

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 6 MEI 2008

Namiddag

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

du

MARDI 6 MAI 2008

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 15.24 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 15.24 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vertegenwoordiging van de sector van de generieke geneesmiddelen in het overleg over het geneesmiddelenbudget" (nr. 4893)**

01 **Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'association du secteur des médicaments génériques à la concertation sur le budget des médicaments" (n° 4893)**

01.01 **Luc Goutry** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de Belgische gezondheidszorg heeft een lange traditie van overleg tussen de betrokken actoren. Wij hebben het er daarnet nog over gehad. Bij wijze van voorbeeld verwijs ik ook naar de talrijke overlegplatforms in de schoot van het RIZIV, waarin telkens de actoren van de sectoren in kwestie – dat is niet alleen van belang, het is ook noodzakelijk – goed representatief zijn vertegenwoordigd en opgenomen.

Als antwoord op mijn vraag nr. 1947 met betrekking tot de definiëring van goedkope geneesmiddelen, meldde de minister mij dat de farmaceutische bedrijven via hun beroepsorganisatie betrokken zijn bij de evolutie van de uitgaven en de technische ramingen van het budget voor het lopende jaar en de komende jaren. Inderdaad, het is genoegzaam bekend dat pharma.be, de koepel van de merkgeneesmiddelen, jaar na jaar van dichtbij betrokken is bij de opmaak van de RIZIV-geneesmiddelenbudgetten. Dat is terecht.

Hierbij worden echter ook telkens afspraken gemaakt omtrent het geneesmiddelenbeleid voor het komende jaar en desgevallend ook voor de jaren die erop volgen. Dat is geen enkel probleem. Zij zijn actor. Zij moeten betrokken worden. In 2004 werden deze afspraken bijvoorbeeld geformaliseerd in de vorm van een akkoord getekend door de toenmalige minister van Sociale Zaken, enerzijds, en de leiding van pharma.be, anderzijds.

Artikel 69, paragraaf 5, van de ZIV-wet bepaalt dat het geneesmiddelenbudget jaarlijks wordt vastgelegd, na overleg – de wet is duidelijk daarover – met de representatieve vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie. Het in de tekst van de wet gebruikte meervoud, "vertegenwoordigers", geeft aan dat hier niet enkel pharma.be wordt bedoeld, maar evengoed bijvoorbeeld de vertegenwoordigers van de generische geneesmiddelen en dus niet alleen die van de merkgeneesmiddelen.

Om tot een evenwichtige besluitvorming te komen, is het, mijns inziens, nodig dat ook de koepelorganisatie van de generieke geneesmiddelen, FeBelGen, de tegenhanger van pharma.be, bij het overleg wordt betrokken. Ik meen dat zij namelijk in de wet worden gevisieerd als betrokken actor. Indien de afgelopen jaren het geneesmiddelenbudget min of meer onder controle kon worden gehouden, dan is dat voor een stuk te danken aan de komst van de generieke geneesmiddelen, die dan voornamelijk de referentieprijzen in

werking hebben gesteld, waardoor wij toch een grotere beheersing van de geneesmiddelenbudgetten hebben kunnen krijgen.

Als wij ook in de toekomst de geneesmiddelen voor iedereen toegankelijk willen blijven houden, dan zal het belangrijk zijn dat wij kostenefficiënt te werk gaan. De Europese Unie heeft meermaals aangegeven dat de generieke geneesmiddelen hierin een essentiële rol kunnen spelen. België kan en mag niet achterblijven.

Wij stellen overigens met genoegen vast dat reeds belangrijke stappen zijn gezet om de generieke sector als een volwaardige sector in de gezondheidszorg te zien.

Mevrouw de minister, bent u het eens met mijn stelling dat de generieke geneesmiddelensector een essentiële rol te spelen heeft in het geneesmiddelenbeleid, meer in het bijzonder in het voor iedereen toegankelijk en betaalbaar houden van de gezondheidszorg en de geneesmiddelen? Zo ja, stemt u in met mijn vraag om de generieke geneesmiddelensector op voet van gelijkheid met de geneesmiddelenindustrie, conform artikel 69 van de ziekteverzekeringswet, bij het overleg over het budget te betrekken?

01.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Goutry, ik ben het uiteraard met u eens dat de sector van de generische geneesmiddelen een belangrijke rol speelt bij het beheersen van de uitgaven voor geneesmiddelen. Ik kan uw voorstel begrijpen om de sector van de generische geneesmiddelen op dezelfde voet te plaatsen als die van de merkgeneesmiddelen in de onderhandelingen voor het RIZIV-budget. De oplossing is evenwel niet zo eenvoudig.

De sector van de generische geneesmiddelen vertegenwoordigt inderdaad iets meer dan 10% van de uitgaven voor geneesmiddelen door het RIZIV. De sector bestaat uit bedrijven die ofwel lid zijn van Pharma.be ofwel van FeBelGen of van de Belgian Generic Association. Het is juist dat er tot nu toe alleen een formeel overleg met Pharma.be over het budget van de geneesmiddelen was. Er was echter ook een informeel overleg met de FeBelGen, die het grootste deel van de sector vertegenwoordigt.

Ik heb nog nooit andere aanvragen voor informeel overleg gekregen, maar ik sta er uiteraard voor open. Een meer formeel overleg met de sector van de generische geneesmiddelen lijkt mij daarentegen een beetje complex te zijn en zou onder meer de vraag doen rijzen over een vertegenwoordiging op het niveau van het Verzekeringscomité. Dit lijkt mij moeilijk zonder het evenwicht op de verschillende banken van dit comité te verbreken.

01.03 **Luc Goutry** (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik wil toch nog even een lans breken, oprecht gemeend. Het gaat mij niet om het verzekeringscomité; dat is al een hele stap verder. Het gaat mij wel over het vastleggen van het geneesmiddelenbudget, dus werkelijk wat hen aangaat, wat hen bekommert. Artikel 69 zegt duidelijk dat alle actoren daarbij betrokken moeten worden. Het spreekt zich niet uit over de proportionaliteit, waarvoor ik natuurlijk begrip kan opbrengen, bijvoorbeeld als het gaat over "maar" 10%, hoewel die procenten soms in de ene of andere context anders gebruikt. In elk geval: ze zijn een actor. Ze zijn overkoepeld, evengoed als de merkgeneesmiddelen. Ik vind dat er eigenlijk een echte logica in steekt als zij in de toekomst krachtens artikel 69 mee betrokken zouden kunnen worden in het overleg over het geneesmiddelenbudget – alleen al daarover.

In die zin betreur ik het dus een beetje dat u niet verder gaat. Ik neem akte van uw antwoord. Ik zal daarop blijven hameren en telkens opnieuw de standpunten innemen van de meest goedkope geneesmiddelen. U kent mijn interesses ter zake: referentieprijzen, kiwimodel, en zo voort. We hebben trouwens de generieken als hefboom nodig, want anders zou er nooit een vermindering met 30% geweest zijn van de merkgeneesmiddelen.

Het zou dus ook goed zijn dat we hun een hart onder de riem steken en hen mee in dat overleg betrekken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dons de sang des homosexuels masculins" (n° 4934)

02 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geven van bloed door mannelijke homoseksuelen" (nr. 4934)

02.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai déjà eu l'occasion d'interroger votre prédécesseur à plusieurs reprises lors de la précédente législature sur la situation des hommes homosexuels exclus du don de sang. Depuis, un document d'information à destination de la communauté gay a été mis au point par la Croix-Rouge pour expliquer ce refus des dons de sang des homosexuels mais la situation demeure inchangée.

Dans divers pays tels que le Portugal, la Suède ou le Canada, la tendance est de ne plus parler de population à risque mais de conduite à risque et de travailler plutôt au moyen d'un questionnaire pour exclure les personnes ayant une conduite à risque plutôt que d'exclure des groupes entiers sur la base de leur comportement, un jour ou l'autre.

J'ai reçu dernièrement le questionnaire distribué aux cliniques universitaires St-Luc à l'occasion des dons de sang. Bizarrement, ce questionnaire ne reprend plus ce genre de questions sur le type de rapports des candidats donneurs. Madame la ministre, qui décide du questionnaire à remplir par les donneurs de sang: la Croix-Rouge, le ministre ou bien chaque centre de don de sang a-t-il le choix des questions posées à ses donneurs? Votre prédécesseur m'avait promis d'étudier la question. Avez-vous des informations supplémentaires sur les raisons de la perpétuation de cette exclusion?

De nouvelles techniques de dépistage beaucoup plus performantes ont été développées et adoptées ailleurs: c'est le test d'amplification des acides nucléiques à la fiabilité plus élevée et qui permet de détecter plus précocement la présence de virus dans le sang donné, augmentant la qualité du sang mis à disposition dans les hôpitaux. Madame la ministre, ces nouvelles techniques sont-elles utilisées dans notre pays?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, pour répondre à votre première question, chaque centre décide du contenu des questionnaires, étant entendu qu'ils sont cadrés par la loi du 5 juillet 1994.

Pour évaluer l'aspect éventuellement discriminatoire de la pratique, mon prédécesseur a sollicité l'avis du Centre pour l'égalité des chances et de lutte contre le racisme. À la suite de cette demande, comme vous l'avez dit, une brochure d'explication sur l'exclusion du don de sang des hommes homosexuels a été rédigée. Elle résulte d'une concertation avec ledit Centre et avec la Plate-forme Prévention Sida et la HoLeBi Federatie.

Cela dit, le débat reste ouvert. Chacun aura constaté qu'en France notamment, Mme Bachelot a décidé de lever l'interdiction du don de sang pour les hommes homosexuels. Suite à certaines contestations de cette décision, entre autres par les professionnels de la santé, une commission a été mise en place pour examiner tous les aspects du problème: santé, éthique, discrimination, et autres. Il s'agit bien sûr d'une commission française, mais je me proposais de suivre ses travaux car cela me paraît utile pour éventuellement relancer le débat ici. J'attends donc un peu.

Pour les nouvelles technologies, depuis le 1^{er} octobre 2002, le dépistage génomique viral est systématique en Belgique pour chaque don de sang ou de composant sanguin.

02.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, merci. Je pense aussi qu'il serait intéressant de suivre les débats et l'analyse française et d'étudier la possibilité d'avancer vers d'autres types de situations. Il n'est pas question pour nous de prendre le moindre risque mais, au contraire, de clairement cibler les conduites à risque.

Quant aux nouvelles techniques de dépistage, celle que vous citez est l'ancienne technique. La nouvelle permet de réduire la période de latence durant laquelle les virus ne sont pas encore détectables. Elle revient un peu plus cher, mais il me paraît intéressant de réfléchir à la raison pour laquelle de plus en plus de pays l'utilisent. Dès lors, ne devrions-nous pas l'utiliser, nous aussi?

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

03 Samengevoegde vragen van

- de heer Flor Van Noppen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het kadaster van geneesheren" (nr. 4976)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontwerp-KB in verband met de contingentering van artsen" (nr. 5017)
- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opheffing van de numerus clausus" (nr. 5018)
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontwerp-KB in verband met de contingentering van artsen" (nr. 5065)

03 Questions jointes de

- M. Flor Van Noppen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cadastre des médecins" (n° 4976)
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet d'arrêté royal relatif au contingentement des médecins" (n° 5017)
- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la suppression du numerus clausus" (n° 5018)
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet d'arrêté royal relatif au contingentement des médecins" (n° 5065)

La **présidente**: J'espère que ces questions amènent des éléments nouveaux par rapport aux questions posées lors de la discussion de la note de politique générale. Nous avons déjà abordé ce sujet, je vous demande donc d'insister sur les éléments nouveaux et non pas de reproduire les discussions que nous avons eues, il y a une semaine.

03.01 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, in uw beleidsnota schrijft u over de planning van het medische aanbod dat de denkoefening op basis van het recente rapport van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en de studies van de Planningscommissie moeten worden voortgezet.

Het opstellen van het kadaster van geneesheren is daarbij een belangrijk element. Het kadaster moet er in 2009 komen en zal de discussie over de planning van het medische aanbod vergemakkelijken.

Het opstellen van een dergelijk kadaster is een heel goed idee, aangezien het op die manier voor eens en voor altijd heel duidelijk is wie wat doet en waaraan er in de toekomst nood is. Het koppelen van een discussie over de contingentering aan de resultaten van het kadaster is dan ook een goede manier van werken, die door verschillende actoren op het terrein wordt toegejuicht. Eerst wordt immers onderzocht waaraan nood is en in functie daarvan wordt de regeling aangepast.

Ik was dan ook enigszins verbaasd, toen ik vernam dat u nu reeds aan een koninklijk besluit werkt dat ervoor moet zorgen dat de overtallig afgestudeerde artsen, ongeveer 700 langs Waalse kant en 500 langs Vlaamse kant, allen toegang tot het beroep van arts zouden krijgen.

Dat lijkt mij een omgekeerde manier van werken. In plaats van eerst de resultaten van het kadaster af te wachten en vervolgens aan de regeling te sleutelen, doet u precies het omgekeerde. U wijzigt nog snel de verhoudingen die jaren geleden werden vastgelegd en gaat daarna pas onderzoeken waaraan in de toekomst precies nood is.

In dat verband heb ik voor u de volgende vragen.

Is het niet logischer om nog enkele maanden de komst van het kadaster van geneesheren af te wachten, vooraleer aan de regeling met betrekking tot de planning van het medische aanbod te sleutelen?

Wat zult u doen wanneer in 2009 blijkt dat de conclusies die uit het kadaster worden getrokken, niet in overeenstemming zijn met de maatregelen die u nu reeds neemt?

03.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, u voerde als intro terecht aan dat een nieuw, belangrijk element bij de vraagstelling diende te horen. Het element moet voldoende belangrijk zijn om de betrokken parlementsleden het recht te geven om op het item terug te komen.

Mevrouw de minister, u zult zich nog wel herinneren dat ik de stoute jongen van de klas was, die u zowat veertien dagen geleden op een maandagzitting van de commissie voor de Volksgezondheid over de hele problematiek van de contingentering van de artsen interpelleerde.

Ik nam tijdens de bespreking van uw beleidsnota ook ruimschoots de gelegenheid te baat om op het item van de contingentering terug te komen. Mevrouw de minister, op dat moment – het was trouwens ook de reden voor mijn heel recente, grote verwondering – bleek telkenmale uit uw antwoorden op zowel mijn interpellatie van zowat veertien dagen geleden als op mijn uiteenzettingen tijdens de bespreking van de beleidsbrief dat u uiteindelijk wel degelijk op de inwerkingtreding van het kadaster zou wachten om eventuele wijzigingen toe te passen. U zou in dat verband, enerzijds, met de studie van het Kenniscentrum en, anderzijds, met de adviezen van de Planningscommissie rekening houden.

Ook heel de voorziene regularisatieprocedure zit mee in het regeringsakkoord. Toch goed dat we een aantal collega's uit de meerderheid daaraan herinneren. Ook dat werd in uw antwoorden, zowel naar aanleiding van de interpellatie als de bespreking van de beleidsbrief, in een redelijke termijn geplaatst zodat nog kon worden gepraat en de wetenschappelijke gegevens die op ons afkomen konden worden onderzocht.

Mevrouw de minister, mijn verwondering was dan ook zeer groot toen ik in de krant Le Soir, u niet onbekend allicht, van 28 april las dat u aan een KB werkt waarmee u de overvallige kandidaat-artsen, zijnde een 700-tal aan Franstalige zijde en een 500-tal aan Nederlandstalige zijde, een onbeperkte toegang zou willen geven tot het beroep van arts. Een belangrijk nieuw element waarbij wij vanuit de oppositie toch een beetje de indruk hadden dat u een aantal collega's uit uw eigen regeringsmeerderheid in snelheid aan het pakken was.

Ik heb dan ook een aantal concrete vragen. Kunt u als minister verduidelijken wat de inhoud zal zijn van het ontwerp van koninklijk besluit? Als u het in de pers hebt over zulk ontwerp van koninklijk besluit, dan zit men toch al vrij ver gevorderd in de procedure. Waarom lijkt u nu plotseling, in tegenstelling tot uw eerdere antwoorden, niet meer van plan om te wachten op de inwerkingtreding van het kadaster van de medische beroepen vooraleer een aantal wijzigingen door te voeren in het kader van de contingentering? Wanneer verwacht u de publicatie van het betrokken KB?

Om af te ronden, heb ik nog twee politieke vragen. Bestaat er binnen uw eigen meerderheid eensgezindheid over die maatregel? Is er al dan niet overleg geweest met de betrokken Gemeenschappen?

03.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, eerst en vooral wil ik zeggen dat ik geen vast lid ben van deze commissie waardoor ik de voorbije weken de discussie niet heb gevolgd omdat wij in de commissie voor de Sociale Zaken nog altijd bezig zijn met de budgetbesprekingen. Mijn excuses dan ook als ik in herhaling zou vallen.

Mevrouw de minister, ik heb de gelegenheid gehad om de persberichten ter zake te lezen. Ik denk dat het nuttig zou zijn om een verklaring te krijgen voor allerhande artikels die misschien aanleiding hebben gegeven tot een aantal misverstanden.

In het regeerakkoord staat dat in overleg met elke Gemeenschap op korte termijn een regularisatieoplossing zal worden gezocht voor de overvalligen, in verhouding tot het huidige contingent en quota tijdens de opleiding en dit op basis van het spreidingsvoorstel van de planningscommissie. Dat is de tekst van het regeerakkoord.

We mogen natuurlijk niet de indruk wekken dat de opzet van de numerus clausus, die toch met een welbepaald doel werd ontwikkeld, helemaal teniet zou gaan.

Het risico dat er opnieuw een plethora zou ontstaan aan geneesheren is niet gering, temeer omdat er in bepaalde takken van de geneeskunde tekorten zijn, als we kijken naar de kinderpsychiatrie enzovoort. Ik denk echter dat dit toch niet alleen aan het aantal toegelaten geneesheren ligt. U weet dat er ook zoiets speelt als voor de andere knelpuntberoepen, namelijk dat onder andere de zwaarte en stress van het beroep mee de keuze van de studenten bepalen. Voor de toekomst is het belangrijk te weten waar u daarmee naartoe wil.

Welke houding gaat u aannemen ten opzichte van het spreidingsvoorstel van de planningscommissie? Hoe gaat u vermijden dat in de toekomst enerzijds de tekorten misschien niet aangevuld kunnen worden en anderzijds dat er in sommige takken misschien terug overvallige geneesheren zullen komen, met alle mogelijke gevolgen en problemen voor het beroep van dien? Ik weet dat het zeer moeilijk is om de toegang tot het beroep te weigeren omdat die mensen al een zeer lange opleiding achter de rug hebben. Onder welke voorwaarden zult u die mensen dan toelaten om zich te vestigen? Een mogelijke piste is dat zij zich moeten vestigen in takken waarin er een tekort is of op plaatsen waar er een tekort is. Hoe ver kunt u daarin

gaan?

Ik wil mij onttrekken aan alle heisa daaromtrent, ik stel gewoon in alle eerlijkheid mijn vragen daarover. Ik neem geen aanstoot aan het feit dat u zegt dat u al aan een ontwerp van KB werkt. Het lijkt mij zeer logisch dat u daar als bevoegd minister al mee bezig bent, dat wij constateren dat u daaraan werkt. Tenzij mij iets ontgaat is het toch niet ongewoon dat een minister dat op voorhand aankondigt in de pers.

03.04 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, j'ai dit à plusieurs reprises et encore lors de la discussion générale et à l'occasion de nombreuses questions et interpellations, que je voulais traiter ce dossier délicat en deux étapes. Une étape n'a pas encore débuté et commencera à partir du cadastre des professionnels de la santé, dont je dois disposer fin 2008, début 2009. À partir de ce moment, il faudra se poser des questions sur le système actuel du numerus clausus.

Ce système est-il bon? Mauvais? Faut-il le modifier? Ce sont les questions qu'on se posera à partir d'un élément objectif qui est le cadastre des professionnels de la santé ainsi que des études du Kenniscentrum qui parle des difficultés rencontrées: le vieillissement de la population et du corps médical, la féminisation de la profession ainsi que la volonté de nombreux médecins d'atteindre un autre équilibre entre les temps de vie au travail et hors travail, la libre circulation des professionnels de la santé en Europe – on a beaucoup parlé des médecins roumains dernièrement. Tout cela doit donc faire l'objet d'une réflexion.

Je n'ai jamais dit qu'il ne fallait pas de numerus clausus. Des débats sont en cours, en Flandre, ici, partout, notamment entre M. Ide qui n'est pas pour le changement et un jeune médecin flamand qui veut un changement. Personnellement, je suis plutôt d'avis qu'on a intérêt, dans un secteur comme celui-là, à avoir une régulation. On touche en effet à la qualité de la médecine et aux moyens de la sécurité sociale.

Ma conviction, même si ce n'est pas l'objet de l'arrêté royal en question, est qu'il faut une régulation mais par le biais d'un autre système. J'y reviendrai ultérieurement.

En revanche, j'avais toujours dit qu'à court terme il fallait intervenir sur la base des études du Kenniscentrum et selon un avis rendu par la Commission de planification de l'offre médicale, commission paritaire s'il en est. J'en ai suivi l'avis de A à Z.

Cet avis reprend tout d'abord les pénuries constatées sur le terrain. Il n'y a pas de pénurie générale mais dans certains secteurs et dans certaines régions, voire dans certaines zones plus exactement.

Ainsi, on constate une pénurie de médecins généralistes, de pédiatres, de psychiatres, d'oncologues. Et certains commencent à prendre conscience des problèmes liés à la féminisation, au vieillissement de la population et du corps médical, qui sont bien réels. Ce faisant, la Commission de planification a estimé qu'il faudrait peut-être augmenter les quotas – ce que j'ai fait –, à partir de 2014. En effet, les quotas sont fixés jusqu'en 2013. J'ai donc repris les quotas proposés par ladite Commission. Ainsi, jusqu'en 2013, on en prévoit 975. En 2014, on en prévoit 1.025 et entre 2015 et 2018, 1.230. Tout cela est établi.

J'en arrive au problème des étudiants surnuméraires. Il s'agit d'une question complexe. Par ailleurs, on constate une approche très différente selon les Communautés.

La Communauté flamande s'est penchée sur la question beaucoup plus rapidement en adoptant une ligne de conduite et en faisant preuve de cohérence. Un examen d'entrée a été organisé avant la première année. Comme je l'ai dit dans ma note de politique générale, la difficulté, c'est que cet examen d'entrée ne tient pas compte des quotas. Tous ceux qui réussissent ont accès aux cours de première année, ce qui explique la présence de surnuméraires. Leur nombre est aujourd'hui de 475, mais il augmentera encore cette année, ce d'autant plus que les étudiants venant du secondaire étant de mieux en mieux préparés, ils sont de plus en plus nombreux à réussir. Personne ne sait combien d'étudiants réussiront en septembre. Et si la Communauté flamande conserve ce système, dans un an, ce chiffre sera peut-être de 700 voire 800. Je n'en sais rien.

Quant à la Communauté française, elle a hésité. Elle a perdu du temps. Toutefois, elle dispose maintenant de son propre système. L'examen de sélection tient compte des quotas et est organisé après la première année. Autrement dit, il existe aujourd'hui 600 surnuméraires, mais ce chiffre n'augmentera plus. Elle a stoppé l'hémorragie.

C'est la grande différence entre les deux Communautés. Peut-être faudrait-il harmoniser les systèmes mais cela ne relève pas de mes compétences; c'est celle des Communautés. S'il ne m'appartient pas de leur dire ce qu'elles doivent faire, il m'incombe d'attirer leur attention à partir du moment où le fédéral organise un système de régulation.

Cela dit, pour l'instant, les surnuméraires s'élèvent à 600 du côté francophone, enveloppe fermée, et à 475 du côté néerlandophone, enveloppe ouverte. Ces valeurs iront croissant chaque année. Qu'a-t-on demandé? De faire la somme des médecins qui obtiendront le numéro INAMI d'ici 2018 avec un quota de 60% de néerlandophones et de 40% de francophones, quota qui demeure inchangé. Ainsi, pourra-t-on régulariser par lissage le nombre d'étudiants d'ici 2018. Autrement dit, si la Communauté française ou la Communauté flamande, peu importe, en compte davantage au cours d'une année, elle devra en produire moins l'année suivante, puisque la clef de répartition restera inchangée. Par contre, on règle une situation humainement extrêmement difficile d'étudiants qui ont terminé leurs études et qui se trouvent sans possibilité d'obtenir leur numéro INAMI.

Madame De Block, nous allons essayer de commencer à trouver des solutions sans régler pour autant le problème de pénurie. D'une part, il manque des médecins généralistes. Par conséquent, nous allons fixer un quota minimum de médecins généralistes, ce qui permettra d'orienter les étudiants au moment de la spécialisation. Pour les médecins généralistes, le quota est fixé à 300 entre 2008 et 2014 et à 360 entre 2015 et 2018. D'autre part, des quotas minimaux sont fixés pour certaines spécialités qu'on a maintenues, étant entendu qu'on examine la possibilité de les étendre à des professions; j'ai cité les oncologues qui commencent à connaître de sérieux problèmes. Par exemple, en psychiatrie infanto-juvénile, le nombre est fixé à 20, en médecine aiguë, à 10, en médecine d'urgence, à 5. L'arrêté précise simplement que le quota général doit au moins comprendre ce nombre de généralistes et de spécialistes. Cet arrêté sera soumis au Conseil des ministres de vendredi prochain. Il semble obtenir un large consensus. Cela ne modifie en rien le numerus clausus. Pas encore! À terme – en cas d'accord, etc. – j'espère le modifier, et non l'effacer, afin de prendre en compte certaines situations existant aux quatre coins du pays.

03.05 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord, maar ik ben echt niet onder de indruk ervan. Ik zal dit dossier dan ook op de voet blijven opvolgen en evalueren.

03.06 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik meen dat het nuttig geweest is om u nog eens, met drie collega's, over dit onderwerp te ondervragen. Ik neem akte van uw antwoord. Dit bewijst nogmaals het nut van parlementaire vragen. U bent vandaag in uw antwoord duidelijk voorzichtiger – in die zin ben ik zelfs geneigd tot een voorzichtig positievere houding dan in dit dossier gebruikelijk is – dan wij recentelijk in de pers, in Le Soir onder andere, konden lezen.

Ik meen dat u terecht akte genomen hebt van het verzet van nogal wat huisartsensyndicaten, die zeggen dat dit het probleem niet oplost. Ik merk dat u een aantal (...) spreidt. Ik meen dat wij verplicht zullen zijn om het dossier verder op te volgen. Ik neem eveneens akte van het feit dat een deelelement blijkbaar vrijdag aanstaande al in de Ministerraad komt. Wij zullen dus ook vrijdag op onze qui-vive moeten zijn.

Anderzijds, mevrouw de minister, moet u natuurlijk de frustratie begrijpen van een aantal, vooral Nederlandstalige, studenten die nooit de mogelijkheid hebben gehad om te beginnen aan de artsstudies en nu, vele jaren later, moeten vaststellen dat de overheid overweegt om over te gaan tot een regularisatie. Ik behoor tot degenen die perfect de frustratie van die studenten kunnen begrijpen. Zelfs mijn gevoel voor wereldse rechtvaardigheid is op dat moment gechoqueerd. Ik kan begrijpen dat die mensen zeggen dat er een fundamenteel probleem is. Men heeft met de numerus clausus gedaan wat men moest doen, namelijk de toegang tot de start van de studies beperken, en nu vele jaren later moet men vaststellen dat men uiteindelijk tot een regularisatie overgaat.

Mevrouw de minister, ik zal dit dossier verder opvolgen. Ik meen dat het goed is dat zowel de meerderheid als de oppositie van kortbij blijven volgen hoe dit dossier, dat belangrijke communautaire gevolgen heeft, verder evolueert.

03.07 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik meen dat u zeer duidelijk bent geweest. Het is inderdaad noodzakelijk om op korte termijn enkele stappen te ondernemen. Daarbij vind ik het zeer belangrijk dat u zich bewust bent van een aantal mogelijke gevaren, u hebt erover gesproken, en dat u daarover goed overlegt met de betrokken organisaties.

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

La **présidente**: Les questions n° 4978 de M. Doomst et n° 4993 de Mme De Block sont reportées.

04 **Vraag van de heer Raf Terwingen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "maatregelen met betrekking tot het gebruik van bepaalde producten/samenstellingen in kunstgebitten en afgeleide vormen" (nr. 5006)**

04 **Question de M. Raf Terwingen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des mesures concernant l'utilisation de certains produits/composés dans les dentiers et formes dérivées" (n° 5006)**

Is de heer Terwingen aanwezig?

04.01 **Raf Terwingen** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, het is de eerste keer dat ik in uw commissie een vraag stel, dus ik vergeef het u dat u mij nog niet kent. Geen enkel probleem.

De **voorzitter**: U bent welkom.

04.02 **Raf Terwingen** (CD&V - N-VA): Met plezier.

Mevrouw de minister, enkele dagen geleden had ik de mogelijkheid om een bedrijfsbezoek te brengen aan een tandtechnisch labo. Een tandtechnisch labo is een labo waar kunstgebitten en protheses worden gemaakt voor patiënten van tandartsen.

Naar aanleiding van dat bezoek, waar op dat ogenblik trouwens ook een afvaardiging was van de Europese Commissie die zich met het probleem bezighoudt, werd het fenomeen uitgelegd van het toenemend gebruik door tandartsen van bepaalde goedkopere, maar helaas minderwaardige producten, die blijkbaar zelfs via het internet aangekocht kunnen worden in lagelonenlanden zoals China en Thailand, maar ook in andere landen.

Het spreekt voor zich dat de kwestie draait rond de kostprijs van die tandprotheses, enerzijds in het belang van de patiënt die op die manier goedkopere tandprotheses zou kunnen krijgen, anderzijds ook in het belang van de tandarts zelf, die op die manier misschien hogere winstmarges kan bereiken.

De vele tandartsen – laat staan de patiënten die zich dat soort van tandprotheses blijken aan te schaffen – zijn niet op de hoogte van de eventueel minderwaardige kwaliteit en zelfs van de eventueel toxische bestanddelen die er zouden zitten in dat soort van tandprotheses, kronen en bruggen die vanuit de lagelonenlanden zouden komen. Er zouden trouwens een aantal bestanddelen gebruikt worden waarvan het gebruik in België en in Europa wettelijk verboden is wegens ernstige gezondheidsrisico's.

Ik denk dan ook dat de vrees van de tandtechnici niet uit de lucht gegrepen is of uit commerciële beweegredenen ingegeven is. Ook de Europese Commissie zou trouwens dienaangaande gealarmeerd zijn. Dat was het signaal dat de afvaardiging bij dat bedrijfsbezoek wilde geven. De Europese Commissie zou er vragende partij voor zijn dat verschillende lidstaten zouden overgaan tot de ondervraging van de spelers op het veld, onder anderen de tandartsen, maar ook de tandlabo's, om in het fenomeen in kaart te brengen en na te gaan hoe groot het probleem zou zijn inzake die buitenlandse protheses en kronen.

Mevrouw de minister, vandaar heb ik twee concrete vragen.

Ten eerste, bent u op de hoogte van die problematiek in België? Zo ja, zijn er reeds stappen gezet ter bescherming van de patiënt? Zo nee, zult u eventueel stappen zetten om u te informeren omtrent dat probleem?

Ten tweede, werd uw kabinet al gecontacteerd door de Europese Commissie inzake de bevraging van de Belgische tandartsen omtrent dat fenomeen?

04.03 **Minister Laurette Onkelinx**: Mijnheer Terwingen, mijn diensten zijn op de hoogte van die

problematiek die onder meer de Belgische markt treft. De Europese richtlijn 93/42 betreffende medische hulpmiddelen laat inderdaad toe dat fabrikanten van medische hulpmiddelen voor tandheelkunde, die gevestigd zijn buiten de Europese Unie, toegang krijgen tot de Europese markt en met name tot de Belgische markt, door kennisgeving van het in de handel brengen door een bevoegde vertegenwoordiger gevestigd in de Europese Economische Unie, bij de lidstaat waar de bevoegde vertegenwoordiger gevestigd is.

De fabrikant dient een verklaring van de conformiteit van de prothesen met de essentiële vereisten van de richtlijn op te stellen. Het feit dat een prothese buiten Europa tegen een lagere prijs wordt vervaardigd, betekent niet noodzakelijk dat deze schadelijk of gebrekkig is. Bovendien hebben mijn diensten tot nu toe nog geen enkele melding van een incident met dergelijke prothesen ontvangen.

Ik herinner eraan dat tandartsen verplicht zijn de dienst Medische Hulpmiddelen bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten op de hoogte te brengen van elk incident op Belgisch grondgebied, dat aan een medisch hulpmiddel te wijten zou zijn.

In het kader van het toezicht op de markt van de medische hulpmiddelen is in een inspectieprogramma voorzien. Vermits de daartoe aangeworven inspecteurs dit jaar in opleiding zijn, zal dat programma volgend jaar van start kunnen gaan.

De vraag met betrekking tot de goedkope tandprothesen werd besproken tijdens vergaderingen met experts op het gebied van medische hulpmiddelen, georganiseerd door de Europese Commissie. Tijdens deze vergaderingen werd geen enkel bijzonder probleem gemeld. Bovendien wisselen de bevoegde Europese autoriteiten systematisch alle informatie uit over maatregelen die worden genomen naar aanleiding van incidenten met medische hulpmiddelen. Mijn diensten hebben geen meldingen ontvangen van andere autoriteiten aangaande de prothesen waarvan hier sprake is.

Tot slot, de Europese Commissie heeft nog geen contact opgenomen met de dienst Medische Hulpmiddelen met het oog op een onderzoek bij Belgische tandartsen.

04.04 Raf Terwingen (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw minister, ik ben gerustgesteld door de informatie die u mij geeft. Ik denk dat mijn eerste vraag in deze commissie heel wat publiciteit met zich heeft meegebracht. Ik denk dat het voordeel van heel de beweging die daarover in Vlaanderen is ontstaan, is dat zowel tandartsen als patiënten wakker zijn geschud. Op die manier zullen zij misschien duidelijker inzien dat, als zij een probleem hebben, dat zou kunnen komen door de kwaliteit van een prothese die al dan niet in het buitenland werd verstrekt. Ik denk dat daar alleszins een sensibilisatie is gebeurd.

Ik noteer voorts dat u bezig bent met het bewuste inspectieprogramma. Dat zal in de loop van de volgende jaren verder worden ontwikkeld. Ik denk dat wij allemaal vragende partij zijn dat onze bevolking, op welke manier ook, op medisch gebied op een kwalitatief goede manier wordt geholpen. Anders zou goedkoop op termijn wel eens een dure koop kunnen worden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accessibilité des centres de soins pour les malades chroniques" (n° 5014)

05 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bereikbaarheid van de zorgcentra voor chronisch zieken" (nr. 5014)

05.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, l'un des objectifs de votre politique de la santé est une meilleure prise en charge des maladies chroniques. J'ai d'ailleurs suivi avec beaucoup d'attention vos dernières déclarations à ce sujet. Aussi je voulais vous interpeller sur un problème auquel est confronté un de mes administrés. Celui-ci, âgé de 60, est en dialyse depuis plusieurs années. Pour cela, il doit se rendre trois fois par semaine à l'hôpital St-Luc à Bruxelles. La sécurité sociale et la mutuelle ne lui remboursent ses frais de déplacement que s'il les effectue en bus. Alors qu'il habite à 300 mètres de la gare de Braine-le-Comte, il ne peut prendre le train jusque Hal pour y prendre le car, étant donné que ses faibles revenus ne lui permettent pas de prendre le train à ses frais.

Cela l'oblige à partir très tôt de chez lui en voiture et puis en bus et à rentrer tard alors qu'il est affaibli par sa pathologie et par les soins lourds qu'elle nécessite, à commencer par le processus de déshydratation imposé par son insuffisance rénale, fort éprouvant. On ne peut qu'être interpellé par ce qui est imposé à cet homme. Aussi, madame la ministre, que comptez-vous mettre en œuvre pour améliorer l'accès des malades chroniques aux centres de soins, surtout quand ceux-ci doivent s'y rendre sur une longue durée, et sans parler des effets sur le climat, contraires aux principes de développement durable appelés de ses vœux par votre collègue Paul Magnette?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, pour commencer, voilà la situation actuelle. L'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 prévoit une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés. Comme vous l'avez dit, le prix du voyage en tram, métro, autobus ou train est pris intégralement en charge lorsque le bénéficiaire utilise un ou plusieurs de ces transports en commun pour parcourir la distance séparant sa résidence effective du centre de dialyse où il est en traitement. Lorsque le bénéficiaire utilise un autre moyen de transport, son propre véhicule par exemple, l'assurance obligatoire paie en principe 0,5 euro par kilomètre.

Cela étant dit, conformément à l'accord de gouvernement et en fonction de mes convictions, j'ai décidé d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les malades chroniques. Le problème le plus important d'accès aux soins concerne ces malades en particulier. Il y a eu une première décision au Conseil des ministres avec l'augmentation des forfaits de soins et un nouveau système pour les malades chroniques correspondant à certains critères, notamment le fait de nécessiter des soins à domicile. J'ai décidé de travailler en faveur d'un nouveau système qui pourrait être d'application en janvier 2009 et qui permettrait une nouvelle voie d'accès aux soins de santé pour les malades chroniques.

C'est difficile à mettre en place car, sous le concept de "malades chroniques" se cachent beaucoup de situations différentes avec des pathologies différentes, des prises en charge différentes.

À l'heure actuelle, la prise en charge des diabètes par l'assurance maladie n'est pas la même que pour ceux qui ont certains types de rhumatisme, par exemple. Dès lors, l'accès des soins pour les malades cancéreux n'est pas le même que pour certains patients qui souffrent d'asthme de manière chronique. Sous le terme "malade chronique", il y a une telle diversité de situations. Pour cette raison, j'ai tenté de travailler avec les associations de patients. En effet, c'est en interrogeant les personnes de terrain que l'on trouvera la meilleure méthode pour apporter une solution.

Nous travaillons actuellement avec une petite équipe composée de délégués des mutualités, etc. sur un questionnaire qui sera transmis à toutes les associations de patients. Il y en a un peu plus de 500 en Belgique. Ce questionnaire comprendra des questions fermées et ouvertes. Un exemple de question ouverte serait: quelle est la mesure idéale vous concernant, si on devait revoir le système d'accès aux malades chroniques? On entend par question fermée: quelles sont vos dépenses par mois? De quel type de maladie s'agit-il? Le but est ainsi de connaître les fréquences et les types de difficultés.

J'espère que le questionnaire sera achevé d'ici la fin mai, début juin. Celui-ci sera transmis et un délai d'un mois sera donné pour pouvoir y répondre. Une première réunion sera ensuite organisée avec les associations qui auront répondu - un délégué par association - de manière à déjà analyser toutes ces réponses. Enfin, une proposition sera soumise au gouvernement. Celle-ci serait négociée avec la Médicomut dans le cadre du budget 2009.

J'espère que nous pourrions notamment trouver une solution pour les déplacements.

05.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour l'attention que vous accordez à cette problématique. Bien entendu, nous la suivrons!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des soins par art-thérapie et musicothérapie" (n° 5015)

06 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van verzorging via kunsttherapie en muziektherapie"

(nr. 5015)

06.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, dans la mise en œuvre de soins de différentes pathologies comme la dépression, la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, ou bien encore les douleurs chroniques, l'art-thérapie ou la musicothérapie sont de plus en plus utilisées pour permettre l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique. De même, la thérapie par le sport est utilisée pour des patients psychotiques ou trisomiques, notamment. Pour le moment, ces soins ne reçoivent aucun remboursement, tout au moins lorsqu'ils sont prodigués en cabinet.

Aussi, madame la ministre, j'aimerais savoir de quelle manière il serait possible de prendre en charge, à terme, les thérapies alternatives, tant dans le domaine de la psychothérapie que de la médecine, lorsqu'elles sont reconnues comme ayant prouvé leur efficacité.

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, il va de soi que le bien-être des patients fait partie de la prise en charge globale, telle que définie par l'Organisation mondiale de la Santé. De nombreuses thérapies alternatives sont utilisées dans divers centres spécialisés. Ces thérapies sont prises en charge dans le cadre des subsides globaux de ces centres. On peut citer la musicothérapie ou l'art-thérapie dans la dépression ou l'hippothérapie dans l'autisme, par exemple.

En dehors de ces subsidiations intégrant un projet global, je dois constater, malgré l'apport thérapeutique que peut avoir la dispensation de méthodes alternatives dans l'optique d'une amélioration de l'état général du patient souffrant de certaines pathologies spécifiques ou de douleurs chroniques, qu'il me paraît difficile de donner la priorité pour dégager des marges budgétaires afin que la sécurité sociale, et plus particulièrement l'assurance maladie, puisse prendre en charge, dans des cabinets privés, les frais liés à de telles initiatives à l'égard desquelles les preuves scientifiques manquent encore à ce jour. Et ce, d'autant que ces personnes, agissant dans ce cadre spécifique, ne sont pas toutes considérées comme des prestataires au regard de l'assurance maladie obligatoire.

Il faudrait donc, dans un premier temps, que ces thérapies soient validées par les centres universitaires et qu'ensuite, une étude plus large soit réalisée par le KCE. Puis, elle devrait être enseignée dans l'enseignement supérieur avant de définir qui, au sein du système des soins de santé, serait responsable de la prescription de telles thérapies et selon quelles indications.

Comme vous le voyez, ce n'est pas simple. Les conditions ne sont certainement pas réunies aujourd'hui et il est donc difficile de me prononcer sur cette matière. Rien n'empêche le parlement de s'en saisir. Dans l'attente d'un cadre réglementaire et d'une reconnaissance scientifique de l'efficacité de ces thérapies, on ne peut envisager de remboursement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

06.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie.

Mon propos n'était pas d'en arriver directement aussi loin, mais seulement d'engager une réflexion d'abord sur base de bilans, puis de valider des formations, etc. Tout un processus devrait être suivi et il conviendrait également de travailler avec les Communautés, entre autres pour les formations. Il me paraît qu'il s'agit là d'un point important à mettre en œuvre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorstel om slechts 0,2 promille alcohol toe te laten voor onervaren chauffeurs" (nr. 4998)

07 Question de Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la proposition d'autoriser un taux d'alcoolémie de seulement 0,2 pour mille pour les conducteurs inexpérimentés" (n° 4998)

07.01 Lieve Van Daele (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, een aantal weken geleden, bij de aankondiging van het Kankerplan, is er gezegd dat er ook een Alcoholplan wordt uitgewerkt, of dat het ondertussen misschien al een stuk is uitgewerkt. Naar aanleiding van het voorstel van de staatssecretaris van Mobiliteit, de heer Schouppe, die met het idee speelt slechts 0,2 promille alcohol toe te laten voor

onervaren chauffeurs, stel ik mij toch een aantal vragen.

Dat is in de eerste plaats uiteraard de bevoegdheid van de commissie voor de Infrastructuur en Verkeer. Gezien de grote invloed van alcohol op de volksgezondheid en zeker ook gezien de combinatie van alcohol en verkeer, heb ik enkele vragen aan u in dat verband.

Eerst en vooral, vroeg ik mij af of het Alcoholplan uitdrukkelijk ingaat op de problematiek van alcohol en verkeer? U hebt zelf al aangegeven, mevrouw de minister, dat jongeren en het problematisch alcoholgebruik van jongeren bijzondere aandacht zouden krijgen in dat plan. Vandaar mijn vraag: wat is uw opinie inzake die mogelijke maatregel? Kunt u ons eventueel al wat meer vertellen over concrete acties of ideeën die in verband met jongeren en alcohol in dat Alcoholplan zijn opgenomen?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, collega's, tijdens de interministeriële conferentie van 11 maart jongstleden namen wij akte van het werk dat verricht wordt door de beleidscel Gezondheid en Drugs, en van het project van het Nationaal Alcoholplan in het bijzonder. Dat ontwerp van plan werd gerealiseerd met de volledige medewerking van alle ministeriële kabinetten en van experts, en het bevestigt de algemene principes inzake de strijd tegen alcohol, waarbij wij ons aansluiten.

Dat werk moet niettemin meer operationeel en concreter op het terrein worden gevoerd. Bepaalde maatregelen die in het project worden voorgesteld hebben uiteraard te maken met de problematiek van alcoholgebruik in het verkeer. Zo kan men bijvoorbeeld de huidige wetgeving efficiënter maken door een toename van de controles, de gerechtelijke actoren sensibiliseren inzake het beroep doen op de alternatieve straffen zoals de opleiding van bestuurders voor personen die veroordeeld worden wegens rijden onder invloed. Men kan het personeel en het management van de horecasector opleiden zodat zij zich bewust worden van hun verantwoordelijkheid en van de preventieve rol die zij kunnen spelen ten aanzien van verkeersongevallen die aan alcoholgebruik te wijten zijn. Men kan de mogelijkheid bestuderen een beroep te doen op het alcolock in het raam van preventie en repressie – een systeem dat het starten van een voertuig verhindert – en men kan alternatieve vervoermiddelen ontwikkelen en ondersteunen.

Het is evident dat wij in de komende weken - de volgende interministeriële conferentie zal op 11 juni plaatsvinden - de haalbaarheid van de voorgestelde maatregelen zullen bestuderen in nauw overleg met elke bevoegde minister. Met de terreinspecialisten werken wij aan de aanwending ervan.

De problematiek van het rijden onder invloed van andere drugs is natuurlijk ook een van mijn bekommernissen. Net zoals de eerste behoort deze problematiek echter niet exclusief tot mijn bevoegdheid. Er zal dus over overlegd moeten worden.

07.03 **Lieve Van Daele** (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de verschillende bezorgdheden en bekommernissen die u aanhaalt, van betere controle tot alcolocks, een sensibilisatie en verantwoordelijkheid van de horeca, zijn allemaal aspecten die wij ten volle ondersteunen.

De voorbije decennia heeft reeds een hele evolutie plaatsgevonden. Mensen realiseren zich reeds meer dan tien jaar geleden dat de combinatie van verkeer en alcohol een moeilijke combinatie is, een dodelijke combinatie. Elke verkeersdode is er een te veel. Wij willen u ten volle ondersteunen om op dat vlak echt efficiënte maatregelen te nemen.

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

08 **Question de M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique spécifique des urgences en province de Luxembourg et en particulier au niveau de l'arrondissement de Virton" (n° 5019)**

08 **Vraag van de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het specifieke probleem van de spoeddiensten in de provincie Luxemburg en in het bijzonder voor het arrondissement Virton" (nr. 5019)**

08.01 **Josy Arens** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je souhaiterais vous interroger sur la situation problématique des services mobiles d'urgence et de réanimation en province de Luxembourg. Le SMUR est un service rendu par l'hôpital et consiste en l'envoi, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'un

médecin BMA ou urgentiste et d'une infirmière SIAMU sur les lieux d'un accident ou au chevet d'une personne qui fait un malaise.

Le SMUR assure l'accompagnement du patient vers le SUS le plus proche où il obtiendra les soins adaptés. Le médecin du SMUR peut parfaitement orienter le patient vers un SUS plus éloigné qui lui semble plus approprié. Le SUS est le service d'urgences spécialisé de l'hôpital. Il doit assurer deux permanences médicales d'urgentiste mais doit aussi assurer une garde appelable à domicile de la plupart des spécialités.

La province du Luxembourg compte une faible densité de population dispersée sur une superficie importante (un peu plus de 250.000 habitants pour 4.400 km²).

Actuellement, quatre hôpitaux possèdent un SUS: Arlon, Libramont, Bastogne et Marche. Ces quatre hôpitaux sont aussi dotés d'un SMUR. Bien que n'ayant pas de SUS, l'hôpital de Virton est doté d'un PIT. Par ce service, il assure la prise en charge des patients par une équipe composée d'un ambulancier et d'un infirmier spécialisé lorsque le niveau d'urgence est intermédiaire entre l'appel 100 et l'appel SMUR.

Le SMUR est par essence un service de proximité qui doit pouvoir intervenir dans les dix minutes de l'appel. Ce délai est souvent impossible à tenir au vu de l'étendue couverte par chacun des quatre services. Pour un service rapide, il faudrait donc inévitablement revenir à un SMUR supplémentaire dans la province de Luxembourg.

Outre les délais d'intervention comprenant le trajet beaucoup plus longs qu'ailleurs dans le pays, durant ce laps de temps, toute la zone est sans couverture. Ce problème est particulièrement préoccupant dans la région de Virton.

Virton ne peut ramener les patients sur sa base, il les emmène à Arlon puis il doit rentrer à Virton. Ces délais compris, chaque intervention découvre donc la zone de Virton pendant une moyenne de deux heures. À cela, il faut ajouter le coût du transport, qui est beaucoup plus important au vu des distances ainsi que les difficultés dues au relief et aux risques d'intempéries plus présents qu'ailleurs.

Vu la spécificité de la province de Luxembourg et la faible densité de population, je comprends que certains veuillent limiter l'offre médicale urgente dans cette province, alors qu'il est indispensable d'y assurer la même permanence qu'ailleurs.

J'arrive donc à la conclusion que la remise en route d'un SMUR à Virton est devenue indispensable.

Comptez-vous remplacer le PIT de Virton par un SMUR? Si oui, dans quel délai?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Arens, je peux vous dire que je partage votre intérêt pour la santé des habitants du Luxembourg. Je peux donc, en grande partie, comprendre le problème que vous posez.

En effet, je suis partisane d'une offre de secours urgente équivalente en quantité et en qualité pour tout le territoire belge. Je suis particulièrement consciente que cette offre est moindre dans certaines parties du pays dont le Sud-Luxembourg. En faisant abstraction du coût important de la mesure, on peut envisager d'augmenter le nombre de SMUR programmé pour remédier au problème. L'augmentation de la quantité ne règle toutefois pas le problème de la qualité. En effet, une fonction SMUR ne peut maintenir son niveau de compétence que si elle répond à deux critères. Premièrement, elle reste active durant le temps d'attente dans un rôle qui correspond à ses qualifications, à savoir l'activité d'une fonction SUS (soins d'urgence spécialisés). Deuxièmement, elle effectue un nombre de sorties et d'actes techniques pertinents suffisants.

Le SMUR de Virton ne répond malheureusement à aucun de ces critères. L'hôpital de Virton ne dispose pas d'une fonction SUS et l'activité sur place ne rend pas l'existence de celle-ci pertinente.

Par ailleurs, l'examen des données de la dernière année complète de l'activité du SMUR de Virton en 2005 démontre que le nombre de missions SMUR s'est élevé à 306 pour 365 jours, soit moins d'une sortie par jour.

L'analyse qualitative de ces missions m'interpelle.

À titre d'exemple, le délai moyen de départ du SMUR de Virton s'élève à six minutes, soit le double du délai moyen national qui est de trois minutes.

Autre donnée d'importance sur le plan qualitatif: le nombre d'intubations endo-trachéales pratiquées est de trois au total pour l'année 2005, soit un taux d'intubation de 1% alors que la moyenne nationale s'élève à 7,7%.

Vous l'aurez compris, cette analyse suggère un cercle vicieux dans lequel une permanence de médecins urgentistes compétents confrontés à un nombre très limité de sorties par jour et un nombre encore plus limité d'actes médicaux à caractère vital perd progressivement ses compétences et ne tentent plus les actes médicaux nécessaires dans les rares missions à caractère vital.

Le PIT (Paramedical intervention team) de Virton, appelé comme ambulance ou comme PIT, a effectué 845 missions en 2007.

Lorsque la situation clinique de patients le justifie, il peut faire appel à deux types de renforts médicaux: le SMUR d'Arlon qui est envoyé simultanément au PIT – 82 fois en 2007 – par le dispatching du centre 100 ou en renfort demandé par le PIT lui-même – 10 fois en 2007 – ou alors le médecin généraliste de garde qui, lorsque le SMUR n'est pas rapidement disponible, peut être requis par le centre 100 pour accompagner le patient dans l'ambulance.

Au total, en tenant compte de 13 envois de SMUR décommandés par le PIT, le PIT de Virton a effectué 79 missions accompagné du SMUR d'Arlon, soit une mission tous les quatre jours, en bonne collaboration avec le SMUR quant à la qualité de l'aide apportée et l'efficacité de l'intervention PIT en attente du SMUR lorsque celui-ci est vraiment nécessaire.

Je conclus qu'en tenant compte des données locales actuelles, la solution PIT me semble être la seule solution réaliste à Virton.

08.03 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, je suis déçu par cette conclusion.

Les chiffres prouvent aussi qu'il faut un SMUR sur Virton; en effet, lorsque le PIT fait appel au SMUR, vous avez deux arrondissements qui ne sont plus couverts pendant l'intervention, à savoir deux ou trois heures.

Un accord politique existe aujourd'hui dans la province de Luxembourg pour qu'on dispose d'un SMUR à Virton plutôt que d'un PIT. Je crois que tous les partis politiques sont sur la même longueur d'ondes. Les distances sont importantes. Les différentes cliniques du Sud-Luxembourg (Virton, Arlon) travaillent ensemble.

Aujourd'hui, nous sommes dans une telle situation que je reste convaincu qu'un SMUR devient réellement indispensable à Virton. D'ailleurs, madame la ministre, nous avons fait avec un de vos prédécesseurs, M. Tavernier, un essai au niveau SMUR qui s'est avéré des plus concluants. J'insiste dès lors pour que l'on arrive à une autre solution pour Virton que le PIT, qui n'est pas la vraie solution. Bien entendu, il faut un service de qualité. Autrement, le problème que nous vivons là-bas ne sera pas résolu.

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: À suivre, madame la présidente!

La **présidente**: Il y a des lectures différentes, ce qui me laisse penser que le sujet reviendra sur la table! Certaines régions demandent parfois des innovations, des manières de fonctionner différentes de celles d'autres zones.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments contrefaits" (n° 5022)

09 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "namaakgeneesmiddelen" (nr. 5022)

09.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, depuis de nombreuses années, le marché est envahi d'articles contrefaits en tout genre. Je ne vous apprend rien, vous le savez sans doute mieux que moi!

En fait, les professionnels de la contrefaçon ne se contentent plus de copier des articles de luxe. Ils fabriquent maintenant des médicaments à une échelle inquiétante; selon l'OMS, 6 à 10% des médicaments seraient des faux.

D'après le "Centre pour la science dans l'intérêt public" des États-Unis, le chiffre d'affaires mondial de ces contrefaçons pourrait s'élever en 2010 à 75 milliards de dollars, soit une augmentation d'environ 90% par rapport à 2005.

Jusqu'il y a peu, cela représentait un problème uniquement pour les pays en voie de développement, là où la réglementation en matière de contrôles est insuffisante. Mais aujourd'hui, il s'avère que l'Europe n'est plus épargnée. En effet, le développement progressif des importations parallèles légales de médicaments au sein d'une Europe élargie pourrait également favoriser le circuit des médicaments contrefaits, notamment en raison de la perméabilité des frontières. De plus, les méthodes utilisées sont de plus en plus ingénieuses et la vente par le net est plutôt inquiétante.

Dans les pays plus riches, la contrefaçon concerne le plus souvent des médicaments plus coûteux ou des médicaments de confort comme les hormones, les corticoïdes ou les antihistaminiques, etc.

Madame la ministre, la Belgique est-elle déjà touchée par ce phénomène? Je pense que oui, mais je voudrais avoir votre avis sur le sujet.

Des mesures ont-elles été prises pour lutter contre une invasion de produits pharmaceutiques contrefaits?

Une campagne d'information est-elle prévue?

La question fait-elle l'objet de pourparlers avec vos homologues européens?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chère collègue, pour répondre à votre première question, je peux vous dire que quelques cas graves ont été constatés au cours de ces dernières années. Il s'agissait notamment de cas de transit où les médicaments contrefaits étaient destinés à d'autres États membres et à des pays en voie de développement. Un cas a été constaté où un médicament à usage vétérinaire contrefait était distribué en Belgique.

En ce qui concerne les mesures prises pour lutter contre une invasion de produits pharmaceutiques contrefaits, me basant sur les données dont je dispose, je peux vous rassurer. Une invasion de produits contrefaits n'est pas à craindre car le circuit de distribution de produits pharmaceutiques belges est bien contrôlé et transparent.

En outre, il y a énormément de collaborations et de concertations, tant au niveau national avec les Douanes et avec la police au sein de la cellule multidisciplinaire "hormones", qu'au niveau international, surtout entre agences des États membres de l'Union européenne.

En 2007, une campagne d'information à destination du grand public concernant la contrefaçon en général a été menée à l'initiative du SPF Finances. Une place y avait été réservée à la problématique de la contrefaçon des médicaments et autres produits de santé.

À côté de ce type de campagne générale, les autorités de santé publique ont également un rôle à jouer en termes d'éducation et d'information auprès du public, ce dans le domaine spécifique des médicaments et des produits de santé. Mais je suis convaincue que l'information, qui doit être diffusée aux citoyens, ne doit pas se limiter aux seuls risques liés à l'utilisation des médicaments contrefaits.

Le problème majeur réside en fait dans la vente de médicaments et produits de santé via des circuits de distribution illégaux opérant sans autorisation des autorités compétentes. Je pense particulièrement à tous ces sites internet ou sociétés de vente à distance qui commercialisent illégalement des médicaments qui peuvent être contrefaits ou bien falsifiés; bref, qui n'offrent aucune garantie en termes de qualité, de condition de conservation, d'efficacité et de sécurité.

Depuis le début des années 2000, l'actuelle Agence fédérale des médicaments et produits de santé diffuse sur son site internet une mise en garde à l'égard de la vente des médicaments sur le web. Toutefois, il me semble nécessaire d'améliorer la visibilité de ce message important. Je n'ai pas encore pris de décision quant à la forme que devrait revêtir une telle campagne de mise en garde, mais j'en discuterai prochainement avec l'Agence fédérale des médicaments.

Par ailleurs, comme autre moyen d'information plus ponctuelle, des communiqués peuvent toujours être diffusés lorsque cela s'indique. L'Agence fédérale utilise déjà ce canal de communication, que j'entends évidemment maintenir.

Quant à votre dernière question relative aux pourparlers avec mes homologues de l'Union européenne, actuellement la Commission européenne, plus spécialement la DG Entreprise et Industrie, organise une consultation publique en préparation d'une réglementation pour mieux lutter contre la contrefaçon et mieux protéger le patient contre les risques de contrefaçon des médicaments. Citons également le "Head of Medicines Agency Working group enforcement officers", groupe de travail multidisciplinaire et multisectoriel qui se réunit deux fois par an sous la présidence de l'État membre concerné. On y échange des expériences et des informations qui ont mené à un accord de coopération de facto au niveau européen en matière de criminalité pharmaceutique en général et de contrefaçon des médicaments en particulier.

09.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse, dont il ressort que vous êtes consciente que la santé et la sécurité du patient peuvent être gravement altérées. Votre réponse nous rassure quant aux nombreux contrôles exercés dans notre pays afin d'éviter la diffusion de médicaments contrefaits.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 5030 de Mme Galant est reportée.

10 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les sites internet en matière de santé" (n° 5042)

10 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "websites gewijd aan de gezondheid" (nr. 5042)

10.01 Josée Lejeune (MR): Madame la présidente, madame la ministre, l'outil internet est devenu incontournable. Pour preuve, le nombre d'internautes augmente considérablement chaque année. Il est vrai que les bibliothèques virtuelles ont bouleversé nos méthodes de recherche d'information, que ce soit en matière de santé ou dans tout autre domaine.

Malheureusement, chaque médaille a son revers et cet outil formidable peut fournir des informations contradictoires ou simplement erronées. Il est souvent bien difficile, aussi bien pour les professionnels de la santé que pour les patients, d'évaluer la fiabilité de l'information médicale.

Chez nos voisins français, la Haute Autorité de la Santé a chargé la fondation HON (Health On the Net) d'établir une procédure de certification des sites internet relatifs à la santé. Ladite fondation a ainsi développé un code de conduite "HONcode" basé sur des principes éthiques afin d'obliger la transparence des informations communiquées. Près de 300 sites ont, pour l'heure, été certifiés en France et près de 5.500 au niveau mondial.

La démarche de la fondation part de ce principe: plutôt que de lutter contre la mauvaise information, ce qui s'avère impossible, il est préférable de mettre en avant les renseignements corrects par une labellisation et une certification.

Madame la ministre, votre département a-t-il pu prendre connaissance du travail accompli par la fondation HON?

Que pensez-vous de l'idée de cette "certification" et de cette "labellisation" de l'information relative à la santé sur le net?

Suite à une question posée sur ce sujet en Communauté française par une de mes collègues, il a été communiqué que des associations du secteur de la promotion de la santé avaient décidé de se regrouper afin de promouvoir l'ensemble des sites de promotion de la santé en Communauté française en améliorant leur référencement et leur visibilité. Toutefois, le contrôle de qualité des sites étant du ressort du fédéral, je me tourne vers vous afin de connaître votre position en la matière.

Avez-vous l'intention de concrétiser une labellisation des sites internet santé?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, nous remarquons aujourd'hui qu'un nombre croissant de patients consultent des sites internet pour rechercher de l'information médicale ou de santé. Dans ce contexte de recours croissants à l'internet, force est de constater que, comme dans tous les domaines, les informations présentes sur la toile mondiale en matière de santé présentent toutes les nuances de qualité et d'exactitude. Le meilleur côtoie le pire.

Les services du SPF Santé publique se tiennent au courant des initiatives prises tant au niveau national qu'au niveau européen dans ce domaine et connaissent les initiatives législatives prises par la France et la mission confiée à l'ONG suisse Health On the Net. La démarche de certification des sites internet relatifs à la santé a déjà connu plusieurs tentatives, que ce soit aux États-Unis, en Europe ou en Belgique.

Pour le moment, ces initiatives ont toutes montré les limites de la certification. Tout d'abord, la certification s'opère sur base volontaire de la part de l'éditeur du site. Ensuite, le label ou la certification ne garantit pas la qualité proprement dite des informations diffusées par le site, mais ne garantit que l'adhésion de l'éditeur du site à un code d'éthique ou de bonne conduite. Au final, le contenu de l'information reste de la responsabilité des producteurs ou des diffuseurs de l'information.

La meilleure arme pour lutter contre une mauvaise information reste l'esprit critique de l'utilisateur d'internet. Il faut ajouter que, par rapport à l'information imprimée, télévisée ou même radiophonique, la communication sur internet ne diffère essentiellement que dans sa rapidité de diffusion. Il ne faut donc pas, à mon sens, isoler le phénomène d'internet en particulier d'une communication globale en matière de santé qu'on sait abondante dans la presse écrite familiale à grande diffusion.

Tout est mis en œuvre par l'administration pour que les informations disponibles sur les sites et les banques de données fédéraux soient à jour et authentifiées. En outre, les commissions médicales provinciales ont pour compétence de dénoncer aux parquets toute activité qui relèverait d'un exercice illégal d'une profession de la santé, notamment par le biais d'un site internet.

Bien qu'une "labellisation" des sites de la santé ne figure pas dans les objectifs fixés dans l'accord de gouvernement, je suis disposée à examiner les propositions et initiatives en la matière qui offriraient une réelle plus-value en termes de protection de la santé publique. Au boulot!

10.03 Josée Lejeune (MR): Il serait intéressant, même sans prendre une décision aujourd'hui, d'examiner les possibilités en matière de code de conduite. Je vois ici que le code de conduite qui s'adresse aux sites médicaux et de santé aborde une des questions principales de l'internet: la fiabilité et la crédibilité de l'information médicale et de santé.

Si cela pouvait nous aider dans notre vie quotidienne, il serait bon d'examiner cette proposition.

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: Ce qui est difficile, vu les réalités de la Toile, c'est de certifier chaque information. C'est impossible, vu le nombre d'informations par seconde! On peut par contre octroyer un label à un site respectant certains critères à un moment donné. Ce n'est pas pour autant qu'on authentifie les informations qui y sont délivrées.

10.05 Josée Lejeune (MR): Le code demande que les administrateurs des sites indiquent clairement l'origine des informations fournies, l'auteur et les références scientifiques. Il y a déjà une certaine obligation de ne pas diffuser n'importe quoi et de révéler ses sources.

10.06 Laurette Onkelinx, ministre: D'accord mais imaginons ce qui suit, par exemple pour le cancer; vous savez que le désespoir pousse parfois à porter crédit à n'importe quoi. Or voilà qu'on vous parle de "Ron

Hubbard; nouvelles possibilités de guérison". Qui sait qu'il s'agit en fait de scientologie? Qui sait qu'il s'agit de charlatanisme? Voilà où réside toute la difficulté. Même si je trouve cette possibilité de code de conduite intéressante, je ne sais pas encore très bien comment procéder.

La **présidente**: N'oublions pas qu'on peut modifier soi-même le contenu de certains sites. En termes de certification ou de vérification, c'est impossible à vérifier.

10.07 Josée Lejeune (MR): Je ne dis pas qu'un tel code serait parfait mais cela améliorerait la situation.

La **présidente**: L'internet continue à poser des problèmes en matière de vente de médicaments et de protection des consommateurs.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente**: M. Baeselen a demandé le report de sa question n° 5049.

11 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hersamenstelling van de nationale raad voor verpleegkunde" (nr. 5045)

11 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réactivation du conseil national de l'art infirmier" (n° 5045)

11.01 Minister Laurette Onkelinx: Dat is voor heel binnenkort. Dat is mijn antwoord.

11.02 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de voorzitter, wij zullen de vraag toch een beetje officialiseren onder "massale" belangstelling.

Mevrouw de minister, op 12 februari heb ik u al gevraagd naar de stand van zaken in verband met de hersamenstelling van de Nationale Raad voor Verpleegkunde. U hebt toen gezegd dat er een benoemingsontwerp werd voorbereid. Het ontwerp moet aan wettelijke voorschriften voldoen. Het taalrolevanwicht is een van de voorwaarden die toen klaarblijkelijk nog niet vervuld was.

De hersamenstelling is meer dan ooit dringend, omdat de werking van de Nationale Raad voor Verpleegkunde reeds nu meer dan een jaar stilligt.

Wat is de stand van de zaken, mevrouw de minister? Wanneer zal het desbetreffend KB kunnen verschijnen?

11.03 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer Goutry, ik deel uw bekommernis over de dringende noodzaak om de hersamenstelling van de Nationale Raad voor Verpleegkunde te publiceren. Ter gelegenheid van andere mondelinge vragen had ik het over de noodzakelijke evenwichten, die moeten worden gevonden. Alle kandidaatstellingen zijn nu binnen. Ik zal dus zeer binnenkort de schikkingen kunnen treffen voor de installatie van de nieuwe Nationale Raad voor Verpleegkunde. U kunt er zeker van zijn dat de wettelijke voorschriften precies zullen worden gerespecteerd, namelijk het taalkundig evenwicht, alsook de verdeling tussen mannen en vrouwen. Het is nu mijn enige bekommernis om het KB zo vlug mogelijk te laten verschijnen om de nieuwe leden van dat belangrijke adviesorgaan de mogelijkheid te geven aan het werk te gaan.

11.04 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord, dat ik zeer restrictief interpreteer als "zeer binnenkort". Ik verwacht dan ook dat het heel snel in orde zou kunnen komen. Ik neem daarvan akte.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de wet inzake de patiëntenrechten" (nr. 5046)

12 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la

Santé publique sur "l'exécution de la loi relative aux droits du patient" (n° 5046)

12.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, de wet inzake de rechten van de patiënt dateert van 22 augustus 2002 en is reeds meerdere malen aangepast, onder meer via de wet houdende diverse bepalingen. Ze heeft ook al veertien uitvoeringsbesluiten. Het KB ter uitvoering van artikel 3 §2, met name de meer concrete omschrijving van de bedoelde rechtsverhoudingen die het toepassingsgebied van de wet uitmaken, is er nog steeds niet. Ook het huishoudelijk reglement van de federale ombudsdienst Rechten van de Patiënt, dat de organisatie en de werking van de ombudsdienst beschrijft en bepaalt voor welk soort klachten de ombudsdienst bevoegd is en welke procedure gevolgd wordt, werd nog steeds niet goedgekeurd. Het reglement werd op 15 maart 2007 ter goedkeuring voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid.

Kunt u mij zeggen, mevrouw de minister, wanneer het KB ter uitvoering van artikel 3 §2 gepubliceerd zal worden? Ten tweede, werd het huishoudelijk reglement al goedgekeurd? Ten derde, hebt u uw administratie opdracht gegeven om de aanbevelingen die geformuleerd werden in het jaarverslag 2006 van de federale commissie Rechten van de Patiënt, met betrekking tot de evaluatie van de toepassing van de rechten en met betrekking tot de werking van de ombudsfuncties, te onderzoeken? Overweegt de minister een aanpassing van de wet indien nodig?

12.02 Minister Laurette Onkelinx: Artikel 3 §2 biedt de mogelijkheid om bij KB nadere regels te bepalen in verband met de toepassingen van de wet inzake de patiëntenrechten op bijzondere rechtsverhoudingen waarin bijzondere bescherming nodig is. Het gaat evenwel om een facultatief besluit. Bovendien is het voorafgaand advies van de federale commissie Rechten van de Patiënt noodzakelijk. Momenteel bespreekt de commissie een adviesaanvraag ter zake. De commissie spitst zich daarbij toe op de psychiatrische patiënten. Op het ogenblik waarop het advies wordt uitgebracht, zal ik onderzoeken of er een wijziging van de regelgeving nodig is en welke.

Wat het huishoudelijk reglement betreft, heeft mijn administratie aangekondigd het mij in de komende dagen te zullen voorleggen. Mijn administratie bestudeerde zeer grondig het jaarverslag van de federale ombudsdienst van 2006. Er werd mij daaromtrent een nota bezorgd. Eveneens werd mij een aantal voorstellen tot wijziging van de regelgeving bezorgd, onder andere ter verbetering van de communicatie met de patiënt. Momenteel worden deze teksten onderzocht. Ik stel ook vast dat voor een groot aantal aanbevelingen overleg met mijn collega bevoegd voor Justitie noodzakelijk is, bijvoorbeeld wat betreft de vertrouwelijkheid van gegevens die uitgewisseld worden tijdens de bemiddeling inzake de rechten van de patiënt.

Ik overweeg dan ook om binnenkort een overleg met mijn collega te organiseren. Op basis van deze acties zal ik afwegen of er eventueel wetswijzigingen nodig zijn en zo ja, welke.

12.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het sluit een beetje aan bij vragen van collega's, vorige week. De wet is van 2002 en dit bewijst dat hij stilaan misschien wel vatbaar is voor verdere evaluatie, verbetering, aanpassing waar mogelijk. Ik stel ook vast dat u daarvoor openstaat.

Eén ding heb ik niet goed begrepen. U zegt bij artikel 3 dat het gaat over een facultatief besluit. Wat bedoelt u daarmee?

12.04 Laurette Onkelinx, ministre: Qu'un arrêté peut être pris.

12.05 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Dus de wet kan uitgevoerd worden zonder, maar de wet voorziet of delegeert dat de minister – de Koning – een besluit kan treffen.

12.06 Minister Laurette Onkelinx: Ja.

12.07 Luc Goutry (CD&V - N-VA): U bent wel aan het bekijken of het de moeite loont om het te doen. Dat wordt dus onderzocht?

12.08 Laurette Onkelinx, ministre: Oui, c'est ça.

12.09 Luc Goutry (CD&V - N-VA): Dank u.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: Luc Goutry.

Président: Luc Goutry.

13 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la liquidation de la Fondation Rodin" (n° 4936)

13 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vereffening van de Rodin-stichting" (nr. 4936)

13.01 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ma question concerne la Fondation Rodin. En effet, le 15 avril dernier, un communiqué de l'agence Belga nous révélait que la Fondation Rodin, lancée en 2001 pour lutter contre les dépendances (tabac, alcool et jeux), s'était éteinte. Elle a été mise en liquidation à la suite d'un procès perdu contre un cigarettier qui avait refusé de verser sa contribution.

La Fondation Rodin devait recevoir chaque année 1.850.000 euros de l'industrie du tabac. Philip Morris, qui a versé sa part pendant deux ans, a décidé de cesser les versements en 2004, estimant que le fonds public anti-tabac remplaçait désormais la Fondation Rodin. Philip Morris avait d'abord perdu ce procès. En novembre 2007, il a manifestement eu gain de cause.

Dans ce communiqué Belga, il est dit que la Fondation Rodin ne survivra pas et qu'elle sera finalement mise en liquidation.

Ce dossier m'interpelle beaucoup. Nous avons déjà eu l'occasion d'en discuter avec des dispositions différentes, puisqu'en 2003 les cigarettiers avaient obtenu la création de ce fonds privé, intitulé ASBL Fondation Rodin. Ce fonds recevait 1,8 million d'euros par an pour arriver à un total de 12 millions, ce qui représentait un budget particulièrement important face au fonds public qui, à l'époque, avait péniblement été mis en place et qui avait d'ailleurs eu beaucoup de mal à se concrétiser.

En outre, ce fonds avait été mis en place en échange d'une non-taxation et d'une non-augmentation des accises sur les produits du tabac. C'était contraire à la convention-cadre de lutte contre le tabagisme de l'OMS qui exclut que les organismes publics de lutte contre le tabac soient financés ou aient un lien avec le tabac. Malgré cela, la Fondation Rodin a introduit un dossier pour être reconnue comme organisme d'intérêt public et pour pouvoir faire des études et des actions de lutte contre les assuétudes. Souvenez-vous, madame la ministre, nous en avons aussi discuté à l'époque.

Vous m'aviez dit qu'à partir du moment où la demande était introduite et que certains critères concernant le statut de fondation étaient respectés, vous ne pouviez que l'accorder. J'avais aussi interrogé le ministre Demotte qui ne s'y était pas opposé avec, toutefois, la condition que l'organisme d'intérêt public change de nom. Il ne s'appelait plus Fondation Rodin mais CREAA.

Ce CREAA a effectivement réalisé des études sur les assuétudes chez les jeunes. Cela m'horrifiait d'autant plus qu'on sait que les entreprises du tabac en Europe et en Belgique ont besoin de connaître les mécanismes qui poussent les jeunes à fumer et à devenir dépendants.

Par la suite, on a appris la mise en liquidation de la Fondation. J'ai plusieurs questions par rapport à cela.

Cette fondation est-elle réellement mise en liquidation? S'agit-il uniquement de la Fondation Rodin ou cela concerne-t-il aussi le CREAA qui, lui, avait reçu des subventions assez importantes pour réaliser ces études?

Si les deux institutions sont concernées, qu'en est-il des subventions versées pour des projets qui sont peut-être encore en cours? Y aura-t-il une exigence de remboursement?

Si on liquide la Fondation Rodin, pour laquelle il y a eu des contributions des cigarettiers, le gouvernement

a-t-il prévu que cet argent revienne par exemple au Fonds public de lutte contre les assuétudes?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je n'ai qu'une partie de la réponse.

Apparemment, seule la Fondation Rodin a été liquidée au mois de décembre 2007. L'ASBL CREAA exerce donc toujours ses activités.

Sous la précédente législature, cette ASBL a notamment obtenu une subvention de 400.000 euros suite à l'appel à projets lancé par le Fonds assuétudes en 2007. Cette subvention a été allouée suite à l'avis favorable rendu par le comité d'accompagnement du fonds assuétudes. Ce comité est composé de représentants de l'INAMI, du ministre de la Santé publique, du SPF Santé publique, d'experts médicaux et des fédérations du secteur.

Une première tranche de 280.000 euros a été payée au mois de juin 2007. La seconde tranche devrait être payée pour le 1^{er} juillet 2008 au plus tard, pour autant que les conditions édictées dans le chef de l'ASBL par l'arrêté ministériel soient respectées, à savoir une déclaration de créance signée et datée, la totalité des pièces pour la justification du montant déjà perçu et du montant demandé et un rapport définitif d'activités.

Ce rapport n'a pas encore été porté à ma connaissance.

Cette subvention a permis à l'ASBL CREAA de lancer une campagne nationale contre la dépendance au jeu. Il n'a pas été alloué d'autres subventions à cette ASBL depuis.

En ce qui concerne les subventions des autres cigarettiers, je n'ai pas la réponse. Je vous suggère de revenir vers moi ultérieurement.

13.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Oui, notamment pour voir si l'argent a été versé à la Fondation Rodin, il faut qu'il revienne à CREAA soit au fonds public.

13.04 Laurette Onkelinx, ministre: Pour le reste, je vous ferai une réponse écrite dans la quinzaine. Dans le cas contraire, n'hésitez pas à m'interpeller à nouveau.

13.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): On va faire ainsi.

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

*La réunion publique de commission est levée à 17.02 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.02 uur.*