue pour les infirmiers de soins à domicile et leur offrir un soutien.

Mes points de départ sont les suivants:

— Dépendance en matière de soins

Une approche globale de la problématique de la dépendance en matière de soins est souhaitable, quel que soit le lieu de résidence de la personne nécessi-

lijkheden van de patiënt in de thuissituatie te optimaliseren en te vermijden dat het zorgaanbod de keuze bepaalt voor het al dan niet thuis worden verzorgd.

Daarenboven is de indicatiestelling van zorgafhankelijkheid vanuit een multidisciplinaire benadering een belangrijke voorwaarde om te komen tot een verantwoorde meting van de zorgbehoefte en tot een verdere responsabilisering van alle actoren die participeren aan het zorgproces.

— Kwaliteitsbewaking

De realisatie van een adequate en kwalitatieve zorg binnen de context van een zorgcontinuüm versterkt de behoefte aan samenwerking tussen verpleegkundigen zelf maar ook tussen verpleegkundigen en andere beroepsgroepen.

Met het oog op een veralgemening van kwaliteitsbevorderende maatregelen (bv. verpleegkundig dossier, referentieverpleegkunde,...) is een gestructureerde samenwerking in de sector thuisverpleging fundamenteel.

— Zelfredzaamheid

De verpleegkundige zorg moet bijdragen tot een allesomvattend zorgproces tot verbetering of herstel van de zelfredzaamheid. Via een intensieve begeleiding van de zorgbehoevende zal de verpleegkundige op continue wijze bijdragen aan de realisatie ervan. Het stapsgewijs afbouwen van negatieve financiële (prestatiegebonden) prikkels is onvermijdelijk. "All-in" financieringsvormen, die o.a. rekening houden met deze begeleidingstaak, moeten worden ontwikkeld.

— Budgettair

De uitgaven in de sector thuisverpleging stijgen jaar na jaar en leiden herhaaldelijk tot budgetoverschrijdingen bij het Riziv. Het is niet duidelijk of de vastgestelde volumestijging uitsluitend het gevolg is van een objectieve toename in de behoeften. Bijgevolg is er op korte termijn nood aan vaststelling van het budget op basis van objectieve behoeften en aan beheersing van dit budget. Een verdere objectivering van de financiële problematiek van de diensten voor thuisverpleging met gesalarieerden is aangewezen op basis waarvan een oplossing ten gronde moet worden uitgewerkt.

Rekening houdend met bovenstaande analyse en uitgangspunten betekent dat oplossingen ten gronde moeten worden uitgewerkt.

tant des soins, et ce afin d'optimiser les possibilités du patient séjournant à domicile et pour éviter que l'offre de soins ne détermine le choix d'être soigné ou non à domicile.

De plus, l'indication de la dépendance en matière de soins, basée sur une approche pluridisciplinaire est une condition importante pour aboutir à une mesure justifiée des besoins en matière de soins et à une responsabilisation plus importante de tous les acteurs participant au processus de soins.

— Surveillance de la qualité

La réalisation de soins adéquats et de qualité dans le cadre d'un continuum de soins renforce la nécessité d'une collaboration entre infirmiers, mais aussi d'une collaboration entre infirmiers et autres groupes professionnels.

En vue d'une généralisation des mesures visant à promouvoir la qualité (par ex. le dossier infirmier, l'art infirmier de référence, ...), une collaboration structurée dans le secteur des soins à domicile est d'une importance fondamentale.

— Autonomie

Les soins infirmiers doivent contribuer à un processus intégral de soins qui aboutit à une amélioration ou à un rétablissement de l'autonomie. Par le biais d'un accompagnement intensif du patient, l'infirmier contribuera de façon continue à sa réalisation. Il faut mettre progressivement un terme aux incitants financiers négatifs (liés aux prestations). Des formes de financement « All-in » qui tiennent entre autres compte de cette tâche d'accompagnement, devront être développées.

— Sur le plan budgétaire

Les dépenses dans le secteur des soins à domicile augmentent chaque année et entraînent régulièrement des dépassements budgétaires à l'INAMI. Il n'est pas certain que l'augmentation constatée en volume soit seulement due à un accroissement objectif des besoins. Par conséquent, il faut aboutir, à court terme, à une fixation du budget sur la base de besoins objectifs et à une maîtrise de ce budget. Une objectivation plus poussée de la problématique financière des services de soins à domicile qui emploient des salariés est indiquée et c'est sur cette base qu'il faudra élaborer une solution.

Compte tenu de l'analyse et des points de départ précités, il faut élaborer une solution en profondeur.

De activiteiten van de thuisverpleegkundigen bij een doorgaans zeer divers patiënteel kunnen worden omschreven op basis van zorg- en patiënttypologieën.

Deze *zorgtypologie* wordt bepaald door:

- Tijdsdimensie: kortdurende en chronische zorg.
- Omstandigheden: postoperatief, postziekenhuiszorg.
- Complexiteit van zorg: eenvoudig en eenduidig versus globale functioneringscontext.
- Graad van techniciteit: technische zorg (vb wondzorg) versus globaal ondersteunende zorg naar meer zelfredzaamheid.
- Graad van zorgmanagement: zorg op basis van een protocol.

De *patiënttypologie* wordt bepaald door:

- Graad van zelfredzaamheid: zorg uitgevoerd bij lichte en /of zwaar afhankelijke patiënten (ADL, IADL, etc.)
- Ziektedimensie: zorg gekoppeld aan bepaalde ziektypologieën (medische diagnostiek) bvb. ca-patiënt, leukemiepatiënt, diabetespatiënt.
- Verpleegkundige diagnostiek: verpleegprocedures in relatie tot patiëntfunctionaliteit (bvb. stoma patiënt, postgastrectomie patiënt, chemotherapie patiënt).

Bepaalde zorgpaden vereisen samenwerking en overleg tussen verpleegkundigen (al dan niet multidisciplinair). De graad van samenwerking zal mee bepalen welke complexiteit van zorg men aankan en welke opdrachten (zoals verpleegdossiers, multidisciplinair overleg, registratie, peer review, vorming, continuïteit van zorg, coördinatie, ontwikkeling en implementatie van zorgprogramma's) bestemd zijn voor welk praktijktype.

Wij wensen als hefboom voor de hervorming binnen de thuisverpleging te starten met het erkennen van verschillende praktijktypes, gaande van de solothuisverpleegpraktijken, de samenwerkingsverbanden, de verpleegkundige groepspraktijken tot de diensten thuisverpleging. Momenteel werken mijn medewerkers in overleg met de sector erkenningsnormen uit.

Met de hulp van een objectieveerbare multidisciplinaire indicatiestelling, een patiëntgerichte registratie en

Les activités des infirmiers à domicile auprès de patients généralement très différents peuvent être décrites sur la base de typologies de soins et de patient.

Cette *typologie de soins* est déterminée par les éléments suivants:

- Dimension temporelle: soins de courte durée et chroniques
- Circonstances: postopératoire, soins posthospitaliers
- Complexité des soins: simple et univoque versus contexte de fonctionnement global
- Degré de technicité: soins techniques (p.ex. soins de blessures) versus les soins de soutien globaux visant à obtenir une plus grande autonomie
- Degré de management de soins: soins sur la base d'un protocole.

La typologie du patient est déterminée par les éléments suivants:

- Degré d'autonomie: soins exécutés chez des patients légèrement/fortement dépendants (ADL, IADL, etc.)
- Dimension de maladie: soins liés à certaines typologies de maladie (diagnostic médical) p.ex. un patient atteint d'un cancer, un patient atteint de leucémie, un diabétique.
- Diagnostic médical: procédures infirmières en rapport avec la fonctionnalité du patient (p.ex. un patient avec anus artificiel, un patient ayant subi une gastrectomie, un patient sous chimiothérapie).

Certains trajets de soins exigent une collaboration et une concertation entre les infirmiers (multidisciplinaire ou non). Le degré de collaboration déterminera aussi quelle complexité de soins on supporte et quelles tâches (telles que les dossiers infirmiers, la concertation multidisciplinaire, l'enregistrement, l'examen, la formation, la continuité des soins, la coordination, le développement et l'implémentation de programmes de soins) sont destinées pour quel type de pratique.

Nous souhaitons utiliser, comme levier pour la réforme au sein du secteur des soins à domicile, l'agrément de différents types de pratique, comme p.ex. les pratiques individuelles de soins à domicile, les associations, les pratiques de groupe infirmières et les services de soins à domicile. Actuellement, mes collaborateurs élaborent des normes d'agrément en concertation avec le secteur.

Sur la base d'une détermination objective et multidisciplinaire des indications, d'un enregistrement

hoger geschetste praktijktypes, krijgen nieuwe vormen van financiering een kans en een kwaliteitsverhogend effect.

Forfaits gerelateerd aan specifieke opdrachten en activiteiten worden mogelijk. Zowel de problematiek van de specifieke kosten van de gesalarieerde diensten als het gebrek aan zicht op het versnipperde landschap van de zelfstandige verpleegkundigen, krijgt hier een oplossing.

Een oplossing die bovendien een duidelijke meerwaarde voor de patiënt en de 1^{ste} lijnszorg zal betekenen.

4.2. Het hertekenen van het ziekenhuislandschap

Door de patiënt centraal te stellen moet men noodgedwongen afstappen van een gefractioneerd gezondheidsbeleid, waar de diverse soorten van dienstverlening los van elkaar worden geconcipieerd en functioneren. Er dient met andere woorden een globaal gezondheidsbeleid te worden gevoerd. Hierbij is het belangrijk de rol van de eerste en van de tweede lijn correct te definiëren en te voorzien in een geïntegreerd functioneren van het geheel van de gezondheidsvoorzieningen.

Het zgn. hospitalocentrisme moet in deze visie plaats maken voor een coherente uitbouw van de ganse gezondheidszorg. Tussen de diverse soorten van voorzieningen moeten bruggen worden gebouwd om een continuïteit in het zorgproces mogelijk te maken en een geïntegreerde uitbouw van de voorzieningen te realiseren.

4.2.1. Naar een nieuw concept

De jongste twee decennia werden diverse maatregelen getroffen om het overaanbod aan ziekenhuizen af te bouwen en de versnippering ervan over vele kleinschalige locaties te reduceren. Na meer dan 10 jaar beleid gericht op schaalvergroting in de ziekenhuissector lijkt de tijd aangebroken om ons opnieuw te beraden over het **ziekenhuislandschap**. Dit moet in staat zijn om aan de behoeften van morgen te beantwoorden.

Basisbekommernis blijft dat iedere patiënt tijdig toegang moet hebben tot een kwalitatieve ziekenhuiszorg, in functie van zijn medische noden.

Het beleid dat gericht was op schaalvergroting heeft dermate zijn vruchten afgeworpen dat we op een ogen-

adapté au patient et de types de pratiques précités, de nouvelles formes de financement auront leur chance et amélioreront la qualité.

Des forfaits liés à des tâches spécifiques deviennent possibles. On offre ainsi une solution tant pour la problématique des frais spécifiques des services salariés que pour le problème du manque de vue d'ensemble sur le monde dispersé des infirmiers indépendants.

Une solution qui entraîne en outre une plus-value certaine pour le patient et les soins du premier échelon.

4.2. La redéfinition du paysage hospitalier

Si l'on veut placer le patient au cœur du système, il faut inévitablement abandonner une politique de santé fractionnée, caractérisée par un manque de cohérence au niveau de la conception et du fonctionnement des différents types de services offerts. Autrement dit, il convient de mener une politique de santé globale. A cet égard, il importe de définir clairement le rôle des premier et deuxième échelons et de prévoir un fonctionnement intégré de l'ensemble des équipements de santé.

Dans cette optique, ce qu'on appelle l'hospitalocentrisme doit céder le pas à un développement cohérent des soins de santé dans leur ensemble. Il convient de prévoir des passerelles entre les différents types d'équipements afin d'assurer la continuité du processus de soins et de réaliser un développement intégré des équipements.

4.2.1. Vers un nouveau concept

Au cours des deux dernières décennies, diverses mesures ont été prises visant à contrer l'offre excédentaire en matière d'hôpitaux et à réduire la dispersion de ceux-ci sur différents sites de petite taille. Après plus de 10 années d'une politique visant à un accroissement d'échelle dans le secteur hospitalier, le moment semble venu de s'interroger à nouveau sur le **paysage hospitalier**, lequel devra être en mesure de répondre aux besoins futurs.

L'accès de chaque patient à des soins hospitaliers de qualité, en fonction de ses besoins médicaux et dans des délais raisonnables, demeure la préoccupation fondamentale.

La politique axée sur un accroissement d'échelle s'est avérée à ce point efficace que le moment est

blik gekomen zijn waarop we ons moeten buigen over de vraag op welke manier we aan de patiënten een globaal zorgaanbod kunnen garanderen zonder dat we in een situatie belanden van een beperkt aantal mastodontziekenhuizen die alle zorgprogramma's concentreren in de grote en een aantal middelgrote steden en waarbij de basiszorg dicht bij de bevolking dreigt verloren te gaan.

Het fusiebesluit en het besluit van 30 januari 1989 zullen **grondig worden herschreven**. Onder meer met het oog hierop werd in de gezondheidswet de **notie vestigingsplaats** ingeschreven. De huidige term fusieziekenhuis duidt eerder op een operatie dan wel op een structurele toestand. Het is niet logisch dat een ziekenhuisentiteit aan andere overheidsregelen is onderworpen als het tot stand is gekomen als gevolg van een fusie dan een andere ziekenhuisentiteit met dezelfde karakteristieken. Er moet naar de toekomst toe dan ook eerder worden geredeneerd vanuit het concept ziekenhuis dat over meerdere vestigingsplaatsen kan worden uitgebaat. Bovendien is het, zoals hierboven gesteld, niet langer noodzakelijk om schaalvergroting aan te moedigen. Negatieve schaaffecten op het vlak van management van grootschalige instellingen moeten worden vermeden. Overigens is de kwaliteit van de zorg er niet mee gebaat dat er in bepaalde regio's monopolies worden gevormd.

De notie «bed» is nog steeds één van de centrale gegevens in beide besluiten. Beide besluiten werden destijds geconcipeerd vanuit de vaststelling dat er te veel, te kleine ziekenhuizen waren om een kwaliteitsvolle zorg te kunnen garanderen en vanuit een visie van één ziekenhuis, één vestigingsplaats, een visie die half jaren '90 werd verlaten toen het fusieziekenhuis op meerdere vestigingsplaatsen in de regelgeving werd ingeschreven. Zonder te willen stellen dat de notie «ziekenhuisbed» volledig moet verdwijnen - het blijft een belangrijk en objectief te controleren gegeven dat hoe dan ook een aanduiding is van capaciteit die, in functie van de behoeften van de bevolking, correct moet worden benut - zal het als centraal gegeven waarrond de ganse erkenningspolitiek wordt opgebouwd, worden verdrongen door noties als **doelgroep en activiteit**.

De notie «groepering van ziekenhuizen» kent, sinds het verdwijnen van de verplichte groepering, nog weinig succes. De basisidee achter groepering, zijnde samenwerking teneinde tot een globaal en complementair zorgaanbod binnen een bepaalde regio te komen, zonder daardoor aan identiteit in te boeten blijft valabel en kan wellicht zijn plaats vinden binnen de netwerkvorming die m.i. moet worden gestimuleerd.

venu de se demander de quelle manière on peut garantir aux patients une offre de soins globale sans que l'on aboutisse à une situation où un nombre restreint d'hôpitaux surdimensionnés monopolisent tous les programmes de soins dans les grandes villes et dans quelques villes moyennes, au risque de voir se perdre le principe d'une offre de soins de base proche du patient.

L'arrêté de fusion et l'arrêté du 30 janvier 1989 feront l'objet d'un **remaniement approfondi**. C'est notamment dans cette perspective que la **notion de site** a été inscrite dans la loi de santé. Le concept actuel d'hôpital fusionné indique plus une opération qu'une situation structurelle. Il n'est pas logique qu'une entité hospitalière issue d'une fusion soit soumise à d'autres règlements qu'une autre entité hospitalière présentant les mêmes caractéristiques. A l'avenir, il faudra plutôt raisonner à partir du concept d'un hôpital pouvant être exploité sur différents sites. Par ailleurs, comme indiqué ci-dessus, il n'est plus nécessaire d'encourager l'accroissement d'échelle. Il convient d'éviter les effets d'échelle négatifs sur le plan de la gestion des établissements de grande taille. En outre, le fait que des monopoles se créent dans certaines régions ne profite pas à la qualité des soins.

La notion de «lit» demeure un des éléments-clés dans les deux arrêtés. Ceux-ci ont été conçus en leur temps à partir de la constatation qu'il y avait trop d'hôpitaux de petite taille pour pouvoir garantir des soins de qualité et à partir de l'idée d'un hôpital distinct localisé sur un seul site, une idée qui fut abandonnée au milieu des années 90, lorsque le concept d'hôpital fusionné situé sur plusieurs sites fut inscrit dans la réglementation. Sans vouloir prétendre que la notion de «lit hospitalier» doit disparaître intégralement - cette notion reste une donnée importante permettant un contrôle objectif et indiquant somme toute la capacité, laquelle doit être utilisée correctement en fonction des besoins de la population - elle devra céder le pas, en tant qu'élément central de la politique d'agrément, à des notions telles que «**groupe cible**» et «**activité**».

Depuis la disparition du groupement obligatoire, la notion de «groupement d'hôpitaux» ne rencontre plus guère de succès. L'idée de base présidant au groupement, à savoir encourager la collaboration afin d'aboutir à une offre de soins complémentaire et globale au sein d'une région déterminée sans que cela n'affecte l'identité de l'établissement individuel, demeure valable et pourra sans doute trouver une place dans le cadre de la création de réseaux, laquelle doit, à mon sens, être stimulée.

Inzake netwerking zijn er meerdere pistes denkbaar. Instellingen zouden kunnen worden aangemoedigd om zich als entiteit in te schrijven in een netwerk dat aan de bevolking van de regio het volledige gamma van ziekenhuiszorg aanbiedt. Op deze manier behouden de ziekenhuizen hun eigen identiteit en autonomie en genieten ze, door het zich inschrijven in een groter geheel, van de positieve schaafeffecten inzake kwaliteit en doelmatigheid.

Een andere mogelijke benadering van netwerking is dat de verzorgingsinstellingen, ruimer dus dan louter ziekenhuizen maar ook RVT, dagverzorgingscentra, op termijn GDT's, van een bepaalde regio samenwerken met het oog op het aanbieden van een zorgcontinuum aan de patiënt. Volgend jaar zal er worden gestart met de uitwerking van netwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg.

Een andere mogelijke piste bestaat erin regels en richtlijnen op te stellen inzake doorwijzing en terugverwijzing van patiënten die (eventueel tijdelijk) meer gespecialiseerde zorg behoeven. In voorkomend geval sluiten ziekenhuizen dan verwijsovereenkomsten af met één of meerdere andere ziekenhuizen.

4.2.2. De universitaire ziekenhuisopdracht

De ziekenhuizen met universitaire bedden worden gekenmerkt door de bijzondere rol die zij te vervullen hebben op het vlak van het klinisch onderricht, het toegepaste wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van nieuwe technologieën, de kwaliteitsevaluatie, de zogenaamde referentiegeneeskunde en de derdelijns-geneeskunde. Het is duidelijk dat deze opdrachten hun invloed hebben op de activiteiten in het ziekenhuis daar waar de huidige financiering hiermee onvoldoende rekening houdt. Voor deze activiteiten dient een specifieke financiering te worden voorzien. Zodoende kan een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen de financiering van deze bijzondere activiteiten en de financiering van de klinische activiteiten die tevens in niet-universitaire instellingen worden verricht. Voor deze laatste kunnen dezelfde regels op alle instellingen worden toegepast.

Vandaag bestaan er in de financieringstechniek een aantal verschillen tussen universitaire en niet-universitaire instellingen. Deze verschillen werden gemaakt om – op indirecte en gefragmenteerde wijze – rekening te houden met de specifieke opdrachten van de universitaire instellingen. Deze verschillen kunnen worden afgeschaft. Het verschil tussen wat de groep der universitaire instellingen voor en na deze operatie ver-

En matière de réseaux, plusieurs pistes sont envisageables. On pourrait encourager les établissements à s'intégrer, en tant qu'entité, dans un réseau offrant une gamme complète de soins hospitaliers à la population d'une région déterminée. Ainsi, les hôpitaux gardent leur identité et leur autonomie, tout en bénéficiant des effets d'échelle positifs en matière de qualité et d'efficacité.

Une autre approche en matière de fonctionnement en réseaux consiste à ce que les établissements de soins – dans un sens plus large que les seuls hôpitaux, incluant également les MRS, les centres de jour, et, à terme, les services intégrés de soins à domicile – d'une région déterminée collaborent afin de pouvoir offrir un continuum de soins au patient. L'année prochaine, on entamera la mise sur pied des réseaux et des circuits de soins dans le secteur psychiatrique.

Une autre piste envisageable consiste à établir des règles et des directives en matière de transfert et de retransfert de patients nécessitant (fut-ce provisoirement) des soins plus spécialisés. Le cas échéant, les hôpitaux conclueront des accords de transfert avec un ou plusieurs autres hôpitaux.

4.2.2. La mission des hôpitaux universitaires

Les hôpitaux disposant de lits universitaires se caractérisent par le rôle spécifique qu'ils ont à assumer sur le plan de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies, de l'évaluation de la qualité, de la médecine dite de référence et de la médecine du troisième échelon. Il va sans dire que ces missions ont un impact sur les activités de l'hôpital, alors qu'elles ne sont pas suffisamment prises en compte dans le financement actuel. Il convient dès lors de prévoir un financement spécifique pour ces activités. Ainsi, une distinction très nette peut être faite entre le financement de ces activités spécifiques et le financement des activités cliniques effectuées également dans des établissements non universitaires. En ce qui concerne ces dernières, les mêmes règles peuvent être appliquées dans tous les établissements.

Aujourd'hui, la technique de financement présente un certain nombre de différences selon qu'il s'agit d'établissements universitaires ou d'établissements non universitaires. Ces différences ont été prévues afin de prendre en compte – d'une manière indirecte et fragmentée – les missions spécifiques des hôpitaux universitaires. Ces différences peuvent être supprimées. La différence entre ce que le groupe des établisse-

krijgen maakt dan deel uit van de financiële middelen voor hun specifieke opdracht.

Teneinde een situatie tot stand te brengen waarin de universitaire instellingen hun specifieke opdrachten op een neutrale en objectieve wijze vervullen – zonder dat zijzelf financieel belang hebben bij de hoeveelheid verrichte prestaties – kunnen de medische prestaties voor 75% op forfaitaire wijze worden vergoed en voor 25% per afzonderlijke prestatie.

4.2.3. De sociale dienst in de ziekenhuizen

1. De sociale dienst van de G-diensten in de algemene ziekenhuizen.

Ter versterking van de sociale dienst van de G-diensten in de algemene ziekenhuizen wordt er voor het jaar 2002 een extra-budget van 2.479 Deur voorzien. Gelet op de specifieke sociale problemen die patiënten van G-diensten ondervinden, wordt dit bedrag verdeeld over alle algemene ziekenhuizen met een G-dienst.

2. Pilootproject ontslagmanagement.

Momenteel nemen er 144 ziekenhuizen deel aan het project ontslagmanagement, waarvan 94 algemene ziekenhuizen en 50 psychiatrische ziekenhuizen. Voor 2001 werd beslist om het ontslagmanagement voor de algemene ziekenhuizen enkel toe te passen op de G-diensten. De intentie voor 2002 is om al de projecten te laten voortlopen.

3. Het sociaal profiel van de ziekenhuizen.

Er wordt momenteel vanuit het sociaal observatorium en het kabinet van Sociale Zaken gewerkt aan de uitbouw van nieuwe indicatoren voor het vaststellen van het sociaal karakter van de ziekenhuizen. Op basis van deze criteria zal het budget hiertoe voorzien in 2002 worden verdeeld over de betrokken ziekenhuizen. Het betreffende budget ligt nog niet vast, hierover wordt momenteel onderhandeld.

4.2.4. Nieuw financieringssysteem

Op 1 juli 2002 zal de hervorming en de modernisering van de financiering van de ziekenhuizen van kracht worden.

Deze hervorming berust op volgende elementen:

ments universitaires reçoit avant et après l'opération en question fait partie des moyens financiers afférents à leur mission spécifique.

Afin d'aboutir à une situation où les établissements universitaires assurent leurs missions spécifiques d'une manière neutre et objective – sans que le nombre de prestations effectuées leur procure un quelconque avantage financier – les prestations médicales peuvent être rémunérées à 75% de manière forfaitaire et à 25% par prestation individuelle.

4.2.3. Le service social à l'hôpital

1. Le service social des services G dans les hôpitaux généraux

Afin de renforcer le service social des services G dans les hôpitaux généraux, un budget supplémentaire de 2.479 M Eur est prévu pour l'année 2002. Compte tenu des problèmes sociaux spécifiques rencontrés par les patients des services G, ce montant est réparti entre tous les hôpitaux généraux disposant d'un service G.

2. Projet pilote «fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins»

A l'heure actuelle, 144 hôpitaux participent à ce projet, dont 94 hôpitaux généraux et 50 hôpitaux psychiatriques. Pour l'année 2001 et en ce qui concerne les hôpitaux généraux, il a été décidé de réserver ladite fonction aux services G. Pour l'année 2002, il entre dans les intentions de poursuivre tous les projets en cours.

3. Le profil social des hôpitaux

Actuellement, l'observatoire social et le cabinet des Affaires sociales s'attellent à l'élaboration de nouveaux indicateurs visant à déterminer le caractère social des hôpitaux. Sur la base de ces critères, le budget prévu à cet effet pour 2002, sera réparti entre les hôpitaux concernés. Ce budget n'est pas encore fixé et fait actuellement l'objet de négociations.

4.2.4. Nouveau système de financement

Le 1^{er} juillet 2002, la réforme et la modernisation du financement des hôpitaux entreront en vigueur.

Cette réforme repose sur les éléments suivants:

1. De ziekenhuisfinanciering dient aan te sluiten bij de algemene uitgangspunten van het ziekenhuisbeleid vandaag zoals de patiëntgerichte organisatie van de ziekenhuissector, de integrale benadering van de behandeling, (zowel binnen de instelling als in relatie tot de extramurale sector), een op evidentie gestoelde medische praktijkvoering en de stimulering van taakverdeling, complementariteit en samenwerking tussen de ziekenhuizen.

2. De financiering van de ziekenhuizen wordt progressief hervormd; bedoeling hierbij is:

- niet langer te steunen op de bedden en andere structurele kenmerken, maar op de reële activiteit;
- de parameters verder te verfijnen;
- de daghospitalisatie gedeeltelijk te integreren in het verpleegdagbudget;
- een specifieke financiering te voorzien voor de universitaire ziekenhuizen;
- een stap te zetten naar een meer globale financiering voor geneesmiddelen en medische prestaties;
- een tijdige en zo definitief mogelijke vaststelling van de budgetten te garanderen;
- een vereenvoudigd systeem van uitbetaling in te voeren;
- de budgettaire middelen over de instellingen te verdelen binnen een gesloten en gegarandeerd landelijk globaal budget.

De hervorming sluit ook aan bij de beginselen van het nieuw ziekenhuisconcept, zoals een meer globale en minder gefractioneerde financiering, een financiering die meer gebaseerd is op de activiteiten omtrent de patiënt dan op de vergoeding van het aanbod. Naar de toekomst toe dient verder onderzoek te worden gevoerd naar de wenselijkheid en de technische modaliteiten van een financiering van afzonderlijke (gespecialiseerde) zorgprogramma's.

In de gezondheidswet (deel II) werd de basis gelegd voor het nieuwe financieringssysteem. In 2002 zal dit concreet worden uitgewerkt door mijn collega Frank Vandenbroucke, na overleg met mij.

4.3. Dringende geneeskundige hulpverlening

De dringende geneeskundige hulpverlening heeft als doel om aan iedereen in medische nood zo snel mogelijk en op vertrouwelijke basis een zo hoogstaand mogelijke adequate medische hulpverlening te bieden. Deze grondgedachte vormt de basis waarop de verschillende schakels van het netwerk van de dringende geneeskundige hulpverlening worden georganiseerd.

1. Le financement des hôpitaux doit s'inscrire dans le droit fil des principes généraux de la politique hospitalière actuelle, notamment une organisation du secteur hospitalier axée sur le patient, une approche globale du traitement, tant à l'intérieur de l'établissement qu'en relation avec le secteur extrahospitalier, une pratique médicale fondée sur l'évidence scientifique, l'encouragement d'une répartition des tâches, la complémentarité et la collaboration entre les hôpitaux.

2. Le financement des hôpitaux sera revu de manière progressive et visera les objectifs suivants:

- Prendre en compte, non plus les lits et d'autres caractéristiques structurelles, mais bien l'activité réelle;
- Affiner plus avant les paramètres;
- Intégrer en partie l'hospitalisation de jour dans le budget du prix de journée;
- Prévoir un financement spécifique pour les hôpitaux universitaires;
- Faire un pas dans la direction d'un financement plus global des médicaments et des prestations médicales;
- Fixer les budgets dans les délais et de manière aussi définitive que possible;
- Instaurer un système simplifié de paiement;
- Répartir les moyens budgétaires entre les établissements dans le cadre d'un budget global national fermé et garanti.

La réforme s'inscrit également dans le cadre des principes régissant le nouveau concept hospitalier, dont notamment un financement plus global et moins fragmenté, un financement davantage axé sur les activités relatives au patient plutôt que sur l'indemnisation de l'offre. A l'avenir, l'opportunité d'un financement de programmes de soins (spécialisés) distincts et les modalités techniques y afférentes devront être examinées de plus près.

La loi de santé (partie II) a jeté les bases du nouveau système de financement. En 2002, ce système sera concrétisé par mon collègue Frank Vandenbroucke, après concertation avec moi-même.

4.3. Aide médicale urgente

L'aide médicale urgente a pour objectif d'offrir une aide médicale adéquate de la meilleure qualité possible, dans les meilleurs délais et sur une base confidentielle à toute personne nécessitant des secours médicaux. Cela constitue l'idée de base qui sous-tend l'organisation des divers maillons du réseau de l'aide médicale urgente.

Gezien de verdeling van de bevoegdheden tussen de ministeries van Volksgezondheid en Binnenlandse Zaken wordt een samenwerking in verstandhouding nagestreefd. Deze samenwerking wordt onder meer geconcretiseerd in de organisatie van het hulpcentrum 100.

De aangestelde van het HC 100 speelt immers een cruciale rol in de dringende geneeskundige hulpverlening omdat hij of zij een keuze moet maken uit de verschillende middelen die worden ingezet. Daarom zal binnenkort op initiatief van mijn collega van Binnenlandse Zaken maar in overleg met mijn diensten een K.B. verschijnen dat het statuut van de aangestelde regelt. Binnen dit K.B. wordt o.a. de permanente opleiding en begeleiding van de aangestelde geregeld waarbij elke Minister binnen zijn bevoegdheid optreedt en elk departement met zijn kennis en deskundigheid aan deze opdracht meewerkt.

Dit overleg wordt ook weergevonden in de werkgroep «interface-Binnenlandse Zaken - Volksgezondheid». Deze werkgroep «interface» heeft als taak de raakvlakken tussen volksgezondheid en de civiele veiligheid te bespreken en daar waar er spanningsvelden zijn naar oplossingen te zoeken.

Naast opleiding, begeleiding en samenwerking dient de aangestelde over de middelen en instrumenten te beschikken om het aangeleerde proces van medische besliskunde toe te passen. Hiertoe behoren een betrouwbare radiocommunicatie en een instrument voor medische besluitvorming. Terwijl de communicatietechnologie ter beschikking wordt gesteld door Binnenlandse Zaken behoort het medische besluitvormingsinstrument tot de bevoegdheid van Volksgezondheid. Met dit instrument worden de verschillende incidenten of ongevallen ingedeeld in een typologie. Door middel van de typologie kan dan de gepaste medische reactie worden nagestreefd.

De invoering van een nieuwe communicatietechnologie en een medische besluitvormingsinstrument moet zeer doordacht en progressief en met de nodige ondersteuning gebeuren. Daarom wordt voor de invoering van het medische besluitvormingsinstrument voorgesteld beroep te doen op de techniek van «project management». Reeds bij het uitdenken van het project en het uitwerken van een pilootproject wordt er dan rekening gehouden met de implementatie op het terrein.

Naast de hulpcentra 100 vormen de ambulances en Mug's belangrijke onderdelen van de dringende geneeskundige hulpverlening. In de gezondheidswet deel 2 wordt de wettelijke basis gelegd om ambulances en hun diensten te erkennen en te programmeren. Dit zal

Etant donné la répartition des compétences entre les ministères de la Santé publique et de l'Intérieur, on vise à **une collaboration concertée**. Cette collaboration se concrétise entre autres dans l'organisation du centre de secours 100.

Le préposé du CS 100 joue en effet un rôle crucial dans l'aide médicale urgente parce qu'il ou elle doit faire un choix parmi les différents moyens engagés. C'est pourquoi un AR réglant le statut du préposé sera publié sous peu à l'initiative de mon collègue de l'Intérieur mais en concertation avec mes services. Cet AR réglera entre autres la formation et l'accompagnement permanents du préposé, chaque Ministre agissant dans les limites de ses compétences et chaque département collaborant avec sa connaissance et son expertise.

Cette concertation se retrouve également dans le groupe de travail «Interface-Intérieur-Santé publique». Ce groupe de travail «Interface» a pour mission d'étudier les aspects qui concernent à la fois la santé publique et la protection civile, et de rechercher des solutions là où il y a des tensions.

Outre la formation, l'accompagnement et la collaboration, le préposé doit disposer des moyens et instruments pour appliquer le processus appris de décision médicale. Pour ce faire, il faut un système de radiocommunication fiable et un instrument de prise de décision médicale. Alors que la technologie de communication est fournie par l'Intérieur, l'instrument de prise de décision médicale relève de la compétence de la Santé publique. Cet instrument répartit les divers incidents et accidents selon une typologie. Celle-ci permet d'avoir la réaction médicale appropriée.

L'introduction d'une nouvelle technologie de communication et d'un instrument de prise de décision médicale doit se faire de manière réfléchie et progressive et avec le soutien nécessaire. C'est pourquoi on propose de faire appel, pour l'introduction de l'instrument de prise de décision médicale, à la technique du «project management». On tient alors compte de l'implémentation sur le terrain dès la conception du projet et l'élaboration d'un projet pilote.

Outre les centres de secours 100, les ambulances et les SMUR constituent des composantes importantes de l'aide médicale urgente. La loi de santé, partie 2, crée la base légale pour l'agrément et la programmation des ambulances et de leurs services. Cela se

in de toekomst gebeuren. Momenteel wordt door mijn Administratie de optimale spreiding van de Medische Urgentie Groepen bestudeerd. Dit gebeurt op basis van geografische spreiding en de behoefte-analyse via bevolkingsdichtheden.

Om het geheel van schakels van de dringende geneeskundige hulpverlening beter op elkaar af te stemmen werd het project ERERA opgestart. ERERA staat voor de geïntegreerde registratie van de activiteit van alle schakels in de dringende geneeskundige hulpverlening. ERERA is een platform onafhankelijke software dat in de loop van 2001 en 2002 zal worden geïnstalleerd bij alle partners. Momenteel draait zij in pilootfase. Belangrijke principes van dit project zijn: het uitsluiten van dubbele registraties en registratie (en analyse en gebruik) volgens een wetenschappelijk onderbouwde methodologie. Daarom zullen de partners voorafgaandelijk op de implementatie via een wetenschappelijke stuurgroep betrokken worden bij de inhoudelijke definitie van elke registratie. Snelle feedback naar de gebruikers behoort eveneens tot de prioriteiten. Na een pilootfase zal ERERA op nationale schaal worden geïmplementeerd. Dit noodzaakt de nodige wettelijke omkadering en desgevallend financiering.

Tenslotte mag de compatibiliteit van ERERA met de MKG-gegevens niet uit het oog worden verloren.

Verder wordt ook werk gemaakt van de uniformisering op federaal niveau van de medische interventieplannen die werden opgesteld voor de geneeskundige hulpverlening bij grootschalige spoedgevallen. Deze laatste zullen worden gedefinieerd. Ook de rol van de directeur medische hulpverlening, zijnde de arts die op het rampterrein de medische hulpverlening coördineert, zal worden omschreven.

5. HET GEZONDHEIDSZORGSTESTEEM

In de vorige paragraaf gaf ik elementen aan die vernieuwing moeten inluiden in ons gezondheidssorgstestestem. Het zijn vooral aanzetten van conceptuele aard met de eerste concrete projecten tot uitvoering. Uiteraard moeten we nu eveneens werken met en in ons huidige gezondheidssysteem. Ook in ons huidige systeem is (bij)sturing noodzakelijk.

5.1. Sturingselementen met directe impact voor de kwaliteit van de zorg voor de patiënt/gebruiker

Traditioneel zijn er drie elementen die het mogelijk maken het ziekenhuisbeleid te sturen: de programmatie,

fera dans le futur. Actuellement, mon Administration étudie la répartition géographique optimale des Services Mobiles d'Urgence. Cela se fait sur la base de la répartition géographique et de l'analyse des besoins compte tenu des densités de population.

Afin de mieux coordonner les maillons de l'aide médicale urgente, on a lancé le projet ERERA. ERERA désigne l'enregistrement intégré de l'activité de tous les maillons de l'aide médicale urgente. ERERA est une plate-forme de logiciel indépendant qui sera installée auprès de tous les partenaires dans le courant de 2001 et 2002. Actuellement, ce projet se trouve dans la phase expérimentale. Les principes de base de ce projet sont les suivants : l'élimination des doubles enregistrements et l'enregistrement (analyse et utilisation) selon une méthodologie scientifiquement étayée. C'est pourquoi les différents partenaires seront, préalablement à l'implémentation, associés à la définition concrète de chaque enregistrement par le biais d'un groupe de coordination scientifique. Un feedback rapide vers les utilisateurs fait également partie des priorités. Après la phase expérimentale, ERERA sera implémenté à l'échelle nationale. Cela nécessite un cadre légal et, le cas échéant, un financement.

Enfin, on doit tenir compte de la compatibilité de ERERA avec les données RCM.

En outre, on travaille également à l'uniformisation, au niveau fédéral, des plans d'intervention médicale qui ont été dressés pour les secours médicaux lors d'urgences collectives. Ces dernières seront définies. On définira également le rôle du directeur des secours médicaux, c.-à-d. du médecin qui coordonne les secours médicaux sur les lieux de la catastrophe.

5. LE SYSTEME DE SOINS DE SANTE

Dans le paragraphe précédent, j'ai indiqué les éléments qui doivent introduire un renouveau dans notre système de soins de santé. Ce sont essentiellement des amorces de type conceptuel, ainsi que les premiers projets concrets à exécuter. Il va de soi que nous devons partir de notre système de soins de santé actuel. Ce dernier nécessite aussi une adaptation.

5.1. Les éléments directeurs ayant un impact direct sur la qualité des soins au patient/ à l'utilisateur

Traditionnellement, il y a trois éléments qui permettent de diriger la politique hospitalière : la programma-

de erkenning en de financiering. Deze drie elementen met hun onderlinge wisselwerking blijven de sturings-elementen van het beleid, met dien verstande dat de activiteit van het ziekenhuis de hoeksteen vormt waarop deze sturingsmechanismen aangrijpen.

De jongste jaren werd de programmatie van diensten of zorgprogramma's geïntroduceerd, althans voor deze die omwille van hun investerings- en/of werkingskosten duur zijn. Programmatie heeft het voordeel dat de behoeften worden onderzocht en vastgelegd, en duidelijk kan worden aangegeven welke financiële middelen hiermee corresponderen. Een absolute voorwaarde is evenwel dat de wetgeving voldoende flexibel is om deze vlug aan te passen aan mogelijks snel evoluerende behoeften.

5.1.1. Het oncologisch zorgprogramma

Door het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen betreffende het nieuw ziekenhuisconcept, een concept dat dienstoverschrijdend is zowel op medisch-technisch vlak als naar klinische zorg toe, en waar interdisciplinariteit essentieel is, zal de erkenning van ziekenhuizen in de toekomst niet meer slaan op infrastructuur maar veel eerder op de aard van de geneeskundige en verpleegkundige activiteiten die het ziekenhuis verstrekt. Bedoelde ziekenhuisactiviteiten worden omschreven als zorgprogramma's welke eveneens aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit onderworpen zijn.

Op heden zijn er krachtens artikel 9 van de ziekenhuiswet, de wettelijke basis van het nieuw ziekenhuisconcept, reeds twee zorgprogramma's uitgewerkt en gepubliceerd met name het zorgprogramma reproductieve geneeskunde en het zorgprogramma cardiale pathologie.

In 2001 werd de basis gelegd voor het oncologisch zorgprogramma. Dit werk wordt verdergezet in 2002. In het desbetreffende ontwerp van koninklijk besluit wordt een onderscheid gemaakt tussen het zorgprogramma oncologische basiszorg waarover elk algemeen ziekenhuis in principe moet beschikken en het zorgprogramma oncologie dat zich zoals het basisprogramma richt op de diagnose, behandeling en opvolging van oncologische aandoeningen maar dan op een meer doorgedreven multidisciplinaire wijze. Voor patiënten jonger dan 16 jaar en voor patiënten met zeer zeldzame tumoren en/of waarvoor uitermate complexe behandelingsmodaliteiten van toepassing zijn, zullen specifieke normen voor gespecialiseerde zorgprogramma's worden omschreven.

tion, l'agrément et le financement. Ces trois éléments avec leur interaction réciproque restent les éléments directeurs de la politique, étant entendu que l'activité de l'hôpital constitue la pierre angulaire autour de laquelle s'articulent ces mécanismes directeurs.

Ces dernières années, on a introduit la programmation de services ou de programmes de soins, du moins pour ceux dont les frais d'investissement et de fonctionnement sont très élevés. La programmation a pour avantage que les besoins sont examinés et définis, et que l'on peut indiquer avec précision les moyens financiers correspondants. Toutefois, une souplesse suffisante de la législation afin de pouvoir l'adapter à l'éventuelle évolution rapide des besoins constitue une condition absolue.

5.1.1. Le programme de soins d'oncologie

Suite à l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers concernant le nouveau concept hospitalier, concept qui dépasse le cadre du service individuel tant sur le plan médico-technique que sur celui des soins cliniques et où l'interdisciplinarité est essentielle, l'agrément des hôpitaux ne sera plus, à l'avenir, basé sur l'infrastructure mais plutôt sur la nature des activités médicales et infirmières effectuées à l'hôpital. Lesdites activités hospitalières sont définies comme des programmes de soins qui sont également soumis à l'évaluation interne et externe de l'activité médicale.

A ce jour, en vertu de l'article 9 de la loi sur les hôpitaux, la base légale du nouveau concept hospitalier, deux programmes de soins ont déjà été élaborés et publiés, à savoir le programme de soins de la médecine reproductive et le programme de soins de pathologie cardiaque.

En 2001, on a jeté les bases du programme de soins d'oncologie. Ces travaux sont poursuivis en 2002. Le projet d'arrêté royal concerné fait une distinction entre le programme soins de base en oncologie dont chaque hôpital général doit en principe disposer et le programme de soins d'oncologie qui, comme le programme de base, est axé sur le diagnostic, le traitement et le suivi d'affections oncologiques mais avec une multidisciplinarité plus poussée. Pour les patients de moins de 16 ans et pour ceux atteints de tumeurs très rares et/ou pour lesquels sont appliqués des thérapies extrêmement complexes, des normes spécifiques seront définies pour des programmes de soins spécialisés.

De normen voor het zorgprogramma oncologische basiszorg bevatten de nodige bepalingen om de deskundigheid binnen het zorgprogramma te garanderen op medisch vlak (coördinator), op verpleegkundig vlak en wat betreft de psychosociale begeleiding. Beroep moet kunnen worden gedaan op een geneesheer-specialist met ervaring in pijnbehandeling, een kinesitherapeut, een diëtist (binnen het ziekenhuis) en een geneesheer-specialist in de anatomic pathologie. Uitgangspunt is onder meer dat kwalitatieve zorg enkel dan mogelijk is indien samenwerking tussen verschillende niveaus verzekerd is. Vandaar ook dat ieder zorgprogramma oncologische basiszorg een samenwerkingsverband moet onderhouden met een zorgprogramma oncologie. Organisatorische afspraken inzake de verwijzingen binnen dergelijk samenwerkingsverband dienen te zijn opgenomen in een multidisciplinair oncologisch handboek opgesteld in samenwerking met (een) zorgprogramma('s) oncologie. Dit handboek bevat eveneens de multidisciplinaire richtlijnen voor diagnose, behandeling en opvolging binnen het basisprogramma, evenals een overzicht van de er werkzame personen. Voor iedere patiënt met een oncologische aandoening wordt vervolgens overeenkomstig voornoemde richtlijnen een behandelingsplan opgesteld. Wordt afgeweken van deze richtlijnen dan wordt overleg gepleegd met het zorgprogramma oncologie waarmee een samenwerkingsverband wordt onderhouden. Na de behandeling wordt een verslag van de behandeling dat verplicht een aantal gegevens bevat, opgemaakt, toegevoegd aan het medisch dossier en overgemaakt aan het zorgprogramma oncologie waarmee een samenwerkingsverband werd afgesloten.

De vereiste personeelsomkadering van het zorgprogramma oncologie is, in vergelijking met het basisprogramma, zwaarder op medisch vlak. Een coördinator dient eveneens te worden aangewezen maar daarnaast dient het zorgprogramma zelf verplicht te beschikken over een aantal geneesheren-specialist en moet daarnaast op de vestigingsplaats permanent beroep kunnen doen op welbepaalde geneesheren-specialist. Teneinde de samenwerking tussen beide zorgprogramma's daadwerkelijk te garanderen is ook voor de zorgprogramma's oncologie de verplichting tot samenwerking met zorgprogramma's oncologische basiszorg opgenomen. Doorverwijzingen moeten echter werkelijk gebeuren; zoniet worden de akkoorden als onbestaand beschouwd. Ook het zorgprogramma oncologie moet een multidisciplinair oncologisch handboek opstellen dat bijkomend de verwijzingen naar andere zorgprogramma's oncologie (i.f.v. welbepaalde specialisaties) bevat. Eveneens wordt voor iedere oncologische patiënt een behandelingsplan opgesteld.

Les normes pour le programme de soins de base en oncologie contiennent les dispositions requises pour garantir, au sein du programme de soins, l'expertise sur le plan médical (coordinateur), sur le plan infirmier et en ce qui concerne l'accompagnement psychosocial. On doit pouvoir faire appel à un médecin spécialiste ayant une expérience dans le traitement de la douleur, à un kinésithérapeute, à un diététicien (au sein de l'hôpital) et à un médecin spécialiste en anatomopathologie. Le point de départ étant entre autres que des soins de qualité ne sont possibles que si la collaboration entre différents niveaux est assurée. D'où également l'obligation pour chaque programme de soins de base en oncologie de conclure un accord de collaboration avec un programme de soins d'oncologie. Des accords organisationnels en matière de transferts dans le cadre d'un tel accord de collaboration doivent être consignés dans un manuel oncologique multidisciplinaire rédigé en collaboration avec un (des) programme(s) de soins d'oncologie. Ce manuel contient également les directives multidisciplinaires pour le diagnostic, le traitement et le suivi au sein du programme de base, ainsi qu'un relevé des personnes qui y travaillent. Pour chaque patient atteint d'une affection oncologique, on dresse ensuite un plan de traitement conformément aux directives précitées. Si l'on s'écarte de ces directives, on doit se concerter avec le programme de soins d'oncologie avec lequel on a conclu un accord de collaboration. Après le traitement, on doit rédiger un compte rendu du traitement, lequel contient obligatoirement un certain nombre de données, compte rendu que l'on joint au dossier médical et que l'on transmet au programme de soins d'oncologie avec lequel on a conclu un accord de collaboration.

L'encadrement requis en personnel du programme de soins d'oncologie est plus lourd sur le plan médical que celui du programme de base. Il faut également désigner un coordinateur mais, de plus, le programme de soins doit obligatoirement disposer d'un certain nombre de médecins spécialistes et il doit pouvoir faire appel en permanence sur le site à des médecins spécialistes bien déterminés. Afin de garantir effectivement la collaboration entre les deux programmes de soins, on prévoit également pour les programmes de soins d'oncologie l'obligation de collaborer avec des programmes de soins de base d'oncologie. Toutefois, des transferts doivent effectivement être réalisés, sinon les accords sont considérés comme inexistantes. Le programme de soins d'oncologie doit également rédiger un manuel oncologique multidisciplinaire, lequel contient en sus les transferts vers d'autres programmes de soins en oncologie (en fonction de spécialisations bien déterminées). On dresse également un plan de traitement pour chaque patient oncologique. Durant

Tijdens de behandeling van de oncologische patiënt wordt op regelmatige tijdstippen multidisciplinair overleg, waaraan verplicht een aantal personen deelnemen, gepleegd. Ook voor de patiënt behandeld binnen het zorgprogramma oncologie wordt een verslag van de behandeling opgesteld.

Naast het multidisciplinair overleg dat zich afspeelt op het niveau van de individuele patiënt, zijn in de normering eveneens de nodige bepalingen opgenomen die de multidisciplinaire kwalitatieve zorgverlening binnen het zorgprogramma oncologie in zijn totaliteit moeten garanderen. Er worden op dit vlak met name een aantal taken toevertrouwd aan een verplicht op te richten multidisciplinaire commissie. In tegenstelling tot het zorgprogramma oncologische basiszorg dient het zorgprogramma voor oncologie verplicht binnen het ziekenhuis zelf of binnen een ziekenhuis waarmee een overeenkomst werd afgesloten, een beroep te kunnen doen op een erkende dienst radiotherapie. Tevens moet het zorgprogramma binnen het ziekenhuis beschikken over een hospitalisatieafdeling en faciliteiten voor oncologische daghospitalisatie.

Voor beide zorgprogramma's wordt in het kader van de interne en externe toetsing van de medische activiteit een college van geneesheren voor oncologie opgericht. Dit college heeft ondermeer als opdracht het uitwerken van een model voor de kankerregistratie die moet gebeuren in het kader van de interne toetsing van de medische activiteit. Opgemerkt moet worden dat het normenbesluit zelf een reeks minimaal te registreren gegevens bevat. Tevens is bepaald dat de geregistreerde gegevens worden overgemaakt aan het nationaal kankerregister en het college van geneesheren. Naast voornoemde kankerregistratie moet ieder zorgprogramma eveneens deelnemen aan de registratie van de implementatiegraad van de richtlijnen opgenomen in het multidisciplinair oncologisch handboek.

Beide zorgprogramma's mogen worden uitgesplitst over verschillende vestigingsplaatsen op voorwaarde dat op elke vestigingsplaats wordt voldaan aan alle erkenningsnormen tenzij in het koninklijk besluit anders wordt bepaald.

Het ontwerp van koninklijk besluit wordt kortelings voor advies overgemaakt aan de Raad van State.

5.1.2. Het geriatriesch zorgprogramma

Het geriatriesch beleid vormt een belangrijk onderdeel van het gezondheidszorgbeleid.

le traitement du patient oncologique, une concertation interdisciplinaire a lieu à intervalles réguliers, concertation à laquelle doivent participer obligatoirement un certain nombre de personnes. Un compte rendu du traitement est également rédigé pour le patient traité au sein du programme de soins d'oncologie.

Outre la concertation multidisciplinaire qui a lieu au niveau du patient individuel, les normes prévoient également les dispositions requises devant garantir des soins qualitatifs multidisciplinaires dans le cadre du programme de soins d'oncologie dans son ensemble. A cet égard, un certain nombre de tâches seront confiées à une commission multidisciplinaire à créer. Contrairement au programme de soins de base en oncologie, le programme de soins d'oncologie doit pouvoir faire appel, au sein de l'hôpital lui-même ou au sein d'un hôpital avec lequel un accord a été conclu, à un service agréé de radiothérapie. Le programme de soins doit en outre disposer, au sein de l'hôpital, d'une section d'hospitalisation et de facilités en matière d'hospitalisation oncologique de jour.

En ce qui concerne ces deux programmes de soins, un collège des médecins en matière d'oncologie sera mis sur pied dans le cadre de l'évaluation interne et externe de l'activité médicale. Ce collège sera notamment chargé d'élaborer un modèle pour l'enregistrement du cancer, qui doit être réalisé dans le cadre de l'évaluation interne de l'activité médicale. Il convient de faire remarquer que l'arrêté relatif aux normes comprend lui-même une série de données minimales à enregistrer. Il est par ailleurs stipulé que les données enregistrées doivent être transmises au registre national du cancer et au collège des médecins. Outre l'enregistrement précité du cancer, chaque programme de soins doit participer à l'enregistrement du taux d'implémentation des directives énumérées dans le manuel oncologique multidisciplinaire.

Les deux programmes de soins peuvent être répartis sur différents sites à condition que chaque site réponde à toutes les normes d'agrément, sauf si l'arrêté royal en dispose autrement.

Le projet d'arrêté royal sera soumis sous peu à l'avis du Conseil d'État.

5.1.2. Le programme de soins de gériatrie

La politique gériatrique constitue une composante importante de la politique de santé.

De geriatrische zorg vergt een specifieke aandacht omwille van de veroudering van de bevolking. Het is bekend dat het aantal ouderen progressief zal toenemen, inzonderheid in de periode vanaf 2010. Opvallend hierbij is de toename van het aantal oudere personen met zeer hoge leeftijd (80 jaar en meer). Typerend voor deze categorie van ouderen is de multiële pathologie die een eigen aanpak vergt. De toenemende veroudering stelt ook de vraag naar voldoende voorzieningen voor dementerende ouderen. Aandacht dient ook uit te gaan naar de ouderen die alleenstaand zijn en zichzelf niet kunnen behelpen, in tegenstelling tot de vroegere “meer-generatie-gezinnen” waar jongeren hun bejaarde ouders bijstonden. Specifiek is ook de multidisciplinaire aanpak in de geriatrie, waar vaak meer nodig is dan verpleegkundige zorg. Met al deze bijzondere kenmerken dient rekening te worden gehouden bij het uittekenen van het geriatrisch beleid.

De Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen bracht reeds advies uit met betrekking tot **het geriatrisch zorgprogramma**. De uitwerking van dit zorgprogramma staat dan ook op de agenda voor volgend jaar. Ook hier is het de bedoeling om aan de geriatrie patiënt, waar hij zich ook in het ziekenhuis bevindt, een structuur aan te bieden die moet garanderen dat hij/zij de voor hem/haar meest geëigende zorg en behandeling ontvangt. Dit betekent opnieuw dat ieder ziekenhuis de mogelijkheid moet krijgen om dergelijk zorgprogramma hetzij zelf uit te bouwen hetzij minstens in samenwerking met andere ziekenhuizen aan te bieden. Ook hier moet een gans netwerk aangeboden worden gaande van hospitalisatie over daghospitalisatie en poliklinische zorg. Bovendien zal de ziekenhuisstructuur moeten meewerken aan een netwerk van andere niet-zielenhuisvoorzieningen zoals RVT's, dagcentra enz..

5.1.3. Geneesmiddelenbeleid

In 2002 zal verder bijzondere zorg worden besteed aan de versnelling van de beoordeling van de aanvragen voor nieuwe geneesmiddelen, hierin begrepen de generische geneesmiddelen, opdat de patiënten zo vlug mogelijk zouden kunnen beschikken over kwaliteitsvolle en efficiënte, maar ook goedkope geneesmiddelen.

De registratie van homeopatische producten zal worden opgestart.

De wetgeving in verband met de medische hulpmiddelen en de homeopatische geneesmiddelen wordt verder in uitvoering gebracht.

Les soins gériatriques requièrent une attention particulière, compte tenu du vieillissement de la population. On sait que le nombre de personnes âgées s'accroîtra progressivement, plus spécialement à partir de 2010. A cet égard, il est frappant de constater que le nombre de personnes très âgées (80 ans et plus) est en constante augmentation. Cette catégorie de seniors se caractérise par une pathologie multiple qui requiert une approche spécifique. Ce vieillissement croissant appelle également la question de l'offre suffisante en équipements pour seniors déments. Il faut également être attentif au problème des personnes âgées isolées et dépendantes, un problème qui ne se rencontrait pas à l'époque où plusieurs générations cohabitaient au sein d'un même ménage et où les jeunes aidaient leurs parents âgés. L'approche multidisciplinaire constitue une autre spécificité de la gériatrie, dont les besoins vont souvent au-delà des seuls soins infirmiers. Toutes ces spécificités doivent être prises en compte lors de l'élaboration de la politique gériatrique.

Le Conseil national des établissements hospitaliers a déjà émis un avis concernant le **programme de soins de gériatrie**. C'est pourquoi l'élaboration de ce programme de soins est inscrite à l'ordre du jour de l'année à venir. Dans ce cas également, l'objectif est d'offrir au patient gériatrique, où qu'il se trouve dans l'hôpital, une structure garantissant qu'il recevra le traitement et les soins les mieux appropriés. Cela signifie aussi que chaque hôpital doit avoir la possibilité de mettre sur pied un tel programme de soins, soit seul, soit en collaboration avec d'autres hôpitaux. Dans ce cas-ci également, il s'agira d'offrir tout un réseau, allant de l'hospitalisation classique à l'hospitalisation de jour et aux soins policliniques. En outre, la structure hospitalière devra participer à un réseau d'autres équipements non hospitaliers, tels que les MRS, les centres de jour, etc.

5.1.3. Politique des médicaments

En 2002, nous continuerons à accorder une grande attention à l'accélération du traitement des demandes visant de nouveaux médicaments, en ce compris les médicaments génériques, afin que les patients puissent disposer le plus rapidement possible de médicaments de qualité, efficaces mais aussi à un prix abordable.

L'enregistrement des produits homéopathiques va être lancé.

La mise en vigueur de la législation relative aux dispositifs médicaux et aux médicaments homéopathiques est poursuivie.

Prioriteit wordt tevens toegekend aan het beëindigen van de revisie-validatie van oude geneesmiddelen, met verwijdering van alle voorbijgestreefde of onverantwoorde samenstellingen.

Het versterken van de geneesmiddelenbewaking blijft op het voorplan staan.

Inzake weesgeneesmiddelen zal worden overlegd met andere departementen hoe de nodige aanmoedigingen kunnen worden gegeven opdat firma's hierin zouden blijven investeren.

Er zal verder worden gewerkt aan het therapeutisch formularium voor magistrale bereidingen, als onderdeel van de verbetering van de kwaliteit van de bereiding in de officina's en aan het erkennen van de grondstoffen voor deze bereidingen. Het eerste hoofdstuk van dit formularium zal worden gepubliceerd.

In overleg met de beroepsorganisaties zal ook een limitatieve lijst worden opgesteld met de producten, andere dan geneesmiddelen, die in de officina's mogen worden verkocht. Er is immers een duidelijke wildgroei van allerlei producten die in de apotheek worden aangeboden teneinde ze een aureool van deugdelijkheid te geven die ze niet verdienen. De apotheek beschikt over het monopolie van de aflevering van geneesmiddelen. Producten die kennelijk niet thuis horen in de apotheek mogen de aandacht van de apotheker niet afleiden van zijn belangrijkste taak van bevoorrecht specialist in geneesmiddelen.

Inzake voorlichting en reclame voor geneesmiddelen dienen aanpassingen te gebeuren: enkele maatregelen zullen de reclame en voorlichting vergemakkelijken voor geneesmiddelen bestemd voor tabaksontwenning. Anderzijds dient een categorie van geneesmiddelen in het leven geroepen die weliswaar voorschrijfvrij zijn, maar waarvoor publiekreclame en in het bijzonder, televisie en mediareclame niet is verantwoord.

Gedacht wordt aan sommige pijnstillers en aan sommige inslaapgeneesmiddelen. Uiteraard moet zulke maatregel eerst Europees worden besproken, teneinde de bestaande Europese richtlijnen aan te passen.

Begin volgend jaar zal ook de hervorming van de samengestelde pijnstillers kunnen worden afgerond. Alle codeïnehoudende samengestelde pijnstillers zullen op voorschrift komen, wat de overconsumptie van die geneesmiddelen zal afremmen.

La priorité est donnée également à l'initiative visant à mettre fin à la révision - validation des anciens médicaments, les composés dépassés ou ne se justifiant plus étant supprimés.

Le renforcement de la pharmacovigilance reste un objectif essentiel.

Pour ce qui est des médicaments orphelins, une concertation sera organisée avec d'autres départements afin d'examiner de quelle manière nous pouvons encourager les firmes à continuer à investir dans ces projets.

L'élaboration du formulaire thérapeutique des préparations magistrales sera poursuivie ; ce formulaire est un autre aspect important en tant que composante de l'amélioration de la qualité des préparations dans les officines et de la reconnaissance des matières premières pour ces préparations. Le premier chapitre du formulaire va être publié.

En concertation avec les organisations professionnelles, une liste limitative sera également dressée des produits autres que les médicaments pouvant être vendus en pharmacie. Actuellement, il y a effectivement une véritable prolifération de produits vendus en pharmacie dans le seul but de leur donner une auréole de qualité qu'ils ne méritent pas toujours. Les officines pharmaceutiques ont le monopole pour ce qui est de la délivrance des médicaments. Les produits qui n'ont clairement pas leur place dans une officine ne peuvent détourner l'attention du pharmacien de sa tâche essentielle qui est celle du spécialiste privilégié des médicaments.

Des adaptations doivent aussi être apportées dans le domaine de l'information et de la publicité pour les médicaments : quelques mesures faciliteront la publicité et l'information pour les médicaments destinés à faciliter la désaccoutumance au tabac. En outre, une catégorie doit être créée pour les médicaments qui sont certes vendus sans ordonnance mais pour lesquels la publicité grand public, en particulier à la télévision et dans les médias, n'est pas justifiée.

Nous songeons ainsi à certains analgésiques et aux médicaments favorisant le sommeil. De telles mesures doivent, bien entendu, être discutées tout d'abord au niveau européen afin que les directives européennes y afférentes soient adaptées.

Au début de l'année prochaine, la réforme visant les analgésiques composés pourra être finalisée. Tous les médicaments antidouleurs composés contenant de la codéine ne seront plus délivrés que sur ordonnance ce qui devrait freiner la surconsommation de ces médicaments.

Eén en ander zal aanleiding zijn om te komen tot een verbeterde informatieverstrekking rond alle pijnstillers, die voornamelijk zal worden ondernomen in de officina's.

Er zal specifieke aandacht uitgaan naar de overconsumptie van **psycho-actieve geneesmiddelen**, in het bijzonder naar de benzodiazepines en andere slaap- of kalmeringsmiddelen. Op basis van het advies dat hierover momenteel in voorbereiding is bij de Hoge Gezondheidsraad zullen begin 2002 preventiecampagnes worden gevoerd, zal de deskundigheid van professionelen worden bevorderd door in vormingspakketten te voorzien, het aanbrengen van waarschuwingen op verpakkingen, het werken met dubbele en genummerde voorschriften, enz... Afzonderlijke voorschrijfformulieren zullen in voege worden gebracht voor het voorschrijven van verdovende en psychotrope middelen. De recente goedkeuring van de wijziging van art.21 van het KB nr 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen laat zulks toe.

5.1.4. Kwaliteit van het bloed

Een bedrag van 8.007 D Eur is toegekend voor het gebruik van genoomtests om te testen op het HIV- en het hepatitis C-virus tijdens de screening bij bloedgiften. Dit zal toelaten om het epidemiologisch venster te verkleinen dat nog zeer zelden besmet bloed doorliet, afkomstig van personen die in de incubatietijd waren en nog geen antilichamen hadden aangemaakt. Hiermee bereiken we de hoge normen voor de kwaliteit van het bloed die in verschillende andere Europese landen reeds van toepassing zijn.

De verhoging van de eenheidsprijs voor het bloed wordt nog budgettair onderzocht. Deze verhoging is onvermijdelijk aangezien het aantal giften vermindert. Ze zal toelaten de noodzakelijke veiligheid bij elke transfusie te garanderen.

5.1.5. Vergoeding voor met HIV besmette personen

Tussen 1 augustus 1985 en 30 juni 1986 zijn een aantal personen besmet geraakt met het HIV-virus ten gevolge van een bloedtransfusie of ten gevolge van de toediening van bloedproducten in België.

De federale overheid heeft geoordeeld dat het rechtvaardig is dat deze personen kunnen genieten van een toelage en heeft zich geëngageerd om de noodzakelijke budgettaire middelen hiervoor vrij te maken.

Il faudra également saisir l'occasion ainsi offerte pour améliorer l'information au sujet des analgésiques qui sera diffusée surtout dans les officines.

Une attention particulière sera accordée à la surconsommation de **médicaments psychoactifs**, en particulier les benzodiazépines et autres somnifères ou calmants. Sur la base de l'avis qu'élabore actuellement le Conseil supérieur d'Hygiène à ce sujet, des campagnes de prévention seront menées début 2002 et des initiatives seront prises pour accroître l'expertise des professionnels : dossiers de formation, avertissements sur les emballages, utilisation d'ordonnances avec duplicata et numérotées, etc. Des carnets d'ordonnances distincts seront mis en circulation pour la prescription de stupéfiants et de psychotropes, ce qui est possible grâce à l'approbation récente de la modification de l'art.21 de l'AR n° 78 relatif à l'exercice des professions de santé.

5.1.4. Qualité du sang

Un montant de 8.007M(*mille*) Eur a été adopté pour l'usage des tests du génome de dépistage des virus HIV et celui de l'hépatite C lors du screening des dons de sang. Ceci va réduire considérablement la « fenêtre épidémiologique » qui laissait encore, bien que très rarement, « passer » du sang infecté provenant de donneurs en incubation qui n'avaient donc pas encore fabriqué d'anticorps. Nous pourrions ainsi nous conformer aux hauts standards fixés pour la qualité du sang déjà applicables dans plusieurs autres pays européens.

La majoration du prix de l'unité de sang est encore sous analyse budgétaire. Cette augmentation est inévitable étant donné la baisse du nombre de dons de sang et permettra de garantir l'indispensable sécurité des transfusions.

5.1.5. Indemnisation des personnes contaminées par le VIH

Entre le 1^{er} août 1985 et le 30 juin 1986, un certain nombre de personnes ont été contaminées en Belgique par le virus du sida à la suite d'une transfusion sanguine ou de l'administration de produits sanguins.

L'autorité fédérale a décidé qu'il était équitable d'accorder une allocation à ces personnes et s'est simultanément engagée à débloquer les moyens budgétaires nécessaires à cet effet.

Bijgevolg is in juli 2001 een vzw opgericht om de aanvragen te verzamelen en, na advies van een comité van onafhankelijke experts, een toelage toe te kennen aan de personen die, tijdens de risicoperiode, in de bovenvermelde omstandigheden besmet werden met het HIV-virus.

Het budget van de vzw bedraagt 1.487 D Eur voor het jaar 2001.

Er werd voorzien om aan elke persoon die besmet werd met het HIV-virus een eenmalige forfaitaire toelage van 124.000 Eur toe te kennen.

Indien de persoon overleden is op het moment van de uitbetaling van de toelage, zal een bedrag van 62.000 Eur betaald worden aan de samenwonende partner op het moment van het overlijden, 6.200 Eur aan elk van de nog levende ouders en aan elk van de nog levende kinderen, ongeacht het aantal kinderen.

Men schat dat maximum honderd (100) personen aan de vereiste voorwaarden zullen voldoen om te kunnen genieten van de toelage. Veertig (40) van hen zijn hemofiliepatiënten die, omwille van hun ziekte, zeer regelmatig bloedtransfusies moeten ondergaan.

Midden oktober 2001 waren er vijf aanvragen ingediend.

In de loop van het jaar 2002 zal de vzw de afhandeling van de aanvragen verder zetten. Een nieuw budget zal daarvoor worden toegekend.

5.2. Sturingselementen met indirecte impact op de kwaliteit van het beheer en het beleid.

5.2.1. Dataverzameling en globaal medisch dossier

Een patiëntgericht en evidence based gezondheidszorgbeleid heeft nood aan betrouwbare gegevens. Het afgelopen decennium is er geïnvesteerd in het opstarten van de verplichte gegevensregistraties. In het verleden werd vooral aandacht besteed aan het ondersteunen van de voorzieningen bij het registreren op een geldige en betrouwbare wijze met voldoende aandacht voor de controle van de geregistreerde gegevens via interne- en externe audit en op het ontwikkelen van controle- en opslagmechanismen.

Gelet op het belang van de gegevens voor de uitwerking van een coherente programmatie-, erkennings- en financieringspolitiek zal het volgende jaar alle aandacht gaan naar de grondige uitbouw van de controle

C'est la raison pour laquelle une ASBL a été créée en juillet 2001 qui est chargée de recueillir les demandes et d'accorder, après avis d'un comité d'experts indépendants, une allocation aux personnes contaminées par le virus du SIDA dans les circonstances décrites ci-dessus pendant la période à risque.

Le budget de l'ASBL s'élève à 1.487M Eur pour l'année 2001.

Il a été prévu que toute personne contaminée par le VIH toucherait une allocation forfaitaire unique de 124.000 Eur euros.

Si la personne est décédée au moment du paiement de l'allocation, un montant de 62.000 euros sera versé au partenaire avec lequel le patient cohabitait au moment du décès ; 6.200 euros seront accordés à chacun des deux parents encore en vie et à chacun des enfants, quel que soit leur nombre.

L'on estime qu'au maximum cent (100) personnes remplissent les conditions fixées pour pouvoir bénéficier de l'allocation. Quarante (40) d'entre elles sont des patients hémophiles qui doivent recevoir régulièrement des transfusions en raison de leur maladie.

A la mi-octobre 2001, cinq demandes avaient été introduites.

L'ASBL poursuivra le traitement des demandes en 2002. Un nouveau budget lui sera attribué à cet effet.

5.2. Éléments fondamentaux influençant la qualité de la gestion et de la politique de manière indirecte.

5.2.1. Collecte des données et dossier médical généralisé

Une politique en matière de soins de santé axée sur le patient et 'evidence based' requiert des données fiables. Au cours de la dernière décennie, des investissements ont été réalisés pour le lancement des enregistrements obligatoires de données. Par le passé, l'accent a été mis surtout sur l'appui aux établissements en vue de l'enregistrement correct et fiable où suffisamment d'attention est attachée au contrôle des données enregistrées par le biais de l'audit interne et externe et la mise au point de mécanismes de contrôle et de stockage.

Vu l'importance des données dans le cadre de l'élaboration d'une politique cohérente en matière de programmation, d'agrément et de financement, l'accent sera mis l'an prochain sur le développement du con-

van de geregistreerde gegevens door geneesheren en verpleegkundige auditeurs. De gezondheidswet die momenteel in het Parlement wordt behandeld wijzigt de wet op de ziekenhuizen in die zin dat het voortaan mogelijk wordt dat de gegevens ook worden gecontroleerd door personeelsleden – niet- ambtenaren van het departement. Op deze manier hopen we voldoende deskundige artsen en verpleegkundigen te kunnen aantrekken om de zo noodzakelijke controles te verrichten. Bedoelde controles zullen steekproefsgewijze en gericht (knipperlichten) geschieden.

Bovendien zal er in 2002 worden gewerkt aan de actualisatie van de bestaande registratiesystemen. Tezelfdertijd zal er, in het kader van de administratieve vereenvoudiging, worden gewerkt aan de integratie van de bestaande federale registraties in één globaal registratiesysteem.

In overleg met Gemeenschappen en Gewesten wordt ernaar gestreefd om overlappende registraties te vermijden en om tot een gegevensuitwisseling tussen de onderscheiden beleidsniveaus te komen. Daartoe zal het datawarehouse verder worden uitgebouwd; bedoeling is dat alle beschikbare, en vaak over verschillende diensten verspreide, gegevens in een logisch verband worden opgeslagen en zo beschikbaar zijn voor efficiënt gebruik ten behoeve van, onder meer, beleidsvoorbereidend werk.

Via de Technische Cel zal de link tussen de MKG - gegevens en de nomenclatuurgegevens verder worden uitgebouwd, vooral op het vlak van analyse van gekoppelde gegevens en met bijzondere aandacht voor transparantie. De analyse van bedoelde gekoppelde gegevens zal dienen ter ondersteuning van onder meer het geneesmiddelen- en antibioticabeleid, het beleid inzake overproductie van technische handelingen e.d.

Teneinde de informatiestromen naar de gebruikers op gang te brengen zal worden verder gewerkt aan het globaal medisch dossier, de verdere ontwikkeling van de telematica in functie van het geïnformatiseerd medisch- en verpleegkundig dossier, het bevoorraden van wetenschappelijke instellingen, Raden en Commissie met de vereiste gegevens voor de verdere uitbouw van hun specifieke activiteiten.

Bovendien moet de vernieuwing van de financieringswijze gepaard gaan met een evaluatie van de medische praktijkvoering en het uitwerken van gouden standaarden of richtlijnen om de kwaliteit van de medische activiteiten te verbeteren. Hierin ligt duidelijk een verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen. Op het vlak van de informatie zal deze evaluatie kunnen steunen op de databank die de klinische en de

trôle des données enregistrées par des médecins et du personnel infirmier d'audit. La loi sur la santé actuellement à l'étude au Parlement modifie la loi sur les hôpitaux dans la mesure où il est désormais possible que les données soient contrôlées également par les membres du personnel 'non administratifs' du service. Cela devrait permettre d'attirer suffisamment de personnel infirmier et de médecins qualifiés pour réaliser les contrôles nécessaires. Ces contrôles auront lieu par échantillonnage et de manière ciblée (intermittente).

En outre, en 2002, des mises à jour des systèmes d'enregistrement existants seront réalisées. De même, les enregistrements fédéraux existants seront intégrés dans un système d'enregistrement généralisé dans le cadre de la simplification administrative.

L'objectif sera d'éviter, en accord avec les Communautés et les Régions, les enregistrements qui font double emploi et de parvenir à l'échange des données entre les différents niveaux de pouvoir. Cela sera possible grâce au développement du datawarehouse ; l'idée est que toutes les données disponibles, et souvent réparties entre plusieurs services, soient enregistrées sur une base logique et qu'elles puissent être utilisées efficacement en vue notamment du travail de préparation de la politique.

La Cellule Technique poursuivra son travail de couplage des données RCM aux données de nomenclature, ce qui permettra d'approfondir l'analyse des données couplées en attachant une attention particulière à la transparence. L'analyse de ces données couplées sera utilisée, entre autres, pour l'appui aux politiques en matière de médicaments et d'antibiotiques, aux politiques en matière de surabondance d'actes techniques et autres.

Afin d'accroître le flux d'informations aux utilisateurs, le travail sur le dossier médical généralisé sera poursuivi, ainsi que le développement de la télématique en fonction du dossier médical et infirmier informatisé, l'approvisionnement des institutions scientifiques, des Commissions et Conseils en données requises à la poursuite de leurs activités spécifiques.

En outre, le renouvellement du mode de financement devra être associé à une évaluation de la pratique médicale et à l'élaboration de standards et de directives visant à améliorer la qualité des activités médicales. Les groupes professionnels auront clairement une responsabilité à ce niveau. Du point de vue de l'information, cette évaluation reposera sur la banque de données couplant entre elles les données clini-

financiële gegevens op patiënten- en ziekenhuisniveau met elkaar koppelt. Colleges van Experts werden opgericht om deze evaluatie tot stand te brengen, maar een discussie over verschillen in medische praktijk kan ook, onder meer naar aanleiding van gerichte campagnes en informatieverbreiding, op meer informele wijze binnen en tussen ziekenhuizen worden gevoerd. Het geheel van deze politiek van kwaliteitsevaluatie wordt gecoördineerd door de Overlegstructuur.

5.2.2. Hervorming Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen

De idee dat de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen moet worden omgevormd tot een nationale raad voor gezondheidszorgvoorzieningen, die het zorgcontinuüm - voor zover dit tot de federale bevoegdheid behoort - omvat, leeft reeds geruime tijd. Op dit ogenblik trouwens dekt de vlag "nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen" niet langer de lading. Immers, in de permanente werkgroepen ouderenbeleid en geestelijke gezondheidszorg is het transmurale aspect reeds ingebakken in de opdrachten.

Ik neem mij dan ook voor deze omvorming te realiseren en te komen tot een nationale raad voor gezondheidsvoorzieningen, toegespitst op zorggroepen. Aldus zullen de Afdelingen programmatie en erkenning enerzijds en financiering anderzijds worden vervangen door afdelingen «chronische zorg», «acute zorg», «ouderenzorg» en «geestelijke gezondheidszorg» met een plenaire vergadering die de adviezen goedkeurt.

Ieder advies dat door bedoelde raad wordt uitgebracht zal een luik concept, behoefteanalyse en financiële kostprijs moeten omvatten, eventueel aangevuld met een luik kwaliteitsevaluatie en registratie. Het is de bedoeling dat de leden van de afdeling een specifieke deskundigheid hebben op het terrein van de desbetreffende zorggroep.

5.2.3. Onderzoeksgroep (BOS)

De onderzoeksopdrachten ter voorbereiding en ondersteuning van het beleid in de volksgezondheid werden voor het jaar 2001 voor het eerst toegewezen volgens een objectieve en transparante procedure. Daarbij worden de thema's vooraf vastgelegd en gepubliceerd en worden de ingezonden onderzoeksvorstellen door externe experts beoordeeld. Enkel voor de voorstel-

ques et financières pour les patients et les hôpitaux. Des collègues d'experts ont été créés afin de réaliser cette évaluation, mais une discussion sur les différences au niveau de la pratique médicale peut également être menée de manière plus informelle au sein même des différents hôpitaux et entre eux, suite notamment à des campagnes ciblées et à la diffusion d'informations. L'ensemble de cette politique d'évaluation de la qualité sera coordonnée par la Structure de concertation.

5.2.2. Réforme du Conseil national des établissements hospitaliers

L'idée de transformer le Conseil national des établissements hospitaliers en un conseil national des établissements de soins de santé, englobant le continuum des soins - dans la mesure où ceux-ci relèvent des compétences fédérales -, a été formulée depuis déjà longtemps. A l'heure actuelle, l'intitulé «Conseil national des établissements hospitaliers» ne correspond d'ailleurs plus à son contenu. Les aspects transhospitaliers sont, en effet, déjà inscrits dans les missions des groupes de travail permanents pour la politique de la santé à l'égard des personnes âgées et les soins de santé mentale.

Je souhaite, dès lors, m'employer à réaliser cette transformation et parvenir à un conseil national des établissements de soins de santé, subdivisé en groupes de soins. Ainsi, les sections «programmation» et «agrément», d'une part, et «financement», d'autre part, seront remplacées par les services «soins chroniques», «soins aigus», «soins aux personnes âgées» et «soins de santé mentale», à côté de l'assemblée plénière chargée d'approuver les avis.

Chaque avis rendu par le conseil concerné devra comprendre un volet projet, étude des besoins et coût financier, et éventuellement un volet sur l'évaluation de la qualité et l'enregistrement. Les membres de la section devront ainsi disposer d'une expérience spécifique dans le domaine du groupe de soins en question.

5.2.3. Groupe de recherche (BOS)

En 2001, les contrats de recherche pour la préparation et l'appui de la politique en matière de santé ont été attribués pour la première fois suivant une procédure objective et transparente. Cela signifie que les sujets seront déterminés et publiés au préalable et que les propositions soumises de recherche seront évaluées par des experts externes. Les priorités de politi-

len die aan de wetenschappelijke criteria voldoen legt daarna een stuurgroep van hogere ambtenaren en vertegenwoordigers van de betrokken ministers de beleidsprioriteit vast binnen de beschikbare budgetten. Ook voor het volgende jaar worden de onderzoeksbehoeften van volksgezondheid op dezelfde wijze ingevuld. Lerend uit de vorige ronde zal echter de oproep minder globaal en algemeen gebeuren. Er zullen veeleer meer specifieke oproepen gespreid over het jaar worden gelanceerd. Dit zal toelaten om de hele cyclus vlotter te laten gebeuren en directer in te spelen op de beleidsbehoeften.

5.2.4. Algemene Farmaceutische Inspectie

De AFI zal verdergaan met het ontwikkelen van activiteiten die in het verleden reeds werden opgestart, gekoppeld aan een aantal ontwikkelingen binnen de ondersteunende diensten.

Zo zal voorrang worden gegeven aan het verder versnellen van de registraties van geneesmiddelen door het inzetten van meer middelen en het verbeteren van de organisatie en de procedures, inbegrepen de nodige aandacht voor het verbeteren van de kwaliteitsbewaking.

Er zal bijzondere aandacht worden besteed aan de gegevensbank inzake geregistreerde geneesmiddelen.

Het doorzichtigheidsadvies zal in de toekomst worden geformuleerd in de nieuw op te richten Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van het RIZIV, met als doel de procedure inzake terugbetaling te vereenvoudigen en te bespoedigen. Het opmaken van de doorzichtigheidsfiches zal worden opgenomen binnen het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) zodat het geheel van deze fiches, de Folia Farmacotherapeutica en het Gecommentarieerd Geneesmiddelen Repertorium beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Het BCFI zal verder zijn rol ontwikkelen voor wat betreft het verstrekken van onafhankelijke informatie inzake geneesmiddelen aan de voorschrijvers. In dat verband zullen de experimenten met de onafhankelijke artsenbezoekers worden verder gezet.

Op het vlak van kwaliteit wordt verder gewerkt aan het kwaliteitshandboek voor inspecties van de industrie, met bijzondere aandacht voor de wederzijdse erkenningakkoorden van de Europese Unie met Canada, de Verenigde Staten, Japan en Zwitserland.

Een andere prioriteit is het ter beschikking stellen van middelen voor het «*Rapid Alert System*», zowel voor geneesmiddelen voor mensen en dieren als voor de bewaking van medische hulpmiddelen.

que seront fixées ensuite, uniquement pour les propositions remplissant les critères scientifiques, par un groupe de coordination de hauts fonctionnaires et de représentants des ministres compétents dans les limites des budgets disponibles. On procèdera de la même manière pour les analyses de besoins de la santé publique pour l'année prochaine. L'expérience des séries antérieures a montré qu'il convient d'organiser l'appel de manière moins globale et générale. Davantage d'appels plus spécifiques seront lancés tout au long de l'année. Cela permettra une plus grande fluidité de l'ensemble du cycle et de répondre directement aux besoins de la politique.

5.2.4. L'Inspection générale de la pharmacie

L'IGP continuera à mener les activités qui étaient déjà les siennes par le passé, auxquelles il faut associer une série de développements dans les services de soutien.

La priorité sera ainsi donnée à la poursuite de l'accélération de l'enregistrement des médicaments par la mise en œuvre de moyens plus importants et l'amélioration de l'organisation et des procédures ; à cet effet, elle s'attachera aussi à rendre le contrôle de la qualité plus performant.

Une attention particulière sera consacrée à la banque de données des médicaments enregistrés.

L'avis de transparence sera formulé à l'avenir au sein de la nouvelle Commission Remboursement Médicaments de l'INAMI dans le but de simplifier et d'accélérer la procédure de remboursement. L'élaboration des fiches de transparence se fera au sein du Centre belge d'Information pharmacothérapeutique (CBIP) ce qui permettra une plus grande concordance entre l'ensemble de ces fiches, les Folia Farmacotherapeutica et le Répertoire commenté des médicaments. Le CBIP continuera à développer son rôle pour ce qui est de la diffusion d'informations indépendantes sur les médicaments aux médecins prescripteurs. Dans ce contexte, les expériences avec les visiteurs médicaux indépendants seront poursuivies.

Sur le plan de la qualité, la mise au point du manuel de qualité pour les inspections et l'industrie est poursuivie, une attention particulière étant accordée aux accords de reconnaissance mutuelle entre l'Union européenne et le Canada, les États-Unis, le Japon et la Suisse.

Une autre priorité est la mise à disposition de moyens pour le «*Rapid Alert System*», tant dans le domaine des médicaments pour l'homme et l'animal que dans celui du contrôle des dispositifs médicaux.

Nadruk wordt ook gelegd op het «kadaster» der officina's, het versnellen van de vestigingsprocedures en het inhalen van de bestaande achterstand.

Tenslotte kan worden vermeld dat er in 2002 een doorlichting van de Farmaceutische Inspectie zal gebeuren. Om de werking van de AFI te optimaliseren zal een analyse gebeuren van de bestaande processen. Er zal worden onderzocht hoe de huidige structuur beter afgestemd kan worden op de Europese werkomgeving en voldoende flexibiliteit kan bieden om een efficiënte en kwaliteitsvolle werking te garanderen.

Uit de analyse van de situatie zullen de objectieven van het verbeteringsproces worden bepaald. Hierbij moeten duidelijk de assumpties en beperkingen van een verbeteringsproces in kaart worden gebracht: bijvoorbeeld de evolutie op de arbeidsmarkt, de salariëring van het personeel, adequate informatisering...

Als resultaat van deze studiefase worden alternatieven met betrekking tot de voornaamste elementen (structuur, processen, organisatie en middelen, ...) uitgewerkt. De verschillende alternatieven worden geanalyseerd op hun voor- en nadelen.

De nieuwe structuur dient beschreven te worden, de capaciteit dient gedimensioneerd en de vereiste middelen dienen bepaald te worden.

5.2.5. Medische Expertise

In 2002 blijft de medische expertise haar taken opnemen ten aanzien van haar doelgroepen.

De administratieve gezondheidsdienst voert de volgende expertises uit: aannemingsonderzoeken; geschiktheidsonderzoeken inzake ambtenaren, piloten en chauffeurs; expertises in het kader van arbeidsongevallen en beroepsziekten; expertises met het oog op vroegtijdige pensionering; controles op afwezigheid wegens ziekte.

De AGD betaalt ook medische onkosten terug in het kader van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

De Dienst arbeidsgeneeskunde staat in voor het medisch toezicht, zoals bepaald in de wetgeving «Welzijn op het werk», op ambtenaren van de Federale Ministeries en Wetenschappelijke Instellingen van de Federale Overheid.

De GGD voert gerechtelijke geneeskundige expertise uit in hoofde van oorlogsinvaliden, militairen in vredetijd en slachtoffers van opzettelijke gewelddaden.

De GGD voert ook medische expertises uit in het kader van arbeidsongevallen in hoofde van personeel van de politiediensten.

Een ontwerp van koninklijk besluit betreffende de medische evaluatie van het personeel van sommige

L'accent est mis également sur le «cadastre» des officines, l'accélération des procédures d'établissement et le rattrapage du retard encouru.

Signalons enfin qu'une «radioscopie» de l'Inspection de la pharmacie aura lieu en 2002. Afin d'optimiser le fonctionnement de l'IGP, une analyse des processus existants sera réalisée. L'on examinera de quelle manière l'on pourrait arriver à une plus grande concordance de la structure actuelle avec l'environnement européen et à une flexibilité suffisante pour garantir un fonctionnement efficace et de qualité.

L'analyse de la situation servira de base à la détermination des objectifs de ce processus d'amélioration. A cette fin, il faudra porter en carte les suppositions et les limitations d'un processus d'amélioration : par exemple l'évolution du marché de l'emploi, la rémunération du personnel, l'informatisation adéquate ...

Les résultats de cette phase d'analyse prendront la forme de l'élaboration d'alternatives pour les principaux éléments (structure, processus, organisation et moyens, ...). Les avantages et désavantages des différentes alternatives seront étudiées.

Il faudra décrire la nouvelle structure, dimensionner la capacité et déterminer les moyens requis.

5.2.5. Expertise médicale

En 2002, l'expertise médicale continuera à remplir ses missions à l'égard de ses groupes-cibles.

Le Service de santé administratif (SSA) réalise les expertises suivantes : examens d'admission ; examens d'aptitude des fonctionnaires, pilotes et chauffeurs ; expertises dans le cadre des accidents du travail et des maladies professionnelles ; expertises dans le cadre de l'admission à la pension prématurée ; contrôles des absences pour maladie.

Le SSA rembourse également les frais médicaux dans le contexte des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le Service de la Médecine du travail assure la surveillance médicale, comme prévu dans la législation relative au Bien-être au travail, des fonctionnaires des Ministères fédéraux et des Instituts scientifiques de ladite autorité.

L'OML effectue les expertises médico-légales pour les invalides de guerre, les militaires en temps de paix et les victimes d'actes intentionnels de violence.

L'OML effectue aussi des expertises médicales dans le cadre des accidents du travail pour les services de police.

Un projet d'arrêté royal concernant l'évaluation médicale du personnel de certains services publics intro-

overheidsdiensten zal een vereenvoudiging doorvoeren in de procedures voor het onderzoek naar de medische geschiktheid, de vroegtijdige oppensioenstelling en de colleges van geneesheren.

In 2001 werd er in het Bestuur van de Medische Expertise gestart met de uitwerking van de voorstellen die in een doorlichting werden geformuleerd. Doelstelling was om te komen tot een uniformisering van de werkwijze in de diverse medische centra, het invoeren van boordtabellen, de harmonisering van de procedures en de uitbouw van een performante informaticastructuur.

In het kader van het Copernicusproject werd er beslist om een bijkomende studie uit te voeren. Die zal onderzoeken of de huidige opdrachten in de toekomst ook door het bestuur moeten worden opgenomen, of bepaalde opdrachten kunnen worden gebundeld met gelijkaardige opdrachten bij andere federale overheidsdiensten, of opdrachten ruimer dienen te worden ingevuld dan met de huidige middelen mogelijk is en tenslotte, of aan het bestuur nieuwe opdrachten moeten worden toegewezen die bijvoorbeeld kaderen in beleidsondersteuning. Deze bijkomende studie zal een aanvang nemen in 2001 en doorlopen in 2002. Het is de intentie om de resultaten van de studie vanaf 2002 te implementeren.

5.2.6. Wetenschappelijke instellingen Volksgezondheid

De Hoge Gezondheidsraad is een belangrijk wetenschappelijk adviesorgaan voor de volksgezondheid, niet alleen voor de federale overheid, maar ook voor de gemeenschappen, de gewesten, privéfirma's en zelfs voor de internationale organisaties. In het voorbije jaar werd een belangrijke structuurhervorming voorbereid die begin volgend wordt uitgevoerd. De huidige zeven afdelingen worden gereduceerd tot vijf afdelingen, met name:

- 1) geestelijke gezondheid,
- 2) zorgverlening,
- 3) chemische en biologische agentia,
- 4) voeding,
- 5) fysische agentia.

Een beperkt aantal vaste werkgroepen binnen deze afdelingen staan in voor het opvolgen van de permanente opdrachten. Daarnaast zal in de toekomst meer worden gewerkt in ad hoc werkgroepen die multidisciplinair worden samengesteld naar gelang van de concrete adviesvraag.

duira une simplification des procédures des examens d'aptitude médicale, de l'admission à la pension prématurée et des collèges de médecins.

En 2001, l'Administration de l'Expertise médicale a entamé la concrétisation des propositions formulées au cours de la radioscopie. Le but était d'arriver à une uniformisation de la manière de procéder dans les différents centres, à l'introduction de tableaux de bord, à l'harmonisation des procédures et au développement d'une infrastructure informatique performante.

Dans le cadre du projet Copernic, il a été décidé d'effectuer une étude complémentaire qui examinera si, à l'avenir, les missions actuelles doivent rester confiées à l'Administration ou si certaines missions peuvent être regroupées avec des missions analogues effectuées par d'autres services publics fédéraux ou encore si les missions doivent être placées dans un contexte plus large que ne le permettent les moyens actuels ou, enfin, si de nouvelles missions doivent être confiées à l'administration visée – des missions qui s'inscriraient, par exemple, dans le cadre de l'appui de la stratégie. Cette étude complémentaire débutera en 2001 et se poursuivra en 2002. Le but est d'implémenter les résultats de cette étude dès 2002.

5.2.6. Institutions scientifiques Santé publique

Le Conseil supérieur d'Hygiène est un organe important à compétence d'avis dans le domaine de la santé publique, non seulement pour toutes les autorités fédérales mais aussi pour les Communautés, les Régions, les firmes privées et même des organisations internationales. Au cours de l'année écoulée, une réforme importante des structures a été préparée qui sera concrétisée au début de l'année prochaine. Les sept sections actuelles seront ramenées à cinq, notamment :

- 1) la santé mentale,
- 2) les soins de santé,
- 3) les agents chimiques et biologiques,
- 4) l'alimentation,
- 5) les agents physiques.

Un nombre restreint de groupes de travail actifs au sein de ces sections assurent le suivi des missions permanentes. A l'avenir, les activités se dérouleront plutôt dans des groupes ad hoc dont la composition sera multidisciplinaire en fonction de la demande d'avis concrète.

Na overleg met de bevoegde diensten heb ik besloten de Hoge Raad voor het Bloed af te schaffen en haar werking te integreren in de Hoge Gezondheidsraad. Deze maatregel past niet alleen binnen de administratieve vereenvoudiging, het is tevens een manier om de beschikbare middelen en de expertise te bundelen. In dit kader moet ook worden onderzocht hoe de Hoge Gezondheidsraad nauwer kan samenwerken met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het Instituut Louis Pasteur.

In het kader van het Copernicusproject wordt een derde wetenschappelijke instelling, met name CODA, het Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie, toegevoegd aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu.

Deze wetenschappelijke instellingen dienen het beleid van de FOD en het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen wetenschappelijk te ondersteunen. In het jaar 2002 zal er worden gewerkt aan de integratie van deze instellingen.

Er werd een werkgroep opgericht en een coördinator aangeduid om dit proces van integratie op gang te brengen.

Hierbij wordt aandacht besteed aan de structuur van de toekomstige organisatie en de inhoudelijke reorganisatie. De structuur van de organisatie zal conform de structuur, die voorzien werd in het Copernicusproject, worden uitgewerkt.

Het is de bedoeling dat men tegen 1 januari 2003 komt tot één managementplan, met concrete uitvoeringsplannen, één personeelskader, één systeem van financieel beheer. Om dit te bereiken worden de organisatorische problemen (huisvesting, financiering, rechtspersoonlijkheid, ...) in kaart gebracht en worden er in overleg met de instellingen oplossingen geformuleerd.

De inhoudelijke reorganisatie spitst zich toe op het herdefiniëren van de opdrachten en onderzoeksactiviteiten in functie van de bevoegdheidsdomeinen van de Federale Overheidsdienst en het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen. Vanuit een ruime en gedetailleerde inventaris van de technische en wetenschappelijke activiteiten van de drie instellingen zal men de «core-business» van elke entiteit in de nieuwe context bepalen. Het ligt in de bedoeling de afzonderlijke onderzoeksentiteiten te laten opgaan in één enkele wetenschappelijke inrichting.

Het is de expliciete bedoeling om de onderzoeksopdrachten beter in overeenstemming te brengen met de

Après concertation avec les services concernés, j'ai décidé de supprimer le Conseil supérieur du sang et d'intégrer son fonctionnement dans le Conseil supérieur d'Hygiène. Cette mesure ne s'inscrit pas seulement dans le contexte de la simplification administrative mais elle constitue aussi un moyen de rassembler les moyens et l'expertise disponibles. Dans le prolongement de cette initiative, il faudra également examiner de quelle manière le Conseil supérieur d'Hygiène peut travailler en collaboration plus étroite avec l'Institut scientifique de la Santé publique et l'Institut Louis Pasteur.

Dans le cadre du projet Copernic, un troisième institut scientifique, notamment le Centre d'études et de recherches vétérinaires et agrochimiques, est adjoint au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Ces instituts scientifiques ont pour mission essentielle de donner une assise scientifique à la politique du SPF et de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire. En l'an 2002, l'on s'attachera à l'intégration de ces différentes institutions.

Un groupe de travail a été créé et un coordinateur a été désigné pour lancer ce processus d'intégration.

A cet égard, une attention particulière est accordée à la structure de la future organisation et à la réorganisation du contenu. La structure sera définie conformément à la structure prévue dans le projet Copernic.

Le but est de disposer, au 1^{er} janvier 2003, d'un plan de gestion («management plan») unique avec des plans d'exécution concrets, un seul cadre du personnel, un seul système de gestion financière. Pour atteindre cet objectif, il faudra dresser la carte des problèmes organisationnels (locaux, financement, personnalité juridique, ...) et formuler des solutions en collaboration avec les instituts concernés.

La réorganisation du contenu est ciblée sur la redéfinition des missions et des activités de recherche en fonction des domaines de compétences du Service public fédéral et de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire. Au départ d'un inventaire détaillé des activités scientifiques et techniques des trois instituts, l'on s'attachera à redéterminer les activités essentielles («core-business») de chaque entité dans le nouveau contexte. Le but est que les entités de recherche distincte soient réunies en un seul établissement scientifique.

L'objectif explicite est de réaliser une meilleure concordance entre les missions de recherche et les com-

bevoegdheden (o.m. inzake veiligheid van de voedselketen). Naast de beoogde afstemming van de onderzoeksopdracht op de bevoegdheden moet dit toelaten om een verhoogde kostenefficiëntie te bewerkstelligen vooral inzake het te voeren investeringsbeleid en de werkingskosten. Het zal de dienst ook in de mogelijkheid stellen een aangepast en efficiënt personeelsbeleid te voeren in functie van de vastgestelde noden.

De integratie van het Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie in de wetenschappelijke onderzoeksinstellingen van Volksgezondheid biedt op termijn de gelegenheid om de onderzoeksactiviteiten beter af te stemmen op de respectieve bevoegdheden van de FOD Volksgezondheid en deze van het Federaal Agentschap.

De onafhankelijke positie van het wetenschappelijk onderzoek ivm gezondheid en de veiligheid van de voedselketen tav de beleidsvoorbereidende en beleidsuitvoerende opdrachten dient maximaal te worden verzekerd. De respectieve organogrammen van zowel de op te richten FOD als het in opbouw zijnde Federaal Agentschap beantwoorden volkomen aan deze doelstellingen.

6. GEEN GEZONDHEIDSZORG ZONDER GEZONDHEIDSWERKERS

6.1.Zorg van mensen voor mensen: een visie op het gezondheidszorgberoep

Zorg voor gezondheid is op de eerste plaats een verantwoordelijkheid van elke burger, maar het is tevens een verantwoordelijkheid van de overheid om ervoor te zorgen dat bij mensen de nodige deskundigheid aanwezig is vanuit diverse professionele invalshoeken, als de gezondheid in het gedrang komt, of als de zorg voor deze gezondheid niet alleen kan worden verzekerd door de betrokkenen zelf en zijn directe omgeving.

De zorg vanwege de overheid voor professionele hulpverleners is een belangrijke taak. Men kan maar blijvende inzet, motivatie en engagement van mensen verwachten, als men er ook permanent zorg voor draagt dat de omstandigheden waarin deze mensen hun professionele zorg moeten leveren, worden geoptimaliseerd. De organisatievorm en structuren moeten worden verbeterd en de vereiste deskundigheid moet worden gegarandeerd. Tenslotte moeten er voldoende middelen

pétences (notamment en matière de sécurité de la chaîne alimentaire). Outre la concordance précitée, la réalisation de cet objectif permettra aussi d'arriver à une plus grande efficacité coûts-bénéfices surtout dans le domaine de la politique d'investissement et des frais de fonctionnement. Le service aura, de cette manière, aussi la possibilité de mener une politique de ressources humaines adaptée et efficace en fonction des besoins constatés.

L'intégration du Centre d'études et de recherches vétérinaires et agrochimiques dans le contexte des instituts de recherche de la Santé publique permettra, à terme, d'établir une meilleure concordance entre les activités de recherche et les compétences respectives du SPF Santé publique et de l'Agence fédérale.

L'autonomie et l'indépendance de la recherche scientifique en ce qui concerne la santé et la sécurité de la chaîne alimentaire par rapport aux missions de préparation et d'exécution des décisions stratégiques doit être assurée au maximum. Les organigrammes respectifs tant du SPF à créer que de l'Agence fédérale en plein développement répondent parfaitement à ces objectifs.

6. PAS DE SOINS DE SANTÉ SANS PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

6.1.Des personnes qui s'investissent dans d'autres personnes: une vision des professionnels de la santé

La santé doit être avant tout une préoccupation pour chaque citoyen, mais les pouvoirs publics ont également la responsabilité de veiller à ce que chaque personne dispose de l'expertise nécessaire dans les différentes disciplines professionnelles lorsque sa santé est en danger ou lorsque l'intéressé lui-même et son entourage direct ne peuvent assurer seuls les soins nécessaires.

Les pouvoirs publics ont la tâche importante de s'occuper du personnel soignant professionnel. Ces personnes ne pourront être animées d'un enthousiasme, d'une motivation et d'un engagement permanents que si elles font également l'objet d'une attention permanente, et que les conditions dans lesquelles elles doivent prodiguer des soins sont optimales. Il faut pour cela s'attacher à améliorer les formes et les structures organisationnelles et à garantir l'expertise requise. En-

worden ingezet. Zorg verwachten van zorgverleners voor mensen, vereist ook dat zorgverleners zorg en aandacht van de overheid mogen verwachten.

6.2. Verpleegkundigen.

Verpleegkundigen spelen een cruciale rol in de gezondheidszorg, zij vormen een van de weinige gezondheidszorgberoepen, naast de geneesheren, die permanent beschikbaar zijn voor de patiënt. Om de patiënt nu en in de toekomst een kwalitatieve zorgverlening te bieden is het nodig om over een voldoende aantal verpleegkundigen te beschikken.

In België zijn de opleidingen kwalitatief hoogstaand. Grote technische vaardigheden worden aangeleerd en bieden ruime mogelijkheden in de praktijk. De professionalisering ontwikkelt zich steeds verder.

In het jaar 2002 zal het beleid voor verpleegkundigen zich verder toespitsen op:

6.2.1. De aandacht voor de instroom en uitstroom van verpleegkundigen.

In 2001 werd een **imagocampagne gevoerd**. Deze had tot doel jongeren te motiveren om verpleegkunde te studeren.

Ik kan stellen dat de resultaten voor een eerste campagnejaar bevredigend kunnen worden genoemd. Vanuit de beroepsgroep kwamen zeer positieve reacties op de campagne. De enquête die na afloop van de campagne werd uitgevoerd, wees uit dat de boodschap goed ontvangen werd door de doelgroep van jongeren en schoolverlaters. Uit de posttest bleek dat een andere beeldvorming was ontstaan. Het beroep werd meer aanzien als een beroep met een grote verantwoordelijkheid, met een sterk sociaal en humanitair karakter, en minder met het traditionele beeld van de verpleegkundige die enkel spuitjes geeft.

Mede door deze campagne en het «Opleidingsproject 600 verpleegkundigen» zijn de inschrijvingen niet gedaald.

In 2002 wordt er opnieuw een campagne gevoerd. Een dalende trend in de inschrijvingen ombuigen tot een positieve trend is niet mogelijk met één campagne. In 2002 zal de campagne meer het accent leggen op de inhoud en de verantwoordelijkheid van de job en de zinvolheid van het werk. Ook zal er meer aandacht

fin, il faut mettre les moyens nécessaires à disposition. Si l'on souhaite que les prestataires de soins s'investissent dans la santé des personnes, les pouvoirs publics devront également s'intéresser et se soucier des prestataires de soins.

6.2. Le personnel infirmier.

Le personnel infirmier joue un rôle crucial dans les soins de santé. Ces professionnels de la santé sont, en effet, les seuls, avec les médecins, à être à la disposition des patients en permanence. Afin d'offrir aux patients des soins de qualité aujourd'hui comme demain, il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant d'infirmiers/-ères.

Les formations organisées en Belgique sont de très bonne qualité. Elles permettent d'acquérir un grand nombre de compétences techniques et offrent de nombreuses possibilités dans la pratique. Par ailleurs, cette professionnalisation s'accroît sans cesse.

En 2002, la politique relative au personnel infirmier sera subdivisée en :

6.2.1. L'attention aux nouveaux arrivants et aux personnes quittant la profession d'infirmier/-ère.

En 2001, une campagne d'image a été organisée. Celle-ci visait à encourager les jeunes à entreprendre des études d'infirmier/-ère.

Je puis affirmer que les résultats peuvent d'ores et déjà être jugés satisfaisants pour une première année de campagne. La profession a réagi de manière très positive à cette campagne. L'enquête réalisée au terme de celle-ci a révélé que le message a été très bien reçu par le public cible des jeunes et des arrivants sur le marché du travail. Des tests d'après-enquête ont mis en évidence qu'une autre image est en train de se former. La profession était davantage perçue comme un métier comportant des responsabilités, une dimension sociale et humanitaire importante, et moins assimilé à l'image traditionnelle de l'« infirmière qui fait des piqûres ».

Le nombre d'inscription n'a pas baissé notamment grâce au «Projet de formation 600 infirmiers/-ères».

En 2002, une nouvelle campagne sera organisée. En effet, une seule campagne ne permet pas de transformer une tendance à la baisse en une tendance à la hausse. En 2002, la campagne mettra davantage l'accent sur le contenu de la profession et les responsabilités qui y sont liées, ainsi que sur le sens de cette

worden besteed aan de gegradueerde opleiding. Gegeven de evoluties binnen de geneeskunde is er behoefte aan hoog gekwalificeerde verpleegkundigen die een bijkomende theoretische en praktische opleiding genoten.

Tenslotte is het belangrijk mensen te blijven **motiveren**. Ik streef ernaar om van 12 mei, de internationale dag voor verpleegkunde, een dag te maken waarin de verpleegkunde positief in de schijnwerpers komt te staan.

6.2.2. Kwaliteitsondersteunende maatregelen voor verpleegkundigen.

Goede **arbeidsomstandigheden** zijn essentieel om het beroep van verpleegkundige uit te oefenen. Naast de emotionele belasting is de fysieke belasting zwaar. Vandaar het belang om naar middelen te zoeken die het zorgdepartement kan besteden aan bijvoorbeeld ergonomische middelen, die de zware taak van verpleegkundigen kunnen verlichten.

Volgend jaar wordt verder gewerkt aan een **actualisatie van de MVG** (minimale verpleegkundige gegevens). Een wetenschappelijke equipe zal hiermee worden belast. Doelstelling is om gegevens te verzamelen die informatie geven over de zorgverlening, en meer specifiek in functie van de pathologiegegevens. Die gegevens kunnen worden aangewend om te omschrijven wat «verantwoorde zorg» is in die specifieke omstandigheden.

Ten derde willen wij naar analogie met de medische zorgcolleges, ook een **verpleegkundig zorgcollege** oprichten dat de peer review moet mogelijk maken voor verpleegkundige en multi-disciplinaire topics.

Tenslotte zal ook blijvend aandacht worden besteed aan de verdere uitbouw van de erkenning van verpleegkundigen. Via het gewijzigd KB 78 krijgt een verpleegkundige thans een **beroepstitel**. Deze erkenning kan aangevuld worden met een **bijzondere beroepsbekwaamheid**. In de verdere uitwerking van de zorgprogramma's kan een consistent geheel worden opgebouwd. Zoals voor de functie «spoedopname» bijkomende voorwaarden vereist zijn, zal dit ook in andere programma's gebeuren, zoals bijvoorbeeld voor oncologie.

6.3. Zorgkundigen.

Binnen het nieuwe ziekenhuisconcept worden de zorgprogramma's vanuit een multidisciplinaire visie ontwikkeld. De verpleegkundige zorg is in beginsel

profession. On accordera également davantage d'attention à la formation de graduat. Etant donné les progrès de la médecine, il existe un besoin réel en personnel infirmier hautement qualifié ayant reçu une formation théorique et pratique complémentaire.

Enfin, il est important de continuer à motiver les gens. Je voudrais que le 12 mai devienne la journée internationale des infirmiers/-ères, ce qui permettrait de donner une image positive de la profession.

6.2.2. Mesures visant à améliorer la qualité du travail du personnel infirmier.

De bonnes conditions de travail sont essentielles pour exercer la profession d'infirmier/-ère. Celle-ci comporte, outre la charge émotionnelle, une charge physique importante. Il convient dès lors de chercher des moyens dont disposeraient les services de soins pour s'équiper, par exemple, en matériel ergonomique permettant d'alléger les tâches lourdes du personnel infirmier.

Par ailleurs, une équipe scientifique prendra en charge la mise à jour des données RIM (résumé infirmier minimum) l'an prochain. L'objectif est de collecter des données apportant des informations sur les soins et, plus particulièrement, en fonction des données de pathologie. Ces données pourront être utilisées pour décrire ce que sont des «soins justifiés» dans ces circonstances particulières.

Troisièmement, nous souhaitons mettre sur pied un collège de soins infirmiers, par analogie aux collèges de soins médicaux qui devrait permettre le 'peer review' pour des thèmes relatifs à l'art infirmier ou des sujets multidisciplinaires.

Enfin, une attention continue devra être attachée au développement de la définition de l'agrément du personnel infirmier. La version modifiée de l'AR n°78 octroie désormais un titre professionnel au personnel infirmier. Cet agrément sera complété par une aptitude professionnelle particulière. Il est possible de parvenir à un ensemble cohérent dans l'élaboration des programmes de soins futurs. De la même manière que la fonction « hospitalisation d'urgence » entraîne des exigences complémentaires, celles-ci devront être définies pour d'autres programmes, comme l'oncologie.

6.3. Les aides-soignant(e)s

Dans la nouvelle conception des hôpitaux, les programmes de soins ont été développés en s'appuyant sur une approche multidisciplinaire. Les soins infirmiers

samengesteld uit basiszorg en aanvullende zorg. De aanvullende zorg bestaat uit technische en medisch-toevertrouwde handelingen. Door het toenemende medische en verpleegkundig interveniëren en de toenemende graad van afhankelijkheid van patiënten, zowel in de acute als in de chronische zorg, neemt de omvang van beide pakketten zorg toe. De Minimale Verpleegkundige Gegevens tonen aan dat in de acute ziekenhuizen vooral de technische handelingen en de interventies van het gekwalificeerd personeel toenemen. De basiszorg blijft status quo mede door de korte verblijfsduren en het oriënteren van oudere chronische zieken naar de thuiszorg en / of rust- en verzorgings-tehuizen. Ook binnen de verpleegkundige context verandert de functie-inhoud. De verpleegkunde houdt meer dan ooit de coördinatie, de begeleiding, de planning en de bewaking van het zorgproces in. Dit betekent dat, in een multidisciplinaire omkadering, verpleegkundigen samenwerken met andere zorgverleners om het totale zorgpakket te omvatten. De «klinische supervisie» en «het delegeren van zorgaspecten» vloeien hieruit voort.

De logistiek medewerkers en de zorgkundigen maken, naast de verpleegkundigen, deel uit van een multidisciplinair team. De logistiek medewerker oefent geen patiëntgebonden taken uit, maar wel logistieke taken die het zorgproces kunnen ondersteunen. De zorgkundige zal de verpleegkundige bijstaan in het zorgproces, waarbij hij of zij sommige handelingen onder toezicht van de verpleegkundige zal kunnen uitvoeren.

De verpleegkundige coördineert het totale zorgproces en kan autonoom handelingen stellen. In deze logische opbouw en in functie van de diverse taken in het zorgproces wordt hierdoor maximaal gebruik gemaakt van gekwalificeerde medewerkers in functie van hun competentieniveau.

De recente wetswijziging van het KB 78 heeft een juridisch kader gecreëerd voor de zorgkundige. In overleg met de sector hoop ik tot een consensus te komen over de uitvoeringsbesluiten. Deze hebben tot doel een beroepsprofiel te omschrijven met een duidelijke taakafbakening voor de zorgkundigen.

6.4. Paramedici en kinesitherapeuten.

De «Raad voor Paramedische Beroepen» krijgt een nieuwe samenstelling. De Raad zal in de loop van 2002 worden gevraagd om richting te geven aan de verdere ontwikkeling van de paramedische beroepen.

englobent, en principe, les soins de base et les soins complémentaires. Ce dernier élément comprend les actes techniques et les actes médicaux délégués. Plus le niveau de l'intervention médicale et infirmière est élevé, plus la dépendance du patient tant aux soins aigus que chroniques est importante. Au cours des dernières années, le Résumé Infirmier Minimum a mis en évidence le fait que, dans les hôpitaux aigus, ce sont surtout les actes techniques et les interventions du personnel qualifié qui augmentent. Les soins de base restent au même niveau à la fois en raison de séjours plus courts et du fait que les personnes âgées qui sont malades se tournent vers les soins à domicile et/ou les maisons de repos et de soins. Le contenu même de la fonction de praticien infirmier change. La profession d'infirmier/-ière comprend plus que jamais des fonctions de coordination, d'accompagnement, de planification et de contrôle de la qualité du processus de soins. Cela signifie que dans un encadrement multidisciplinaire, le personnel infirmier collabore avec d'autres prestataires de soins pour couvrir l'ensemble des soins. De là découlent la «supervision clinique» et «la délégation de certains aspects des soins».

Les collaborateurs logistiques et les aides-soignant(e)s font partie, à côté des infirmiers/-ières, d'une équipe multidisciplinaire. Le collaborateur logistique n'exerce pas des tâches liées au patient mais des fonctions logistiques qui peuvent soutenir le processus de soins. L'aide-soignant(e) assistera l'infirmier/-ière dans les soins. Il/elle pourra alors, sous la surveillance de l'infirmier/-ière, poser certains actes.

Le praticien infirmier coordonne l'ensemble des soins et peut poser des actes de manière autonome. Dans cette structure logique et vu les différentes tâches que comporte le processus de soins, il faut s'efforcer au maximum de faire appel à des collaborateurs qualifiés dans les limites de leur domaine de compétence.

Le récent amendement de l'A.R. 78 a créé un cadre juridique pour les aides-soignant(e)s. J'espère parvenir, en concertation avec le secteur, à un consensus sur les arrêtés d'exécution. Ceux-ci visent à décrire le profil de la profession où les tâches des aides-soignant(e)s seront clairement circonscrites.

6.4. Paramédicaux et kinésithérapeutes

La composition du «Conseil des Professions Paramédicales» se modifie. Dans le courant de 2002, on demandera au Conseil d'orienter le développement futur des professions paramédicales.

De beroepstitel en de kwalificatievereisten van het gezondheidszorgberoep «podoloog» zullen in 2002 worden uitgewerkt, nadat het KB tot de erkenning van de podologen werd goedgekeurd.

Aangezien er een tekort is aan verpleegkundigen, kunnen zowel kinesitherapeuten als paramedici participeren in het «Opleidingsproject 600 verpleegkundigen». In 2001 maakten effectief een 80-tal personen met deze opleidingen deel uit van het project. De kinesitherapeuten en paramedici die reeds in dienst zijn krijgen hun loon in de instelling verder uitbetaald. Voor de financiering van de vervangende tewerkstelling wordt een beroep gedaan op de nog beschikbare niet-recurrente middelen van de Fondsen Sociale Maribel.

6.5. Nieuwe psycho-sociale gezondheidszorgberoepen.

In onze snel evoluerende samenleving zien we een exponentiële toename van geestelijke gezondheidsproblemen. Dit psychisch lijden is het gevolg van diverse biologische, psychologische en sociale factoren. De toenemende complexiteit en druk van onze huidige samenleving vergen van mensen een steeds grotere draagkracht. De vraag naar geestelijke gezondheidszorg neemt toe. Dit vergt een voldoende uitgebouwd zorgaanbod met een aangepaste zorgstructuur én de nodige deskundige zorgverleners. Nieuwe wetenschappelijke inzichten op het psychosociale vlak vormden in de voorbije dertig jaar de basis voor een aantal nieuwe gezondheidszorgberoepen. Ze ontwikkelden zich tot disciplines die elk een specifieke bijdrage leveren aan de gezondheidszorg.

De impact van menselijke en maatschappelijke processen op ziekte en gezondheid wordt hoe langer hoe meer onderkend. Als gevolg daarvan worden bijvoorbeeld klinisch psychologen steeds meer ingezet op verschillende plaatsen in de gezondheidszorg. Er is een toename van de maatschappelijke erkenning van de klinische psychologie als wetenschap en als beroepspraktijk. Daarom wil ik in de komende maanden een wetsontwerp voostellen dat een eerste stap is in de regulering van nog enkele nieuwe gezondheidszorgberoepen. Naast de klinische psychologie moet bijvoorbeeld ook de uitoefening van de orthopedagogie, de seksuologie en de psychotherapie wettelijk geregeld worden.

Het is mij in de eerste plaats te doen om kwaliteitsbewaking en bescherming van de patiënt. Op dit ogen-

Le titre professionnel et les exigences relatives à la qualification de la profession de «podologue» seront précisés en 2002, une fois que l'A.R. relatif à l'agrément des podologues aura été approuvé.

Vu la pénurie d'infirmiers/-ières, tant les kinésithérapeutes que les paramédicaux peuvent participer au «Projet 600». En 2001, quelque 80 personnes ayant ce type de formation ont participé à ce projet. Les kinésithérapeutes et les paramédicaux qui travaillent déjà continuent à recevoir leur salaire de leur institution. Pour le financement des remplaçants, on a fait appel aux moyens financiers non récurrents et encore disponibles du Fonds Social Maribel.

6.5. Les nouvelles professions psychosociales de la santé

Dans notre société qui évolue rapidement, on constate une augmentation exponentielle des problèmes de santé mentale. Cette souffrance psychologique est la conséquence de différents facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. La complexité croissante et la pression de notre société actuelle nécessitent, de la part des personnes, une capacité de résistance accrue. La demande en soins de santé mentale augmente, ce qui requiert une offre de soins suffisamment élaborée, une structure de soins adéquate de même que des prestataires de soins qualifiés. Les nouvelles conceptions scientifiques dans le domaine psychosocial constituaient, ces trente dernières années, la base d'un certain nombre de nouvelles professions de la santé. Celles-ci ont donné naissance à des disciplines qui, chacune, contribuent de manière spécifique aux soins de santé.

On prend de plus en plus conscience de l'influence des processus humains et sociaux sur la maladie et la santé. Par conséquent, on a de plus en plus tendance, par exemple, à mettre des psychologues cliniciens à différents endroits dans les soins de santé. La reconnaissance sociale de la psychologie clinique en tant que science et en tant que pratique professionnelle va croissant. C'est pourquoi j'ai l'intention, dans les mois à venir, de proposer un projet de loi. Celui-ci constituera une première étape dans la réglementation de quelques professions de soins de santé qui sont encore nouvelles. Outre la psychologie clinique, il faut, par exemple, également prévoir un règlement légal pour l'exercice de l'orthopédagogie, de la sexologie et de la psychothérapie.

Il s'agit avant tout de veiller à la qualité des soins et à la protection du patient. En ce moment, la pratique

blik is de praktijk van de meeste klinisch psychologen, orthopedagogen, seksuologen en psychotherapeuten een vorm van onwettige uitoefening van de geneeskunde. Iedereen kan zich bijvoorbeeld ongestraft uitgeven als psychotherapeut. De patiënt heeft geen enkele kwaliteitsgarantie en het gevaar van charlatanisme is te groot. Door een wettelijke regeling wordt de beroepsbeoefenaar maatschappelijk erkend en wordt zijn beroepstitel beschermd.

In verschillende Europese landen (Frankrijk, Italië, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Oostenrijk, Cyprus,...) bestaat reeds geruime tijd een wettelijke erkenning van deze gezondheidszorgberoepen. Ook in België moet hier werk van worden gemaakt.

De toenemende problemen van psychiatrische aard zowel bij jongeren als volwassenen zijn erg specifiek en vergen een eigen expertise. Daarom is het wenselijk dat in het specialisme psychiatrie een onderscheid wordt gemaakt tussen kinder- en jongerenpsychiaters enerzijds en volwassenenpsychiaters anderzijds. Momenteel ligt een ontwerp van ministerieel besluit voor bij de Raad van State waardoor dit onderscheid in de toekomst kan worden gemaakt op basis van eigen opleidingsroutes. Een nieuw element is bovendien dat psychiaters in de toekomst stage kunnen lopen in ambulante voorzieningen.

6.6. Gezondheidszorgbeoefenaars in «CAM Disciplines»

Het KB 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies voorziet in de mogelijkheid van het creëren en het toekennen van bijzondere beroepstitels en van bijzondere bekwaamheden voor de in het KB bepaalde beoefenaars.

Teneinde op korte termijn te kunnen starten met een – voorlopig gedeeltelijke regulering – van CAM-uitoefening zal een KB worden uitgevaardigd waarin een lijst van bijzondere beroepsbekwaamheden wordt vastgesteld voor houders van het wettelijk diploma in de genees-, heel- en verloskunde of van de wetenschappelijke graad van arts, nl. arts in de homeopathie, arts in de manuele geneeskunde en arts in de acupunctuur. Het vastleggen van de criteria voor dergelijke erkenningen zal gebeuren door een op te richten raad van CAM-artsen.

Deze toekenning van een bijzondere beroepsbekwaamheid staat los van de erkenning als houder van bijzondere beroepstitels en slaat dus enkel op een aanvullende bekwaamheid. Gelijkaardige besluiten wor-

de de plupart des psychologues cliniciens, orthopédagogues, sexologues et psychothérapeutes est une forme d'exercice illégal de la médecine. N'importe qui peut, par exemple, se présenter comme psychothérapeute sans risquer d'être pénalisé. Le patient n'a aucune garantie quant à la qualité et le danger de charlatanisme est trop grand. Grâce à un règlement légal, le praticien est reconnu dans la société et son titre professionnel est protégé.

Dans différents pays européens (France, Italie, Espagne, Royaume-Uni, Autriche, Chypre,...), ces professions de la santé sont, depuis pas mal de temps déjà, réglementées. La Belgique doit également s'atteler à cette tâche.

Les problèmes croissants de nature psychiatrique tant chez les jeunes que chez les adultes sont très spécifiques et nécessitent une expertise propre. Il est, par conséquent, souhaitable de faire la distinction, dans la spécialisation en psychiatrie, entre, d'une part, les psychiatres pour les enfants et les jeunes et d'autre part, les psychiatres pour adultes. Un projet d'arrêté ministériel est actuellement en cours d'examen au Conseil d'État. Cet arrêté permettra à l'avenir de faire la différence entre les deux en fonction de la formation suivie. Il y a également une nouveauté : les psychiatres pourront désormais effectuer leur stage dans des institutions ambulatoires.

6.6. Praticiens de pratiques médicales non conventionnelles

L'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art médical, de l'art infirmier, des professions paramédicales et les commissions médicales prévoit la possibilité de créer et d'octroyer des titres professionnels ainsi que des aptitudes spécifiques pour les professionnels de la santé mentionnés dans l'A.R.

Pour pouvoir procéder rapidement à l'élaboration d'un règlement partiel provisoire de l'exercice des pratiques médicales non conventionnelles, un A.R. sera promulgué. Celui-ci comportera une liste des aptitudes professionnelles particulières que doivent présenter les détenteurs du diplôme légal en médecine générale et en obstétrique ou du grade scientifique de médecin : médecin en homéopathie, en thérapie manuelle et en acupuncture. Les critères pour ces agréments seront fixés par un Conseil des médecins de pratiques non conventionnelles encore à créer.

L'octroi d'une aptitude professionnelle particulière est indépendante de l'agrément en tant que détenteur de titres professionnels spécifiques et vise donc seulement une aptitude complémentaire. Des arrêtés simi-

den voorbereid m.b.t. de verpleegkundige en kinesitherapeutische disciplines. Voor deze disciplines wordt gedacht aan bijzondere beroepsbekwaamheden in «acupunctuurhandelingen» en in «osteopatische of manuele therapieën».

Er kan verwacht worden dat via deze weg relatief snel een regularisatie van een deel van de beoefenaars van CAM-praktijken gerealiseerd kan worden, dit in tegenstelling met de lange weg van de implementatie van de wet van 29 april 1999.

6.7.Databank voor gezondheidszorgbeoefenaars.

In 2002 zal een kadaster van gezondheidszorgberoepen worden opgesteld. Daartoe zal het Koninklijk besluit nr.78 worden aangepast. De commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer heeft reeds een positief advies uitgebracht m.b.t. dit project.

De doelstellingen van de informaticatoepassingen in het kader van het kadaster van gezondheidszorgberoepen zijn de volgende:

- de noodzakelijke gegevens verzamelen voor de opdrachten van de Planningscommissie, waarvan het de taak is om de behoeften in het gezondheidszorgaanbod te onderzoeken, de gevolgen hiervan te evalueren op de toegang tot de studies voor de betrokken beroepsgroepen en hierover verslag uitbrengen aan de minister van Volksgezondheid en aan de minister van Sociale Zaken. Het feit dat de gegevens nu verspreid zijn over verschillende overheidsadministraties of publiek- en privaatrechtelijke instellingen leidt tot fragmentatie van de menselijke en technische hulpmiddelen die ingezet worden voor het verkrijgen van de gegevens, verhoogt de kosten en maakt updates moeilijker;
- door een administratieve vereenvoudiging de uitvoering van de wettelijke opdrachten van de administraties mogelijk maken, evenals de uitwisseling van gegevens tussen de parastaten van de sociale zekerheid, van de overheidsadministraties en van aangeduide publiek- en privaatrechtelijke instellingen;
- de communicatie met en tussen de gezondheidszorgbeoefenaars bevorderen.

De gegevensbank laat de geneesheer ook toe om, indien hij dit wil, aan zijn collega's of aan andere personen of organisaties bepaalde informatie ter beschikking te stellen, zoals zijn e-mailadres, een openbare cryptosleutel of het werk- of onderzoeksdomein waarmee hij bezig is.

laies ont été préparés pour les professions d'infirmier/-ière et de kinésithérapeute. Pour ces disciplines, on pense à des aptitudes professionnelles particulières pour les «actes d'acupuncture» et les «thérapies osthéopathiques ou manuelles».

On peut s'attendre à ce que, de cette manière, l'on parvienne relativement rapidement à régulariser une partie de ceux qui exercent des pratiques de médecine non conventionnelles, plutôt que par la loi du 29 avril 1999 dont la mise en œuvre est laborieuse.

6.7.Banque de données pour les professionnels de la santé

En 2002, on rédigera un cadastre des professions de la santé. A cet effet, l'A.R. 78 sera adapté. La Commission pour la protection de la vie privée a déjà rendu un avis positif sur ce projet.

Les objectifs des applications informatiques dans le cadre du cadastre des professions de la santé sont les suivants :

- récolter les données nécessaires aux missions de la Commission de Planning, dont la tâche est d'examiner les besoins en matière d'offre de soins de santé, d'en évaluer les conséquences sur l'accès aux études pour les groupes professionnels visés et en faire rapport à la ministre de la Santé publique et au ministre des Affaires sociales. Le fait qu'à l'heure actuelle, les données sont disséminées entre différentes administrations publiques et institutions de droit public et privé entraîne une fragmentation des moyens humains et techniques mis en œuvre pour obtenir des données, augmente les coûts et rend les mises à jour plus difficiles ;
- permettre, grâce à une simplification administrative, aux administrations d'effectuer les missions qui leur sont conférées par la loi, de même que l'échange de données entre les parastataux de la sécurité sociale, des administrations publiques et des institutions de droit public et de droit privé;
- stimuler la communication avec et entre les professionnels de la santé.

La banque de données permet également au médecin généraliste qui le souhaite, de mettre à la disposition de ses collègues, d'autres personnes ou organisations, certaines informations telles que son adresse e-mail, une clé cryptée publique ou encore son domaine d'activité ou de recherche.

De bank stelt zowel onderzoekers, instellingen als de overheid anonieme informatie ter beschikking, die geaggregeerd is en die permanent update wordt gehouden. Met deze informatie kunnen we ons een beter beeld vormen van het aantal verstrekkers per sector van medische activiteit en ze laat toe om een betere planning te maken in het aanbod van gezondheidszorgbeoefenaars, samen met een betere verdeling van de beoefenaars in het licht van hun opdrachten.

De Cel van het Mathematisch Model voor de Voorberekening van de werkgroep van de beroepsgroepen onderworpen aan een aanbodsbeperking (artsen, tandartsen, kinesitherapeuten) heeft zijn model verfijnd door het inbrengen van een groter aantal factoren die de werkkraft van het medisch korps kunnen beïnvloeden. De cel heeft dit jaar een nieuwe studie uitgebracht met betrekking tot de kinesitherapeuten en een studie over de behoefte tot vervanging in de verschillende medische disciplines.

Deze laatste studie moet toelaten om per medische discipline de minimale noden vast te leggen die een harmonisch functioneren van het gezondheidssysteem garanderen.

De analyse van de effecten van een beperking van het medisch aanbod op korte termijn toont aan dat het aanbod aan gezondheidszorgbeoefenaars in het Franstalige landsgedeelte vermindert. De densiteit in het medisch aanbod ligt er veel hoger in verhouding tot de bevolking. Aan Nederlandstalige kant stelt men een stabilisatie in het aanbod vast.

La banque de données met à la disposition des chercheurs, institutions, autorités, des informations anonymes regroupées qui sont constamment mises à jour. Ces informations nous permettent d'obtenir une image plus claire du nombre de prestataires par secteur d'activité médicale, de mieux programmer l'offre des professionnels de la santé et de mieux répartir ceux-ci en fonction de leurs tâches.

La Cellule du Modèle mathématique Prévisionnel du groupe de travail des groupes professionnels soumis à une limitation de l'offre (médecins, dentistes, kinésithérapeutes) a affiné son modèle en introduisant un nombre plus grand de facteurs susceptibles d'influencer la force de travail du corps médical. Cette année, la cellule a publié une nouvelle étude sur les kinésithérapeutes et une étude sur les besoins en matière de remplacement dans les différentes disciplines médicales.

Cette dernière étude doit permettre de fixer par discipline médicale les besoins minimum qui garantissent un fonctionnement harmonieux du système de santé.

L'analyse des effets d'une limitation de l'offre médicale à court terme révèle que le nombre de professionnels de la médecine dans la partie francophone diminue. Comparée à la population, l'offre médicale est beaucoup plus élevée. Du côté néerlandophone, on constate une stabilisation de l'offre.

DIERENGEZONDHEIDSBELEID, BELEID INZAKE PLANTENBESCHERMING EN GRONDSTOFFEN, DIERENWELZIJN

1. INLEIDING

Als gevolg van de regionalisering van de landbouw-bevoegdheid enerzijds en de oprichting van een Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu en het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen anderzijds, rijzen zowel in de schoot van de personeelsformatie als bij de betrokken sectoren de nodige vragen ivm het geboden toekomstperspectief.

De op handen zijnde reorganisatie dient strikt te verlopen volgens de inzichten, vervat in het ontwerp van Europese verordening mbt de voedselveiligheid en dient eveneens in overeenstemming te zijn met de aanbevelingen van de parlementaire onderzoekscommissie «dioxine» en diverse andere parlementaire aanbevelingen. Bijgevolg dient een functionele scheiding te worden gerealiseerd tussen beleidsvoorbereidende en beleidsuitvoerende opdrachten. De onafhankelijke positie van het wetenschappelijk onderzoek ivm de veiligheid van de voedselketen tav de beleidsvoorbereidende en beleidsuitvoerende opdrachten dient maximaal te worden verzekerd. De respectieve organigrammen van zowel de op te richten FOD als het in opbouw zijnde federaal agentschap, zoals o.m. aangeduid in het businessplan van de gedelegeerd bestuurder, beantwoorden volkomen aan deze doelstellingen.

Als gevolg van deze ontwikkelingen dient het begrotingsjaar 2002 duidelijk als een overgangsjaar beschouwd te worden. Het zou inderdaad door de sector, inzonderheid deze van de landbouwproductie, als een moeilijk te verklaren signaal worden begrepen indien deze periode van relatieve organisatorische onzekerheid zou leiden tot ingrijpende en fundamentele wijzigingen inzake beleidsopties. Dit geldt met name vooral voor de bevoegdheden mbt het de veiligheid van de voedselketen, het dierengezondheidsbeleid, het beleid inzake plantenbescherming en grondstoffen. Bijgevolg dienen minstens voor wat deze overgangsperiode betreft, de overheidsengagementen tav de betrokken sectoren scrupuleus te worden nagekomen. Anderzijds biedt de integratie van omvangrijke bevoegdheidspakketten en opdrachten in de schoot van het federaal agentschap de mogelijkheid om maximaal het voordeel van de schaal te benutten, wat moet leiden tot een verhoogde efficiëntie mbt het aanwenden van de beschikbare middelen.

POLITIQUE DE PROTECTION DE LA SANTE DES ANIMAUX, DE PROTECTION DES PLANTES ET DES MATIERES PREMIERES, DU BIEN-ETRE DES ANIMAUX

1. INTRODUCTION

Comme suite à la régionalisation des compétences en matière d'agriculture d'une part, et de la création d'un Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement ainsi que de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire, d'autre part, tant le personnel que les secteurs concernés s'interrogent sur la perspective d'avenir offerte.

La réorganisation en cours doit se dérouler strictement selon le schéma prévu par le Règlement européen concernant la sécurité alimentaire et être conforme aux recommandations de la commission d'enquête parlementaire «dioxine» ainsi qu'à différentes autres recommandations parlementaires. Il faudra dès lors une délimitation fonctionnelle entre les missions qui se situent en amont (préparation) et en aval (exécution) de la prise de décision politique. L'indépendance de la position de la recherche scientifique portant sur la sécurité de la chaîne alimentaire par rapport aux missions de préparation et d'exécution de la stratégie doit être garantie au maximum. Les organigrammes respectifs tant du SPF à créer que de l'Agence fédérale en plein développement doivent être conformes à ces objectifs, comme il apparaît d'ailleurs du businessplan de l'administrateur délégué.

Compte tenu de ces développements, l'année budgétaire 2002 doit, de toute évidence, être considérée comme une année de transition. Le secteur - et particulièrement celui de la production agricole - aurait quelque difficulté à comprendre que cette période d'incertitude organisationnelle relative se traduise par des bouleversements fondamentaux des options politiques. Cela se vérifie surtout dans le domaine des compétences relatives à la sécurité de la chaîne alimentaire, à la politique dans le domaine de la santé des animaux, à la politique de protection des plantes et des matières premières. Par conséquent, les engagements contractés par les pouvoirs publics à l'égard des secteurs concernés doivent être scrupuleusement respectés, tout au moins pendant cette période transitoire. En outre, l'intégration d'importantes enveloppes de compétences et de missions au sein de l'Agence fédérale offre la possibilité d'exploiter au maximum les économies d'échelle, ce qui devrait aboutir à une efficacité accrue au stade de la mise en œuvre des moyens disponibles.

2. DIERENGEZONDHEIDSBELEID

Inzake dierengezondheidsbeleid heeft de Commissie SANCO begin juli van dit jaar een bezoek gebracht aan België ter evaluatie van onze aanvraag — als één van de eersten in de EU — tot erkenning van het epidemiologisch bewakingsnetwerk voor de rundbeslagen. Naast de reeds in 1999 gegeven Europese erkenning van SANITEL, moet dit de kroon worden op het sinds 1990 gestarte werk van de veterinaire diensten in het uitwerken van een volledig systeem van gezondheidsbewaking en traceerbaarheid binnen de rundveestapel.

Wat de dierenziektenbestrijding betreft zal in 2002 een herwerkt koninklijk besluit van kracht worden dat de bestrijding van rundertuberculose nog efficiënter zal maken en de eradicatie van deze ziekte in een finaal stadium kan brengen. Onverminderd wordt ook de bestrijding van de ziekte van Aujeszky verder gezet. Bij de Commissie werd een aanvraag ingediend tot het toekennen van het artikel 9 statuut aan België, hetgeen inhoudt dat de het Aujeszkyvirus door de vaccinatie reeds ver werd teruggedrongen en bijkomende eisen kunnen worden gesteld bij de invoer van levende varkens om de eigen stapel tegen herbesmetting te beschermen. Ook het beheer van de pluimveebeslagen in SANITEL zal verder verfijnd worden.

Inzake dierenziektenbestrijding zal het nationaal crisiscentrum dat in de recente mond- en klauwzeerdreiging voldoende zijn nut heeft bewezen een meer permanent karakter krijgen en verder werken aan o.a. de noodzakelijke rampenplannen, crisisbeheer en communicatie via het internet.

Naar aanleiding van de Europese conferentie die zal plaatsvinden in december 2001 over mond- en klauwzeer en in het licht van de ervaringen tijdens de laatste mond- en klauwzeer crisis in Europa, moet men zich bezinnen of de Europese regels inzake bestrijding moeten worden aangepast.

3. DIERENWELZIJN

Dierenwelzijn is een reële bekommernis die wordt afgewogen tegenover andere criteria als voedselveiligheid, consumentenveiligheid, gevolgen voor het milieu en de economische weerslag. Waar men in het verleden vertrok vanuit andere belangen en bekeek vanaf welk punt het dierenwelzijn in onaanvaardbare

2. POLITIQUE DE PROTECTION DE LA SANTE DES ANIMAUX

En ce qui concerne la politique de protection de la santé animale, la Commission SANCO a rendu visite à la Belgique au début du mois de juillet de cette année afin d'évaluer notre demande d'agrément du réseau de surveillance épidémiologique des troupeaux bovins - nous étions les premiers au sein de l'UE à formuler cette demande. Outre l'agrément européen de SANITEL obtenu déjà en 1999, cette nouvelle reconnaissance doit être le véritable couronnement du travail accompli par les services vétérinaires depuis 1990 dans le but de développer un système complet de monitoring de la santé et de traçabilité du cheptel bovin.

Pour ce qui est de la lutte contre les maladies animales, un arrêté royal retravaillé entrera en vigueur en 2002 qui rendra la lutte contre la tuberculose bovine encore plus efficace et pourra même annoncer le stade final des efforts d'éradication de cette maladie. La lutte contre la maladie d'Aujeszky est poursuivie sans désespérer. Une demande d'attribution du statut dit article 9 à la Belgique a été introduite auprès de la Commission ce qui implique que la régression du virus de la maladie d'Aujeszky, grâce à la vaccination, est en bonne voie et que des exigences complémentaires peuvent être posées lors de l'importation de porcs vivants en vue de protéger le propre cheptel contre la recontamination. La gestion des troupeaux de volaille dans le système SANITEL sera également affinée.

Pour ce qui est de la lutte contre les maladies animales, le centre de crise national qui a fait ses preuves au cours de la récente flambée de fièvre aphteuse, sera doté d'un caractère plus permanent et poursuivra ses activités en matière de développement des indispensables plans catastrophe, des scénarios de gestion de crises et de communication via Internet.

A l'occasion de la Conférence européenne qui se tiendra en décembre 2001 et sera consacrée à la fièvre aphteuse, ainsi qu'à la lumière de l'expérience acquise lors de la dernière crise impliquant la fièvre aphteuse en Europe, une réflexion s'impose sur les règles à mettre en œuvre en matière de lutte.

3. BIEN-ETRE DES ANIMAUX

Le bien-être des animaux est une préoccupation réelle qui doit être «pesée» par rapport à d'autres critères comme la sécurité alimentaire, la sécurité du consommateur, les conséquences pour l'environnement et les répercussions économiques. Si, par le passé, l'on parlait d'autres intérêts et l'on examinait à partir de quel

mate werd bedreigd, vertrekt men nu – omwille van de veranderende maatschappelijke context – van het welzijn van het dier en gaat men een compromis proberen uit te werken met de andere belangen. Dierenwelzijn zal herkenbaarder worden gepositioneerd als beleids-optie.

Dierenwelzijn wordt in de toekomst een aparte cel met een grotere onafhankelijkheid ten opzichte van de producenten. De controle op het dierenwelzijn, voor wat betreft de weerslag op de veiligheid van de voedselketen, is een essentiële opdracht van het FAVV en zal als dusdanig worden ingeschreven in de taakomschrijving van de betrokkenen.

Voor wat betreft het dierenwelzijn van de landbouwhuisdieren dient een overlegstructuur met de Ministers van Landbouw van de Gewesten te worden opgezet om tot een productieve dialoog met de maximale garanties voor alle betrokkenen te komen. Om een nieuwe dynamiek te vormen binnen die deelgebieden waar economie en dierenwelzijn samengaan is mogelijk een aanpassing van de wet op het dierenwelzijn nodig. Het is de bedoeling deze structuur het volgende jaar vorm te geven. De omzettingen in Belgisch recht van de Europese Richtlijnen in verband met de huisvesting van leg-hennen en van varkens zullen de eerste toetssteen zijn voor dit overleg.

Naast deze projecten voor de klassieke landbouwhuisdieren zijn er momenteel een aantal projecten in ontwikkeling die aan de andere dieren de nodige aandacht besteden: gezelschapsdieren, proefdieren, de ontwikkeling van de wetgeving in verband met dieren-tuinen, circussen, dolfinaria,...

Verhoogde aandacht wordt besteed aan het welzijn van dieren die louter om economische redenen worden gehouden, doch niet onder de klassieke landbouw vallen: wetsvoorbereidend werk op vlak van de struisvogelhouderij, de pelsdierhouderij en de huisvesting voor zwemvogels.

Wij denken na over de plaats die een dier in de samenleving heeft en de gevolgen die daaraan kunnen verbonden zijn. Als voorbeeld kunnen we hier de ganse problematiek van de agressieve honden aan halen. Vanuit het kabinet zal begeleidend worden gewerkt, zowel naar de sector productie en handel van honden, als naar de dierenartsen, de hondengedragstherapeuten, de hondeneigenaars, de artsen en zo voort. Deze multifactoriële benadering vergt ook een gemeenschap-

point le bien-être des animaux était compromis dans une mesure inacceptable, le bien-être de l'animal est devenu actuellement le point de départ de ce raisonnement – en raison du contexte sociétal modifié – et l'on tente de mettre au point un compromis avec les autres intérêts en jeu. Le bien-être des animaux sera positionné de manière identifiable comme option politique.

Le bien-être des animaux deviendra, à l'avenir, une cellule distincte, dotée d'une plus grande indépendance par rapport aux producteurs. Le contrôle de ce bien-être pour ce qui est des répercussions sur la sécurité de la chaîne alimentaire, est une mission essentielle de l'AFSCA et sera inscrit, en tant que tel, dans la description des missions des personnes concernées.

En ce qui concerne le bien-être des animaux d'élevage, une structure de concertation avec les Ministres de l'Agriculture des Régions doit être installée afin d'arriver à un dialogue productif avec toutes les parties concernées. Une adaptation de la loi sur le bien-être des animaux sera peut-être nécessaire pour arriver à une nouvelle dynamique au sein des domaines où l'économie et ce bien-être se côtoient. Le but est de concrétiser cette structure l'année prochaine. La transposition en droit belge des directives européennes sur les conditions de logement des poules pondeuses et des porcs seront les premières pierres de touche de cette concertation.

Outre ces projets concernant les animaux d'élevage classiques, une série de projets sont développés actuellement qui accordent l'attention nécessaire à d'autres animaux : animaux de compagnie, animaux d'expérience, développement de la législation concernant les jardins zoologiques, les cirques, les dolphinariums,...

Une attention accrue est consacrée au bien-être des animaux élevés pour des motifs exclusivement économiques sans relever de l'agriculture classique : travaux législatifs préparatoires dans le domaine de l'élevage des autruches, des animaux à fourrure et de l'hébergement des oiseaux aquatiques.

Nous réfléchissons à la place qu'occupe l'animal dans la société et aux conséquences que cela peut avoir. Il suffit, par exemple, de songer à la problématique des chiens agressifs. Le cabinet aura une mission d'encadrement, tant du secteur de la production et du commerce des chiens que des vétérinaires, des psychologues pour chiens, des propriétaires de chiens, des médecins, etc. Cette approche multifactorielle requiert une concertation (qui a déjà été entamée

pelijk overleg (ten dele reeds aangevat) met de verschillende andere Ministers die voor bepaalde deelaspecten verantwoordelijk zijn.

Een multidisciplinaire benadering is een werkwijze die onder andere omwille van de verscheidenheid van de bevoegdheden voor de meeste aspecten van het dierenwelzijn dient te worden toegepast. Een belangrijk voorbeeld hiervoor zal ook dit jaar het beleid rond de proefdieren zijn. Deze worden nu benaderd vanuit een aspect dierenwelzijn, maar de belangen van volksgezondheid dienen tegelijkertijd te worden verdedigd.

Dierenwelzijn wordt in de publieke opinie veel te vaak gezien als een opeenstapeling van verboden. Het is juist dat een aantal zaken die in het verleden door de maatschappij werden aanvaard, dit nu niet meer zijn. Het is mijn taak om aan te voelen wat de maatschappij niet (meer) wil, dit te toetsen met de realiteit en dan daaraan de nodige gevolgen te verlenen.

Dierenwelzijn is in vele gevallen moeilijk objectief te meten. Men kan gebruik maken van fysiologische of ethologische parameters. Soms echter is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor één of andere stelling: dan moet men naast het strikt positief wetenschappelijke ook een belangrijke plaats laten aan de ethiek. Het is de bedoeling om in de nieuwe Raad voor Dierenwelzijn de ethici een plaats te geven naast de verdedigers van dierenbelangen, de positieve wetenschappers en de producenten. De nieuwe Raad voor Dierenwelzijn zal dan ook in de toekomst, meer dan in het verleden, duidelijk een multidisciplinair karakter moeten hebben in zijn samenstelling, waarbij de representativiteit van de vertegenwoordigers wordt gegarandeerd.

Tot slot nog enkele belangrijke zaken die we dit jaar willen organiseren:

- Organisatie van het overleg rond ritueel slachten en het offerfeest tussen de verschillende belangengroepen als moslims, gemeente- en andere openbare besturen en dierenbeschermers.
- Organisatie van een groot overleg rond de mondiale klauwzeerproblematiek met verankering van het thema dierenwelzijn en ethiek in onze omgang met dieren.
- Organisatie van een Europees bezoek in verband met de huisvesting van konijnen op diervriendelijke wijze bij de industriële houderij.

d'ailleurs) avec les différents autres Ministres responsables pour certains aspects partiels de la problématique.

Une approche multidisciplinaire doit être appliquée pour la plupart des aspects du bien-être animal, compte tenu notamment de la diversité des compétences. Un exemple important sera, cette année encore, la politique concernant les animaux d'expérience. Cette dernière est abordée actuellement au départ de l'aspect bien-être des animaux mais les intérêts de la santé publique doivent également être défendus.

Le public perçoit bien trop souvent le bien-être des animaux comme une succession d'interdits. Il est vrai, que par le passé, la société acceptait certaines choses que nous ne tolérons plus aujourd'hui. Il m'appartient de «sentir» ce que la société ne veut (plus) pas, de confronter ces tendances à la réalité et d'en tirer les conséquences qui s'imposent.

Le bien-être des animaux est souvent difficile à mesurer de manière objective. L'on peut appliquer des paramètres physiologiques ou ethnologiques. Dans certains cas, les preuves scientifiques sont insuffisantes pour étayer l'une ou l'autre thèse : il ne faut alors pas se limiter aux aspects strictement et positivement scientifiques mais laisser une place à l'éthique. Le but est de donner une place aux spécialistes de l'éthique dans le nouveau Conseil du bien-être animal où ils siègeront aux côtés des scientifiques et des producteurs. A l'avenir, ce nouveau Conseil devra avoir un caractère plus multidisciplinaire qu'à l'heure actuelle pour ce qui est de sa composition, étant entendu que la représentativité des membres devra être garantie.

Enfin, quelques initiatives que nous allons concrétiser cette année :

- Organisation de la concertation relative aux sacrifices rituels entre les différents groupes d'intérêt comme par exemple les musulmans, les administrations communales et autres et les organisations de protection des animaux.
- Organisation d'une large concertation autour de la problématique de la fièvre aphteuse en tenant compte du thème du bien-être des animaux et de l'éthique dans les contacts avec les animaux.
- Organisation d'une visite européenne relative à l'hébergement des lapins dans des entreprises d'élevage industriel, dans des conditions conformes aux normes de bien-être des animaux.

LEEFMILIEU

1. Inleiding

Het federaal milieubeleid heeft vier grote opdrachten:

- internationaal en Europees milieubeleid,
- beleid inzake gevaarlijke producten (ook deze gebruikt in de landbouw),
- geïntegreerd productbeleid,
- het mariene milieu.

Het is belangrijk in elk van deze gebieden een gecoördineerd beleid te voeren, dat rekening houdt met het hele milieubeleid op Belgisch, nationaal en internationaal vlak en oog heeft voor de verbanden die tussen de verschillende domeinen bestaan.

Nieuwe initiatieven moeten op stapel worden gezet, maar het is net zo belangrijk de bestaande projecten verder te zetten en zo een coherent beleid te voeren, een en ander dient tevens te kaderen binnen de uitvoering van het Federaal Plan inzake Duurzame Ontwikkeling 2000-2004 (verder afgekort als FPDO).

2. Het internationaal en Europees milieubeleid

Het **internationaal en Europees milieubeleid** worden jaar na jaar belangrijker. Daarom blijven we verder investeren in een *coördinatie* op Belgisch vlak, waarbij een efficiënte manier van werken en een goede informatiedoorstroming voorop staan. De verbeterde samenwerkingsverbanden die opgestart zijn tijdens het Belgisch voorzitterschap zullen in 2002 worden geëvalueerd en eventueel bijgestuurd.

Alle internationale en Europese dossiers worden door ons voorbereid en geïmplementeerd. Hierbij zijn we niet beperkt tot de eigen federale bevoegdheden, maar staan we ook in voor de coördinatie van de geweststandpunten in die dossiers die tot hun bevoegdheid behoren. De betrokkenheid van milieuorganisaties en de sectoren spelen een cruciale rol bij de vorming van het beleid. In 2001 werd voorzien in een structurele ondersteuning van de milieuorganisaties, zodat zij ook over de middelen kunnen beschikken om het internationaal en Europees beleid van dichtbij op te volgen. In 2002 wordt deze structurele ondersteuning in wetgevende vorm gegoten en een organisatiestructuur op-

ENVIRONNEMENT

1. Introduction

La politique environnementale fédérale a quatre missions importantes :

- la politique environnementale internationale et européenne,
- la politique relative aux produits dangereux (également ceux utilisés dans l'agriculture),
- la politique intégrée de produits,
- le milieu marin.

Il est important de mener une politique coordonnée dans chacun de ces domaines ; une politique qui tienne compte de la politique environnementale globale - belge, nationale et internationale - et des liens entre les différents domaines.

De nouvelles initiatives doivent être lancées mais il est tout aussi important de mener à bien les projets existants afin d'arriver à une politique cohérente, le tout devant de plus cadrer avec l'exécution du Plan fédéral pour le développement durable 2000-2004 (dénommé ci-après PFDD).

2. La politique environnementale internationale et européenne

D'année en année, la **politique environnementale internationale et européenne** gagne en importance. C'est la raison pour laquelle nous devons continuer à investir dans la *coordination* à l'échelon de la Belgique, l'accent étant mis tout particulièrement sur une méthode de travail efficace et une bonne diffusion des informations. Les formules de coopération améliorées lancées au cours de la Présidence belge seront évaluées en 2000 et éventuellement adaptées.

Nous préparons et implémentons tous les dossiers internationaux et européens. Nous ne nous limitons pas, à cet égard, à nos propres compétences fédérales mais nous nous chargeons aussi de la coordination des points de vue des Régions dans les dossiers qui relèvent de leur compétence. La participation des organisations environnementales et des secteurs joue un rôle essentiel dans le «façonnage» de notre politique. En 2001, un soutien structurel aux organisations environnementales a été prévu afin de leur donner les moyens de suivre de près la politique internationale et européenne. En 2002, cet appui structurel prendra la forme d'une initiative législative et une structure orga-

gezet waardoor een grotere betrokkenheid wordt gerealiseerd.

Binnen het zeer uitgebreide takenpakket inzake internationaal en Europees milieubeleid kunnen de volgende prioriteiten worden aangestipt, waarbij telkens ook de initiatieven op federaal niveau voor het intern Belgisch beleid worden toegelicht.

Wat het *klimaat* betreft zullen de internationale onderhandelingen ook na de COP 6bis in Marrakech belangrijk blijven. België is vastbesloten daarin een erg actieve rol te blijven spelen.

Naar alle verwachtingen zullen in de tweede helft van 2001 ook de onderscheiden gewestparlementen, net zoals het federale parlement, de goedkeuringsprocedure van het Kyotoprotocol voltooiën zodat België nog voor Rio +10 in Johannesburg in september 2002, samen met de andere EU-lidstaten en de EU als geheel, het protocol kan ratificeren.

Op EU-vlak zal België er op toezien dat de voorstellen zoals uitgewerkt in het European Climate Change Programme (ECCP) door de commissie worden omgezet in goede, concrete wetgevende voorstellen. Op Belgisch vlak wordt, in samenwerking met Staatssecretaris Deleuze, een Nationaal Klimaatsplan opgesteld, dat niet alleen de emissies inzake koolstofdioxide (CO₂), methaan (CH₄) en distikstofoxide (N₂O) zal viser, maar ook maatregelen zal uitwerken voor de andere broeikasgassen (HFK's, PFK's en SF₆). Daarnaast zal de administratie een opvolgingsmechanisme uitwerken zodat het plan ook kan worden gevolgd, geëvalueerd en eventueel bijgestuurd.

Na het Nationaal Rapport inzake de *biologische diversiteit*, zal België in het voorjaar 2002 een nationale strategie en actieplan inzake biodiversiteit uitwerken. Op internationaal vlak zal zowel COP6 van het Biodiversiteitsverdrag als de MOP1 van het Cartagena Protocol voor Bioveiligheid worden voorbereid. Daartoe wordt ook veel aandacht gegeven aan de ratificatie van het Cartagena Protocol door Europa. Tenslotte zal actief worden gewerkt aan het uitbreiden van de Clearing-House Mechanismen voor Biodiversiteit en Bioveiligheid zodat deze een grotere rol kunnen spelen in capacity-building activiteiten in partnerlanden. Op die manier kan informatie rond financiële en organisatorische aspecten van projecten beter worden verdeeld en gebruikt.

nisationnelle sera mise en place afin d'accroître encore la participation visée.

Dans le large éventail de missions relatives à la politique de l'environnement internationale et européenne, les priorités suivantes peuvent être distinguées pour lesquelles nous commenterons chaque fois les initiatives fédérales dans le contexte de la politique interne de la Belgique.

En ce qui concerne le *klimat*, les négociations internationales resteront importantes, aussi après la COP 6bis qui s'est tenue à Marrakech. La Belgique est fermement décidée à continuer à jouer un rôle actif dans ce contexte.

Nous nous attendons à ce que, pendant la seconde moitié de 2001, les différents parlements régionaux finalisent, à l'instar du parlement fédéral, la procédure d'approbation du Protocole de Kyoto ce qui fait que la Belgique pourrait ratifier ledit Protocole, de concert avec les autres États membres de l'UE et l'UE comme entité, encore avant Rio +10 qui se tiendra à Johannesburg en septembre 2002.

Au niveau de l'UE, la Belgique veillera à ce que les propositions telles que formulées dans le contexte du European Climate Change Programme (ECCP) par la commission soient transposées en propositions législatives concrètes. Sur le plan belge, un Plan national Climat est dressé en collaboration avec le Secrétaire d'État Deleuze qui ne visera pas seulement les émissions de dioxyde de carbone (CO₂), de méthane (CH₄) et de dioxyde d'azote (N₂O) mais proposera aussi des mesures pour les autres gaz à effet de serre (HFC, PFC et SF₆). En outre, l'administration mettra au point un mécanisme de suivi du plan qui permettra l'évaluation et, éventuellement, l'adaptation de ce dernier.

Après le Rapport national sur la *diversité biologique*, la Belgique mettra au point au printemps 2002 une stratégie nationale et un plan d'action concernant la biodiversité. A l'échelon international, nous préparons tant la COP6 de la Convention sur la diversité biologique que la MOP1 du Protocole de Carthagène sur la biosécurité. A cet égard, une attention particulière est également accordée à la ratification de Carthagène par l'Europe. Enfin, nous nous attacherons activement au développement des mécanismes d'échange d'informations sur la biodiversité et la biosécurité ce qui fait qu'ils pourront jouer un plus grand rôle dans les activités de création de capacités dans les pays partenaires. De cette manière, les informations relatives aux aspects financiers et organisationnels des projets seront diffusées et utilisées de manière plus efficace.

Als minister bevoegd voor zowel het leefmilieu als de volksgezondheid, spreekt het vanzelf dat ik erg veel belang hecht aan de band tussen milieu en gezondheid. De uitvoering van het eerste **Nationaal Plan Milieu-Gezondheid** (NEHAP) is voor mij dan ook een prioriteit, waarbij de nadruk wordt gelegd op de vervuiling door producten. In dit kader is het geïntegreerd productbeleid, het beleid inzake gevaarlijke producten (zoals pesticiden), het beleid inzake chemische stoffen en de aanpak van troposferische ozon erg belangrijk. Deze worden verder iets meer toegelicht, en kadere tevens in de uitvoering van het FPDO. Maar ook op internationaal vlak blijven we dit dossier op de voet volgen. Zo zullen de onderhandelingen naar aanleiding van het ontwerp Kaderverdrag Milieu-Gezondheid-Transport, de ratificatie van het Protocol inzake Water – Gezondheid, en de voorbereiding van de vierde Ministeriële Conferentie Leefmilieu-Gezondheid van het WHO-Europa in Boedapest 2004 volgend jaar belangrijk zijn.

Als we spreken over het milieu is, zoals hierboven al duidelijk geworden, de link met gezondheid en **mobilité** nooit ver weg. Juist omdat het verkeer zo'n grote invloed heeft op het leefmilieu en onze gezondheid, wordt hier hard rond gewerkt. Zo zijn onze diensten nauw betrokken bij de opmaak van het Nationaal Mobiliteitsplan.

Het Plan ter bestrijding van Troposferische Ozon en Acidificatie dat in 2000 werd aangenomen en loopt tot 2003 wordt verder uitgewerkt en opgevolgd. Ook dit jaar zal hierover een voortgangsrapport worden besproken binnen de regering.

Dit jaar worden ook normen van kracht voor de emissies van vluchtige organische stoffen (VOS) door decoratieve verven en carrosserieverven en voor de uitstoot van Nox door verwarmingsketels. Hiernaast wordt een actieplan opgesteld om de uitstoot van VOS door inkten in drukkerijen terug te dringen en wordt verder onderzocht hoe de VOS-uitstoot van huishoudproducten kan worden teruggedrongen.

De LPG-premie wordt ook volgend jaar nog toegekend en er worden maatregelen genomen om de kwaliteit van de gebruikte brandstoffen te verhogen en de uitstoot door auto's te verminderen. Hiernaast is een doorlopende campagne voor een goede luchtkwaliteit belangrijk, zodat de bevolking niet alleen informatie krijgt, maar ook weet wat ze zelf kan bijdragen.

En tant que ministre compétent tant pour l'environnement que pour la santé publique, il est évident que j'accorde un grand d'intérêt au lien qui unit ces deux aspects. L'exécution du premier **plan national Environnement-Santé** (NEHAP) est dès lors une priorité pour moi, l'accent étant mis sur la pollution par les produits. Dans ce cadre, la politique intégrée de produits, la politique relative aux produits dangereux comme les pesticides, la politique des produits chimiques et l'approche de l'ozone troposphérique sont autant d'aspects très importants. Ils seront abordés d'une manière un peu plus détaillée dans la suite du texte et s'inscrivent, en outre, dans le cadre de l'exécution du PFDD. Mais nous continuons également à suivre de près ce dossier sur le plan international. Ainsi les négociations à l'occasion du projet de Convention-cadre Environnement-Santé-Transports, la ratification du Protocole Eau-Santé et la préparation de la Quatrième Conférence ministérielle Environnement-Santé de l'OMS-Europe à Budapest en 2004, seront importantes l'année prochaine.

Lorsque nous parlons d'environnement, le lien avec la santé et la **mobilité** n'est jamais très loin, comme nous l'avons déjà précisé ci-dessus. Précisément parce que la circulation a un impact considérable sur l'environnement et la santé, ce thème retient toute notre attention. Nos services participent ainsi activement à la préparation du Plan national Mobilité.

Le Plan de lutte contre l'ozone troposphérique et l'acidification adopté en 2000 et qui couvre la période jusqu'en 2003, est développé et suivi. Cette année également, un rapport de progrès sera discuté au sein du gouvernement.

Cette année, des normes entrent aussi en vigueur pour les émissions de composés organiques volatils (COV) provenant des peintures décoratives et des peintures pour carrosseries ainsi que pour les émissions de Nox par les chaudières. Un plan d'action est dressé pour refouler les émissions de COV par les encres d'imprimerie et l'on examine comment arriver à une réduction des émissions de COV dues aux produits ménagers.

La prime LPG sera encore accordée l'année prochaine et des mesures sont prises pour améliorer la qualité des carburants et réduire les émissions des véhicules. De plus, une campagne permanente ciblée sur la qualité de l'air doit être menée afin que la population soit non seulement informée mais sache aussi quels sont les efforts qu'elle peut accomplir elle-même.

3. Het beleid inzake gevaarlijke producten

Als we spreken over milieu en gezondheid, denken we automatisch ook aan het beleid inzake gevaarlijke producten, en meer bepaald de **chemische stoffen** die daarin verwerkt zijn.

De algemene regelgeving inzake chemicaliën zal in 2002 onder impuls en in opvolging van het Europese Witboek «Strategie voor een toekomstig beleid voor chemische stoffen» grondig gewijzigd worden.

Van de nationale instanties wordt een belangrijke bijdrage verwacht, niet alleen bij de 'vertaling' van de beginselen van het Witboek in wetteksten maar eveneens bij het daadwerkelijk onderzoeken van een heleboel stoffen, naast het omzetten van nieuwe Europese richtlijnen terzake zoals de beperking van het gehalte aan zware metalen in onderdelen van nieuwe voertuigen.

Voor de **biociden** wordt 2002 het eerste jaar waarin de toepassing van de biociderichtlijn effectief wordt. In het raam van de Europese regelgeving zal een aanvang worden gemaakt met de herziening van de actieve stoffen van houtbeschermingsmiddelen en van rodenticiden die voorkwamen in biociden die reeds voor 14 mei 2000 in de Europese Unie op de markt waren. Daarnaast zullen ook de inspanningen worden verder gezet voor het evalueren en het beperken van het risico verbonden aan biociden die tijdens de overgangsperiode nog niet onderworpen zijn aan de Europese procedure. Hier kan worden gedacht aan een herziening van een aantal gevaarlijke actieve stoffen zoals de chroom- en arsenicumderivaten. Voor de als gevaarlijk ingedeelde biociden zal een veiligheidsinformatieblad worden opgesteld door de Hoge Gezondheidsraad.

De omzetting van de biociderichtlijn bood de gelegenheid om het kader te scheppen voor een aanpassing van de kennisvereisten die gelden voor de verkopers en gebruikers van bepaalde gevaarlijke biociden. Vanaf 2002 moet dit leiden tot een toename van het aantal adequaat opgeleide gebruikers en verkopers van biociden. Ook zal de publicatie van de lijsten van toegelaten biociden voortaan via elektronische weg gebeuren.

Tenslotte zullen in 2002 ook de eventuele Europese richtlijnen die de beperking van het op de markt brengen en het gebruik van bepaalde biociden (zoals creosoot) voorzien, worden omgezet.

Het beleid inzake bestrijdingsmiddelen zal, in overleg met de gewesten en conform het Federale Plan inzake Duurzame Ontwikkeling (2000-2004), kaderen in een plan ter vermindering van het gebruik van

3. La politique relative aux produits dangereux

Lorsque nous parlons d'environnement et de santé, nous songeons automatiquement aussi à la politique relative aux produits dangereux et plus particulièrement aux **substances chimiques** qu'ils contiennent.

La réglementation générale des produits chimiques sera modifiée en 2002 sous l'impulsion et dans le prolongement du Livre blanc européen «Stratégie pour la future politique dans le domaine des substances chimiques».

Une contribution importante des instances nationales est attendue dans ce contexte, non seulement par la traduction des principes du Livre blanc en textes de loi, mais aussi par l'analyse de toute une série de substances, sans oublier la transposition des nouvelles directives européennes en la matière comme la limitation des teneurs en métaux lourds de certaines pièces de véhicules neufs.

Pour ce qui est des **biocides**, 2002 est la première année au cours de laquelle la directive sur les biocides sera d'application. Dans le cadre de la législation européenne, l'on entamera la révision des substances actives des produits de protection du bois et des rodenticides présents dans les biocides déjà sur le marché avant le 14 mai 2000. En outre, les efforts seront poursuivis en vue de l'évaluation et de la limitation des risques liés aux biocides qui n'étaient pas encore soumis à la procédure européenne pendant la période de transition. Nous songeons ici à la révision d'une série de substances actives dangereuses comme les dérivés de chrome et d'arsenic. Une fiche de données de sécurité sera établie par le Conseil supérieur d'Hygiène pour les biocides classés comme dangereux.

La transposition de la directive sur les biocides nous a donné l'occasion de créer un cadre pour l'adaptation des exigences en matière de connaissances exigées des vendeurs et utilisateurs de certains biocides dangereux. A partir de 2002, un plus grand nombre d'utilisateurs et de vendeurs de biocides devront ainsi bénéficier d'une bonne formation. La publication des listes de biocides autorisés se fera désormais par la voie électronique.

Enfin, les éventuelles directives européennes prévoyant la limitation de la mise sur le marché et de l'utilisation de certains biocides (comme le créosote) seront à leur tour transposées en 2002.

La politique concernant les pesticides s'inscrira dans le cadre d'un plan de réduction de l'utilisation des pesticides, en concertation avec les Régions et conformément au Plan fédéral pour le Développement durable

bestrijdingsmiddelen. Los van het al dan niet reeds beschikbaar zijn van dit plan, waartoe opdracht gegeven werd om werk te maken van de uitwerking ervan, zullen in 2002 reeds belangrijke initiatieven worden genomen die het gebruik van schadelijke stoffen substantieel kunnen verminderen.

De regering zal streven naar een grotere coherentie van de reglementeringen met betrekking tot de biociden en de bestrijdingsmiddelen voor landbouwkundig gebruik (waartoe de gewasbeschermingsmiddelen of fytofarmaceutische producten behoren), zodat het meest optimale instrumentarium van toepassing wordt ten aanzien van al deze producten die vaak pesticiden worden genoemd. Elke landbouwer die voor landbouwkundige doeleinden gebruik maakt van pesticiden zou over een vergunning moeten beschikken om deze pesticiden te mogen gebruiken en een opleiding volgen om deze producten aan te wenden met de nodige voorzorgen voor het milieu en de gezondheid. Een gelijkwaardige reglementering bestaat nu reeds voor wat de biociden betreft. Overeenkomstig de Europese regelgeving wordt opdracht gegeven om prioritair een aantal voor milieu en volksgezondheid erg schadelijke bestrijdingsmiddelen te onderzoeken en beperkende maatregelen uit te werken. Dit zou zelfs kunnen leiden tot een verbod, tot andere wijzen van toepassing, of tot een hogere bijdrage aan het Fonds voor de grondstoffen (zie verder). Hierbij zal het bestaan van meer verantwoorde alternatieven uiteraard meespelen. Het doel is het bekomen van een belangrijke vermindering van de gebruikte hoeveelheden en/of een belangrijke reductie van de impact op leefmilieu en volksgezondheid (inclusief de aanwezigheid van residuen in de voeding van mens en dier).

Het Fonds voor de grondstoffen (dat in belangrijke mate door de fytofarmaceutische nijverheid wordt gefinancierd) vormt in het regime voor de bestrijdingsmiddelen voor landbouwkundig gebruik, een nuttig instrument dat echter ontbreekt ten aanzien van biociden. Wij wensen dit Fonds op termijn ook om te vormen tot een begrotingsfonds met een ruimer toepassingsgebied. Met name een Fonds dat middelen samenbrengt om de impact van gevaarlijke stoffen te kunnen onderzoeken en maatregelen uit te werken met het oog op een duurzamer gebruik ervan (o.a. maatregelen van risico-reductie, het bevorderen van geschikte producten in de kleine teelten, e.d.). Vandaag worden de ingebrachte middelen van de diverse sectoren prioritair bestemd voor een evaluatie en/of beter beheer van de risico's. Dit moet in verhouding staan tot de door de sectoren aangebrachte contributie.

(2000-2004). Indépendant du fait que ce plan sera déjà disponible ou non (ordre a été donné de s'y atteler par priorité) des initiatives importantes seront déjà prises en 2002 qui permettront de limiter substantiellement l'utilisation de ces substances nocives.

Le gouvernement tentera d'arriver à une plus grande cohérence des réglementations relatives aux biocides et aux pesticides à usage agricole (parmi lesquels les moyens de protection des végétaux ou les produits phytopharmaceutiques), ce qui permettra d'appliquer l'instrumentaire optimal à l'égard de ces produits appelés souvent pesticides. Tout agriculteur qui utilise des pesticides à usage agricole devrait disposer d'une autorisation pour mettre en oeuvre ces produits et devrait suivre une formation afin de savoir comment il doit procéder pour les utiliser avec les précautions nécessaires. Une réglementation similaire existe déjà pour les biocides. Conformément à la législation européenne, la priorité sera accordée à l'analyse d'une série de pesticides particulièrement nocifs pour la santé et l'environnement et à la formulation de mesures limitatives. Cela pourrait même aboutir à une interdiction, à d'autres modalités d'application ou à une redevance accrue au Fonds des matières premières (voir plus loin). L'existence ou non d'alternatives plus justifiées jouera, bien entendu, un rôle ici. Le but est d'arriver à une diminution importante des quantités utilisées et/ou à une réduction substantielle de l'impact sur l'environnement et la santé publique (en ce compris la présence de résidus dans l'alimentation humaine et animale).

Le Fonds des matières premières (financé en grande partie par l'industrie phytopharmaceutique) constitue un instrument particulièrement utile dans le régime des pesticides à usage agricole ; il fait cependant défaut dans le domaine des biocides. Nous espérons, à terme, transformer ce Fonds en un fonds budgétaire dont le champ d'application serait bien plus large. Il s'agirait alors d'un Fonds qui récolterait des moyens permettant d'étudier l'impact des substances dangereuses et d'élaborer des mesures en vue d'un usage plus durable desdites substances (notamment des mesures en vue de la réduction des risques, la promotion de produits plus adaptés aux petites cultures, etc.). A l'heure actuelle, les moyens qu'il procure sont surtout destinés à l'évaluation et/ou à une meilleure gestion des risques. Il faut établir une proportionnalité avec la contribution apportée par les secteurs.

De evaluatie van de risico's zal verder op een objectieve wijze gebeuren en worden gebaseerd op wetenschappelijke raadgevingen. De communicatie zal worden versterkt en leiden tot grotere doorzichtigheid.

De gezondheid van mensen, dieren en planten zal mijn centrale bezorgdheid zijn in het kader van de uitgeoefende controles op het gebied van organische stoffen die worden gebruikt in de landbouw. Zonder **toezicht** op de naleving blijven de uitgevaardigde reglementen dode letter. Het belang van doeltreffend toezicht wordt, zeker als het gaat om regels die worden opgelegd inzake gevaarlijk stoffen en preparaten, door eenieder onderschreven. Er zal dan ook worden gezorgd voor een kaderuitbreiding, die moet toelaten dat de deskundigen inzake de gevaarlijke stoffen en preparaten hun rol niet moeten beperken tot het verstrekken van informatie. Ze moeten ook waar dit nodig blijkt de overtredingen inzake het op de markt brengen van gevaarlijke stoffen en preparaten kunnen stoppen. Daarenboven zal er worden gestreefd naar een maximale afstemming met andere controlediensten die op het terrein actief zijn. Daarenboven buigt een werkgroep milieu en justitie waarvan alle betrokken federale en gewestelijke overheden en kabinetten deel uit maken, zich over maatregelen voor een betere handhaving van de milieureglementering.

4. Een geïntegreerd productbeleid

Als federaal minister bevoegd voor leefmilieu is het uitwerken van een **geïntegreerd productbeleid** één van mijn hoofdtaken. Dergelijk beleid maakt immers deel uit van een beleid dat leidt naar een duurzame productie en consumptie, én van een duurzame ontwikkeling. Het vormt dan ook een belangrijk onderdeel van het FPDO. Dit moet zowel op nationaal als op internationaal niveau worden verwezenlijkt. De ontwikkeling van dergelijk beleid is in 2001 opgestart, en zou in eerste instantie moeten uitmonden in een plan dat dit jaar wordt afgewerkt. Dit plan zet een productbeleid op dat de verschillende producten volgt over hun hele levensweg, de zogenaamde van-wieg-tot-graf aanpak, waarbij wordt gekeken naar de gevolgen voor het milieu vanaf het onttrekken van grondstoffen tot het verwijderen van afval.

Dit plan zal het kader scheppen waarin ons beleid wordt uitgewerkt. Maar we beginnen nu reeds met de uitwerking van maatregelen die in het plan worden uiteengezet. Plannen zijn nodig, maar mogen geen excuus zijn om daarnaast geen concrete maatregelen uit te voeren. Zo zal in 2002 het 'standstill- principe' bij verpakkingen worden uitgewerkt (het aantal verpak-

L'évaluation des risques continuera à se faire de manière objective et sera basée sur les recommandations scientifiques. La communication sera améliorée et aboutira à une transparence accrue.

La santé de l'homme, des animaux et des plantes sera au centre de mes préoccupations dans le cadre des contrôles effectués dans le domaine des substances organiques utilisées dans l'agriculture. Sans **contrôle** de leur respect, les règlements édictés restent lettre morte. L'importance d'un contrôle efficace, surtout s'il s'agit de règles imposées pour des substances et préparations dangereuses, est généralement acceptée aujourd'hui. Nous veillerons dès lors à une extension du cadre du personnel qui permettra aux experts des substances et préparations dangereuses de ne pas limiter leur action à la diffusion d'informations. Ils doivent aussi, le cas échéant, pouvoir endiguer les infractions au stade de la mise sur le marché de telles substances et préparations. De plus, l'on tentera de réaliser une cohérence maximale avec l'action d'autres services de contrôle actifs sur le terrain. Un groupe de travail environnement-justice (dont feront partie toutes les autorités fédérales et régionales concernées et les cabinets) passe au crible les mesures en vue d'une meilleure police de la réglementation environnementale.

4. Une politique intégrée de produits

En tant que ministre fédéral compétent pour l'environnement, je considère l'élaboration d'une **politique intégrée de produits** comme l'une de mes missions essentielles. Une telle politique s'inscrit dans le cadre d'une stratégie qui doit mener à une production et à une consommation durables et au développement durable. Elle représente, par conséquent, une partie substantielle du PFDD. Cet objectif doit être réalisé tant sur le plan international qu'à l'échelon national. Le développement d'une telle politique a été lancé en 2001 et devrait aboutir, en premier lieu, à un plan finalisé cette année. Ce plan établit une stratégie de production qui suit les différents produits du berceau à la tombe, en ce sens que les conséquences pour l'environnement sont examinées depuis l'extraction des matières premières jusqu'à l'élimination des déchets.

Ce plan mettra en place le cadre général de notre politique. Mais nous entamons, dès à présent, la mise au point des mesures qui seront développées dans le plan. Les plans sont, bien sûr, nécessaires, mais ils ne peuvent servir d'excuse pour ne pas prendre de mesures concrètes. Ainsi en 2002, nous développerons le principe du statu quo ('standstill') dans le secteur des

kingen mag niet verhogen) en de aanwezigheid van zware metalen in verpakkingen worden herbekeken. De wet op de productnormen zal worden aangepast, zodat zij ook op de pesticiden van toepassing wordt. Diezelfde aanpassing zal ervoor zorgen dat deze wet soepeler kan worden gehanteerd en de coherentie met andere wetten die bepaalde productnormen kunnen opleggen wordt verzekerd (zie ook het onderdeel inzake de bestrijdingsmiddelen).

Naast deze regelgevende maatregelen, zal het plan ook voorzien in mogelijke fiscale maatregelen, waarmee reeds in 2001 een begin is gemaakt zoals de fiscale aftrekbaarheid van investeringen voor rationeel energieverbruik en een accijnsvermindering voor zwavelarme brandstoffen.

Ook sociale maatregelen vormen een onderdeel van een geïntegreerd beleid. Vorig jaar zagen we hierin reeds een concretisering via de informatie over de CO₂-uitstoot van nieuwe auto's. Ook de verdere verspreiding van het Europees Ecolabel behoort hiertoe. In 2002 zal de bestaande reglementering met betrekking tot reclame en milieu worden geëvalueerd en waar nodig aangepast.

Daar waar de overheid bedrijven en burgers dient aan te sporen om op een duurzame manier te produceren en consumeren, dient zij in de eerste plaats zélf het goede voorbeeld te geven. De «greening of the government», een proces waarvoor Staatssecretaris Deleuze voortrekker is, en net tot doel heeft het beleid van de overheid in al zijn facetten (van aankoop van materiaal tot het beleid in zijn geheel), wordt door ons op actieve manier mee uitgebouwd. Het vormt ook een belangrijk onderdeel van het FPDO.

Op EU-niveau heeft België een zeer actieve inbreng in de opstelling van het Witboek inzake Geïntegreerd Productbeleid, en op internationaal niveau bereiden we nu al intensief de Wereld Top voor Duurzame Ontwikkeling (World Summit on Sustainable Development), de tiende verjaardag van de Rio vergadering in 1992 voor. Deze conferentie die onder andere de duurzame productie en consumptiepatronen grondig zal behandelen, vindt plaats in Johannesburg in september 2002.

5. Het mariene milieu

Als laatste, maar zeker niet onbelangrijke, opdracht ben ik verantwoordelijk voor het **mariene milieu**. Ook voor dit bevoegdheidsdomein wordt 2002 een belang-

emballages (le nombre d'emballages ne peut augmenter) et la présence de métaux lourds dans les emballages sera réexaminée. La loi sur les normes de produits sera adaptée afin que les pesticides soient inclus dans son champ d'application. Cette même adaptation devrait permettre une application plus souple de la loi et assurer la cohérence avec d'autres lois qui fixent certaines normes de produits (voir aussi partie sur les pesticides).

Outre ces mesures législatives, le plan prévoira aussi des mesures fiscales éventuelles - une initiative lancée déjà en 2001 - comme par exemple la déduction fiscale des investissements dans le domaine de l'utilisation rationnelle d'énergie et une réduction des accises pour les carburants pauvres en soufre.

Toute politique intégrée comprend aussi un volet de mesures sociales. L'année dernière, cet aspect a été concrétisé via les informations diffusées au sujet des émissions de CO₂ par les voitures neuves. Citons à ce propos aussi la poursuite de l'attribution du label écologique européen. En 2002, la réglementation existante concernant la publicité environnementale sera évaluée et adaptée le cas échéant.

S'il est vrai que les pouvoirs publics se doivent d'encourager les citoyens et les entreprises à produire et consommer de manière durable, ils doivent en tout premier lieu donner le bon exemple. Le 'greening of the government' - un processus auquel s'attelle surtout le Secrétaire d'État Deleuze - a précisément pour but de rendre plus «verte» la politique gouvernementale dans tous ses aspects (depuis l'achat de matériel jusqu'à la politique au sens large) ; elle peut compter sur notre appui inconditionnel et constitue un volet important du PFDD.

Au niveau de l'UE, la Belgique a apporté une contribution non négligeable à l'élaboration du Livre blanc sur la politique intégrée de produits et, à l'échelon international, nous préparons activement le Sommet mondial du développement durable (World Summit on Sustainable Development), le dixième anniversaire de la Conférence de Rio de 1992. Cette conférence qui traitera notamment des modes de production et de consommation durables se déroulera en septembre 2002 à Johannesburg.

5. Le milieu marin

La dernière de mes missions et ce n'est certes pas la moins importante, est celle qui consiste à protéger le **milieu marin**. L'année 2002 sera importante, égale-

rijk jaar. De aanleg van windmolenparken in de Noordzee is een eerste belangrijk project. Als diegene die moet toezien op de milieueffecten van dergelijke parken, zal ik in 2002 de verschillende projecten evalueren op basis van hun milieueffecten, waarbij een evenwicht dient te worden gezocht tussen de noodzaak om hernieuwbare energie te produceren en dit te doen op een manier die de impact op het mariene milieu zo klein mogelijk houdt, of zo mogelijk zelfs positief beïnvloedt. Ook de inbreng van de bevolking en de verschillende betrokken sectoren is hierbij erg belangrijk.

Een tweede groot project bestaat uit het ter beschikking hebben van alle mogelijke informatie nodig om, steeds in samenspraak met alle betrokkenen, zee-reservaten aan te duiden die een bijzondere bescherming nodig hebben en hiervoor beheersplannen uit te tekenen.

Als derde grote opdracht zie ik de bescherming van het mariene milieu van de Noordzee tegen verontreinigingen door rampen of illegale lozingen. Mijn departement heeft dit jaar nieuw materiaal voor vervuilingbestrijding verworven. Nog einde dit jaar zal er een operationele capaciteit zijn waarmee de overheid sneller en beter dit soort vervuilingen zal kunnen bestrijden. In dit kader zal ook worden gewerkt aan het verbeteren van de coördinatie tussen de verschillende departementen die bevoegd zijn voor de Noordzee. Daarnaast wordt bij mijn collega van Justitie aangedrongen op het aanstellen van een speciale parketmagistraat voor delicten op zee.

ment pour ce domaine de compétence. La construction de parcs d'éoliennes en mer du Nord est un premier projet intéressant. Comme responsable du contrôle de l'impact environnemental de tels parcs, je ferai évaluer plusieurs projets en 2002 sur la base de leurs répercussions sur l'environnement, en ce sens qu'un équilibre doit être recherché entre la nécessité de produire une énergie renouvelable et la réalisation de cette production d'une manière qui limite autant que faire se peut l'impact sur le milieu marin - voire même qui a sur ce milieu un effet positif. La participation de la population et des différents secteurs concernés est très importante à cet égard.

Un second projet consiste en la concrétisation de l'objectif qui consiste à pouvoir disposer de toutes les informations permettant de désigner, toujours en concertation avec toutes les parties concernées, des réserves marines qui requièrent une protection particulière et d'élaborer des plans de gestion à cet effet.

Comme troisième mission importante, je citerai la protection du milieu marin de la mer du Nord contre la pollution provoquée par les catastrophes maritimes ou les rejets illégaux. Mon département a fait, cette année, l'acquisition de nouveau matériel pour la lutte contre la pollution. A la fin de l'année nous disposerons d'une capacité opérationnelle qui nous permettra de lutter plus efficacement et plus rapidement contre ce type de pollution. Dans ce contexte, nous nous attacherons aussi à l'amélioration de la coordination entre les différents départements compétents pour la mer du Nord. J'insisterai aussi auprès de mon Collègue de la Justice en vue de la désignation d'un magistrat du parquet chargé spécifiquement des délits commis en mer.