

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

van

du

MAANDAG 21 APRIL 2008

LUNDI 21 AVRIL 2008

Namiddag

Après-midi

La séance est ouverte à 14.20 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De vergadering wordt geopend om 14.20 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'oxygénothérapie hyperbare" (n° 4017)

01 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hyperbare zuurstofbehandeling" (nr. 4017)

01.01 **Josée Lejeune** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé vient de publier un rapport plutôt négatif relatif à la question de l'efficacité de la thérapie par oxygénation hyperbare (ou HBOT Hyperbaric Oxygenation Therapy). Cette pratique médicale utilisée depuis des décennies consiste à placer le patient dans un caisson à des pressions supérieures à la pression atmosphérique et à lui administrer de l'oxygène.

Dans notre pays, on utilise cette technique dans une dizaine d'indications parmi lesquelles l'intoxication au monoxyde de carbone, des troubles aigus de l'audition, des problèmes de cicatrisation, les traitements des accidents de plongée, pour n'en citer que quelques-uns. Douze centres en Belgique sont équipés du système et pour l'heure il est prévu un remboursement par l'INAMI qui est limité aux deux premiers jours de traitement, quel que soit le nombre total de séances.

Cela dit, certains centres ont demandé l'élargissement des conditions de remboursement dans certaines indications. Et à en croire le jugement du centre d'études, les études scientifiques prouvant l'efficacité de ladite technique seraient médiocres voire inexistantes. Pourtant, on pourrait s'attendre à ce que l'efficacité de cette thérapie, qui remonte jusqu'au 19^e siècle, soit prouvée scientifiquement depuis longtemps! Apparemment, ce n'est pas le cas.

Pourtant, en 2001, alors que le remboursement n'était pas encore accordé, votre prédécesseur avait annoncé qu'il demanderait des données scientifiques et que le suivi du dossier serait assuré.

Madame la ministre, mes questions sont les suivantes.

Qu'en est-il de ces données scientifiques?

Où en est la demande d'élargissement des conditions de remboursement?

N'estimez-vous pas qu'il serait opportun de prendre des mesures?

Comptez-vous prendre des initiatives?

01.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, la discussion concernant l'élargissement des conditions de remboursement pour l'oxygénothérapie hyperbare est menée au sein du Conseil technique

médical depuis 2003.

Par ailleurs, l'INAMI a demandé un "rapid assessment", une procédure de demande d'avis rapide, au Centre de connaissance, le Kenniscentrum, qui vient de remettre son rapport.

Les 139 références d'études et d'articles scientifiques mentionnées dans celui-ci constituent un recueil quasi exhaustif en la matière.

Dans ce contexte, je ne dispose d'aucun élément qui me permettrait de remettre en question les conclusions et les recommandations du rapport au vu de la rigueur scientifique et méthodologique avec laquelle il est rédigé.

Sur base du contenu de ce rapport, la discussion concernant l'élargissement des conditions de remboursement pour certaines indications pourra maintenant reprendre au sein du Conseil technique médical et de la Commission nationale médecins - organismes assureurs de l'INAMI. Pour le moment, j'attends leurs conclusions et d'éventuelles propositions d'adaptation de la nomenclature concernée.

01.03 **Josée Lejeune** (MR): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. Étant donné que vous n'avez pas l'ensemble des conclusions, je reviendrai vers vous plus tard.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

La **présidente**: Les questions n^{os} 4018 de Mme De Block, 4019 et 4020 de Mme Avontroodt sont transformées en questions écrites.

02 Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques de surexposition aux rayonnements électromagnétiques" (n° 4035)**
- **M. Roel Deseyn à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la brochure relative à la problématique des rayonnements" (n° 4146)**
- **Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la publication d'une brochure d'information relative aux champs électromagnétiques et à la santé, et sur l'adaptation du site internet du SPF" (n° 4317)**

02 Samengevoegde vragen van

- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de risico's van een overdreven blootstelling aan elektromagnetische straling" (nr. 4035)**
- **de heer Roel Deseyn aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de brochure over de stralingsproblematiek" (nr. 4146)**
- **mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de publicatie van een infobrochure inzake elektromagnetische velden en gezondheid, en over de aanpassing van de website van de FOD" (nr. 4317)**

02.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la présidente, j'avais reporté cette question à la demande de M. Deseyn.

Madame le ministre, s'appuyant sur certaines études, certains médias se font l'écho d'une augmentation des cas de syndrome de fatigue chronique, d'abord chez les cadres à la fin des années 1980 puis, d'une façon plus généralisée à la fin des années 1990, pour toucher plus particulièrement les jeunes aujourd'hui. Cela serait dû à l'arrivée et au développement de la téléphonie mobile. Ces études soulignent les méfaits possibles sur l'organisme d'une exposition aux ondes radio.

Les rayons électromagnétiques seraient responsables de la diminution dans le corps des antioxydants, du taux de calcium et des globules rouges, provoquant ainsi une asthénie pouvant être accompagnée de nausées et de vertiges, mais aussi un affaiblissement du système immunitaire avec une sensibilité accrue aux bactéries et aux virus, aux moisissures et aux parasites. Ils provoqueraient également une surproduction de cortisone et d'adrénaline, entraînant un épuisement de ces dernières. La sérotonine diminuerait elle aussi, tout comme la mélatonine, la dopamine et la nopépinéphrine qui joue un rôle dans la commande du système nerveux.

Devant cette lecture inquiétante des méfaits supposés d'une surexposition aux ondes électromagnétiques, je me demande si vos services ont diligenté une étude des effets d'une telle exposition, une analyse contradictoire des différentes études parues de par le monde? C'est un domaine où manifestement toutes les versions existent. Pouvez-vous nous informer voire nous rassurer ou encore nous indiquer quelles recommandations il est envisagé de communiquer au public pour se prémunir d'une exposition excessive à ces rayonnements qui font désormais partie de notre quotidien, en tout cas pour plus de 90% de la population?

02.02 **Roel Deseyn** (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, er wordt inderdaad nogal wat ophef gemaakt rond publicaties over de nefaste gevolgen van gsm en andere stralingen, zoals onder meer WiFi-straling, die gegenereerd worden door toestellen die werken met elektromagnetische golven.

Het is zo dat men in dergelijke publicaties conclusies kan lezen die in alle richtingen gaan. Vanuit het voorzorgsprincipe kunnen wij politiek alleszins deze kwestie niet ontlopen. Wij moeten precies nagaan hoe het beleid er moet op inspelen. Er zullen dan ook adviezen en aanbevelingen worden gepubliceerd, onder meer door de FOD Volksgezondheid, rond gsm-gebruik. Dat is uiteraard een positieve zaak. Wij zijn natuurlijk weinig onderlegd, ik althans toch niet, over wat nu precies de exacte draagwijdte is vanuit medisch oogpunt rond dergelijke problematiek. Maar als een gezaghebbende overheid een brochure publiceert, is het zeer belangrijk dat wij weten hoe deze brochure tot stand is gekomen. In dat opzicht moet ook de parlementaire controle worden gezien.

Er is nu toch enige controverse ontstaan omtrent de methodiek die gehanteerd wordt, over de bronnen die geconsulteerd worden of over het gezaghebbend karakter van de experts die aan deze brochure meewerken. Vanuit bepaalde hoek wordt de vraag gesteld – collega's zullen daarover ook wel reacties hebben ontvangen – of dit wel neutraal en objectief is. Dat is een open vraag maar in evaluatierapporten – wat de Wereldgezondheidsorganisatie heeft voorgesteld – wordt gesteld dat men absoluut de sponsors en de promotoren mee in rekening moet brengen wanneer men een dergelijke brochure of aanbeveling gaat evalueren.

Wanneer het zo zou zijn dat de FOD Volksgezondheid, en na evaluatie door de Hoge Gezondheidsraad, zich zou baseren op studies waarvan geen validatie is gebeurd op het neutraliteitsaspect, dan vrees ik dat er een probleem zou kunnen zijn met de publieke voorlichting voor onze burgers.

In dit verband had ik graag geweten of het klopt dat er niet alleen van onafhankelijke expertise gebruikgemaakt wordt bij het tot stand komen van deze brochure onder uw verantwoordelijkheid.

Wat zullen daar de grote inhoudelijke thema's zijn? Gaat het enkel over gsm? Gaat het ook over WiFi-straling? Wordt dit samen naar buiten gecommuniceerd?

Welke experts zijn precies betrokken bij het opstellen van deze brochure?

Hoe zal de brochure adequaat verspreid worden?

02.03 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, ma question, qui a été déposée le 4 avril dernier, est quasiment identique à celle de M. Deseyn en ce qui concerne la publication probable de la brochure au cours de ce mois d'avril.

Je voulais savoir sur la base de quelles références scientifiques cette brochure sera réalisée. En effet, un débat existe à ce sujet, sans cesse alimenté par une situation de plus en plus alarmante et par la contestation de l'expertise de l'OMS. Une étude en particulier a mis en cause la position de l'OMS sur laquelle se basent habituellement la Commission européenne et d'autres autorités publiques.

Avez-vous pris la précaution de consulter d'autres sources scientifiques que celles de l'OMS, qui semblent refuser l'évidence d'une influence autre que thermique de ces ondes électromagnétiques sur la santé?

Par ailleurs, vers quel public cette étude sera-t-elle diffusée? À quelle échelle?

Avez-vous prévu de la communiquer à des publics jeunes qui sont sans doute les plus fragiles au niveau de la santé et qui utilisent en revanche intensivement les gsm?

J'ai déjà posé une question voilà 4 ou 5 mois – quand le ministre Donfut était compétent – sur le site d'informations "infogsm.be" qui, selon moi, était très peu actualisé étant donné l'état d'avancement des connaissances scientifiques. Il y a quelques jours, j'ai encore pu y lire que: "La recherche scientifique actuelle a conclu que les rayonnements des téléphones mobiles ne nuisent pas à la santé dans des circonstances normales. De plus, il ne faut pas craindre que le fait d'habiter à proximité d'antennes soit préjudiciable à la santé".

Ce genre d'affirmation laisse perplexe. Que signifie l'expression "circonstances normales"? La population belge utilise-t-elle le téléphone mobile de façon normale? Où est la limite de ce concept de normalité?

Je considère que ce discours rassurant n'inspire pas du tout des conduites de précaution. Il est grave qu'on puisse encore affirmer de telles choses sur un site qui vient du ministère de la Santé publique.

Madame la ministre, comptez-vous modifier cet outil d'information important qu'est le site internet? Allez-vous enfin tenir un discours un peu plus prudent en ce qui concerne la santé des jeunes en particulier?

Je tiens également à rappeler que nous avons déposé une résolution parlementaire réclamant plus d'exigence au niveau des normes de santé sur les ondes électromagnétiques. Cette résolution vous a été confiée pour être soumise au KCE. Pouvez-vous me dire si celui-ci a bien reçu cette résolution et dans quel délai nous l'aurons de retour pour pouvoir en discuter ici au parlement?

02.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chers collègues, à la lumière des conclusions du rapport récent du Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux de la Commission européenne, je ne peux pas affirmer qu'il existe un lien clair de causalité entre le syndrome de fatigue chronique et une exposition aux champs électromagnétiques. En effet, la conclusion de ce rapport est la suivante: "Aucun effet sur la santé n'a pu être démontré à des niveaux d'exposition inférieurs aux limites de l'ICNIRP (International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection) établies en 1998. Néanmoins, la base des données pour l'évaluation reste limitée, spécialement pour les effets à long terme liés à une exposition à de faibles niveaux". Autrement dit, je ne sais pas démontrer de lien de causalité selon les rapports des scientifiques. Cela étant dit, partant du principe de précaution, je partage bien entendu votre inquiétude, étant donné que le monde scientifique n'a pas encore donné de réponse définitive.

Par ailleurs, je constate que la problématique est souvent présentée dans la presse d'une façon parfois fort réductrice, parfois aussi avec des éléments qui sont tout à fait faux. C'est pourquoi mon département travaille à la préparation d'une brochure détaillée qui clarifie simplement les constats scientifiques sur le sujet. Cette brochure intitulée "les champs électromagnétiques et la santé, votre guide dans le paysage électromagnétique" paraîtra très prochainement. Elle est rédigée sur la base de conclusions scientifiques récentes. Plusieurs rapports et articles provenant d'institutions internationales, européennes et belges ont été consultés. On y traite non seulement des effets thermiques instantanés mais également des effets possibles d'une exposition de longue durée à ces champs électromagnétiques. Cette brochure est destinée aux personnes qui cherchent des informations sur les risques éventuels pour la santé des gsm, des antennes gsm, des réseaux sans fil et des autres technologies à émission de rayonnement.

Elle explique en termes clairs les incertitudes scientifiques, les choix politiques et la réglementation actuelle importante tant pour la santé publique que pour la santé des consommateurs. En outre, le lecteur est orienté dans le labyrinthe des administrations compétentes.

Enfin, elle donne quelques conseils pratiques pour l'utilisation intelligente du gsm, du wi-fi, du baby phone et du téléphone sans fil.

De brochure is opgesteld door de medewerkers van de dienst Risicobeheersing van de FOD Volksgezondheid, in samenwerking met externe wetenschappelijke deskundigen. Meer toelichtingen hierover zullen worden opgenomen in de brochure. Uitgebreide raadplegingen hebben het overigens mogelijk gemaakt om de complexe problematiek op een objectieve en systematische manier te benaderen.

De brochure zal worden verstuurd naar de gemeentes en de regionale besturen en administraties die in contact komen met het publiek. De oplage zal 50.000 exemplaren bedragen, in de drie nationale talen. De elektronische versie zal beschikbaar zijn via de website van de FOD Volksgezondheid. Tot slot zal een papieren exemplaar besteld kunnen worden via het callcenter van de FOD.

Enfin, concernant le site "infogsm" auquel vous avez fait référence, il n'est pas sous la responsabilité éditoriale du SPF Santé publique, mais bien de la Commission de la sécurité des consommateurs, organe consultatif qui fait rapport au ministre ayant cette matière dans ses attributions.

Je peux simplement attirer l'attention du ministre de la Protection des consommateurs, mais je n'ai pas de responsabilités en ce domaine. En l'occurrence, je pense qu'il s'agit de M. Magnette.

La **présidente**: Oui, ce serait assez logique.

02.05 Laurette Onkelinx, ministre: Ou alors, posez-lui la question!

La **présidente**: Voilà comment on se refile la patate chaude!

02.06 Laurette Onkelinx, ministre: De plus, il est d'un commerce agréable.

La **présidente**: Donc, voilà la consigne: on pose les questions à M. Magnette pour en dispenser Mme Onkelinx.

02.07 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse. Je voudrais encore évoquer, pour en avoir discuté avec Mme della Faille, la problématique du rayonnement des baby phones. Le fait que vous ayez abordé l'ensemble de la problématique des rayonnements et pas seulement ceux des gsm est un point effectivement très important.

Parmi les normes dont on parle, celle de Salzbourg doit être mise en évidence. Or, on m'a dit que dans les faits, elle n'était pas appliquée à Salzbourg.

02.08 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

02.09 Jean-Jacques Flahaux (MR): Théoriquement, la norme est imposée dans la municipalité de Salzbourg alors que, dans les faits, elle ne serait pas utilisée. Dans le cadre du rassemblement de toutes les études effectuées en la matière, il serait intéressant d'ajouter cet élément à notre dossier.

La **présidente**: Tout à fait! Ce serait opportun pour la discussion qui aura de nouveau lieu sur cette proposition après la transmission des données du KCE.

02.10 Laurette Onkelinx, ministre: D'après une traductrice, elle et ses collègues ont des problèmes de santé dus à l'utilisation du gsm.

La **présidente**: Il faudrait donc prendre des dispositions vis-à-vis des personnes qui mettent leurs oreilles au service des autres.

02.11 Roel Deseyn (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, een controversieel element in de discussie vandaag was het probleem dat de bronnen niet altijd even goed gecertificeerd of duidelijk geïdentificeerd konden worden. Ik heb u in uw antwoord weinig of niets over deze aspecten horen zeggen. Dat is precies de bezorgdheid van heel wat experts en wetenschappers. Ik denk dat het essentieel is dat de brochure die, als ik hoor wat er zal instaan heel wat praktische richtlijnen zal bevatten en zeker verdienstelijk zal zijn, wordt verantwoord, gezien ook de wetenschappelijke controverse. De overheid kan een zekere houvast bieden of een indicatie geven waarop een en ander is gebaseerd. U zegt dat de brochure zal overbrengen wat wetenschappelijk vaststaat en ook een aantal onzekerheden zal bevatten. Ik vind het goed dat een overzicht wordt gemaakt van zaken waarover nog twijfel bestaat. Mensen kunnen dan zelf beslissen of zij een voorzorgsprincipe hanteren, als zij zien waarover nog discussie bestaat.

Ik weet niet of het al te laat is, ik hoop van niet, maar ik zou u vandaag nog iets voor de brochure willen meegeven. Men zal over thermische effecten spreken. Een zeer belangrijk element in de discussie vind ik persoonlijk ook de celprogrammering, de biochemische invloed die straling uitoefent op het kortetermijngeheugen. Het blijkt dat iemand die vaak in een WiFi- of DECT-omgeving is, zich bepaalde zaken minder lang of niet zal herinneren. Ik heb het dan niet meteen over het langetermijneffect, maar wel over de dagelijkse zaken waaraan een persoon zou kunnen lijden of het slachtoffer zou kunnen van zijn wanneer hij aan straling wordt blootgesteld. Welke omvang dit aanneemt, is moeilijk in te schatten, maar het

is toch belangrijk dat dergelijke zaken, als het gaat over geheugenfuncties, minstens in de brochure worden vermeld.

Ik had nog twee bezorgdheden. Ten eerste, de stralingsniveaus van verschillende toestellen. Mevrouw de minister, u kunt het functioneren van een DECT-apparaat absoluut niet vergelijken met een CT-apparaat of een WiFi-apparaat. Het een heeft een latente straling, het ander slechts een periodieke straling van een heel ander niveau. Ik hoop dat de brochure daarin een heel duidelijk onderscheid maakt en het de mensen ervan bewust maakt dat wanneer zij zich een headset voor telefoonverkeer willen aanschaffen, IP veel veiliger is dan een DECT-toestel dat gevaarlijker is dan een CT-toestel met hetzelfde comfort en gebruiksniveau. Ik hoop dat die brochure een duidelijk onderscheid maakt tussen de verschillende soorten stralingen, de beschikbare apparaten op de markt en de classificatie van de verschillende types.

Voorts heb ik nog een bezorgdheid over de verspreiding. Het is goed dat de mensen dit zullen bekomen via publieke kanalen en via het callcenter, maar er is nood aan een informatiecampagne. Men kan niet weten dat zoiets bestaat en dat men het kan aanvragen als er geen grotere mediacampagne komt met spotjes op televisie. Ik weet niet of dat voorzien is. Men moet echter minstens weten dat zoiets bestaat en dat men die brochure kan aanvragen. Anders blijft het natuurlijk een beetje een virtuele uitgave.

02.12 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Nous verrons de quoi sera constituée cette brochure. Si vous vous êtes basés sur différentes références scientifiques, cela promet d'être intéressant. Mais j'aurais aussi aimé, comme M. Deseyn l'a dit, que vous puissiez citer des noms. S'agit-il du rapport Bio-initiative, de l'étude Interphone ou de l'étude Reflex? Toutes ces sources sont d'un niveau international. Il serait intéressant de les citer, ce qui n'est pas le cas actuellement dans les outils de communication que j'ai consultés.

Je suggère également de mener une campagne d'information ciblée pour le public jeune.

02.13 Laurette Onkelinx, ministre: Nous verrons si on peut diffuser la brochure à une plus grande échelle. Mais si elle est déjà soumise à la critique...

02.14 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Une campagne...

02.15 Laurette Onkelinx, ministre: Nous sommes bien d'accord. Nous publierons d'abord une première brochure, qui sera sans doute améliorée avant de lancer une campagne grand public. Elle mettra en évidence les questionnements scientifiques qui existent, ce qui est normal vu qu'il y a encore des discussions à ce sujet. Avec cette brochure nous pourrions évaluer si l'administration a réussi à trouver un équilibre. Si oui, pourquoi ne pas la diffuser à une plus grande échelle.

02.16 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Il faut parfois des outils de communication différents pour des publics différents. Une brochure de plusieurs pages n'aura peut-être pas beaucoup d'effets sur les jeunes. D'autres modes de communication seraient sans doute plus performants pour ce public.

Il y a le problème des normes, que j'espère voir réglé un jour, mais aussi le problème de la prise de risques dans les comportements individuels, qu'il est possible de prévenir. C'est surtout important dans le cas de la population jeune, étant donné leur fragilité physiologique.

En ce qui concerne le site internet, M. Donfut m'avait répondu à ce sujet, qui me semblait relever de ses compétences. Et quand j'ouvre cette page internet, elle est bien reliée au SPF Santé et Environnement.

02.17 Laurette Onkelinx, ministre: Plusieurs ministres ont des morceaux de compétences qui concernent la même administration. Il n'y a pas un SPF par ministre.

02.18 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Le site internet aurait alors changé de ministre? Cela m'inquiète, car cela confirmerait la rumeur comme quoi Belgacom aurait réalisé ce site internet et que, dès lors, les informations viendraient de là.

02.19 Laurette Onkelinx, ministre: En tout cas, le comité auquel j'ai fait référence relève de la compétence de (...).

02.20 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): (...) la Commission européenne.

02.21 **Laurette Onkelinx**, ministre: Non. Je veux parler de la Commission de la sécurité des consommateurs.

La responsabilité rédactionnelle relève de la Commission de la sécurité des consommateurs qui dépend du ministre qui a dans ses attributions la Protection des consommateurs.

02.22 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Vous avez dit que toute brochure qui sera publiée pourra être téléchargée sur un site internet. Il faut donc éviter que deux sites internet traitent du même sujet et puissent donner des informations différentes.

02.23 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je vais écrire un courrier à mon collègue et M. Kuypers, le patron du SPF en vue de les informer que le site "infogsm.be" semble poser quelques petits problèmes et qu'il ne faudrait pas mélanger les informations qui portent sur le même sujet.

02.24 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Je vous remercie, madame la ministre.

La **présidente**: Les questions qui viennent d'être posées sont importantes au niveau de l'information.

Par ailleurs, quand le sujet est venu sur la table en commission dans le cadre de la discussion d'une résolution déposée par Mme Snoy, on a considéré qu'il était impossible de discuter des risques liés à l'usage du gsm sans avoir connaissance des études pouvant être considérées comme scientifiquement probantes.

Ce raisonnement doit être appliqué dans toute circonstance. Il serait donc intéressant d'attendre le résultat de l'étude demandée au Kenniscentrum concernant le relevé des études dites scientifiquement sérieuses et qui peuvent être prises en compte lors notamment de l'élaboration de mesures quant aux normes à appliquer. Nous pourrions demander à cette instance si elle peut nous dire quand cette étude sera terminée.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 **Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le symbole du triangle renversé pour les médicaments contenant un nouveau principe actif" (n° 4039)**

03 **Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van de omgekeerde driehoek als symbool voor geneesmiddelen die een nieuw actief bestanddeel bevatten" (nr. 4039)**

03.01 **Josée Lejeune** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, au moment de sa commercialisation, le profil d'un médicament contenant un nouveau principe actif n'est pas encore totalement établi. Le sujet a été abordé dernièrement en commission et je ne souhaite pas m'attarder vu que les procédures de suivi ont notamment été renforcées.

Parallèlement depuis peu, et l'on ne peut que s'en réjouir, l'attention des prescripteurs est attirée directement par le biais d'un petit symbole (un triangle renversé) signifiant qu'un nouveau principe actif est présent dans le médicament. En outre, ce symbole apparaît dans le "répertoire commenté des médicaments" dans lequel sont repris tous les médicaments disponibles sur le marché belge, en regard des préparations concernées et cela pendant les trois premières années suivant la commercialisation.

Pareil système a été mis en place en Grande-Bretagne dès 1976.

L'attention est ainsi directement attirée sur le fait que l'expérience avec ce médicament dans la pratique quotidienne est encore limitée et que le Centre belge de pharmacovigilance est particulièrement vigilant par rapport au suivi du médicament. Il s'agit également d'inciter les prescripteurs à notifier systématiquement toute suspicion d'effet indésirable.

Madame la ministre, mes questions seront très simples.

Le symbole du triangle renversé n'est pour l'instant que destiné aux médecins et aux pharmaciens.

Ne pensez-vous pas que les patients devraient également avoir accès à cette information, ce qui leur permettrait de prendre une décision pour leur médication en parfaite connaissance de cause?

Votre département envisage-t-il d'apposer le symbole du triangle renversé directement sur les emballages des médicaments?

Dans l'affirmative, une campagne d'information pour le grand public serait-elle prévue?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, comme Mme Lejeune l'a mentionné, le symbole du triangle noir renversé est repris dans le "répertoire commenté des médicaments" en regard du nom de la spécialité et s'applique aux médicaments contenant un nouveau principe actif.

La version électronique du répertoire reprenant aussi les médicaments portant le symbole est accessible à tous via le site internet du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP) qui édite le répertoire. La liste des médicaments concernés est également disponible sur le site internet de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

S'agissant de nouveaux principes actifs, les médicaments concernés par le symbole ne peuvent généralement être délivrés que sur prescription médicale. Le choix du médicament adéquat doit se faire en concertation avec le médecin et dépendra de la situation spécifique du patient.

Les médicaments portant ce symbole ne doivent pas être considérés comme présentant plus de risques que les autres médicaments. La notice à destination du patient contient des informations importantes quant à la sécurité d'emploi du médicament. Le choix de mentionner le symbole du triangle noir renversé dans le répertoire commenté des médicaments vient du fait que le répertoire est un ouvrage largement utilisé par les prescripteurs et par les pharmaciens. En effet, le prescripteur ne dispose pas, en principe, du médicament qu'il prescrit; il ne peut donc pas par ce biais savoir si le médicament est concerné par le symbole.

De plus, les mentions devant figurer sur l'emballage d'un médicament sont fixées par l'article 59 de la directive 2001/83. L'apposition d'un signe lié à la nouveauté d'un médicament n'est pas mentionnée à l'article 57 de la même directive prévoyant des dérogations à l'intention des États membres. L'apposition d'un logo sur l'emballage devrait donc être concertée au niveau européen.

Dans la mesure où la mention du symbole du triangle noir renversé sur l'emballage des médicaments n'est actuellement pas prévue, nous n'envisageons pas de campagne d'information à ce sujet à destination du grand public.

03.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie. La directive européenne ne prévoit donc pas d'inscription sur l'emballage. Nous sommes un peu bloqués à l'heure actuelle. Ne serait-il pas judicieux de porter le dossier au niveau européen et d'interroger les autres pays afin de voir s'il ne conviendrait pas d'imposer ce symbole? En effet, il me semble logique que le "consommateur" soit informé en ce domaine.

La **présidente**: Il faut aussi qu'il connaisse le symbole.

03.04 Josée Lejeune (MR): Oui, évidemment.

La **présidente**: Vaste question que celle de l'information des consommateurs de médicaments!

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

04 Samengevoegde interpellatie en vragen van

- de heer Koen Bultinck tot de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de herziening van het planningssysteem van het medische aanbod" (nr. 45)

- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de contingentering van het medische aanbod" (nr. 4396)

- mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid over "de numerus clausus en de RIZIV-quota" (nr. 4602)

04 Interpellation et questions jointes de

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la révision du système de planification de l'offre médicale" (n° 45)

- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contingentement de l'offre médicale" (n° 4396)

- Mme Valérie De Bue à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le numerus clausus et les quotas INAMI" (n° 4602)

04.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik zou kunnen zeggen dat dit een vervolgverhaal is op wat wij in de vorige legislatuur elke keer aan uw voorganger, minister Demotte, hebben moeten aanreiken als debatstof.

Ik grijp terug, voor een stuk, naar uw eigen officieel regeringsakkoord dat afgesloten is, waarin over de problematiek van de contingentering toch een aantal belangrijke zaken staat.

Ik vat zeer kort het letterlijk citaat uit het regeerakkoord samen. Er is sprake van het voorstel, of minimaal de suggestie, om het planningssysteem van het medisch aanbod te herzien, rekening houdend met de studie van het Kenniscentrum, met de adviezen van de planningscommissie en uiteraard – daarmee verwijst u naar iets dat nog in werking moet treden – wel degelijk met het kadaster voor de medische beroepen, dat eind 2008, begin 2009 in werking zou moeten treden. Op basis van de bevolkingspiramide, de vervrouwelijking van het beroep en een aantal noden specifiek van de sector, moeten wij een aantal zaken eventueel kunnen herzien, zo stelt u.

Een cruciaal bijkomend element is nieuw in vergelijking met alle vorige regeringsakkoorden. Ik wil toch de bijzondere aandacht vragen van de collega's die deel uitmaken van deze meerderheid, in casu het kartel CD&V/N-VA. Ik wil de leden van het kartel erop attent maken dat voor de eerste maal in een officieel regeringsakkoord sprake is van een regularisatieoplossing, die toegepast zou worden voor de overtallen die er uit het verleden geweest zouden zijn in vergelijking met het huidige contingent, de huidige quota.

Mevrouw de minister, u zult begrijpen dat ik dat belangrijk genoeg vond om u toch even te ondervragen over die problematiek. Wat onze fractie aangaat, is het bijzonder symbolisch dat ik in de aansluitende vragen uitgerekend alleen door Franstalige collega's opgevolgd word in de vraagstelling.

Ook in uw beleidsbrief wordt grosso modo dezelfde toon aangeslagen. Er staat een aantal technisch-correcte mededelingen in. Zo zegt u dat we rekening moeten houden met het bestaande probleem aan de aanbodzijde, met het probleem van de vervrouwelijking van het beroep en met het probleem van de vergrijzing. Daartegenover maakt u de feitelijke vaststelling dat in de Vlaamse Gemeenschap wel degelijk een toelatingsexamen in het begin van de studies ingevoerd is. De Franstalige Gemeenschap heeft zeer lang verwaarloosd iets te doen. Uiteindelijk is men gekomen tot een systeem waarbij een selectie wordt doorgevoerd na het einde van het eerste jaar van de studies. Het Kenniscentrum is, al enige tijd geleden, bevallen van een nieuw advies. Aan het einde van dat deel over de contingenteringproblematiek in uw beleidsbrief zegt u dat er wel degelijk over een soort van "vereffening" – zo noemt u dat in uw beleidsbrief; het gaat wel degelijk over een soort van regularisatie – gesproken moet kunnen worden. Dat is toch wel een cruciaal element.

Ik heb er even de medische pers op nageslagen. De Huisarts heeft het over "quota onder voorbehoud". De Artsenkrant was al iets duidelijker; die had het over "Contingentering: zondaars krijgen vrij spel".

De Nederlandstalige pers – misschien is het niet slecht dat ik de Nederlandstalige pers toch even citeer om u de gevoeligheid in het Nederlandstalig landsgedeelte mee te geven – had het zeer duidelijk over: "Regering veegt spons over teveel aan Waalse artsen". Guido Tegenbos had het in De Standaard wel degelijk over "Franstalig gezeur werkt. Overtal aan artsen wordt geregulariseerd."

Als wij het dossier technisch bekijken, mevrouw de minister, dan zult u net zo goed als ik, die het dossier in deze Kamer al meerdere jaren opvolg, weten dat die beslissing tot de contingentering van de artsen dateert van 1996. Toen werd afgesproken om het aantal artsen vanaf 2004 wel degelijk te gaan beperken, zeker wat betreft de artsen die toegang zouden krijgen tot het RIZIV-systeem waardoor zij terugbetaling kunnen eisen van hun medische akten.

Anderzijds is er de technische vaststelling dat de planningscommissie Medisch Aanbod op basis van het beruchte koninklijk besluit 78 van 10 november 1967 ons met de regelmaat van een klok een advies moet leveren over de behoeften met betrekking tot het medisch aanbod. Gelet op de ingewikkeldheid van dit land is er de feitelijke vaststelling dat, vermits onderwijs een gemeenschapsbevoegdheid is, de respectievelijke Gemeenschappen het nodige moesten doen. Ik zei reeds dat het Nederlandstalige landsgedeelte meer dan zijn deel heeft gedaan door over te gaan tot een centraal toegangsexamen. Het Franstalige landsgedeelte heeft het andermaal wat laten afweten door pas veel later een selectiesysteem in te voeren na het eerste jaar studie.

Het huidig contingent, mevrouw de minister, ligt vast op 60% Nederlandstaligen en 40% Franstaligen, zijnde 700 artsen voor het Nederlandstalige landsgedeelte en 280 voor het Franstalige landsgedeelte. Uw voorganger had reeds voorgesteld om die contingentering aan te passen en uit te breiden tot 1.025 tegen 2013 en 1.230 tegen 2015. Op datzelfde elan wil u verder gaan door de contingentering wel degelijk uit te breiden tot 1.230 in 2015.

U zult van mij aannemen, mevrouw de minister, dat ter zake een aantal kritische vragen mogen worden gesteld. Los van het feit dat het vrij historisch is dat zo uitgebreid, zowel in een beleidsverklaring als in een regeerakkoord, sprake is van de aanpassing van de contingentering, wil ik u toch een aantal zeer duidelijke vragen stellen, mevrouw de minister.

Eenzijds de duidelijke vraag of u de analyse, die is gemaakt door de medische planningscommissie, wel degelijk van plan bent te volgen.

Tweede zeer duidelijke vraag die zich vandaag stelt, is uiteraard binnen welk tijds kader u hierover een beslissing zult nemen. Zult u inderdaad wachten tot de inwerkingtreding van het kadaster voor medische beroepen zodat wij exact zicht krijgen op de artsen die wel degelijk actief zijn? Iedereen die het dossier opvolgt, weet dat er een fundamenteel verschil is tussen de artsen die afstuderen of de studies aanvatten, en degenen die uiteindelijk ook medisch actief worden op het terrein.

Er blijven nog cruciale vragen over, mevrouw de minister. Hoe ziet u die fameuze regularisatieoplossing zoals u ze voorstelt? Als we tussen de lijnen lezen, gaat het wel degelijk over een overtal aan Waalse en Brusselse artsen. In het Franstalige landsgedeelte heeft men nooit op een stringente manier de contingentering opgevolgd. Hoe ver staat het overleg met de betrokken Gemeenschappen?

Volgende cruciale vraag mag u de Nederlandstalige collega's in het Parlement zeker niet kwalijk nemen. In de vorige legislatuur hebben wij met uw collega Demotte zeer frequent een heldhaftig gevecht moeten voeren met betrekking tot de contingentering en de weigering om soepel te zijn met betrekking tot de contingentering van de kinesisten. Voor de betrokkenen is een soort van uitgangsexamen aan het einde van hun studies tot stand gekomen en bij hen is er enkel sprake van een overtal aan Nederlandstalige zijde. Waarom wordt niet geopteerd voor een zelfde regeling, een soort regularisatie, met betrekking tot de kinesisten, mevrouw de minister?

04.02 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, la question de la limitation de l'offre médicale par l'instauration d'un numerus clausus en médecine est controversée depuis de nombreuses années. En 2003, les universités de la Communauté française de Belgique ont attribué quelque 530 diplômes de docteur en médecine. Ils ne sont plus que 330 en 2004, 226 en 2005 et 339 en 2006. Aujourd'hui, on peut dire que la Belgique étouffe dans l'œuf la formation de ses médecins en imposant au travers du numéro INAMI un strict numerus clausus aux jeunes qui veulent se former en médecine.

Dans le même temps, elle doit faire appel – et heureusement qu'elle le peut – à de nombreux médecins venant de tous les pays du monde. Un quotidien révèle d'ailleurs que le Conseil national de l'Ordre a autorisé pas moins de 434 médecins venus d'autres pays à exercer sur notre territoire et alors que l'État ne permet pas à plus de 700 nouveaux médecins belges (420 Flamands, 280 francophones) de recevoir le fameux numéro INAMI leur permettant d'exercer sur le territoire de notre pays.

En 2007 – dit ce quotidien –, la seule Roumanie a fourni 140 médecins, soit la moitié du contingent réservé aux jeunes francophones. Je me permets de rappeler que dès 2003, l'Association médicale mondiale a exhorté chaque pays à faire tout son possible pour former un nombre suffisant de médecins en tenant compte de ses besoins et de ses ressources, et ce sans compter sur l'immigration. C'est d'ailleurs dans ce sens que, dès 2004, j'avais déposé une proposition de loi pour suspendre les effets de l'arrêté royal du 30

mai 2002.

Madame la ministre, quelle est votre position aujourd'hui par rapport à la imitation de l'offre médicale dans notre pays? Envisagez-vous de remédier à cette situation, notamment par la suspension de l'arrêté royal limitant le nombre global de candidats et le numéro INAMI?

04.03 Valérie De Bue (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je ne vais pas répéter tous les chiffres qui viennent d'être cités et qui concernent l'évolution des quotas dans le domaine médical. Il est vrai que le débat a encore rebondi ces derniers jours avec l'article du journal "Le Soir" à propos des 434 médecins venus de l'étranger pour pratiquer la médecine en Belgique et la colère de la FEF qui dénonçait ce phénomène et qui remettait en question le système de quotas. Nous sommes quand même face à un paradoxe: on décourage les jeunes à entreprendre des études de médecine et, dans le même temps, on fait venir des médecins de l'étranger.

Où en est-on dans la création du cadastre dont on parle et qui permettrait de connaître avec exactitude le nombre de médecins exerçant effectivement sur le terrain? Cela pourrait être un outil particulièrement précieux.

Pensez-vous que le phénomène des médecins venus de l'étranger va perdurer? Depuis l'ouverture de l'Europe aux pays de l'Est, il semble en augmentation.

Que pensez-vous des recommandations de la commission de planification que vous évoquez dans votre note de politique générale? Ces mesures seront-elles suffisantes car on parle d'une augmentation des quotas à partir de 2014 et d'un lissage à partir de 2008 jusqu'en 2018? Je rappelle la situation des reçus-collés de 2007 où 35 étudiants sont toujours en attente d'une décision de justice et sont toujours sur le carreau.

Le système de quotas a-t-il encore un sens dans un marché européen où la libre circulation est de mise?

Quelles sont les autres mesures envisagées pour solutionner ce problème?

La **présidente:** Madame la ministre, je vous cède la parole pour répondre à des questions que nous avons déjà traitées et qui auraient pu effectivement être abordées lors de la discussion de la note de politique générale. Mais l'interpellation ayant été acceptée en Conférence des présidents, ces questions ont été jointes.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, je voudrais formuler deux remarques, notamment le fait que j'ai déjà beaucoup répondu à ces questions. En effet, plusieurs questions et interpellations ont déjà été posées sur le sujet. Je vais répéter la même chose.

Le contingentement n'est qu'une des facettes de l'indispensable planification médicale qui doit permettre de réguler l'offre et la demande en mettant la qualité au cœur du débat.

La planification doit tenir compte du vieillissement de la population, de la féminisation du corps médical – ce n'est pas tellement le fait qu'il y ait plus de femmes qui pose problème mais le fait qu'il existe des demandes de plus en plus importantes. Les hommes et les femmes médecins concilient différemment leur vie professionnelle avec leur vie privée.

Elle doit aussi tenir compte de la répartition géographique des médecins et des besoins sur le terrain dans les différentes spécialisations, y compris la médecine générale. Une augmentation du contingentement dans le temps, comme proposé par la Commission de planification sur la base de plusieurs études, dont celle récente du KCE, est donc tout à fait logique.

Cette étude confirme d'autres études sur un risque de pénurie dans l'avenir, sans pouvoir préciser les besoins exacts. Cette pénurie sera surtout effective en médecine générale et dans certaines spécialités hospitalières comme l'oncologie, la pédopsychiatrie, les internistes généraux, etc. L'étude montre également qu'il n'y a pas de lien entre le nombre de médecins et le nombre de prestations.

Par ailleurs, des demandes émanent des deux Communautés pour trouver une solution à la pénurie et à la question des étudiants excédentaires.

Dans ce contexte, ma position est la suivante.

D'abord, pour revoir globalement le système, j'ai toujours dit que je voulais attendre le cadastre des professionnels de la santé. On l'aura fin 2008, début 2009. On examinera aussi ce qu'il en est des médecins venant d'autres pays européens. J'entends souvent dire qu'on les appelle à la rescousse. C'est inexact! Il s'agit de la libre circulation des travailleurs. Des médecins belges vont travailler dans d'autres pays et des médecins étrangers viennent en Belgique. C'est ainsi.

Auparavant, les chiffres étaient stables et se situaient aux alentours de 130 par an, et ce jusqu'en 2004. Ensuite, cela a augmenté: 170 en 2005, 241 en 2006 et jusqu'à 421 en 2007 (dont plus de 30% proviennent de Roumanie). Cette observation est faite dans l'ensemble de l'Europe de l'Ouest et est liée à l'obtention récente de la libre circulation des médecins pour un certain nombre de pays de l'Est ayant adhéré ces dernières années à l'Union européenne.

Des proximités dues à la langue amènent cette libre circulation à s'exercer davantage dans certains pays membres de l'Europe de l'Ouest que dans d'autres.

Il importera de réaliser un cadastre des professionnels de la santé, voire d'examiner ce phénomène qui concerne les médecins étrangers de près, pour analyser sa durée, son ampleur et évidemment intégrer les résultats dans la planification médicale. Sinon, cette démarche ne revêt aucun sens, vous avez raison.

Il convient également de noter que certains médecins demandent un visa, mais uniquement pour suivre une ou plusieurs années de formation. Toutefois, leur demande de visa est comptabilisée comme nouveau médecin exerçant sur le terrain. De plus, la réflexion devra tenir compte du flux de médecins belges s'installant à l'étranger, en particulier en France où effectivement, il y en a pas mal.

Je voudrais recentrer le travail de la planification en tentant de répondre à une série de questions clés (nombre de médecins nécessaires par spécialité, répartition géographique, répartition des rôles des différents acteurs des soins de santé...) tout en tenant compte de changements sociologiques. J'ai parlé de la féminisation de la profession, mais je peux aussi parler de la médecine de groupe, phénomène qui s'amplifie et dont il faut tenir compte.

En attendant, des solutions doivent être trouvées, notamment pour les étudiants excédentaires. C'est urgent. Les premiers à sortir prochainement ne recevront pas l'agrément INAMI, qu'il s'agisse de francophones ou de néerlandophones. Pour ce faire, nous disposons, dans le cadre d'un lissage, de l'ensemble du travail réalisé par les professionnels: Kenniscentrum et Commission de planification.

Enfin, je poursuivrai la concertation avec les deux Communautés pour harmoniser au mieux les systèmes de sélection des universités (actuellement, en début de première année, sans tenir compte du contingentement, du côté néerlandophone, et en fin de première année, sur la base du contingentement, du côté francophone). Ces deux systèmes différents présentent le même problème d'étudiants surnuméraires.

Wat de kinesisten betreft, heeft de planningscommissie een werkgroep opgericht die de balans zal opmaken van de maatregelen die enkele jaren geleden werden genomen.

Zodra ik over de conclusies van deze werkgroep beschik, zal ik me eveneens over de belangrijke problematiek van de planning van de kinesisten buigen.

Je ne reviendrai donc pas sur ce point demain après-midi.

La **présidente**: Vous devez savoir, madame la vice-première ministre, que les membres qui seront présents demain ne seront pas forcément les mêmes que ceux qui sont ici aujourd'hui et qui ne font pas forcément partie de la commission de la Santé publique.

04.05 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, eerst wil ik u geruststellen. U zult mij morgen wel degelijk terugzien. Ik ben wel degelijk benieuwd naar de antwoorden op de vragen die ik tijdens de bespreking van de beleidsnota gesteld heb.

Ik vond het bijzonder en belangrijk genoeg om er in een aparte interpellatie op terug te komen omdat ons dat

als parlementslid de mogelijkheid geeft om ook een motie in te dienen zodat wij de Kamer de komende weken kunnen verplichten kleur te bekennen en zodat een aantal collega's niet langer verstoppertje zal kunnen spelen.

De eerste politieke vaststelling die ik maak, mevrouw de minister, is voor u misschien een beetje tegennatuurlijk. Ik neem akte van het feit dat u vandaag op deze interpellatie en op de aansluitende vragen van enkele Franstalige collega's een zeer voorzichtig technisch antwoord geeft. Met andere woorden, u verplicht mij als lid van de oppositie het dossier verder op te volgen. U zegt wel degelijk te zullen wachten op de globale herziening en op de inwerkingtreding van het kadaster van de medische beroepen.

Een tweede vaststelling is dat u terecht zegt: er is een vergrijzing en een vervrouwelijking, waarover iedereen, over alle grenzen van meerderheid en oppositie, het eens is dat wij daarmee in de planning rekening moeten houden. Maar het fundamentele meningsverschil blijft, mevrouw de minister, - en dat zal u niet verwonderen vanuit onze hoek - de hele regularisatieregeling die u aankondigt voor de studenten op overschot.

Ik zou via een bijkomende vraag toch een stand van zaken willen krijgen. U doet verder met het overleg met de betrokken Gemeenschappen. Ik heb gevraagd, mevrouw de minister, hoever u reeds gevorderd bent in het overleg met de betrokken Gemeenschappen. U blijft daar tot mijn ontgoocheling een beetje vaag over. Ik neem daar akte van. Ik zal er te gelegener tijd, als u mij daarover vandaag geen bijkomende duidelijkheid geeft, op terugkomen.

Dat zijn twee elementen die cruciaal blijven, mevrouw de minister. Ik neem er akte van - en uit antwoorden op eerdere vragen inzake de problematiek van de contingentering van de kinesisten bleek dat al - dat er een werkgroep opgericht is en dat u rustig het resultaat daarvan zult afwachten. Het is zeer duidelijk dat het principe voor de artsen overeind blijft om inzake de studenten op overschot een regeling te treffen.

Ik zou kunnen citeren, mevrouw de voorzitter, uit interpellaties en antwoorden en uit replieken die ik reeds in 2005 en 2007 aan uw toenmalige voorganger de heer Demotte gegeven heb. De uiteindelijke politieke vaststelling blijft dat terwijl wij andermaal als Nederlandstaligen de vlijtigste leerlingen van de klas hebben willen zijn en dat wij het nodige gedaan hebben voor het invoeren van dat soort ingangsexamens, de Franstaligen ermee dreigen, als wij niet opletten en als wij niet wakker zijn, dat wij de regeling zullen moeten betalen.

04.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Het gaat om twee verschillende systemen. Wij hebben een probleem met elk van die systemen.

La **présidente**: Il y a aussi des étudiants en médecine surnuméraires dans les universités flamandes. Pour le moment, on estime qu'il y en a quasiment cinq cents qui seront en surnombre parce qu'ils auront réussi l'examen d'entrée et leurs années d'études. Par rapport aux quotas, ils seront excédentaires.

C'est la dure réalité, M. Bultinck.

04.07 **Laurette Onkelinx**, ministre: Ne simplifions pas un problème complexe. Les systèmes des deux Communautés sont problématiques. Nous allons entreprendre une réflexion globale sur le système de la planification et du contingentement. Je vais aussi décider d'une solution à court terme pour les étudiants excédentaires francophones et néerlandophones.

04.08 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het verschil is dat er wel degelijk een verschil in systeem is. Daarover zijn wij het zelfs eens.

Aan Nederlandstalige zijde werd gedaan wat moest worden gedaan, zijnde bij het ingangsexamen een beperking invoeren, terwijl het Franstalige landsgedeelte heel lang wachtte en pas na het eerste studiejaar een regeling trof. Nu blijkt uit een aantal studies dat er wel degelijk een probleem is, zelfs gedeeltelijk aan Nederlandstalige zijde. Tot op dat punt is er technisch gezien voor ons geen enkele discussie.

Evenwel, mevrouw de minister, cruciaal is dat u nu voor het ene dossier, waar het probleem aan Franstalige zijde het grootste is, zijnde het dossier van de artsen, een regularisatie aankondigt. Daarentegen komt u niet tot een dergelijke regeling voor het dossier waarvoor de Nederlandstaligen deels vragende partij zijn, gezien de vergrijzing en het heel kleine overtal door het uitgangsexamen voor de kinesisten. U verschuift het hele

dossier naar een werkgroep die werd opgericht.

Mevrouw de minister, het debat dat wij over het dossier met elkaar moeten houden, zal misschien maar een nageltje aan onze wederzijdse doodskest zijn. Ik zal niettemin met de regelmaat van een klok op het dossier terugkomen. Het blijft immers een gevoelig dossier.

Ik zal mijn interpellatie dan ook afronden met het indienen van een motie die niet meer zegt dan wat wij de voorbije jaren en de vorige legislaturen dienaangaande al zegden.

Eenzijds vragen wij de regering uitdrukkelijk om de gegevens en de suggesties van de Planningscommissie heel kritisch te bekijken, zodat zij op wetenschappelijke basis kunnen worden beoordeeld.

Ook vragen wij heel uitdrukkelijk geen regularisatie toe te kennen aan bepaalde personen. Wij blijven in dat verband heel uitdrukkelijk op de rem staan. Wij en alle Nederlandstaligen met ons vrezen immers dat de vooropgestelde regularisatie wel degelijk in het nadeel zou kunnen zijn van wie de spelregels correct toepaste. Er is dus, wat ons betreft, heel uitdrukkelijk geen sprake van een regularisatie voor wie in het verleden de regels niet correct toepaste.

Anderzijds vragen wij heel duidelijk een rem te zetten op de contingentering. Wij vragen om de contingentering op dit moment niet te versoepelen.

04.09 Laurette Onkelinx, ministre: Vous savez que du côté francophone, on tient compte du contingentement et non du côté néerlandophone. Qu'est-ce que cela veut dire?

La **présidente**: Que l'on a fait le mauvais (...).

La question est de savoir si l'on se base sur les résultats ou sur l'intention. Et encore!

04.10 Laurette Onkelinx, ministre: Aucun des deux n'est bon puisque les deux posent problème.

04.11 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. Ce problème est très complexe, j'en conviens, mais j'ai seulement essayé de jouer le rôle d'une courroie de transmission. Par ailleurs, je puis vous garantir que nous ne déplorons aucune pénurie dans la zone d'Arlon. En revanche, je suis surpris d'en constater en d'autres endroits du Luxembourg, à telle enseigne que l'incertitude plane sur la survie de tel ou tel hôpital.

Pouvoir disposer d'un cadastre des professionnels de la santé me semble important. Je suis quelque peu étonné: je pensais que cet outil existait déjà. Ensuite, vous avez parfaitement raison de souligner qu'il faut tout mettre en œuvre pour régler le problème des étudiants qui n'ont pas obtenu d'agrément INAMI. Ceci dit, soyons clairs: il s'agit là aussi d'un problème fort complexe.

Nous devons agir rapidement, parce qu'une pénurie de médecins est presque aussi grave qu'une pénurie d'aliments - et vous savez que la situation mondiale en ce domaine n'incite guère à l'enthousiasme.

04.12 Valérie De Bue (MR): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. En effet, nous y verrons plus clair lorsque vous serez en possession du cadastre. Vous serez probablement de nouveau interrogée à ce moment-là.

La pénurie dans les zones rurales n'est pas la seule à devoir nous inquiéter, comme en témoigne le nombre de départs de médecins belges à l'étranger, tandis que d'autres arrivent chez nous. Se pose donc la question de la valorisation de cette profession.

En tout cas, je vous remercie de votre réponse très complète.

La **présidente**: Madame la ministre, avant de lire la motion déposée par M. Bultinck, je tenais à intervenir. Vous avez repris le chiffre de 421 médecins étrangers ayant obtenu un visa en 2007. La semaine dernière, des réponses différentes ont été apportées selon qu'il s'agissait du Conseil national de l'Ordre ou du SPF Santé, qui délivre les visas, et dont l'estimation était plus basse. Vous confirmez donc bien le chiffre de 421.

04.13 Laurette Onkelinx, ministre: Oui.

Moties
Motions

De **voorzitter**: Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.
En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer Koen Bultinck en door mevrouw Rita De Bont en luidt als volgt:

“De Kamer,
gehoord de interpellatie van de heer Koen Bultinck
en het antwoord van de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
vraagt de regering
- het voorstel van de Planningscommissie met betrekking tot de artsenquota zeer kritisch te onderzoeken;
- de contingentering van artsen niet te versoepelen;
- niet over te gaan tot een regularisatie voor de overtalligen in verhouding tot het huidige contingent.”

Une motion de recommandation a été déposée par M. Koen Bultinck et par Mme Rita De Bont et est libellée comme suit:

“La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de M. Koen Bultinck
et la réponse de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement
- d'examiner avec un maximum d'esprit critique la proposition élaborée par la Commission de planification relative aux quotas de médecins;
- de ne pas assouplir le système de contingentement des médecins;
- de ne pas régulariser les étudiants surnuméraires par rapport au contingent actuel.”

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Colette Burgeon, Valérie De Bue en door de heer Josy Arens.

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Colette Burgeon, Valérie De Bue et par M. Josy Arens.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.
Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

05 Questions jointes de

- **Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la médiation hospitalière" (n° 4094)**
- **M. Yvan Mayeur à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le déficit de communication entre patients et hôpitaux" (n° 4108)**
- **M. Luc Goutry au vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur sur "l'exécution de la loi relative aux droits du patient" (n° 4217)**

05 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ombudsdiensten in ziekenhuizen" (nr. 4094)**
- **de heer Yvan Mayeur aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gebrekkige communicatie tussen patiënten en ziekenhuizen" (nr. 4108)**
- **de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Binnenlandse Zaken over "de uitvoering van de wet inzake de patiëntenrechten" (nr. 4217)**

MM. Mayeur et Goutry ne peuvent être présents.

05.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, en 2002 est entrée en vigueur la loi relative aux droits du patient proclamant au profit de celui-ci notamment le droit au choix du prestataire de soins, à l'information sur son état de santé, au consentement, à la consultation du dossier médical ainsi qu'à la médiation des plaintes.

En pratique, depuis sa mise en place, de nombreuses difficultés ont été relevées quant à la bonne marche du mécanisme de médiation hospitalière.

Parmi ces difficultés reprises dans un récent rapport du CRIOC, on trouve les manquements suivants:

- ignorance de l'existence d'un système de médiation au sein de l'institution hospitalière par les patients;
- absence de confiance de la part des patients face à l'efficacité du service en l'absence de pouvoir de contrainte ou de sanction du médiateur;
- absence de confiance de la part des patients concernant l'indépendance du médiateur par rapport à l'institution hospitalière.

C'est la raison pour laquelle je voudrais vous interroger à ce sujet.

Pourriez-vous me confirmer l'existence de ces difficultés pratiques rencontrées par la médiation hospitalière? Si oui, avez-vous l'intention de prendre des initiatives quant à cette problématique? Quelles sont-elles? Cette législation ayant un peu plus de cinq ans d'existence, envisagez-vous une évaluation de l'efficacité de cette dernière? Comment allez-vous procéder et endéans quel délai?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, madame Lejeune, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient établit un certain nombre de droits pour le patient dans le cadre de sa relation avec les praticiens de la santé, notamment le droit de plainte.

Pour ce qui concerne plus précisément le secteur hospitalier, la loi introduit l'obligation pour les hôpitaux de disposer d'un service interne de médiation. Les modalités de fonctionnement du service sont fixées par l'arrêté royal du 8 juillet 2003. Chaque médiateur hospitalier doit rédiger un rapport annuel. Ces rapports doivent être transmis au plus tard au mois d'avril de l'année suivante à la Commission fédérale Droits du patient qui en fait la synthèse et l'analyse. Le rapport de la Commission fédérale pour 2006 vient de me parvenir. Il porte sur l'ensemble des services de médiation hospitalière des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques via les plates-formes de concertation pour ces dernières.

On peut constater que cette analyse aboutit aux mêmes conclusions que l'étude réalisée par le CRIOC, à laquelle vous avez fait référence, et notamment en ce qui concerne le manque d'information des patients sur l'existence du service de médiation ainsi que le manque de confiance des patients sur l'efficacité et l'indépendance des médiateurs qui résument les principales difficultés mises en évidence par les médiateurs hospitaliers.

En ce qui concerne le manque d'information sur l'existence et le fonctionnement du service de médiation, la campagne d'information assez vaste entreprise par le SPF en 2007 est toujours en cours. Les brochures d'information ont été et sont encore distribuées dans les institutions. Cette campagne vise non seulement les patients par une information sur l'existence et le fonctionnement du service de médiation mais également les institutions hospitalières afin de les sensibiliser au rôle du médiateur et à la nécessité de valoriser cette fonction au sein de l'hôpital.

En ce qui concerne le manque de confiance, les causes sont variées. Des avancées concrètes ont été apportées par l'arrêté royal de 2007 qui a permis de renforcer l'indépendance du médiateur par rapport au gestionnaire, en imposant des obligations de neutralité, des incompatibilités avec d'autres fonctions au sein de l'hôpital, des garanties d'accès et de suivi. Les effets devront être analysés dans le prochain rapport.

Une réflexion est en cours sur la mise en place de formations à l'attention des médiateurs dans le courant de l'année 2008, soit par l'intermédiaire de la Commission fédérale, soit par des initiatives extérieures comme la Fondation Roi Baudouin.

En ce qui concerne l'absence de pouvoir de contrainte ou de sanction du médiateur, il est inhérent au principe même de la médiation qui doit faciliter le dialogue entre le praticien et le patient et aider ce dernier dans la recherche d'informations.

Depuis la mise en application de la loi en 2002, l'évaluation de son efficacité est faite annuellement tant par le rapport d'activités du Service de médiation fédéral Droits du patient que par les rapports des services de médiation hospitalière et la synthèse qui en est faite. Ces études mettent en évidence une augmentation des plaintes traitées, ce qui peut être le reflet d'une meilleure connaissance du service. Par ailleurs, la loi prévoit que les rapports peuvent contenir des recommandations qui seront analysées par mon administration en vue de mettre en œuvre les mesures nécessaires à l'amélioration de la loi.

05.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Je tiens à signaler que ce service a toute sa raison d'être. Il est néanmoins regrettable de constater les nombreux manquements et le manque d'efficacité de ce service. L'information préalable du patient apparaît comme un élément très important. À mon sens, il serait peut-être intéressant de donner l'information, par exemple en cas d'opération ou d'hospitalisation, dès la prise de rendez-vous. Ainsi, nous aurions déjà une information préalable automatique. Dès qu'il prend rendez-vous, le patient reçoit la brochure d'information. Cela éviterait quelques petits différends par la suite.

05.04 Laurette Onkelinx, ministre: Ce sera dans le cadre de l'examen des recommandations que l'on pourra évidemment intégrer une amélioration mais l'idée est bonne!

La **présidente**: Madame la ministre, avez-vous communiqué une date quant à ces recommandations?

05.05 Laurette Onkelinx, ministre: Non, je n'ai pas renseigné de date. Le rapport de synthèse est parvenu au SPF et est actuellement à l'examen mais j'ignore quand ce travail sera terminé.

La **présidente**: Vous nous tiendrez au courant.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

06 Samengevoegde vragen van

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Omnio-statuu" (nr. 4103)

- de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de implementatie van het Omnio-statuu" (nr. 4508)

06 Questions jointes de

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut Omnio" (n° 4103)

- M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'implémentation du statut Omnio" (n° 4508)

06.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik wil nog even terugkomen op een maatregel die werd ingevoerd door uw voorganger, collega Demotte, inzake het fameuze Omnio-statuu.

Sinds 1 april 2007 is het Omnio-statuu wel degelijk van start gegaan. Iedereen die de zaken in deze commissie een beetje volgt, zal weten dat er vroeger een regeling bestond – ik verwijs naar het fameuze WIGW-statuu – waarbij een aantal mensen onder een aantal voorwaarden wel degelijk van goedkope gezondheidszorg kon genieten. De vorige regering heeft terecht de analyse gemaakt – ik heb er geen probleem mee om dat vanuit de oppositie te zeggen – dat mensen die op basis van werk een even laag inkomen hadden, uit de boot vielen. Dat werd tijdens de vorige legislatuur aangepast en uiteindelijk is er een regeling uit de bus gekomen waarbij mensen die minder verdienen dan 13.500 euro, te verhogen met 2.500 euro per persoon extra, nu ook in aanmerking zouden komen voor een verhoogde terugbetaling met betrekking tot de gezondheidszorg.

Uit de eerste cijfers blijkt een belangrijke vaststelling, te weten dat uiteindelijk slechts ruim 112.000 mensen van de ongeveer 800.000 rechthebbenden, gebruikmaken van het Omnio-statuu. Dan stellen zich uiteraard logische vragen, al was het maar in het kader van de evaluatie van de wetswijziging die wij vorige legislatuur hier hebben doorgevoerd.

Kunt u als minister deze cijfers van het RIZIV al dan niet bevestigen? Wat is daarvoor de verklaring? Niet onbelangrijk met het zicht op de toekomst is de vraag of u ondertussen reeds liet nagaan hoe de fameuze aanvraag met betrekking tot het Omnio-statuu zou kunnen vereenvoudigd worden? Daar blijkt er toch wel degelijk een probleem te zijn. Immers, niet iedereen weet precies wat uiteindelijk moet worden gedaan om van het Omnio-statuu te genieten.

Mijn laatste vraag en logische slotvraag is welke maatregelen of onderzoeken u ondertussen hebt laten gebeuren om dit statuu meer bekendheid te geven, zodat minimaal degenen die er recht op hebben, ervan

gebruik zouden kunnen maken?

06.02 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, je reviens à ma question précédemment posée à votre prédécesseur.

Les derniers chiffres disponibles quant à l'application du statut Omnio font état de 112.000 bénéficiaires sur 818.000 bénéficiaires potentiels. C'est inquiétant vu l'importance de ce statut et la possibilité pour les personnes à faibles revenus d'avoir accès aux soins.

Le ministre de l'époque avait répondu que cette situation doit inciter le gouvernement et les mutuelles à mettre les bouchées doubles en matière d'information. Sur la base des chiffres du premier trimestre de l'année 2007, des actions pourront être envisagées. C'est précisément à ce sujet que je voudrais faire le point, madame la ministre.

Pouvez-vous nous communiquer les dernières informations disponibles relatives à l'implémentation du statut Omnio, en termes de nombre de bénéficiaires?

Quelles actions d'information ont-elles été menées depuis juillet 2007? Avec quel budget? Après de quels publics? Selon quels procédés?

Quelles conclusions tirez-vous de ces statistiques et de cette faible application?

Avez-vous déjà entamé une évaluation de la mise en place de ce statut et de sa pertinence? Selon quels critères? Avec quels partenaires?

Avez-vous changé pour veiller à une meilleure protection des bénéficiaires potentiels de ce statut qui n'ont toujours pas réalisé de démarches en ce sens?

Quelles initiatives comptez-vous prendre pour améliorer l'application de ce statut?

06.03 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, op 1 januari 2008 genoten effectief 112.419 sociaalverzekerden van het Omnio-statuut. Dit cijfer is te vergelijken met de 850.000 personen die op basis van de fiscale statistieken die geraadpleegd werden tijdens de voorbereiding van dit statuut, aanspraak konden maken om ervan te kunnen genieten in ons land.

Er werden sedert juli 2007 meerdere informatiecampagnes gevoerd, zowel door het RIZIV als door de verzekeringsorganismen. Ik heb hierover meer informatie gevraagd aan het instituut. Mijnheer Gilkinet, ik ontving de door u gevraagde inlichtingen echter nog niet.

Nous ne disposons pas d'assez de recul pour énoncer la ou les causes de cet écart mais, au-delà de l'obstacle que pourrait représenter la démarche administrative à accomplir par le candidat au statut Omnio, un autre facteur proviendrait du type de public cible susceptible d'en bénéficier, à savoir, pour partie, des assurés sociaux jeunes avec de faibles revenus, mais également de faibles besoins en soins de santé. Dès lors, cette catégorie de bénéficiaires potentiels ne serait pas vraiment intéressée à en bénéficier, sauf en cas de gros ennui de santé.

Une réflexion est cependant d'ores et déjà en cours entre l'INAMI et les organismes assureurs afin d'étudier, à l'intérieur de la masse d'informations à disposition des parastataux, si certains indicateurs ne sont pas disponibles pour repérer les bénéficiaires potentiels du statut Omnio. Ainsi, outre les campagnes d'information générale déjà réalisées et à encore entreprendre, une démarche plus ciblée pourrait être accomplie vers ces personnes.

Je suis de très près cette réflexion à l'INAMI. Dès que nous disposerons d'une évaluation plus formelle, nous pourrions travailler sur d'éventuels modifications législatives, systématisations et simplifications. Nous pourrions ainsi améliorer l'application du système pour augmenter le nombre de ses bénéficiaires.

06.04 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik neem er akte van dat u de parlementsleden meedeelt dat er bij het RIZIV wordt nagedacht of er al dan niet moet worden bijgestuurd. U zegt ook dat een aantal informatiecampagnes ondertussen achter de rug is.

De enige cruciale vraag die men als lid van de oppositie moet stellen, is de vraag binnen welk tijds kader we de evaluatie van het RIZIV kunnen verwachten, zodat wij als parlementsleden op zijn minst initiatieven kunnen nemen om het uitgebreide Omnio-statuut bij te sturen met wetgevend werk of bij u, als lid van de regering, kunnen aandringen op een bijsturing, al dan niet door een wetsontwerp dat de regeling zou bijsturen die in de vorige legislatuur is uitgewerkt, als dat nodig is, vermits blijkt dat niet iedereen die recht heeft op het statuut er gebruik van maakt. Blijkbaar is er dus een probleem van informatie, waardoor mensen niet weten dat zij er wel degelijk recht op hebben.

06.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): La confirmation de ces mauvais résultats dans l'application d'un statut a priori intéressant pour un public cible prioritaire doit entraîner une réaction énergique. Les organismes assureurs avaient souligné la difficulté que constituait l'obligation de demander aux assurés des informations relatives à leurs revenus. Vous relevez vous-même que cela constitue un obstacle tout en précisant que ce n'est pas le seul. Une automatisation du transfert des données comme celle existant au niveau fédéral ferait paraître le système moins stigmatisant aux yeux de ceux qui peinent à avouer peu de ressources. Il faudrait accélérer cette automatisation.

Je relève avec intérêt l'idée d'identifier des publics cibles et d'entamer des démarches en leur faveur pour qu'ils soient assurés de la meilleure façon. Cela commence à devenir urgent vu que le système est en place depuis près d'un an. Selon les premiers indicateurs, une action énergique s'impose.

06.06 Laurette Onkelinx, ministre: Pour le moment, on est en plein travail sur le sujet à l'INAMI. Je ne leur imposerai pas un délai: ce sont des gens sérieux.

La **présidente**: Comme les parlementaires ont l'habitude de répéter leurs questions, celle-ci reviendra dans quelques mois et la situation aura peut-être évolué. On peut rêver!

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Questions jointes de

- **M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures prises et à prendre pour combattre les arnaques aux honoraires médicaux" (n° 4116)**

- **Mme Karine Lalieux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la tarification des médecins conventionnés et l'information du patient au sujet des honoraires des médecins conventionnés" (n° 4518)**

07 Samengevoegde vragen van

- **de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de genomen en te nemen maatregelen om gesjoemel met medische honoraria tegen te gaan" (nr. 4116)**

- **mevrouw Karine Lalieux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tarifiering van de geconventioneerde geneesheren en de informatie aan de patiënt over de honoraria van de geconventioneerde geneesheren" (nr. 4518)**

07.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, il s'agit d'une question qui date car nous avons raté quelques rendez-vous.

Le mercredi 5 mars, une émission de la RTBF revenait sur le phénomène régulièrement dénoncé de l'arnaque aux honoraires médicaux, conséquence soit d'un conventionnement partiel de certains médecins, soit de la recherche de profits faciles ou encore d'une volonté d'éviter le prélèvement sur honoraires que pratiquent les hôpitaux. Le vice-président de l'ABSYM, interrogé par le journal "Le Soir" du 5 mars, ne nie pas le phénomène et annonce avoir lui-même, en tant que médecin-chef d'un hôpital, déjà dû sanctionner certains de ses collègues.

Fort heureusement, il s'agit de cas isolés mais qui ont un coût important pour les patients, dont nombre d'entre eux ont du mal à payer leurs factures d'hôpitaux, et qui risquent de jeter l'opprobre sur toute une profession. Les témoignages recueillis par cette équipe journalistique sont édifiants et inquiétants. Ils doivent nous pousser à remettre sur le métier les questions de l'information des patients quant à leurs droits en matière de tarification, du recueil du traitement des plaintes et du contrôle des praticiens, notamment ceux qui cherchent à cumuler les bénéfices d'un conventionnement et d'un non-conventionnement.

Madame la ministre, disposez-vous de chiffres et de statistiques en matière d'arnaque aux honoraires médicaux? Un service au sein de l'INAMI est-il chargé de traquer ces arnaques? Le cas échéant, quel est son rapport d'activités? Des échanges d'informations existent-ils à ce sujet avec les hôpitaux qui appliquent eux-mêmes des sanctions à l'égard de certains médecins qui contreviennent aux règles en matière de perception des honoraires?

À qui doit s'adresser un patient qui serait victime d'une arnaque de ce type ou la suspecterait? Quelles mesures d'information des patients, éventuellement en collaboration avec les organismes assureurs, avez-vous prises ou comptez-vous prendre quant à leurs droits en la matière et aux règles en vigueur?

Ne conviendrait-il pas de renforcer les contrôles et les sanctions en la matière? Comptez-vous saisir le Conseil général de l'INAMI ou toute autre instance de cette question afin d'envisager les meilleures mesures à prendre en étroite collaboration avec les acteurs de la santé?

07.02 Karine Lalieux (PS): Madame la ministre, je n'ai pas vu l'émission du 5 mars mais des praticiens bruxellois s'émeuvent de la situation car leurs patients sont étonnés des prix qu'ils pratiquent par rapport aux prix pratiqués par d'autres médecins.

Je ne vais pas répéter ce que mon collègue vient de dire mais on constate qu'il y a un manque d'information du patient par rapport au médecin qui se dit conventionné mais qui ne pratique pas les prix conventionnés. C'est seulement en effectuant des comparaisons que les patients constatent qu'ils ont été quelque peu abusés. De plus, il ne faut pas mentionner les montants demandés aux patients.

Madame la ministre, êtes-vous en possession de chiffres, même approximatifs, concernant le montant de telles fraudes?

Connaissez-vous les secteurs médicaux dans lesquels ces fraudes sont plus fréquentes?

Se pose également le problème des praticiens qui sont partiellement conventionnés. Il semble qu'ils ne pratiquent pas du tout le conventionnement dans leur tarification. Quel est le nombre de médecins partiellement conventionnés en Belgique? En quoi consistent précisément les avantages sociaux que leur octroie leur numéro INAMI? Cette question avait déjà été soulevée par vos prédécesseurs. Il avait été proposé de rendre obligatoire l'information aux patients quant au tarif appliqué dès la prise de rendez-vous. Cette option se heurte, selon la Commission nationale médico-mutualiste, à des problèmes techniques, notamment en ce qui concerne la charge de la preuve lorsque le rendez-vous est pris par téléphone, ce que l'on peut aisément comprendre. Avez-vous réfléchi à d'autres types de solutions avec les personnes concernées?

07.03 Laurette Onkelinx, ministre: Chers collègues, je voudrais souligner, à titre préliminaire, que les compétences de contrôle de l'INAMI ne concernent que partiellement les problèmes abordés. La plus grosse partie de l'arsenal coercitif permettant de lutter contre ces pratiques relève des juridictions civiles, pénales ainsi que de l'Ordre des médecins, ce qui explique l'absence de statistiques consolidées en la matière.

Il semble également important de distinguer deux problèmes dans les questions que vous soulevez. Le premier concerne la perception d'honoraires non conformes à ceux indiqués dans la convention; le second la perception de tout ou partie d'honoraires de manière non déclarée ou au noir.

La première question relève essentiellement de la pratique en milieu privé, cabinets, polycliniques, parfois même aussi certains hôpitaux, qui n'organisent pas de systèmes de perception centralisée des honoraires. En effet, dès lors qu'ils font l'objet d'une facturation centralisée en bonne et due forme au sein de l'hôpital, les honoraires perçus sont conformes aux dispositions de la convention. La première réponse est de tenter d'inciter à une perception centralisée dans tous les cas où cela s'avère possible. Ainsi serons-nous à même de travailler sur le sujet avec les différents acteurs en la matière pour trouver des solutions.

Avant de parler d'arnaque et de jeter l'opprobre sur l'ensemble du corps médical – ce que vous n'avez pas fait – il faut se pencher sur les causes potentielles de ces problèmes et systématiquement apporter des réponses différenciées en fonction de la nature: écart parfois entre l'honoraire perçu et celui la convention ou perception d'honoraires en dehors de tout circuit officiel.

Un long chemin reste à parcourir au niveau de l'information des patients, vous avez raison. Malgré les campagnes menées par les mutuelles, je dois constater que nombre de citoyens ne connaissent pas encore la distinction entre les médecins conventionnés et les autres.

Il est vrai que les règles en vigueur sont assez compliquées: conventionnements partiels, règlements internes propres à tel ou tel hôpital, etc. Je ne souhaite pas minimiser l'ampleur du problème, mais certaines contestations peuvent résulter d'une mauvaise information du patient au sujet des conventionnements partiels et des exigences particulières. Il faut ainsi se rendre compte que s'adresser à un médecin conventionné n'entraîne pas obligatoirement que celui-ci applique les tarifs de la convention si plusieurs exigences ont été exprimées relativement, par exemple, aux horaires de la prestation. Parfois, on compare donc des pommes et des poires.

En revanche, il est clair qu'un effort d'information des patients et des médecins est indispensable. Comment résoudre ces problèmes?

Il importe d'abord de renforcer les canaux d'information. Le patient doit pouvoir disposer rapidement d'une information précise et claire sur la situation de son médecin au regard de la convention. Toutefois, je relève que les mutualités ont fourni des efforts notables, mais il faut aller plus loin. Cela est d'autant plus nécessaire qu'un patient est souvent fragilisé par l'inquiétude de la maladie, si bien qu'il est prêt à accepter à peu près n'importe quoi.

Par ailleurs, mon prédécesseur avait déjà soulevé cette question et était parvenu à un accord entre mutuelles et prestataires sur le principe d'une amélioration des méthodes d'information dès la prise de rendez-vous, que ce soit en milieu hospitalier ou privé. Il est temps que ces intentions prennent corps. La situation serait très nettement facilitée si cette information était demandée et/ou communiquée au moment où le rendez-vous est pris, de sorte que serait levée toute forme d'équivoque.

J'ai interrogé le président de la Médicomut à ce propos, et j'espère obtenir un rapport susceptible de nous aider à trouver des solutions.

À côté de ce déficit d'informations, il peut exister des abus manifestes et des fraudes avérées pour lesquels un dispositif législatif très important et un vaste arsenal de sanctions ont déjà été mis en place. Ces dernières vont du retrait du statut de médecin conventionné – et donc de la suppression des avantages financiers annexes – à des sanctions pénales.

Je suis évidemment consciente de la difficulté de la charge de la preuve dans ce domaine. Seules la vigilance et l'information des patients pourront les amener à contester la facturation d'honoraires abusifs, avec l'appui de leur mutuelle. Je me montre encore plus radicale en ce qui concerne la perception d'honoraires en noir – qui est, bien entendu, inacceptable. Cette pratique viole deux dispositifs légaux: la législation relative à l'art de guérir et la législation fiscale. Toutefois, les sanctions qui en découlent relèvent de différents services. Là encore, l'information du patient est fondamentale. Il lui faut être conscient qu'il ne doit jamais accepter le paiement de montants ne figurant pas sur l'attestation de soins ou la facture hospitalière.

Je conçois tout à fait que ce principe soit plus facile à énoncer qu'à appliquer mais, une fois le montant payé, il devient très difficile d'apporter la preuve de l'infraction et le traitement des plaintes est excessivement difficile.

Étant donné qu'on se trouve face à des comportements délictueux qui pourraient d'ailleurs relever de la notion d'extorsion de fonds, je me demande dans quelle mesure la meilleure manière de lutter contre ces pratiques ne serait pas de renforcer les contrôles fiscaux qui sont les mieux à même d'établir des discordances entre les prestations tarifées et les montants réellement perçus; on établirait clairement la violation éventuelle des législations précitées.

Voilà quelques pistes. Vous savez aussi qu'on va travailler sur une coupole qui regroupe tout ce qui concerne les fraudes fiscales et sociales. C'est une piste. Il faudra peut-être donner aussi des missions précises liées à des problèmes précis tels que ceux-là.

1. Pour ce qui concerne la perception centralisée, un travail sera réalisé essentiellement avec les hôpitaux et les polycliniques privées, étant donné qu'au niveau public, cela se fait un peu partout.

2. On travaillera avec les mutuelles en ce qui concerne l'information des patients.

3. Au niveau de la législation fiscale, il faudra voir comment faire pour contrecarrer certains honoraires perçus en noir. C'est en effet au niveau fiscal qu'on peut parfois le mieux pointer les discordances. Ensuite, il faudrait peut-être interroger la coupole quant aux priorités à suivre.

07.04 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, il y a donc du travail en la matière, comme dans d'autres domaines, pour éviter une médecine à deux vitesses puisque de plus en plus de personnes n'arrivent plus à honorer leurs factures, de surcroît si elle sont exagérées.

On a vu d'autres cas où, pour plus de rapidité, on proposait à des patients des rendez-vous étalés sur des périodes de tarifs non conventionnés, ce qui est une manière de contourner les règles.

J'entends les différentes pistes que vous avez identifiées et que vous vous engagez à mettre en œuvre. Je pense que deux d'entre elles nécessitent des concertations avec certains de vos collègues. En matière de contrôle fiscal, nous avons un secrétaire d'État compétent qui pourrait développer une action spécifique en la matière sans soupçonner chaque praticien de fraude.

En matière de justice, il est clair que des sanctions pour des cas avérés – un journaliste de la RTBF en a trouvé quelque-uns spectaculaires – pourraient avoir valeur d'exemple.

Il est important d'informer les patients actuels et futurs afin qu'ils développent les bons réflexes: ne pas accepter de paiement sans facture, demander des documents officiels. Le meilleur moyen de lutter contre ce type de fraude est encore de s'allier aux organismes assureurs qui sont chargés des remboursements.

07.05 Karine Lalieux (PS): Je souhaite remercier la ministre, parce que ce sont des pistes concrètes qui ont été exposées ici. Je ne pense pas que porter plainte soit une solution pour ces personnes fragilisées. La campagne d'information destinée aux patients doit être renouvelée. Il serait également nécessaire de concrétiser la piste initiée lors de la précédente législature dans le cadre de la prise de rendez-vous. Les patients doivent plus revendiquer leurs droits face aux médecins qui sont, dans la majorité des cas, des personnes honnêtes qui servent l'intérêt général ainsi que celui de leurs patients, et non pas leur intérêt particulier. J'espère que les pistes concrètes qui ont été exposées seront bientôt réalisées.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Nous en venons aux points 11 et 12 de l'agenda. Les questions n° 4147 et n° 4148 de Mme Van Daele sont reportées.

07.06 Laurette Onkelinx, ministre: Ont-elles été transformées en questions écrites?

La **présidente**: C'est fort probable. Nous allons vérifier.

08 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de administratieve belasting van de tandartsen" (nr. 4162)

08 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tracasseries administratives imposées aux dentistes" (n° 4162)

08.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag werd reeds een paar weken uitgesteld. Ik heb vernomen dat er inmiddels al wel een beetje gewerkt is aan het probleem. Hierover is nog geen officiële mededeling gedaan. Daarom heb ik mijn vraag toch behouden.

Ik zal niet te uitvoerig gaan want het gaat over een specifieke deelgroep, de tandartsen, die nogal geplaagd worden door een administratieve rompslomp. In het raam van het verwerven van hun accreditering, moeten ze bewijzen inleveren dat zij de nodige bijscholingen hebben gevolgd, los van een aantal andere bewijsstukken die zij moeten leveren.

Om de 5 jaar moeten zij hun beroepstitel verlengen waarvoor zij eveneens het bewijs moeten leveren dat zij de nodige bijscholing hebben gevolgd. Deze bewijzen zijn reeds bij de administratie door hun accreditering.

Het getuigt natuurlijk niet van een administratieve vereenvoudiging dat die na 5 jaar terug moeten opgezocht en bovengehaald worden. Het zou veel eenvoudiger zijn als de administratie zelf die bewijsstukken zou doorsturen en de tandartsen enkel de aanvraag moeten indienen om hun beroepstitel te kunnen behouden.

Ik heb vernomen van de beroepsverenigingen dat hierover reeds een overeenkomst bereikt is voor de geaccrediteerde tandartsen. Vermits daarover nog geen officiële mededeling is gedaan en dat men voor 30 juni de nodige documenten moet insturen om zijn beroepstitel te kunnen behouden, zou ik toch graag weten van de minister voor welke groepen er een vereenvoudigde administratie is mogelijk gemaakt. Gaat daarover nog een officiële mededeling gedaan worden aan de tandartsen?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, collega's, zoals u weet moeten zowel de algemene tandartsen als de tandartsenspecialisten in de orthodontie en de parodontologie op periodieke basis bewijzen dat zij de nodige bijscholing hebben gevolgd.

De bijscholing in het kader van de accreditering verloopt in cycli van 5 jaar. Gedurende deze periode moeten de tandheelkundigen 500 accrediteringseenheden verzamelen, wat overeenstemt met 75 uren cursus. Gemiddeld moet een tandarts jaarlijks 15 uur cursus volgen. De voorwaarden voor accreditering zijn strenger dan de door de erkenningscommissie opgelegde voorwaarden voor de verplichte bijscholing met het oog op het behoud van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts, namelijk 55 uren verspreid over 6 jaren.

Zodoende kunnen zij het behoud van hun beroepstitel verzekeren alsook de toegang tot de RIZIV-nomenclatuur. Deze tandartsen moeten daartoe ook deelnemen aan het toedienen van zorgen in het raam van een wachtdienst.

Voor de algemene tandartsen afgestudeerd in juni 2002 of vroeger, loopt de eerste bijscholingscyclus dit jaar ten einde. Zij moeten daarom inderdaad een aanvraag tot het behoud van de beroepstitel indienen. Ik kan u bevestigen dat er ter zake al enige administratieve vereenvoudiging werd ingevoerd. Het RIZIV heeft de accrediteringsgegevens voor de jaren 2002-2005 aan de FOD Volksgezondheid doorgestuurd. Eens ze beschikbaar zijn, zullen ook de meest recente gegevens doorgestuurd worden. De erkenningscommissies hebben toegang tot deze gegevens en kunnen deze bij het beoordelen van de aanvragen tot het behoud van de beroepstitel gebruiken.

Wat de deelname aan de wacht betreft, hebben de erkenningscommissies van de verschillende geneeskundige commissies ook de nodige gegevens gekregen. Daarnaast heeft de administratie recent een nieuwe versie beschikbaar gemaakt van het formulier waarmee de tandartsen het behalen van hun erkenning kunnen aanvragen.

Daarop kunnen de tandartsen aanduiden of ze al dan niet geaccrediteerd zijn. Als ze geaccrediteerd zijn dan hoeven ze zelf geen bijkomende bewijzen van bijscholing mee te sturen. Op dit formulier moeten de tandartsen ook aanduiden in welke provincie men deelneemt aan de wacht. Tandartsen die niet-geaccrediteerd zijn, moeten nog steeds zelf de bewijzen aanbrengen van hun permanente bijscholing.

De controle van het behalen van de beroepstitel van algemeen tandarts heeft inmiddels in de praktijk al een aanvang genomen. De limietdatum tot het indienen van de aanvraag is inderdaad 30 juni 2008. Momenteel hebben zo'n duizendtal algemene tandartsen reeds een aanvraag ingediend. De erkenningscommissie voor de algemene tandartsen heeft reeds een driehonderdtal aanvragen in behandeling genomen.

08.03 **Rita De Bont** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik heb begrepen dat geaccrediteerde tandartsen niet langer zelf de bewijsstukken bij mekaar moeten zoeken. Zal dit nog officieel aan hen worden meegedeeld want niet alle tandartsen zijn lid van een beroepsvereniging? Zal er nog een algemeen schrijven naar alle tandartsen worden verstuurd?

08.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Ils devront bien évidemment être mis au courant mais ce n'est pas à moi de le faire.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

09 **Vraag van de heer Jan Jambon aan de vice-eerste minister en minister van Binnenlandse Zaken**

over "het inschakelen van de Franse SAMU in plaats van de Ieperse MUG in Heuvelland en Mesen" (nr. 4191)

09 Question de M. Jan Jambon au vice-premier ministre et ministre de l'Intérieur sur "l'attribution des interventions à Heuvelland et Messines au SAMU français et non au SMUR d'Ypres" (n° 4191)

09.01 Jan Jambon (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, op vrijdag 14 maart werd bekend dat de dienst 100 voortaan de Franse SAMU inschakelt voor dringende medische hulpverlening in Heuvelland en Mesen en niet de Ieperse MUG.

De burgemeester van Heuvelland, de plaatselijke dienst 100 noch de lokale huisartsen werden hiervan op de hoogte gebracht. Na een recent ongeval in Nieuwkerke duurde het maar liefst 25 minuten voor de Franse SAMU ter plaatse was, onder andere omdat de SAMU moest stoppen om de weg te vragen.

Ik heb het dan nog niet eens gehad over het taalprobleem. Men kan toch moeilijk verwachten van Frans medisch personeel dat zij de Nederlandse taal machtig zouden zijn. Een vlotte communicatie in medische noodgevallen is echter letterlijk van levensbelang.

Dat dergelijke schrijnende toestanden momenteel plaatsvinden in de brede Vlaamse rand rond Brussel is al een regelrechte schande. Straks wordt de Nederlandse taal ook in West-Vlaanderen nog een oorzaak van dodelijke ongevallen.

Mevrouw de minister, ik wil daarom enkele vragen stellen. Bent u op de hoogte van het feit dat voor Heuvelland en Mesen momenteel de Franse SAMU wordt ingeschakeld voor dringende medische hulpverlening? Om welke reden gebeurt dat? Waarom wordt de MUG-dienst van Ieper niet ingeschakeld? Wat is uw standpunt aangaande deze gang van zaken? Welke stappen zult u ondernemen om een einde te stellen aan deze toestand?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, collega Jambon, ik kan u bevestigen dat mijn voorganger, minister Demotte, in mei 2007 een grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten met Frankrijk.

Deze overeenkomst, waarvan trouwens kopieën werden bezorgd op provinciaal niveau, maakt het mogelijk dat de Belgische en Franse dringende medische hulpdiensten op een niet-structurele wijze kunnen tussenkomen in elkaars land, dit ter ondersteuning en uitsluitend op verzoek van de lokale oproepcentrale wanneer hun interventietijd korter is dan die van de nationale MUG die ter versterking zouden kunnen worden opgeroepen.

Deze overeenkomst heeft geen betrekking op de ziekenwagens.

Duidelijker gesteld, wanneer de meest in aanmerking komende Franse mobiele urgentiegroep niet beschikbaar is, kan het Franse 15-nummer via het bevoegd 100-centrum een beroep doen op de Belgische MUG indien deze sneller ter plaatse kan zijn dan de tweede beschikbare Franse urgentiegroep. De ziekenwagen is altijd Frans en het transport zal naar een Frans ziekenhuis gebeuren.

Omgekeerd, wanneer de bevoegde Belgische MUG niet beschikbaar is, kan de 100-centrale via de Franse 15-centrale een beroep doen op Franse steun.

Indien die sneller ter plaatse is dan de tweede Belgische MUG, is de ziekenwagen altijd Belgisch en gebeurt het transport naar een Belgisch ziekenhuis. Een dergelijke situatie komt niet al te vaak voor, maar toch voldoende om de overeenkomst te rechtvaardigen.

De operationele bijlagen van deze overeenkomst worden thans afgerond. Ik beschik er nu nog niet over.

Op uw tweede vraag, de SMUR van Armentières wordt door de 100-centrale van Brugge opgeroepen voor de streek die normaal door Ieper wordt bediend, wanneer de MUG van Ieper reeds weg is voor een opdracht. De analyse van de interventietijd van de andere Belgische MUG's bevestigt de gegrondheid van deze overeenkomst. De mediaan van de SMUR voor de gemeente Heuvelland bedraagt 16 minuten, terwijl de MUG van Ieper er 23,5 minuten over doet wanneer het over de verder gelegen MUG van Menen gaat. De interventietijd werd berekend van 16 SMUR-interventies in deze gemeenten in 2004 en 2005.

Het team van de ziekenwagen is in elk geval Nederlandstalig, tenzij bij extreme gevallen wanneer alle lokale ziekenwagens ingezet zijn en een beroep moet worden gedaan op de dispatching van Mouscron.

Het niet kennen van het wegennet kan een probleem zijn en de tussenkomst van de Franse SMUR vertragen. Dit risico werd echter teruggeschroefd sedert de installatie van een ASTRID-radio in de Franse SMUR, aan wie het 100-centrum de mogelijkheid biedt om hen via de radio te leiden.

Ik ben mij ten eerste bewust van de verantwoordelijkheid die de operatoren van het eengemaakte 100-nummer hebben bij de keuze van de middelen die worden ingezet. Het is uitsluitend door hun keuze dat de overlevingskansen van een patiënt soms worden bepaald. Ik denk dat geen enkele politica of politicus aan de operator van de 100-centrale van Brugge zal kunnen opdragen dat hij de meest ernstig gewonde patiënten bewust dringende hulpverlening moet ontfangen.

Mijn administratie heeft trouwens alle Belgische dringende hulpverleners van de regio na de ondertekening van de overeenkomst ontmoet. Niemand had kritiek, noch over het principe, noch over de vormelijke inhoud van dit dossier.

Ik zal er bijgevolg voornamelijk over waken dat de maatregelen die voorzien zijn in het kader van de operationele overeenkomst worden afgerond, te weten GPS-uitrusting, Astrid-radioverbinding en lexicon van 112-woorden, en dat, ten tweede, een dergelijke dispatching van Franse middelen alleen gebeurt bij ernstige gevallen of indien de operatoren niet voldoende informatie hebben kunnen krijgen over de toestand van het slachtoffer, en dat, ten derde, de commissie dringende medische hulpverlening van de provincie Oost-Vlaanderen de parameters van dit dossier afbakent.

Tot slot geef ik u mee dat de overeenkomst, zoals die tussen Frankrijk en België, in ruime mate gewenst wordt door het Beneluxparlement voor Luxemburg en Nederland. Ook Duitsland is hier een sterk voorstander van. Een dergelijke werkwijze in de grensregio zal dus de norm worden.

09.03 Jan Jambon (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, dank u voor dit omstandig antwoord. Ik begrijp daaruit dat de inschakeling van Franse interventie alleen op vraag van het dispatchingcentrum gebeurt. Mijn vraag hield absoluut geen kritiek in op het principe van internationale uitwisseling in de grensstreek, maar de modaliteiten daarvan zijn toch wel van belang. Als ik hoor dat de diensten nog GPS in dergelijke wagens moeten inschakelen, lijkt mij dat toch vrij laat. Het is wel goed dat het gebeurt.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

10 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les établissements adaptés" (n° 4262)

10 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "aangepaste instellingen" (nr. 4262)

10.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je suis interpellée par le témoignage d'une famille désespérée qui dénonce le manque de prise en charge en santé mentale dans notre pays. Ce genre de cas n'est malheureusement pas isolé.

Il s'agit d'un homme souffrant de schizophrénie à la suite d'un viol dont il a été victime à l'adolescence. Depuis cet événement tragique, le garçon n'a cessé de régresser et a été suivi dans de nombreux hôpitaux. Il est pour l'instant placé dans un centre hospitalier spécialisé, c'est-à-dire à Lierneux. Mais à la suite d'une dispute où il aurait porté des coups à un autre patient, il est menacé d'internement en défense sociale. Le problème est que, faute de places dans ce type d'établissement, il risque de finir dans l'annexe psychiatrique pénitentiaire de la prison de Lantin.

Madame la ministre, je crois savoir que vous avez rencontré les parents il y a très peu de temps.

Je vous interroge parce que, lorsque vous étiez à la tête du département de la Justice, des évolutions ont également été apportées notamment par le biais de la révision de la loi de défense sociale de 1964 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental. Beaucoup de pistes avaient été évoquées et des moyens financiers ont été débloqués.

Le problème reste présent et complexe et les familles concernées sont dans l'incompréhension. Toutefois, la collaboration entre la Justice, la Santé publique, les Communautés et les Régions est indispensable et vous l'avez confirmé à maintes reprises.

Madame la ministre, pouvez-vous nous dresser un état des lieux de la situation?
Des pourparlers entre les secteurs concernés sont-ils à l'ordre du jour?
Que comptez-vous faire ou que compte faire votre département pour relancer le débat?

Je sais qu'il s'agit d'une problématique extrêmement difficile.

10.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame Lejeune, j'attire votre attention sur le fait que votre question concerne M. Vandeurzen. Cependant, comme il s'agit d'une question importante sur laquelle j'ai travaillé lorsque j'étais ministre de la Justice, je vais quand même vous répondre sachant que mon collègue et moi-même partageons le même point de vue.

Sous l'ancienne législature, un projet de loi visant à réformer l'internement a été voté. Il s'agit de la loi du 21 avril 2007. Par ailleurs, de nombreuses discussions ont eu lieu entre les départements de la Santé publique et de la Justice; elles portaient notamment sur le circuit de soins externes, qui est en fait la prise en charge et le financement des soins des internés.

En ce qui concerne ces derniers, deux pistes importantes ont été traitées en priorité. La première concerne la création de deux centres de psychiatrie médico-légale en Belgique. Ainsi, le 9 février, il a été décidé de créer deux centres de psychiatrie: l'un à Gand, l'autre à Anvers. La deuxième concerne l'accord de coopération entre les Communautés et les Régions en vue d'intégrer les internés dans les circuits de soins réguliers, les "low risk" principalement.

Les factures liées au traitement des internés dans des hôpitaux privés comme les EDS de Tournai et de Mons sont désormais à charge de l'INAMI, conformément à l'accord signé avec mon prédécesseur. Les moyens seront ainsi mieux et plus efficacement distribués. Cette pratique s'inscrit dans une volonté de rapprocher les internés des patients dits ordinaires.

Parallèlement à la construction de nouvelles institutions, il avait également été décidé d'améliorer l'encadrement médico-social dans les sections psychiatriques des prisons, autrement dit les annexes. Ces sections psychiatriques offraient en effet une prise en charge thérapeutique trop limitée aux personnes qui y séjournaient.

Par ailleurs, comme elles devront encore jouer à l'avenir un rôle important dans la chaîne de l'internement, les moyens budgétaires nécessaires ont été libérés pour financer, dans chaque section psychiatrique, une équipe multidisciplinaire comprenant un infirmier psychiatre, un éducateur, un travailleur social, un psychologue, un kinésithérapeute et un psychiatre. Le directeur de prison sera aussi désigné comme personne de référence et le personnel pénitentiaire sera associé au travail de l'équipe multidisciplinaire.

Toutes ces opérations ont constitué une première impulsion à l'amélioration des soins dispensés aux internés. Le but est d'arriver à un équilibre entre la défense sociale, le traitement et la réintégration des internés. L'ultime objectif est de développer un réseau global offrant des possibilités de traitement différencié dans un éventail de dispositifs de soins allant d'une institution haute sécurité à une structure ambulatoire de soins.

Pour garantir une solution pour les autres internés, le développement d'un circuit de soins de psychiatrie médico-légale est aussi nécessaire. C'est ce à quoi répondent les projets d'internement développés au niveau de la Santé publique et dont le but est d'offrir un traitement clinique intensif aux patients internés libérés à l'essai en vue d'une resocialisation optimale – dans la mesure du possible.

Dans le cadre de ce projet est développé un accord de coopération fonctionnelle qui a comme but le développement de trajets de soins pour internés "medium risk" au sein d'une zone d'action juridique déterminée, en relation avec les tribunaux d'application des peines, afin de faire passer les internés dans des structures de soins régulières le plus souvent possible, et pour leur permettre de retrouver leur domicile, ce qui n'est pas toujours possible.

Ce projet concerne six institutions et comprend actuellement une capacité d'accueil de 156 lits de traitement

intensif pour des internés "medium risk", 123 lits dans des maisons de soins psychiatriques et 110 places dans des IHP (initiatives d'habitations protégées), soit une capacité totale de 385 places. À terme, l'objectif est de créer des normes d'agrément pour ces diverses structures d'accueil.

Comme vous pouvez le constater, les relations entre Justice et Santé publique, les Communautés et les Régions font l'objet d'un dialogue indispensable et permanent. Dans cette optique, je voudrais attirer votre attention sur le fait que j'ai proposé à mon collègue de la Justice de créer une plate-forme commune pour la prise en charge des soins des internés et le financement de ce qu'on appelle le "circuit de soins externes".

10.03 **Josée Lejeune** (MR): Je remercie la ministre pour ses réponses et pour l'amabilité de répondre à une question qui aurait dû être orientée vers le ministre de la Justice.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Questions jointes de

- Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonds d'indemnisation pour les victimes d'erreurs médicales" (n° 4263)

- Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'exécution de la loi sur la responsabilité médicale" (n° 4346)

11 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het vergoedingsfonds voor slachtoffers van medische fouten" (nr. 4263)

- mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de wet op de medische aansprakelijkheid" (nr. 4346)

11.01 **Josée Lejeune** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le recours aux tribunaux constitue toujours aujourd'hui la seule manière de gérer les conséquences des erreurs médicales. On dénombre des milliers de plaintes pour erreurs médicales qui attendent un jugement pendant de nombreuses années.

Pourtant votre prédécesseur, M. Demotte, s'était attelé à cette problématique en instaurant un fonds d'indemnisation par l'intermédiaire d'une loi votée l'année dernière, à savoir la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé.

Cette loi permet d'indemniser les victimes d'erreurs médicales sans devoir prouver la faute du médecin devant les tribunaux. En fait, la présence d'un dommage lié à l'acte médical suffit.

Seulement voilà, un an après, l'indemnisation des victimes reste impossible car les arrêtés d'application ne sont pas encore élaborés.

En novembre de l'année dernière, alors que le gouvernement était en affaires courantes, le ministre concerné a été interrogé sur cette problématique.

Quelques mois plus tard, devant l'impatience des associations de victimes et devant le grand nombre de questions encore en suspens, je me permets de revenir sur l'application de ladite loi. L'entrée en vigueur de la loi était prévue le 1^{er} janvier 2008 et nous avons voté le report pour le 1^{er} janvier 2009.

Madame la ministre, mes questions sont les suivantes.

Pouvez-vous nous dresser un état des lieux de la situation?

Quand le fonds sera-t-il opérationnel?

À quelles difficultés se heurte l'entrée en vigueur de la loi en 2009?

Où en est la rédaction des arrêtés d'application?

11.02 **Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik moet de voorgeschiedenis niet herhalen, die is goed geschetst. Ik wil wel nog even aanvullen dat, nadat wij allebei onze schriftelijke vraag gesteld hadden, in de pers de resultaten van een onderzoek, ingesteld door een aantal ziekenfondsen – de socialistische en de liberale voor zover ik heb begrepen – verschenen. Uit die resultaten bleek dat de schadeclaims voor medische fouten sinds 2002 met 40% zijn toegenomen. Zij wijten dat voor een deel aan de mondigheid van de mensen, die meer nagaan in hoeverre er medische fouten

gepleegd zijn of niet en die misschien iets beter de weg weten.

In de commentaren die daar aan de orde waren, werd tegelijk gezegd dat dit het laatste jaar wat minder stijgt omdat er een gezamenlijke verzekering is, een collectieve polis van ziekenhuizen, waarbij zowel artsen als ziekenhuizen aangesloten zijn, wat voor een stuk een oplossing brengt.

Mevrouw de minister, ik ga mij beperken tot de vragen omtrent het verder operationaliseren of uitvoeren van deze wet of desgevallend, omdat er daar toch ook wel wat bedenkingen waren, omtrent het aanpassen van deze wet.

Welke stappen hebt u inmiddels genomen om verder te operationaliseren of om eventuele aanpassingen door te voeren? Welke zijn er eventueel noodzakelijk vooraleer te kunnen finaliseren?

Hoe ziet u de concrete financiering van deze verzekering? Welke bijdragen worden hiervoor gereserveerd? Dit is immers ook belangrijk in functie van het fonds.

11.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg heeft inderdaad tot doel een einde te maken aan de problemen van de patiënten die het slachtoffer zijn van schade bij een zorgverstrekking, om een schadevergoeding te krijgen.

De toepassing van het traditionele stelsel van burgerlijke aansprakelijkheid op het medisch domein voldeed niet meer voor de patiënt, noch voor de professionele zorgverstrekkers en evenmin voor de verzekeraars en dit voornamelijk wegens het feit dat het gewone stelsel van de burgerlijke aansprakelijkheid inadequaat is met het medische risico.

Het traditionele systeem voldeed niet meer aan de verwachtingen op het terrein. In veel gevallen kwam er geen vergoeding en de procedures duurden lang en waren zwaar en duur. Gelet op de ontwikkeling van de rechtzaken nam het medisch korps een defensieve houding aan bij de medische handelingen.

De verzekeringspremies verhoogden en bepaalde verzekeringsmaatschappijen weigerden de volledige schade te dekken.

L'idée novatrice du nouveau système consiste à conditionner l'indemnisation à la seule existence d'un dommage lié à une prestation de soins. La victime ne devra donc plus démontrer de faute du professionnel, mais uniquement démontrer qu'elle a subi un dommage indemnisable et que celui-ci est lié à une prestation médicale.

La loi institue donc un fonds des accidents de soins de santé, chargé d'indemniser les victimes. Elle aurait dû normalement entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2008, mais cette date avait déjà été repoussée.

11.04 **Josée Lejeune** (MR): Madame la ministre, je l'ai d'ailleurs précisé dans ma question.

11.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: Oui, l'entrée en vigueur de la loi a donc été reportée au 1^{er} janvier 2009, en raison des événements politiques que nous avons connus. Je puis vous assurer que je mets tout en œuvre pour que tout soit prêt à cette échéance. Néanmoins, l'une des premières choses que m'a dite le directeur général, responsable de ce dossier, quand je suis arrivée dans ce département est que des problèmes existaient non dans les arrêtés d'exécution, mais dans la loi elle-même. J'ai répondu que, s'il s'agissait de difficultés techniques, nous pourrions essayer de réviser la loi, mais que, s'il était question de problèmes de principe, nous n'en ferions rien. Le législateur a tranché et la loi doit être exécutée.

En résumé, soit il s'agit de questions techniques, auquel cas nous allons adapter les arrêtés d'exécution; soit ce sont des problèmes idéologiques et ils doivent être écartés pour que nous nous concentrons sur les arrêtés. Nous travaillons donc avec l'administration, qui se montre très active dans ce dossier.

11.06 **Josée Lejeune** (MR): Madame la ministre, je vous remercie. J'espère que vous allez apporter les modifications techniques nécessaires, eu égard à l'importance de ce dossier. En effet, 20.000 personnes sont victimes annuellement d'accidents médicaux. Il est donc urgent que ces arrêtés d'application sortent.

11.07 **Sonja Becq** (CD&V - N-VA): Ik meen dat er inderdaad een bekommernis is om te zorgen voor een

goede wetgeving en een goede oplossing voor de mensen die met die schadegevallen te maken hebben.

Ik denk dat iedereen akkoord gaat met het principe dat er een regeling nodig is. Ik hoop, mevrouw de minister, dat u er komt met technische correcties, omdat ik dacht dat er vanuit juridische hoek toch wel wat vragen waren. Ik geef een voorbeeld. Men kan, als men zich beroept op de wet, niet meer daarnaast een parallelle procedure instellen, maar familieleden zouden dat dan wel nog kunnen. Daarover zijn er toch wat juridische vragen. Als dat allemaal technisch opgelost kan worden, dan is dat natuurlijk goed, maar als er fundamentele oplossingen nodig zijn, dan denk ik dat het belangrijk is om die te durven aanbrengen, om nadien geen moeilijkheden te hebben.

Ik meen dat er ondertussen ook nog wat vragen waren over de verzekering. Is alles wel correct? Ik hoop dat het met technische verbeteringen kan, maar als dat niet mogelijk is, dan moet dit zo snel mogelijk aan de orde komen, om zo nodig in fundamentele herzieningen te voorzien.

La **présidente**: Si on dépasse le cadre de la traduction juridique, il faudrait dès lors éventuellement déposer des propositions de loi pour modifier la loi.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Koen Bultinck** aan de **vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "**het voorschrijven op stofnaam**" (nr. 4268)

- mevrouw **Katrin Jadin** aan de **vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "**het laag aantal medische voorschriften op stofnaam**" (nr. 4294)

12 **Questions jointes de**

- **M. Koen Bultinck** à la **vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique** sur "**la prescription de médicaments à partir du nom de la molécule**" (n° 4268)

- **Mme Katrin Jadin** à la **vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique** sur "**le faible taux de prescriptions médicales en DCI**" (n° 4294)

La question n° 4294 de Mme Jadin est transformée en question écrite.

12.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ook met dit dossier, het voorschrijven op stofnaam, kom ik even terug op een dossier dat eigenlijk van de vorige legislatuur onder uw voorganger minister Demotte dateert. Zoals u ongetwijfeld weet, bestaat dit systeem sinds 1 oktober 2005. Daardoor bestaat de mogelijkheid om farmaceutische specialiteiten op stofnaam voor te schrijven, het fameuze VOS-gegeven.

Mevrouw de minister, uit gegevens van het RIZIV blijkt nu dat slechts 3% van de artsen voorschriften hanteert die vallen onder het voorschrijven op stofnaam. In de feiten tellen die wel degelijk mee voor de berekening van het fameuze percentage voorgeschreven goedkope geneesmiddelen dat iedere medicus moet halen. Ondanks dit gegeven blijkt die regeling uiteindelijk geen succes te zijn. Als we zeer specifiek kijken, mevrouw de minister, dan blijkt dat zelfs de huisartsen uiteindelijk nog lager scoren dan het gemiddelde van 3% waarin thans is voorzien.

Een niet onbelangrijk bijkomend element is uiteraard dat die regeling voor een stuk uitgewerkt was als mogelijkheid om te besparen in de sector van de sociale zekerheid. Dit kon anderzijds ook voor de patiënt wel degelijk een besparing opleveren. Enerzijds berekende het RIZIV dat dit een besparing kon opleveren van 0,94 euro per verpakking voor de sociale zekerheid. Anderzijds kon het een besparing van ruim een euro betekenen voor de patiënt.

Mevrouw de minister, enkele concrete vragen zijn vandaag aan de orde. Kunt u deze gegevens van het RIZIV al dan niet bevestigen? Is er daarvoor een verklaring? Dat is niet onbelangrijk in dit gegeven. Dit was immers een belangrijke maatregel die hier de vorige legislatuur in het Parlement gepasseerd is. Heeft de minister reeds laten onderzoeken hoe het voorschrijven op stofnaam beter kan worden gepromoot? Als blijkt dat uiteindelijk slechts 3% hiervan gebruik maakt, kunnen we dit immers bezwaarlijk een succes noemen. Mevrouw de minister, hebt u al dan niet reeds laten onderzoeken of een bijsturing van het systeem van het voorschrijven op stofnaam nodig is?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, collega's, het voorschrijven van specialiteiten onder algemene benaming en de terugbetaling ervan zijn sedert 1 oktober 2005 wettelijk toegelaten. Voor de artsen is dit een bijkomende mogelijkheid tot voorschrijven naast de originele en de generische producten. De voorschriften onder algemene benaming bedragen effectief 3% van de afgeleverde geneesmiddelen, wat overeenstemt met 3 miljoen verpakkingen per jaar.

Het voordeel van het systeem is dubbel. Allereerst komt het rechtstreeks overeen met de benamingen die gebruikt worden in de universitaire cursussen en maakt dit het werk van de artsen gemakkelijker aangezien er een indrukwekkend aantal generische middelen voor dezelfde stofnaam bestaat. Het cijfer van 3% is echter nogal variabel naargelang de specialismen. Het bedraagt 2,4% voor de huisartsen, 7,4% voor reumatologen, 8% voor de orthopedisten en 10% voor de tandartsen. Indien men het voorbeeld van de huisartsen neemt, stelt men vast dat ondanks een laag percentage voorschriften op stofnaam het aantal generische of goedkope geneesmiddelen meer dan 35% bedraagt, wat ruim boven de verwachte 27% ligt.

Er lijken twee redenen te zijn voor dat verschil. Ten eerste willen de huisartsen altijd hetzelfde geneesmiddel voorschrijven aan dezelfde patiënt om vergissingen bij de inname te vermijden, wat bijzonder belangrijk is bij oudere personen. Ten tweede hebben ze, terecht of ten onrechte, meer vertrouwen in bepaalde generische middelen.

De gewoonte om onder stofnaam voor te schrijven, is bovendien nog niet ingeburgerd bij de huisartsen, maar die trend zou kunnen omslaan met de komst van de nieuwe generaties.

Het voorschrijven onder algemene benaming maakt momenteel een besparing mogelijk van 2,2 miljoen euro per jaar. Dat bedrag zou zelfs tot 5,5 miljoen euro kunnen stijgen indien de verpakkingen systematisch onder hun minst dure vorm zouden worden afgeleverd. Gelet op het aantal generische geneesmiddelen, zou dat echter leiden tot een niet te beheren voorraad voor de apotheker.

Het promoten van het systeem zal via de faculteiten geneeskunde en de lokale groeperingen voor medische evaluatie moeten gebeuren. Het RIZIV zal zorgen voor een permanente evaluatie.

12.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik neem akte van uw antwoord.

U spreekt over een eventuele bijsturing na een evaluatie. Klassieke vraag: kunt u ons een tijds kader geven binnen hetwelk die evaluatie zal plaatsvinden? Dat is voor ons, parlementsleden, met het oog op de parlementaire controle, belangrijk, al was het maar om u snel en efficiënt met een vervolgvraag daarover te kunnen ondervragen en om het werk in het Parlement toch wat efficiënt te laten gebeuren.

Hebt u min of meer zicht op het tijds kader binnen hetwelk die evaluatie door het RIZIV gebeurt?

12.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Quand c'est mon équipe qui réalise une évaluation, je peux donner un calendrier, mais quand il s'agit du RIZIV, c'est en fonction d'autres éléments. Je ne peux donc vous répondre. De plus, il s'agit d'une évaluation permanente. Il faut donc m'interroger de manière récurrente, une fois tous les trois ou quatre mois.

La **présidente**: Vous serez donc interrogée régulièrement sur le sujet.

12.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: Mais ne m'interrogez pas de manière automatique; je n'ai pas de nouveaux éléments d'une semaine à l'autre!

La **présidente**: Alors, nous allons essayer d'être raisonnables.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La question n° 4292 de M. Clarinval est reportée.

13 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de publiciteit in de tandheelkunde" (nr. 4326)**

13 **Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la publicité en dentisterie" (n° 4326)**

13.01 Rita De Bont (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb nog een vraagje over tandheelkunde.

In tegenstelling tot wat het geval is voor andere, vrije beroepen, waarvoor de publiciteit door de deontologische code wordt geregeld, wordt de publiciteit voor de tandheelkunde door de publiciteitswet van 1958 geregeld. Voornoemde wet verbiedt iedere vorm van publiciteit en zou, volgens een uitspraak van het Europees Hof van Justitie in de zaak Doulamis, niet in strijd zijn met de Europese Verdragen.

Toch bestaat over voornoemde regeling in tandheelkundige middens heel wat onzekerheid, vooral omdat onder meer de deontologische codes van de andere, vrije beroepen werden aangepast en met de Europese regelgeving inzake de vrije concurrentie in overeenstemming werden gebracht. Ook is sinds 1958, het jaar van de Expo, op technologisch gebied een en ander veranderd. Wij kennen momenteel onder andere het internet, dat ook wordt gebruikt om publiciteit te voeren.

De Raad van de Tandheelkunde formuleerde over het voeren van publiciteit op het internet reeds een advies voor de minister van Volksgezondheid. Volgens de tandheelkundige beroepvereniging, de VBT, heeft voornoemd advies uiteraard nog geen bindende kracht. In afwachting van een nieuwe wetgeving inzake elektronische reclame moet volgens de VBT de oude wet worden gerespecteerd, waardoor websites in principe verboden blijven.

Een andere, tandheelkundige beroepvereniging, het VVT, heeft zelf een portaalsite, www.mijntandarts.be, aangemaakt, die naar eigen zeggen een praktijksite is voor iedere tandarts die in Vlaanderen en Brussel een eigen praktijk voert. Voor zijn leden wordt de site gratis ter beschikking gesteld. Zij kunnen op de site de nodige informatie over hun praktijk kenbaar maken. Niet-leden kunnen ook van de site gebruik maken, weliswaar tegen betaling van 30 euro per jaar.

Daarom heb ik de volgende vragen.

Ten eerste, wordt het gebruikmaken van een praktijksite als onderdeel van een tandheelkundige portaalsite als reclame aanzien of gaat het voornoemde niet in tegen de publiciteitswet van 1958?

Ten tweede, indien voormelde manier van handelen geen inbreuk op de bestaande wetgeving vormt, kan een tandarts dan ook rechtstreeks van een eigen praktijksite gebruik maken?

Ten derde, zou het niet aangewezen zijn om, in samenspraak met de diverse, tandheelkundige beroepsverenigingen, een algemene, duidelijke richtlijn op te stellen en af te dwingen, indien wordt toegestaan om van hedendaagse technologie gebruik te maken om zijn patiënten te informeren?

Ten vierde, dringt een vernieuwing van de publiciteitswet van 1958 zich dan eigenlijk niet op?

13.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, het Europees Hof van Justitie heeft inderdaad in zijn recente uitspraak in de zaak-Doulamis met betrekking tot de wet van 15 april 1958 betreffende de publiciteit inzake tandverzorging, geoordeeld dat deze wet niet in strijd is met de Europese verdragen. Deze wet noch het KB van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening der tandheelkunde, houden evenwel expliciet rekening met communicatie via internet. Wij kunnen vandaag echter vaststellen dat het internet een veelgebruikt communicatiekanaal is, ook voor tandartsen.

Mijn voorganger had reeds een voorontwerp van wet opgesteld over de publiciteit inzake tandverzorging, dat het gebruikmaken van het internet regelde. De Raad voor Tandheelkunde had hierover reeds een advies opgemaakt, waarmee rekening werd gehouden in het voorontwerp van wet. Dit voorontwerp werd overgemaakt aan de Raad van State, maar het kon niet meer in het Parlement worden ingediend. In afwachting van een nieuwe regeling blijft de wet van 1958 uiteraard van kracht. Mijn diensten zullen dit dossier opnieuw ter hand nemen.

De wet van 1958 bepaalt: "Niemand mag voor het verzorgen of voor het doen verzorgen door een al dan niet bevoegd persoon, in België of in het buitenland, van aandoeningen, letsels of afwijkingen van de mond en van de tanden direct of indirect enige reclame maken, zoals door uitstallingen of uithangborden, door opschriften of platen die kunnen misleiden omtrent de wettelijke aard van de opgegeven activiteit, door prospectussen, circulaires, brochures, strooibiljetten, langs de pers, de ether of de bioscoop, door de belofte

of het verlenen van allerhande voordelen, zoals kortingen, kosteloos vervoer van patiënten, of door het optreden van ronselaars of klantenjagers.”

Deze opsomming is niet limitatief en gelet op een evolutieve interpretatie van de wet kan men ervan uitgaan dat ook reclame via het internet voor tandartsen verboden is. Reclame via een website is dus hoe dan ook verboden.

Zolang het medium enkel wordt gebruikt om te informeren, is er niets aan de hand. Vanaf het moment dat men beoogt klanten te werven, is het evenwel reclame en is het verboden. Het beperkte gebruik van een praktijksite is dus mogelijk maar het onderscheid tussen reclame en informeren is moeilijk te maken. De wet van '58 moet derhalve worden gewijzigd om deze situatie te verduidelijken.

Ik wens er verder nog op te wijzen dat, ondanks een recente uitspraak van het Europees Hof van Justitie, een verbod om reclame te maken vaak op Europees niveau in vraag wordt gesteld. De Europese rechtspraak ter zake is volop in beweging.

13.03 Rita De Bont (Vlaams Belang): Het maken van een portaalsite waarop niet alle tandartsen worden vermeld, kan momenteel wel worden beschouwd als een vorm van reclame die in strijd is met de huidige wet die door uw diensten zal worden aangepast en veranderd?

13.04 Minister **Laurette Onkelinx**: De vraag kan worden gesteld. Wij hebben een nieuwe wet nodig om de situatie te verduidelijken.

La **présidente**: Cette question est en effet souvent posée.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

La question n° 4359 de Mme Van Daele est reportée. Il faudra toutefois vérifier car il ne me semble pas que ce soit la première fois.

Néanmoins, étant donné qu'il a fallu redéposer toutes ces questions, il va falloir l'assumer.

13.05 Laurette Onkelinx, ministre: Non car il n'y a pas eu de nouveau parlement. Il y a une certaine continuité; il s'agit de la même session parlementaire.

La **présidente**: Oui, mais nous avons été obligés de redéposer toutes les questions. On a recommencé une nouvelle numérotation. Des questions qui ont été éventuellement supprimées peuvent dès lors revenir à l'ordre du jour.

14 **Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les effets secondaires de certains médicaments utilisés dans le traitement contre le sida" (n° 4368)**

14 **Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bijwerkingen van bepaalde in de behandeling van aids gebruikte geneesmiddelen" (nr. 4368)**

14.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, selon une étude européenne financée par l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments et réalisée par une importante équipe de l'Université de Copenhague, sur 33.000 personnes porteuses du HIV, l'utilisation de l'Abacavir, un médicament de type anti-rétroviral, chez les personnes atteintes du sida, présenterait des résultats plutôt inquiétants. En effet, le risque de crises ou de problèmes cardiaques serait doublé.

Un autre médicament incriminé et présentant des troubles similaires serait, toujours d'après cette étude, la Didanosine. Au total, 517 patients auraient été victimes de problèmes cardiaques. Parmi eux, 192 étaient sous Abacavir et 124 autres prenaient de la Didanosine.

Les experts semblent néanmoins d'accord sur le fait que ces deux médicaments sont efficaces et sauvent des vies mais l'attention doit être attirée sur les risques éventuellement accrus de crises cardiaques. Selon l'OMS, il faudrait réexaminer les implications possibles de l'usage de ces médicaments à grande échelle et

se demander si l'on doit envisager des solutions alternatives. De leur côté, les laboratoires qui fabriquent le premier médicament incriminé ont réagi, qualifiant l'étude de "peu concluante".

Pouvez-vous nous dire, madame la ministre, si vous disposez de données plus précises en la matière? L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé et le groupe de pharmacovigilance ont-ils relevé des effets négatifs de ces médicaments?

Quelle est l'attitude de l'Agence fédérale dans ce dossier?

Quelle est la procédure mise en œuvre pour s'assurer que toutes les données sont bien récoltées?

Pensez-vous qu'il faille prendre des mesures?

Une information des patients et des médecins est-elle prévue?

Ne pensez-vous pas qu'il conviendrait qu'un avertissement soit repris sur les notices de ces médicaments si nécessaire?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, madame Lejeune, l'étude que vous citez décrit les résultats récemment publiés dans le journal scientifique "Lancet" par un groupe scientifique international dénommé "Data Collection of Adverse Effects of anti-HIV Drugs Study" ou DAD.

Cette étude avait pour but de chiffrer le risque cardiovasculaire lié à l'utilisation de certains médicaments antiviraux utilisés dans la lutte contre le sida. Ces scientifiques ont étudié onze groupes de patients en Europe, aux États-Unis et en Australie. Ces résultats ont été examinés en profondeur et à plusieurs reprises par le groupe de travail de pharmacovigilance de l'Agence européenne des médicaments (EMA). Les recommandations ont été transmises au Comité des médicaments à usage humain, le comité scientifique de l'EMA afin que cette dernière concrétise les recommandations du groupe de travail pharmacovigilance.

L'analyse la plus récente des résultats de cette étude internationale a porté sur un total de 33.347 patients dont 517 ont subi un infarctus du myocarde pour la première fois. Parmi ces 517 patients, 192 étaient traités à l'Abacavir et 124 étaient traités à la Didanosine. L'analyse des résultats montre une augmentation du risque relatif d'infarctus du myocarde chez les patients traités par l'Abacavir ou par la Didanosine.

L'Agence européenne des médicaments n'a reçu depuis 1999 qu'une seule notification de défaillance cardiaque chez un patient traité à l'Abacavir et aucune notification de cette catégorie chez un patient traité à la Didanosine. La Belgique, par la taille de sa population de patients traités pour leur sida, ne dispose toutefois pas du nombre suffisant de patients que pour rendre exploitable l'analyse de ses cas.

Quelle est l'attitude de l'Agence des médicaments dans ce dossier?

L'Abacavir a été autorisé au niveau européen via une procédure unique centralisée. Le seul rôle que l'Agence peut donc tenir en l'occurrence consiste à participer activement, comme les autres États membres, aux décisions prises par l'Agence européenne. Nos délégués permanents auprès de ces institutions participent d'ailleurs régulièrement aux travaux de cette agence.

La Didanosine est quant à elle enregistrée au niveau national en Belgique. Cependant, malgré son rôle décisionnel final dans ce dossier, l'intérêt de prendre des décisions cohérentes au niveau européen fait que l'Agence opte régulièrement pour l'adoption des avis scientifiques émis par le groupe de travail Pharmacovigilance. Cette institution rassemble en effet de nombreux experts venus de tous horizons de l'Union européenne.

De plus, le Centre de Pharmacovigilance de l'Agence consacre une grande partie de son activité à la collecte et à l'évaluation des notifications d'effets indésirables de tous les médicaments commercialisés en Belgique. Au moment où la Commission européenne propose un renforcement de la pharmacovigilance au niveau européen, notre Agence met en œuvre un programme ambitieux de pharmacovigilance active.

Ce programme est destiné à promouvoir la qualité et le nombre des notifications d'effets indésirables à travers une éducation continue et une collaboration avec des professionnels de terrain (pharmaciens, médecins, hôpitaux, universités) qui concernent tous les médicaments mis sur le marché en Belgique. Ce programme rencontre un très grand intérêt et une excellente collaboration de la part des professionnels de la santé. Sa phase pilote couvre 2008 et 2009.

Je considère néanmoins que des mesures d'information des praticiens sont indispensables à ce stade; elles seront appliquées en concertation avec l'EMA. Une lettre d'information rédigée par les deux fabricants

concernés sera envoyée à tous les médecins belges dès demain, le 22 avril.

Quant à l'inscription d'un avertissement sur les notices de ces médicaments, pour ce qui concerne l'Abacavir, le choix est du ressort du Comité des médicaments à usage humain. Ce Comité attend des informations scientifiques complémentaires de l'État membre de référence pour ce dossier, la France, afin de lever certaines ambiguïtés méthodologiques.

En ce qui concerne la Didanosine, la Belgique ne disposant pas de patients en nombre suffisant pour élaborer des conclusions propres, nous suivons et continuerons à suivre les recommandations du groupe de travail de pharmacovigilance de l'EMEA.

14.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Si j'ai bien compris, il n'y a pas de souci pour ces médicaments dans la mesure où il n'existe pas beaucoup de cas problématiques.

Ceci dit, ces médicaments antirétroviraux qui permettent de contrôler l'infection du virus HIV, permettent également de contrôler ce que l'on appelle les infections opportunistes, mais aussi aux personnes concernées de vivre normalement. Il s'agit là d'une bonne nouvelle.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

La **présidente**: La question n° 4464 de Mme Galant est reportée et la question jointe n° 4610 de M. Prévot est transformée en question écrite. La question n° 4480 de Mme Avontroodt est transformée en question écrite. Les questions n° 4520 de Mme della Faille et 4528 de M. Goutry sont reportées.

15 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod op reclame voor geneesmiddelen" (nr. 4542)

15 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de publicité pour les médicaments" (n° 4542)

15.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mevrouw de minister, mijn vraag handelt over het verbod op reclame voor geneesmiddelen.

Collega Gilkinet heeft onlangs in de commissie een vraag gesteld in verband met een farmaceutische firma die via een rookstopprogramma de wet op het verbod van reclame voor geneesmiddelen wist te omzeilen. Het ging om de firma Pfizer die op een handige manier, in het kader van haar antirookcampagne, niet alleen reclame maakte voor haar rookstopprogramma, maar ook de geïnteresseerde mensen liet inschrijven met naam en toenaam. Daardoor kon de firma persoonlijke informatie verzamelen.

U hebt toen geantwoord dat de desbetreffende firma de wetgeving met voeten heeft getreden en dat er sancties zouden volgen. Aangezien het hier gaat over een duidelijke omzeiling van het verbod op reclame voor geneesmiddelen, heb ik de volgende vragen.

Aangezien u zelf zegt dat de desbetreffende firma de wetgeving heeft overtreden, vernam ik graag wat de hieraan gekoppelde sanctie is. Er mag worden verondersteld dat de firma, in het kader van haar rookstopprogramma, een database heeft aangelegd van de mensen die zich hebben ingeschreven voor het programma. Indien blijkt dat de firma deze persoonlijke gegevens zou gebruiken voor verdere commerciële doeleinden, zult u dan ook ingrijpen?

15.02 Minister Laurette Onkelinx: Zoals onlangs meegedeeld aan de heer Gilkinet, heeft het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten een proces-verbaal opgesteld tegen de firma Pfizer, wegens het verspreiden, bij het grote publiek, van reclame voor een geneesmiddel op medisch voorschrift. De reclame in kwestie bestond uit een bericht dat op 24 mei 2007 voor het grote publiek werd verspreid in de pers. Het Federaal Agentschap heeft de bepalingen van de wet op de geneesmiddelen toegepast en de betrokken firma een administratieve boete opgelegd.

Wat de database betreft, de inschrijvingsaanvragen van patiënten voor het rookstopbegeleidingsprogramma worden verzameld door een derde firma. De farmaceutische firma zou dus geen toegang tot deze gegevens hebben. Hoe dan ook moet de wetgeving inzake vertrouwelijkheid en eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer steeds worden nageleefd. Er wordt naar deze regels verwezen in documenten die de arts aan

zijn patiënt overhandigt in het kader van een eventuele inschrijving voor een dergelijk programma. Het programma werd ook aan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer verklaard. Bovendien is reclame voor geneesmiddelen bij het grote publiek sowieso verboden via e-mail, mailing, sms en telefoon.

15.03 Maya Detiège (sp.a-spirit): Hebt u een idee van die administratieve boetes? Kent u het exacte bedrag of kunt u dat te weten komen? U zegt dat het agentschap het proces-verbaal heeft opgesteld en de boete heeft opgelegd, maar ik ben gewoon benieuwd naar de impact.

15.04 Laurette Onkelinx, ministre: Voulez-vous connaître le montant de l'amende administrative?

15.05 Maya Detiège (sp.a-spirit): Oui.

15.06 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne connais pas le montant.

15.07 Maya Detiège (sp.a-spirit): Kan ik dat eventueel later schriftelijk krijgen? Uw diensten zouden dat kunnen navragen en het mij schriftelijk overmaken, dan ben ik al tevreden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'éradication totale de la rougeole en Belgique pour 2010" (n° 4546)

16 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de totale uitroeiing van mazelen in België tegen 2010" (nr. 4546)

16.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame la ministre, dans son bulletin du mois de mars, l'OMS publie le résultat d'une enquête consacrée à la sensibilité à la rougeole en Australie et dans 17 pays européens. En 1998, les États membres de la région européenne de l'OMS avaient convenu d'éradiquer la rougeole en Europe en 2007. En 2002, les cas de rougeole en Europe se situaient en dessous de 5/100.000 et un plan stratégique avait été élaboré afin d'éliminer totalement cette maladie pour l'année 2010.

Dans le cadre du réseau européen d'épidémiologie sérologique 2, ce que l'on appelle ESEN 2, ces 17 pays ont constitué entre 1996 et 2004 des banques nationales de sérum qui ont été soumises à des tests de détection des immunoglobulines IgG, anti-rougeoleuses; des données sur l'historique des vaccinations anti-rougeoleuses et sur l'incidence de la rougeole ont également été collectées. Il apparaît que sept pays: Espagne, Hongrie, Luxembourg, République tchèque, Slovaquie, Slovénie et Suède remplissaient les objectifs ou en étaient très proches. Quatre pays: Australie, Israël, Lituanie et Malte présentaient des niveaux de sensibilité dans certaines tranches d'âge indiquant d'éventuelles brèches dans la protection. Sept autres pays: Belgique, Bulgarie, Chypre, Angleterre, Pays de Galles, Irlande, Lettonie, Roumanie ont été jugés à risque d'épidémie en raison de la grande sensibilité des enfants et, dans certains cas, des adultes.

Madame la ministre, bien que la Belgique applique un calendrier de vaccination anti-rougeoleuse en deux doses, comme le prescrit l'OMS, il n'en demeure pas moins que la rougeole subsiste et si des améliorations ne sont pas apportées, on peut s'attendre à ce que la transmission se poursuive et même à ce que des flambées de rougeole puissent, à nouveau, voir le jour.

Voici donc mes questions.

1. Sachant que, pour la Belgique, les tests retenus dans cette étude de l'OMS ont été effectués sur des échantillons de sérum entre 2002 et 2003, de nouveaux tests ont-ils été réalisés depuis? Dans ce cas, au cours de ces dernières années, comment la sensibilité à la rougeole a-t-elle évolué?

2. L'OMS estime que certains États européens devront étendre la couverture vaccinale systématique et procéder à des campagnes de vaccination dans certaines catégories de personnes plus âgées si l'on veut que la région européenne de l'OMS atteigne les objectifs d'élimination d'ici 2010. Cette possibilité est-elle envisagée à l'échelle belge? La Belgique aura-t-elle éradiqué la rougeole en 2010, comme le stipule l'OMS?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, madame Burgeon, pour atteindre l'élimination de la rougeole, une couverture vaccinale d'au moins 95% est nécessaire (deux doses de vaccins

d'antirougeoleux). Selon l'étude ESEN 2, les groupes d'âge de 5 à 30 ans étaient en Belgique insuffisamment protégés pour éviter les épidémies de rougeole (susceptibilité dans plus de 5 à 15% de la population en fonction de l'âge).

Depuis 2002, une nouvelle étude a été faite en collaboration avec le Centre d'évaluation des vaccinations de l'Université d'Anvers et l'Institut scientifique de santé publique. Les échantillons ont été rassemblés en 2006 et 2007. Les résultats préliminaires semblent indiquer une amélioration de la protection des groupes d'âge concernés.

En réponse à l'objectif d'élimination de la rougeole de l'Organisation mondiale de la Santé, un Comité pour l'Élimination de la Rougeole et de la Rubéole en Belgique a été créé en 2003. En fonction des résultats complets de l'étude, le Comité pourra recommander des campagnes de vaccination pour les groupes d'âge insuffisamment protégés et/ou l'avancement de l'âge de l'administration de la deuxième dose du vaccin antirougeoleux sous forme de vaccin combiné RRO. Les mamans connaissent bien cela!

Jusqu'à présent, la priorité a été donnée à l'augmentation de la couverture vaccinale pour la première dose RRO. Les études récentes chez les enfants de 18 à 24 mois montrent une nette amélioration de cette couverture qui a augmenté de 74,5% en 2000 à 91% en 2006 à Bruxelles, de 82,5% en 2003 à 89% en 2006 en Wallonie et de 83,5% en 1999 à 94% en 2005 en Flandre.

Vu la situation actuelle en Europe avec des épidémies de rougeole dans de nombreux pays, il semble qu'il sera difficile d'atteindre l'élimination de la rougeole pour 2010. L'objectif de l'élimination en Europe a déjà été reporté une première fois de 2007 à 2010. Ce sera probablement encore le cas mais d'ici là, nous ferons tout ce qu'il faut pour arriver le plus près possible de l'objectif annoncé.

16.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse. C'est déjà plus clair et on constate une évolution. Lorsqu'une maman se rend à l'ONE, il lui est conseillé de vacciner son enfant. Je m'étonne dès lors du nombre d'enfants non vaccinés.

Je ne sais si vous saurez me répondre mais est-ce de la désinvolture? Je me souviens qu'à une certaine époque, des parents ne vaccinaient pas volontairement leurs enfants.

16.04 Laurette Onkelinx, ministre: Tous ces éléments entrent en ligne de compte. Je ne dispose pas de l'ensemble des causes. Je suppose que certains agissent ainsi pour des raisons religieuses ou sectaires plus exactement. On a également le cas des enfants du voyage qui représentent une population parfois plus volatile, plus difficile à mobiliser par une campagne de santé publique. Il y a également de la négligence pour d'autres.

Il faut aussi rassurer – c'est un des objectifs des campagnes – sur le fait que si on a laissé passer le délai, ce n'est pas grave; on peut recommencer. C'est parfois ce genre d'incertitudes qui étonne.

16.05 Colette Burgeon (PS): Je crois en tout cas qu'il faut encore travailler en la matière et continuer les campagnes d'information. Il y va de la santé de la population.

La présidente: Il y a aussi les enfants qui font la rougeole avant l'âge du vaccin. Les miens l'ont fait. Il s'agit bien du vaccin de la rougeole car les miens l'ont faite avant 9 mois?

16.06 Laurette Onkelinx, ministre: Rubéole, rougeole et oreillons, on vaccine très vite contre ces maladies.

La présidente: Je me trompe peut-être de maladie mais je sais qu'ils ont fait la maladie avant l'âge du vaccin.

(...): La roséole peut-être?

16.07 Laurette Onkelinx, ministre: La roséole? Ce n'est pas grave alors.

La présidente: Dans le temps, on nous mettait près des grands pour qu'on attrape la maladie!

16.08 Laurette Onkelinx, ministre: C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il est intéressant de placer les enfants dans un milieu collectif pour qu'ils puissent faire toutes les petites maladies.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

17 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de sang" (n° 4551)

17 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan bloed" (nr. 4551)

17.01 **Josée Lejeune** (MR): Madame la ministre, le milieu hospitalier risque de plus en plus d'être confronté à une pénurie de sang, d'après le XXVIII^e Symposium international en soins intensifs et médecine d'urgence. En effet, les banques de sang deviennent plus restrictives quant à la sélection des donneurs – fort heureusement – avec pour conséquence une limitation pour les services de soins intensifs et d'urgence des quantités de sang disponibles.

La loi du 5 juillet 1994 relative au sang et ses arrêtés d'exécution prévoient des règles de sécurité assez strictes. En parallèle, il faut citer des mesures prises par votre département et pour lesquelles l'avis du Conseil supérieur d'Hygiène peut être demandé afin de rester prudent et vigilant.

Toutefois, la Croix-Rouge a lancé un appel pressant aux donneurs de sang, car même si leur nombre augmente, c'est plutôt l'accroissement des besoins qui est en cause. Afin de vous donner un ordre de grandeur, pour satisfaire les besoins de notre pays, il faut plus de 500.000 poches de sang par an, selon la Croix-Rouge.

Madame la ministre, quelle réaction adoptez-vous devant cette situation? Ne pensez-vous pas que des mesures doivent être prises?

Quelle solution envisagez-vous afin de répondre au risque de vivre une situation de pénurie sévère tout en maintenant les règles de sécurité indispensables en ce domaine?

17.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la ministre, chère collègue, la Belgique n'est pas actuellement confrontée à une pénurie de sang.

Toutefois, il est nécessaire de rechercher de manière permanente de nouveaux donneurs pour pouvoir continuer à assurer l'absence de pénurie.

Les services du sang belges font des efforts constants pour trouver de nouveaux donneurs susceptibles de remplacer les anciens qui, pour l'une ou l'autre raison, ne donnent plus de sang. Chaque année, il est ainsi nécessaire de remplacer environ 15% des donneurs.

Les services du sang prennent également des mesures pour assurer un stock suffisant dans les périodes où la collecte est plus difficile, en particulier en période de vacances. Cependant, vu la durée de conservation limitée du sang, à savoir 42 jours, et vu l'existence de plusieurs groupes sanguins, il peut arriver que le stock d'un groupe sanguin déterminé soit faible. Des mesures sont alors prises par les services du sang pour stimuler la collecte avant qu'une vraie pénurie ne survienne.

Les critères de sélection des donneurs sont de plus en plus sévères. Cela est justifié par le souci permanent de mettre à disposition des patients du sang répondant aux critères de sécurité les plus stricts possibles. Il n'est pas concevable de faire la moindre concession dans ce domaine. De plus, l'adoption de critères plus sévères n'a pas entraîné de difficultés d'approvisionnement.

Ces dernières années, aucune augmentation de la consommation annuelle de sang n'a été constatée. Toutefois, si la consommation devait augmenter, il existe encore une certaine marge puisque chaque donneur peut donner du sang quatre fois par an alors qu'actuellement, la fréquence annuelle moyenne du don de sang est de deux.

La stabilité dans la consommation de sang est aussi liée à l'existence de critères stricts pour les transfusions de sang. Dans ce cadre, un manuel de bonnes pratiques a été établi par le Conseil supérieur de la santé et distribué l'an dernier à tous les hôpitaux.

Les différents éléments que je viens d'exposer montrent qu'il n'y a actuellement pas de raisons particulières de craindre une pénurie prochaine de sang. Il n'est donc pas nécessaire de prendre des mesures particulières en la matière.

Cela dit, vous devez savoir que l'adéquation entre l'offre et la demande de sang fait l'objet d'un suivi constant et qu'en cas d'alarme, des mesures particulières sont automatiquement prises.

17.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Comme vous, je suis d'avis qu'il ne faut pas alléger les mesures de sécurité, même si elles sont strictes.

Des campagnes d'information sont-elles prévues? Votre département a-t-il été informé de l'organisation de campagnes spécifiques de la Croix-Rouge, par exemple?

17.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est la Croix-Rouge elle-même qui organise et fait la promotion de ses campagnes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les causes et solutions quant aux retards grandissants de paiement des factures hospitalières" (n° 4557)

18 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oorzaken van het toenemende aantal achterstallige ziekenhuisfacturen en de mogelijke oplossingen" (nr. 4557)

18.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, selon des informations du SPF Santé publique, récemment publiées, les hôpitaux sont de plus en plus souvent confrontés à des patients qui ne paient pas leurs factures. Cette dette aurait augmenté d'un tiers en l'espace de cinq ans et les factures en attente de paiement représenteraient quelque 400 millions d'euros, dont une partie risque bien de ne jamais être payée ou de faire l'objet de procédures de recouvrement.

De nombreux hôpitaux, pressés d'être payés, envoient aussi plus rapidement leur facture aux patients et certains réclament des garanties à l'admission. Cela engendre un double problème: l'accessibilité aux soins et l'équilibre financier des hôpitaux.

Il convient de s'interroger sur les causes de ces non-paiements: l'augmentation de la précarité, la surfacturation, l'utilisation de nouvelles techniques médicales, utiles mais fort coûteuses, etc. et de chercher des solutions pour que ce phénomène n'empêche pas nos concitoyens de se soigner.

Madame la ministre, pouvez-vous confirmer les chiffres rendus publics et nous indiquer les évolutions dans les retards de paiement au cours des dernières années?

Pouvez-vous nous dire si des études complémentaires ont été réalisées ou sont envisagées par le SPF Affaires sociales et Santé publique relativement aux causes de ces retards croissants de paiement? Quelle est votre propre lecture de ce phénomène croissant?

Pouvez-vous nous indiquer les mesures que vous envisagez de mettre en place pour diminuer l'impact financier des hospitalisations et éviter ainsi que des patients ne renoncent à se faire soigner?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, cher collègue, je confirme les chiffres relatifs à l'évolution du montant des dettes des patients envers les hôpitaux. Ceux-ci proviennent des données comptables et financières transmises annuellement par les hôpitaux au SPF Santé publique, conformément à la législation applicable en la matière. Il s'agit plus précisément des montants actés par les hôpitaux lors de leur clôture des comptes annuels en "créances douteuses patients", et en réduction de "créances douteuses patients", que ces patients soient hospitalisés ou ambulants.

On constate que le montant total de ces deux comptes - comptes 407 et 409 - est passé de 258.200.000 euros en 2000 à 392.700.000 euros en 2005. Ce sont les derniers chiffres disponibles. Si les informations transmises par les hôpitaux permettent d'identifier le niveau des dettes dues par les patients, et

leur évolution dans le temps, elles ne contiennent aucune donnée précise relative aux retards de paiement des patients et leur évolution dans le temps. À ce jour, aucune étude relative à ces retards de paiement n'a été réalisée.

En ce qui concerne les chiffres, je souhaiterais apporter une nuance. En termes relatifs rapportés au chiffre d'affaires de l'ensemble des hôpitaux - le compte 70 -, la dette des patients, telle que je viens de la définir, est en diminution pour les deux dernières années connues, à savoir 2004 et 2005. Cette diminution relative est certainement le signe des premiers effets des mesures prises dans le domaine de l'assurabilité et de l'accessibilité aux soins.

Pour l'accessibilité aux soins hospitaliers, je rappellerai les mesures prises ces dernières années dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Le système du maximum à facturer a été amélioré. L'accès au bénéfice de l'intervention majorée de l'assurance obligatoire n'est désormais plus lié qu'à la seule condition du revenu. La couverture du coût des implants par l'assurance obligatoire soins de santé s'est fortement développée. Les suppléments d'honoraires ou de chambre lors d'une hospitalisation sont pratiquement exclus en chambre commune et strictement encadrés dans le cas des chambres à deux lits. Un refinancement du budget des moyens financiers des hôpitaux à hauteur de 100 millions d'euros a été mené à bien et partiellement conditionné à une limitation des suppléments demandés aux patients. Le fonds spécial de solidarité de l'INAMI a été réformé pour le rendre plus accessible aux patients qui en ont besoin.

Malgré l'ensemble de ces mesures récentes, je suis consciente qu'il reste des problèmes d'accessibilité aux soins. Le budget 2008 de l'assurance obligatoire soins de santé prévoit d'ailleurs de nouvelles avancées vers une meilleure couverture des soins de santé pour un coût total de 340 millions d'euros sur base annuelle. On veillera à poursuivre et améliorer les mécanismes, et à accélérer le remboursement des nouvelles technologies médicales, des nouveaux médicaments, implants, etc., dont l'efficacité thérapeutique est scientifiquement avérée.

Je voudrais cependant attirer votre attention sur le fait qu'une partie des factures impayées n'est pas seulement liée à des problèmes d'accès aux soins mais également aux suppléments demandés en chambre particulière quand le patient la demande, aux situations des personnes connaissant des difficultés financières totalement étrangères aux coûts des soins qui leur sont facturés, comme les personnes surendettées par exemple, mais aussi parfois aux mauvais payeurs disposant pourtant de ressources suffisantes pour faire face à leurs factures. Il faut tout de même rappeler que le système de soins de santé est basé sur la solidarité et qu'on le respecte en payant ses factures.

Dans notre système d'assurance, les personnes rencontrant des problèmes réels d'accès aux soins en raison de l'insuffisance de leurs revenus peuvent recourir à l'aide des CPAS ou même à l'assurance complémentaire de leur mutuelle. Enfin, je rappellerai que le maintien de la norme de croissance annuelle des soins de santé à 4,5% et la lutte pour la sauvegarde du pouvoir d'achat sont des gages donnés par le gouvernement actuel de sa volonté de protéger les plus faibles de nos concitoyens.

18.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Je remercie la ministre de confirmer les chiffres et d'annoncer un tassement relatif en 2004-2005. Je reste inquiet car de plus en plus de personnes renoncent à des soins; des assurances privées se développent, plus que nous le voudrions; des organismes assureurs proposent des assurances complémentaires solidaires et efficaces. Le chiffre de 400 millions mériterait une étude complémentaire pour déterminer qui ne paie pas et nous rassurer.

Je prends bonne note des efforts réalisés pour que l'hospitalisation ne coûte pas trop cher. Vu les marges du budget des soins de santé, on peut imaginer de faire mieux, de créer de nouveaux mécanismes de solidarité au sein de l'assurance obligatoire.

18.04 Laurette Onkelinx, ministre: Il faudra compléter les mécanismes existants, qui sont de bons mécanismes. Parfois, il faut les préciser, les simplifier, les améliorer. On a parlé d'Omio tout à l'heure mais il faut aussi imaginer de nouveaux mécanismes, et c'est ce que je voudrais faire pour les maladies chroniques qui génèrent un problème très important.

18.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Des organismes assureurs ont développé des produits efficaces.

Ils s'appuient sur une cotisation très large et un suivi des pratiques au sein même des hôpitaux, de façon à éviter des surfacturations. Cela pourra peut-être intégrer un jour l'assurance obligatoire.

*L'incident est clos.
Het incident is gesloten.*

19 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mobilité et son coût pour les patients en zones rurales" (n° 4558)

19 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verplaatsingskosten van patiënten die in landelijk gebied wonen" (nr. 4558)

19.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, la récente réorganisation des infrastructures hospitalières a contribué à amener un rééquilibrage du budget de la sécurité sociale, en particulier des soins de santé, et même des marges nouvelles, mais a donné lieu à une multiplication des trajets et donc des coûts pour de nombreux patients.

La mobilité est un enjeu prédominant pour les zones rurales: cet enjeu prend encore une ampleur plus grande pour les personnes qui cumulent les difficultés. En effet, les personnes qui ont la malchance de devoir suivre un traitement lourd tout en habitant dans une région où il n'y a pas d'hôpital spécialisé doivent parcourir de nombreux kilomètres.

Si le transport par ambulance pour urgence est pris en charge par l'assurance obligatoire (il existe un forfait), il n'en va pas de même pour tous les transports.

Pour les transports par ambulance entre hôpitaux, deux cas sont possibles: s'il n'y a pas de séjour dans l'hôpital d'accueil, les frais de transport sont compris dans le prix de la journée. Par contre, s'il y a séjour, ces frais sont à charge du patient.

Or, on sait que comme il n'y a pas de centre universitaire ou d'hôpitaux spécialisés (par exemple en cardiologie) en province du Luxembourg, le patient est obligé parfois de faire de longs déplacements (vers l'hôpital universitaire de Mont-Godinne ou vers Liège) et il n'est pas rare que les factures dépassent alors les 1.500 euros!

Pour les transports imposés par un traitement lourd (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie), un remboursement est accordé si le transport se fait via les transports en commun. Si le patient utilise un autre moyen de transport, il pourra prétendre à un remboursement de 0,25 euro/km.

Mais certains patients doivent être transportés en ambulance compte tenu de la dégradation de leur état de santé. Rien n'est cependant prévu par l'INAMI pour ce cas de figure et certains patients renoncent à ce type de traitement qui implique de si lourds sacrifices. Ce sont en tout cas les témoignages qui ont été recueillis récemment.

Madame la ministre, pouvez-vous me dire si vous disposez de chiffres concernant le nombre de patients qui font appel à une ambulance pour les deux cas problématiques relevés (quand il y a séjour ou pour un traitement lourd)?

Des évaluations ont-elles été réalisées quant à la conséquence de ces coûts sur la bonne poursuite de leur traitement par les patients concernés?

Est-il envisagé, dans le cadre des moyens disponibles dans le budget de l'INAMI – dont nous venons de parler –, d'offrir une couverture au moins partielle des coûts de transport par l'assurance obligatoire? Dans ce contexte, une discrimination positive peut-elle être envisagée pour les patients les plus éloignés des centres de soins adaptés à leur pathologie?

19.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, monsieur Gilkinet, l'assurance obligatoire soins de santé octroie actuellement une intervention pour les frais de déplacement dans certains cas bien déterminés. Ainsi, comme on l'a dit, pour les patients traités en ambulatoire par chimio et radiothérapie et les patients en dialyse rénale, l'intervention est effectivement fixée à 0,25 euro/km entre le domicile et l'établissement sauf si le patient utilise les transports en commun, la prise en charge étant intégrale dans ce cas-là.

La distance maximale prise en compte (30 kilomètres par trajet) ne s'applique pas s'il n'existe pas de centre

spécialisé dans un rayon de 30 kilomètres du domicile.

Un projet d'arrêté royal visant à supprimer cette distance maximum est actuellement à l'examen.

Un remboursement des frais de déplacement est également prévu dans le cadre de la rééducation fonctionnelle, ainsi que pour le transport en ambulance médicalisée de prématurés et nouveau-nés entre différents services hospitaliers.

Depuis 2007, lorsqu'un enfant atteint d'un cancer est hospitalisé, l'assurance soins de santé intervient également dans les frais de déplacement de ses parents à concurrence d'un forfait de 0,25 euro par kilomètre entre leur domicile et l'hôpital. Par contre, aucun remboursement n'est prévu à l'heure actuelle par l'assurance obligatoire en ce qui concerne les transports en ambulance dans d'autres situations. Les tarifs sont fixés par le SPF mais le coût est intégralement à charge du patient.

Dans le budget 2008, les initiatives suivantes sont prévues pour étendre le remboursement des frais de déplacement. Un montant de 7 millions d'euros sera affecté au remboursement du transport en ambulance dans le cadre de l'aide médicale urgente. Un même montant est également prévu pour une intervention dans les frais de déplacement des patients depuis et vers un centre de soins de jour. Enfin, une autre mesure, pour laquelle un montant de 156.000 euros est prévu, consiste à étendre l'intervention de l'assurance pour les frais de déplacement à d'autres assurés que ceux qui en bénéficient actuellement.

Ces mesures sont insérées dans le projet de loi santé (dispositions diverses non urgentes) et nous pourrions voir si nous pouvons aller plus loin. Il s'agit de moyens disponibles qui sont discutés en Médicomut.

19.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je ne suis pas sûr que les efforts supplémentaires, que je salue néanmoins, répondent aux cas précis que je vous ai exposés, notamment ceux des patients qui suivent un traitement lourd et qui habitent dans des zones éloignées des centres. Je ne peux que vous encourager à mettre cette question à l'ordre du jour d'une prochaine réunion Médicomut. Dans le cadre des efforts qui devront être réalisés, il faut que ce type de patients puisse être pris en compte. La santé en milieu rural, particulièrement en province de Luxembourg, est un enjeu et les mesures de rationalisation qui ont été prises ne permettent pas que ces personnes se fassent soigner près de chez elles, ce qui entraîne des coûts assez importants qui peuvent être un frein au traitement médical. Ce n'est pas souhaitable dans un système où tout le monde doit pouvoir bénéficier de la même couverture.

La **présidente**: Nous suivrons cela lors de la discussion à propos de la loi contenant des dispositions diverses non urgentes.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kinesithérapie in rusthuizen" (nr. 4581)

20 Question de Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la kinésithérapie dans les maisons de repos" (n° 4581)

20.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): Mevrouw de minister, in tegenstelling tot rust- en verzorgingstehuizen of RVT's is de behandeling van kinesithérapie in een rustoord voor bejaarden of ROB niet in de dagprijs gerekend. ROB-bewoners kunnen beroep doen op zelfstandige kinesisten die met de instelling een samenwerkingsovereenkomst hebben. De bewoners kunnen ook beroep doen op hun eigen kinesist.

Personen ten laste van het OCMW worden altijd doorverwezen naar zelfstandige kinesisten die met het rusthuis een samenwerkingsovereenkomst hebben. De facturatie van die zelfstandige kine gebeurt via het rusthuis. Zo wordt het gedeelte dat de resident van de mutualiteit terugkrijgt door het rusthuis opgevorderd en het remgeld wordt ten laste genomen van het OCMW.

OCMW-rusthuizen zouden de kineprestaties bij ROB-residenten willen laten uitvoeren door kinesisten in loonverband. Zonder de keuzemogelijkheid van deze ROB-bewoners te beperken, zouden deze kinesisten in loonverband dan op hun eigen RIZIV-nummer de zorgen attesteren en het OCMW zou de vergoeding innen van de mutualiteit. De achterliggende gedachte daar rond is dat de kine als het ware zich zelf betaalt.

Daarom heb ik een aantal praktische vragen.

Is het mogelijk dat OCMW-rusthuizen bij ROB-residenten deze prestaties door kinesisten in dienstverband kunnen laten uitvoeren?

Kunnen de kinesisten dan de overeenkomst M.03.2 die stelt dat ze in 70% van hun attestaties een honorarium moeten vragen (mutualiteitssamenkomst en remgelden), nakomen en riskeren zij geen sancties van het RIZIV?

Zijn er intussen al plannen om ook voor ROB, de kinekost in de dagprijs te berekenen, wat de gehele problematiek zou oplossen?

Is het met de huidige stand van zaken wel aangewezen om kinesisten in loonverband op het persoonlijk RIZIV-nummer ROB-prestaties te laten attesteren voor het RIZIV?

Bovendien tellen de remgelden die het OCMW op zich neemt, niet mee in de remgeldteller van deze residenten in het raam van de maximumfactuur. Wat kan daar aan gedaan worden?

20.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, collega's, wat de attestering van kinesitherapieverstrekkingen betreft, speelt het feit dat de zorgverlener zelfstandige of loontrekkende is geen rol. Er moet wel nagekeken worden of de voorgestelde handelwijze voor die specifieke kinesitherapeut niet in strijd is met de regelgeving rond de financiering en normen van de instelling waar hij werkt, om dubbele financiering te vermijden.

Ten tweede, volgens de huidige, nationale overeenkomst verbindt de kinesitherapeut zich ertoe in ten minste 70% van de door hem geattesteerde verstrekkingen het persoonlijk aandeel aan de rechthebbende aan te rekenen. Hierbij mag hij geen onderscheid maken tussen de rechthebbenden, noch op basis van de verzekeringsinstelling waarbij zij zijn aangesloten, noch op de basis van de setting waarin zorg verleend werd. Indien de kinesitherapeut die verbintenis niet naleeft, kunnen de verzekeringsinstellingen, rechtsgeldig vertegenwoordigd door de voorzitter van het Nationaal Inter mutualistisch College, de overeenkomst met die kinesitherapeut ontbinden. Daarbij kan rekening worden gehouden met de meetbare, sociale karakteristieken van de patiënten van de kinesitherapeut. Het gaat dus over alle geattesteerde verstrekkingen van een kinesitherapeut, dus ook de verstrekkingen die worden verleend aan patiënten in een ROB-setting. Kinesitherapieverstrekkingen buiten de instelling, geattesteerd door een kinesitherapeut die in een ROB of RVT werkt, worden ook in rekening gebracht. Van bij de start van het systeem zijn geen uitzonderingen op die regel in de regelgeving opgenomen, ook niet voor loontrekkende kinesitherapeuten in ROB's.

Ten derde, het idee om de kinesitherapieverstrekkingen in ROB's op te nemen in het forfait werd reeds bestudeerd. De regering heeft momenteel geen budget vrijgemaakt voor een dergelijke forfaitarisering. In de context van de bepaling van het budget voor 2006 heeft de regering beslist om het al dan niet overgaan tot forfaitarisering het voorwerp te laten uitmaken van een gemeenschappelijk akkoord met de beide bevoegde overeenkomstencommissies, namelijk die met de kinesitherapeuten en die met de ROB's en RVT's.

Voor zover beslist wordt tot forfaitarisering dienen eerst in de context van het interministerieel overleg de gevolgen ervan op de fasering van de reconversie te worden onderzocht. Tussentijds overleg heeft nog geen concreet resultaat opgeleverd.

Ten vierde, een belangrijk principe inzake de attestering van geneeskundige verzorging is de regel dat de zorgverlener die de verstrekkingen verleent, zijn of haar RIZIV-nummer moet gebruiken voor de attestering ervan, zodat het duidelijk is wie welke verstrekking attesteert.

Dat principe moet toegepast worden ongeacht het feit of de zorgverlener al dan niet loontrekkend is. Het lijkt mij niet aangewezen om de huidige regelgeving aan te passen om het principe alleen te schrappen voor de verstrekkingen in ROB's door kinesitherapeuten.

Ten vijfde, het huidige systeem van de maximumfactuur laat wel degelijk toe dat de remgelden voor kinesitherapie in OCMW-rusthuizen, indien de zorgverlener op het getuigschrift "ja" schrijft in het vakje KB-nummer 15.07.2002, opgenomen worden in de maximumfactuurteller.

20.03 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Mevrouw de voorzitter, ik bedank de minister voor het duidelijke antwoord en ik zal het antwoord doorgeven aan de betrokken mensen die de vraag aan mij gesteld hebben.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 4586 van mevrouw Reuter, vraag nr. 4590 van de heer Landuyt, vraag nr. 4664 van de heer Flahaux en vraag nr. 4670 van mevrouw De Block worden uitgesteld.

Vraag nr. 4659 van mevrouw Jadin is ingetrokken, vermits ze een bevoegdheid betreft van de staatssecretaris van Mobiliteit.

Vraag nr. 4687 van de heer Jeholet wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.37 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17.37 heures.