

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

van

du

DINSDAG 04 DECEMBER 2007

MARDI 04 DÉCEMBRE 2007

Voormiddag

Matin

De vergadering wordt geopend om 10.06 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de grensoverschrijdende dringende medische hulpverlening" (nr. 229)

01.01 Joseph Arens (cdH): Dat Aarlen over een MUG beschikt en Virton louter een PIT heeft, doet heel wat problemen rijzen. Daarop zullen we nog moeten terugkomen.
Grensoverschrijdende hulpverlening, bijvoorbeeld door Luxemburgse ambulanciers op Belgisch grondgebied of omgekeerd, komt dan wel zelden voor maar het gebeurt toch.

In december 2004 keurde het Beneluxparlement een aanbeveling goed waarin de regeringen van de drie landen werden verzocht spoedig een ontwerpovereenkomst inzake grensoverschrijdend ambulancevervoer te ondertekenen.

Naar verluidt hebben Frankrijk en België onlangs een akkoord ondertekend over grensoverschrijdend dringend vervoer. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de overeenkomst met het Groothertogdom Luxemburg?

01.02 Minister Didier Donfut (Frans): Er werd een ontwerpovereenkomst opgesteld die de nieuwe minister van Volksgezondheid ter ondertekening zal worden voorgelegd zodra de periode van lopende zaken afgelopen is.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de verbetering van het statuut van de vrijwillige ambulanciers in de dringende medische hulpverlening" (nr. 244)

02.01 Katrin Jadin (MR): Het ontwerp van koninklijk besluit dat op 27 april laatstleden goedgekeurd werd door de ministerraad, strekt ertoe de jaarlijkse vergoeding voor de vrijwillige ambulanciers in de sector van de dringende medische hulpverlening te verhogen. Doel is om hun hetzelfde statuut toe te kennen als dat van de vrijwillige brandweerlieden die vergelijkbare prestaties verrichten.
Door de huidige discriminatie zijn veel ambulanciers niet meer geneigd hun vrijwilligersactiviteiten verder te zetten, wat nefaste gevolgen kan hebben voor de dienst 100, met name in de landelijke gebieden.
Hoe staat het met dat koninklijk besluit? Wanneer zal het worden toegepast?

02.02 Minister Didier Donfut (Frans): Het ontwerp werd overgezonden aan de Raad van State, die een aantal opmerkingen heeft geformuleerd. In functie daarvan werd de tekst aangepast, behalve op één punt.

Het ontwerp bevat een klassieke definitie van het arbeidsongevallenrecht, dat bepaalt dat de

verzekeringsinstelling in geval van een interventie het aan het arbeidsongeval gerelateerde gedeelte van de kosten dat achteraf nog ten laste van het slachtoffer is, terugbetaalt. De verzekering neemt dus louter de kosten van de medische verzorging die niet door het RIZIV worden terugbetaald, voor haar rekening. Op die manier wordt voorkomen dat de verzekeringspremies voor de tak "arbeidsongevallen" de pan zouden uit rijzen.

Volgens de analyse van de Raad van State staat de wet betreffende de rechten van vrijwilligers de Koning niet toe een voorwaarde in het verzekeringscontract in te bouwen, want hij is enkel gemachtigd het aangaan van een verzekering verplicht te maken, maar niet de inhoud ervan te regelen.

Uit de parlementaire werkzaamheden blijkt evenwel dat de wetgever de Koning wel de mogelijkheid wou bieden in bepaalde gevallen een verzekering van het type "arbeidsongevallen" op te leggen, maar die bedoeling is niet uitdrukkelijk verwoord. Het blijft onduidelijk of er voldoende rechtsgrond bestaat om die bepaling te behouden. Als men ze schrapt, bestaat het risico dat de werkgevers met exorbitante verzekeringspremies geconfronteerd worden, waardoor ze wellicht verzekeringen van mindere kwaliteit zullen afsluiten, wat de vrijwillige ambulanciers nog meer nadeel zou toebrengen.

Vermits we ons in een periode van lopende zaken bevinden, is dit dossier jammer genoeg opgeschort.

02.03 Kattrin Jadin (MR): Toch moeten er nog dringend enkele maatregelen worden genomen. De ambulanciers hebben immers het recht om op gelijke voet met hun collega's van de brandweer te worden behandeld.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van de heer Flor Van Noppen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de werking van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG)" (nr. 379)

03.01 Flor Van Noppen (CD&V - N-VA): Op 1 januari 2007 trad het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) officieel in werking. Het directoraat-generaal Geneesmiddelen werd zo omgevormd tot een autonoom federaal agentschap. Dit kan onder meer voor een grotere flexibiliteit zorgen, maar de operationele structuur staat nog steeds niet op poten. Na de Ministerraad van 12 oktober maakte de minister bekend dat hij de werking van het FAGG verder zou uitbouwen. Sindsdien is er geen nieuws meer.

Hoe ver staat het met de transformatie? Kan de minister de structuur van het agentschap toelichten? Welke organen zijn er op het terrein reeds opgericht, volledig bestaaf en operationeel? Wat is de timing elders? Bestaan er plannen om het FAGG te laten samensmelten met het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen?

03.02 Minister Didier Donfut (Nederlands): De basisactiviteiten van het vroegere directoraat-generaal Geneesmiddelen zijn gebleven, bijkomende competenties zijn alles in verband met bloed, cellen en weefsels van menselijke oorsprong. Het FAGG functioneert meer autonoom dan het directoraat-generaal, onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid. De omvorming van het FAGG zal stapsgewijs verlopen en van kracht worden zodra er drie nummer 1-mandaathouders zijn aangesteld. Inmiddels is het FAGG operationeel op basis van de oude structuur van vijf departementen.

De nieuwe structuur, bestaande uit drie directoraten-generaal, werd goedgekeurd op de Ministerraad van 12 oktober 2007. De basisactiviteiten worden logistiek in drie componenten opgesplitst - "Pre", "Post" en "Inspectie" - volgens de levenscyclus van een geneesmiddel. Verder zijn er een Raadgevend, een Wetenschappelijk en een Transparantiecomité, die bij wet ingesteld zijn. Zij verlenen advies aan de administrateur-generaal over het bereiken van de doelstellingen van het FAGG.

(Frans) De nieuwe structuur wordt operationeel zodra de drie "nummer een"-mandaten zijn toegekend.

(Nederlands) Het Wetenschappelijk Comité is een eerste maal samengekomen in het najaar van 2007.

(Frans) Het Agentschap telt 280 voltijdsequivalenten.

In dit stadium wordt niet gedacht aan een samenvoeging, wat trouwens geen zin zou hebben. Beide

Agentschappen zijn verschillend en al bij hun oprichting was voorzien in een beheersautonomie teneinde hun efficiëntie te vergroten.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "het OMNIO-statuu" (nr. 419)

04.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Op 1 april 2007 trad het nieuwe OMNIO-statuu in werking dat in een verhoogde terugbetaling van de geneeskundige verzorging voorziet.

De nieuwe regeling werd ongetwijfeld met de nobelste bedoelingen geconcipieerd, maar is bijzonder moeilijk in praktijk te brengen en de ziekenfondsen moeten een fiscale controle uitoefenen die eigenlijk buiten hun bevoegdheid valt. Had men met de 50 miljoen euro die daarvoor werden vastgelegd, geen nuttiger maatregelen kunnen financieren, zoals een algemene verlaging van het remgeld?

Anderen vrezen ook dat slechts weinig potentiële rechthebbenden de ad-hocdemarches zullen ondernemen. Volgens recent gepubliceerde cijfers zouden enkele weken geleden slechts 91.671 – of 11,2 procent van het vooropgestelde streefdoel – van de 818.478 potentiële rechthebbenden de ingewikkelde maar noodzakelijke formaliteiten vervuld hebben. Kloppen die cijfers over het aantal personen dat aanspraak maakt op het OMNIO-statuu? Hoe komt het dat die cijfers ogenschijnlijk zo laag liggen? Wat zijn de gevolgen voor de potentiële rechthebbenden op het OMNIO-statuu die tot op heden de nodige demarches nog niet ondernomen hebben? Welke maatregelen werden er genomen of zullen er genomen worden om een en ander recht te zetten?

04.02 Minister Didier Donfut (Frans): Uit de cijfers van de verzekeringsinstellingen bij het RIZIV blijkt dat op 1 oktober 91.671 personen het OMNIO-statuu gekregen hadden. Recentere cijfers zijn er niet, aangezien het recht telkens op de eerste dag van het trimester geopend wordt.

Uit die cijfers kan men inderdaad afleiden dat een aantal potentiële rechthebbenden niet het nodige heeft gedaan. Die vaststelling moet echter worden genuanceerd: de regeling is nog maar twee kwartalen van kracht. De regering en de ziekenfondsen zullen een tandje moeten bij steken om de doelgroep beter te informeren; er zijn dus nieuwe acties mogelijk.

De verzekerden kunnen ook altijd het OMNIO-statuu aanvragen aan de hand van een verklaring op eer met betrekking tot de inkomsten van het voorgaande jaar, die altijd lager moeten zijn dan het toepasselijke plafond. Als alle voorwaarden vervuld zijn, wordt het statuu toegekend vanaf de eerste dag van het eerstvolgende trimester. Er bestaat dus geen risico dat men het statuu verliest.

De nieuwe regering zal, in samenwerking met alle actoren, het nieuwe statuu moeten evalueren en het, waar nodig, vereenvoudigen.

04.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Uw antwoorden bevestigen mijn diagnose. Zowel de relevantie van de maatregel als de toepasbaarheid ervan staan ter discussie. We zullen daar in de toekomst de nodige aandacht aan schenken. Zonder afbreuk te doen aan een sociale vooruitgang moet men nagaan of dat bedrag van vijftig miljoen euro niet nuttiger kan worden besteed ten behoeve van de patiënten.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "het verzamelen van de medische gegevens met toepassing van het koninklijk besluit van 27 april 2007" (nr. 420)

05.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): De ziekenhuizen spelen een eersterangsrol wat de inzameling van volksgezondheidsgegevens betreft. Vandaag zouden zich op dat vlak echter ernstige problemen voordoen. Sinds 1 september is in dat verband het koninklijk besluit van 27 april 2007 van toepassing.

Op technisch vlak, verplicht het koninklijk besluit de ziekenhuizen bepaalde gegevens aan de FOD Volksgezondheid over te zenden. Die blijken echter niet over de nodige middelen te beschikken om die

gegevens te coderen. Werd u van dat probleem op de hoogte gebracht? Welke oplossingen worden in het vooruitzicht gesteld? Het zou, technisch gezien, onmogelijk zijn een uniek identificatienummer per patiënt op te nemen. Bovendien zou, om terug te keren naar het geïnformatiseerde medische dossier, een manuele codering noodzakelijk zijn.

Welke initiatieven heeft u genomen om het geïnformatiseerde medische dossier en de databank van de FOD Volksgezondheid beter op elkaar af te stemmen, om de kwaliteit van de informatie aan weerskanten te verbeteren en om de procedures te vereenvoudigen? In een aantal ziekenhuizen wordt voorts gevreesd dat er voor elk type van gevraagde informatie een nieuw instrument zal moeten worden ontwikkeld. Bent u van plan de informatie meer te centraliseren? Op welke termijn, en op grond van welke kenmerken?

De wet verplicht de ziekenhuiscentra de medische gegevens gedurende dertig jaar te bewaren, onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer. Wie wordt echter verantwoordelijk voor het bewaren van die gegevens buiten het ziekenhuis? De Privacycommissie pleitte voor de oprichting van een onafhankelijk comité, dat die vertrouwelijke gegevens zou moeten verwerken. Met de huidige regeling gaat die informatie echter door vele handen.

Waarom werd de commissie "patiëntenrechten" niet geraadpleegd? Hoe garandeert men de eerbiediging van de patiëntenrechten in alle fases van het proces? Welke verplichtingen hebben de ziekenhuizen die de overeenkomst niet ondertekend hebben? Wie is verantwoordelijk voor het anoniem houden van de gegevens? Welke voorzorgsmaatregelen heeft de FOD Volksgezondheid getroffen opdat de gegevens niet gebruikt worden voor andere dan statistieke doeleinden?

Ten slotte heeft uw administratie beslist de registratie van de MUG-gegevens tijdelijk op te schorten teneinde in de nabije toekomst een stabiele en gebruiksvriendelijke toepassing tot stand te kunnen brengen. Wat zijn de wettelijke gevolgen voor de ziekenhuizen die verplicht zijn hun gegevens door te geven via een systeem dat momenteel niet werkt? Waarom werd deze beslissing genomen en welke oplossingen heeft men aangereikt? Binnen welke termijn zal het systeem opnieuw werken?

05.02 Minister **Didier Donfut** (*Frans*): Het koninklijk besluit van 27 april 2007 regelt enerzijds de registratie van de minimale ziekenhuisgegevens (MZG) en anderzijds de gegevensregistratie in het raam van de functie "mobiele urgentiegroep" (MUG).

De geregistreerde MZG worden aan de FOD overgezonden via een beveiligde internettoepassing, die al bestond in het kader van de MKG-registratie (minimale klinische gegevens). Met ingang van 1 januari 2008 zullen die laatste deel uitmaken van de MZG. Dankzij een webtoepassing voor de MUG-gegevens is onlineregistratie mogelijk. De gegevens worden op een centrale server opgeslagen en alleen de ziekenhuizen hebben toegang tot de gegevens van hun patiënten. Er is enkel sprake van de registratie van gecodeerde gegevens, niet van het elektronische medische dossier. De op de centrale server geregistreerde gegevens kunnen door de ziekenhuizen wel in hun eigen medische dossier worden opgenomen.

Voor die registraties is nog geen sprake van een uniek patiëntnummer. Er wordt de ziekenhuizen gevraagd per patiënt een codenummer door te geven. De verantwoordelijkheid in verband met de bewaring van persoonsgegevens berust in dit geval bij de minister van Volksgezondheid.

Het komt de commissie Patiëntenrechten niet toe een advies dienaangaande uit te brengen. Voorts heeft de registratie van de gegevens geen enkel effect op de relatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar. Volgens de informatie waarover ik beschik, hebben alle ziekenhuizen de bedoelde overeenkomst ondertekend.

Aangezien het voor de ziekenhuizen niet mogelijk is om de naam van de patiënt terug te vinden, rest er een theoretische identificatiemogelijkheid. In dat geval heeft men het over gecodeerde persoonsgegevens en niet over geanonimiseerde gegevens. De FOD beschikt niet over de naam van de patiënt maar enkel over een nummer. De FOD heeft de toepassing voor het beheer van die procedure laten ontwikkelen, maar heeft er zelf geen toegang toe. De ziekenhuizen werden van die handelwijze in kennis gesteld. De registratiedoelstellingen reiken verder dan de loutere inzameling van statistische gegevens.

Er werd beslist de uitvoering van die maatregel wegens technische redenen uit te stellen. Een rondzendbrief van die strekking werd de ziekenhuizen toegezonden. Een ander heeft dus geen enkel juridisch gevolg voor de ziekenhuizen.

05.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Mijn vraag vloeit voort uit contacten die ik heb gehad met de betrokken actoren, volgens wie het koninklijk besluit helemaal niet zo makkelijk zal kunnen worden toegepast. Gelet op uw antwoord met betrekking tot de opschorting van het koninklijk besluit door middel van een rondzendbrief, hoop ik dat de maatregel even wettelijk is als u aangeeft.

05.04 Minister Didier Donfut (Frans): Het koninklijk besluit wordt geenszins gewijzigd. De toepassing ervan is echter onmogelijk wegens technische redenen. De administratie zal gevraagd worden bijkomende toelichtingen te verstrekken.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de opleiding van het gezondheidspersoneel in de ziekenhuizen op het vlak van voeding" (nr. 435)

06.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): In tal van verzorgingsinstellingen werden er inspanningen geleverd om de kwaliteit van de maaltijden te verbeteren. Toch zijn die maaltijden op vele plaatsen niet van die aard dat ze de eetlust van de patiënten opwekken, en deze mensen hebben ten gevolge van hun toestand sowieso al weinig trek. Bovendien voldoen die maaltijden niet altijd aan de voedingsvereisten. Kunnen er geen incentives aangereikt worden ter verbetering van de maaltijden in de ziekenhuizen, met name in nutritief opzicht?

06.02 Minister Didier Donfut (Frans): Een van de strategische pijlers van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan voor België heeft betrekking op de preventie van en de strijd tegen ondervoeding in de ziekenhuizen, de rusthuizen, de verzorgingsinstellingen en voor thuiszorgpatiënten. Het probleem van de ondervoeding is bekend en er zijn mogelijkheden om dat probleem aan te pakken. Die instrumenten worden echter niet altijd gebruikt omdat de hulp bij het eten in ziekenhuizen niet echt een prioriteit is. Uit de internationale literatuur blijkt dat de prevalentie van ondervoeding in ziekenhuizen op 40 procent geschat wordt bij opname van de patiënten, en oploopt tot maar liefst 75 procent bij hun vertrek. Voor België wordt dat cijfer op 30 à 40 procent van de gehospitaliseerde patiënten geraamd.

Het blijkt dat de kosten door de aanwezigheid van een voedingsteam in de ziekenhuizen kunnen worden gedrukt. De FOD Volksgezondheid is in oktober van start gegaan met een proefproject dat tot doel heeft werk te maken van preventie en de strijd tegen ondervoeding in de ziekenhuizen. In dat kader wordt financiële steun verleend, ten bedrage van 10.000 euro, aan 40 ziekenhuizen die een voedingsteam willen oprichten.

De FOD Volksgezondheid heeft onlangs ook een internationaal forum over ondervoeding in de rusthuizen en bij thuiszorgpatiënten georganiseerd.

Er werden concrete oplossingen voorgesteld die zullen worden opgenomen in een document dat aan de volgende regering en aan de Europese Commissie zal worden bezorgd. De kwaliteit van de maaltijden moet worden verbeterd. Sommige centra, zoals het UMC Bois de l'Abbaye in Seraing, geven het goede voorbeeld. Voor de geriatrie is het niet altijd noodzakelijk dat de maaltijd evenwichtig is samengesteld maar veeleer dat hij energierijk is en veel proteïnes bevat om mogelijke ondervoeding tegen te gaan. Kwaliteit en prijs gaan niet noodzakelijk samen.

06.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Ik hoop dat de balans met betrekking tot de good practices en de experimenten in 40 ziekenhuisinstellingen in alle ziekenhuiscentra worden verspreid. U heeft een Luikse kliniek als voorbeeld genomen. Ik hoop dat in Ambroise Paré in Bergen dezelfde good practices worden toegepast. Het door u aangehaalde probleem van de ondervoeding zal in onze commissie op eenieders belangstelling kunnen rekenen.

Het incident is gesloten.

06.04 De voorzitter : Aangezien mevrouw Avontroodt afwezig is, worden haar vragen nr. 467 en nr. 530 uitgesteld tot de volgende commissievergadering.

07 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast

met Europese Zaken, over "de ontwikkeling van het medisch toerisme" (nr. 505)

07.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): De vzw Health Care Belgium, een soort medische touroperator, biedt rijke buitenlandse patiënten een formule aan om zich in België geneeskundig te laten behandelen. Het is stuitend dat een sector die grotendeels met overheidsgeld wordt gefinancierd tot een echte "business" verwordt, te meer daar ons stelsel van gezondheidszorg niet altijd even snel werkt als de vzw beweert. Bovendien kunnen verstrekkingen aan buitenlanders veel duurder worden aangerekend dan aan andere patiënten, wat tot een verschillende behandeling kan leiden. De gedragscode die het ontstaan van een geneeskunde met twee snelheden moet tegengaan, heeft dan enkel nog symbolische waarde, zoals de secretaris-generaal van de Christelijke Mutualiteiten liet opmerken.

Is "medisch shoppen" een realiteit in België? Wat is de omvang van dat fenomeen? Welke gevolgen heeft het voor de overige patiënten, met name wat de wachttijden en de kwaliteit van de zorgverlening betreft?

Wordt met de opnames via die vzw rekening gehouden bij het rechtvaardigen van een overheidsfinanciering van de aangesloten ziekenhuizen, desgevallend ten koste van andere medische instellingen? Welke wettelijke waarde heeft de ethische code van die vzw?

Heeft u er geen moeite mee dat middelen die door de sociale zekerheid worden gefinancierd, voor lucratieve doeleinden worden gebruikt? Zal u een bindend kader voor dit soort praktijken uitwerken? Zo ja, op grond van welke criteria? Op welk niveau? Als er thans een tekst op stapel staat, kan u hem ons dan bezorgen?

07.02 Minister Didier Donfut (Frans): Vooreerst ben ik ervan overtuigd dat we over een kwalitatief hoogstaand gezondheidssysteem beschikken.

Het fenomeen van de buitenlandse patiënten – vooral uit de grensstreken – die voor geneeskundige verzorging naar België komen is niet nieuw. Hoewel het in opmars is, blijft het al bij al beperkt. In een aantal gevallen werden overigens specifieke overeenkomsten ondertekend, bijvoorbeeld met Groot-Brittannië op het vlak van hartchirurgie.

De behandeling van buitenlandse patiënten biedt een aantal kansen, maar houdt ook risico's in. De ontwikkeling van de grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit kan niet zomaar aan de vrije markt worden overgelaten en mag evenmin tot een vermarkting van de gezondheidszorg leiden. Ons land heeft er trouwens voor gevochten om de geneeskundige verzorging buiten het toepassingsgebied van de Bolkesteinrichtlijn te houden.

De wet van 4 juni 2007 tot wijziging van de wetgeving met het oog op de bevordering van de patiëntenmobiliteit voorziet in de oprichting, bij de Algemene Raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), van een observatorium voor patiëntenmobiliteit. Dat observatorium moet onder meer toezien op de toegankelijkheid van de ziekenhuizen voor de Belgische verzekerden en moet de nodige expertise leveren bij de bepaling van de ziekenhuisprijzen.

Het observatorium adviseert tevens de regering en moet een antwoord bieden op de terechte vrees dat rijke buitenlandse patiënten in onze ziekenhuizen op een voorkeursbehandeling zouden kunnen rekenen.

Ik zal de ontwikkelingen in deze materie met aandacht volgen.

07.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Mijn vraag ging niet over de grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit, noch over de mogelijkheid voor buitenlandse patiënten om van de kwaliteit van onze gezondheidszorg te profiteren. Het mercantiliseren van medische verzorging, dat is wat me zorgen baart! Ik stel voor dat men het observatorium verzoekt snel een advies uit te brengen over de reclamecampagne van die vzw.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Europese Zaken, over "de klacht van het RIZIV tegen een tandarts met een sociale tandheelkundepraktijk naar aanleiding van de publicatie van een artikel" (nr. 333)

08.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): In de pers staat te lezen dat het Riziv een klacht heeft ingediend tegen een tandarts die aan een journalist zou hebben verteld dat een patiënt met een ambulance naar zijn kabinet werd gebracht vanuit een ziekenhuis dat niet over een wachtdienst tandheelkunde beschikte.

Strookt die reactie van het Riziv met de tekst en de geest van de wet betreffende de publiciteit inzake tandverzorging? Heeft het Riziv al eerder klacht ingediend in gelijksoortige gevallen? Welke vonnissen werden er gevelde? Bestaat er een controlesysteem bij het Riziv om onnodige gerechtskosten te voorkomen? Hoeveel geld gaat er naar rechtszaken die worden verloren?

Hoeveel klachten heeft het Riziv ingediend wegens verboden reclamepraktijken? Welke precieze gronden worden daarbij aangevoerd?

08.02 Minister **Didier Donfut** (*Frans*): Overeenkomstig de wet van 15 april 1958 betreffende de publiciteit inzake tandverzorging is het verboden om indirect of direct reclame te maken met het oog op de verzorging van aandoeningen, letsels of afwijkingen van de mond en van de tanden, langs de pers, via de radio of de televisie. De wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verbiedt op haar beurt reclame waarin de kosteloosheid van de verstrekkingen vermeld wordt of waarin verwezen wordt naar de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van die verstrekkingen. Voorts is ook alle reclame verboden die bepaalde zorgverleners bevoordeelt.

In dit geval heeft de Provinciale Medische Commissie van Luik de klacht bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle aanhangig gemaakt wegens illegale reclame ten laste van een tandheelkundepraktijk. De betrokken tandarts lijkt alle voorwendsels aan te grijpen om zijn praktijk in de pers onder de aandacht te brengen en om erop te wijzen dat de patiënt tandverzorging kan genieten voor maar vier euro, daar het resterende bedrag betaald wordt door het ziekenfonds.

Er is dus geen sprake van een foute interpretatie door het Riziv.

Wat de gerechtskosten van het Riziv betreft, zijn de klachten steeds grondig onderbouwd en op ernstige vermoedens gestoeld. In de meeste gevallen leiden ze dus tot vervolging en sancties. De aangifteprocedure op grond van artikel 29 van het Wetboek van Strafvordering brengt geen kosten mee voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Ze wordt slechts uiterst zelden gebruikt, in geval van flagrant en herhaald misbruik door een zorgverstrekker die een eerste waarschuwing in de wind heeft geslagen.

08.03 **Muriel Gerkens** (*Ecolo-Groen!*): Wellicht is de wet aan herziening toe. De grenzen met betrekking tot de publicitaire informatie zijn moeilijk af te bakenen. En hoe kan men de verantwoordelijkheid aan een zorgverstrekker toeschrijven op grond van het relaas van een journalist? Het verwondert me bovendien dat ambtenaren van Volksgezondheid tegen journalisten zouden hebben gezegd dat er nog nooit een klacht werd ingediend wegens niet-naleving van de reclameregels, terwijl u hier het tegenovergestelde beweert.

08.04 Minister **Didier Donfut** (*Frans*): Ik zal de heer Perl vragen enkele aanvullende toelichtingen te verstrekken.

08.05 **François Perl**, medewerker van de minister (*Frans*): De meeste klachten kunnen vrij snel in der minne worden geregeld. Het Riziv treedt in dergelijke dossiers op volgens een evenwichtige regel. Het komt de verzekeringsinstellingen en niet de zorgverstrekkers toe de patiënten van de tarifiering in kennis te stellen. Het is niet omdat het Riziv een klacht indient dat de zorgverstrekker ook wordt veroordeeld. De bevoegde autoriteiten zullen de knoop doorhakken.

Het incident is gesloten.

De behandeling van de vragen eindigt om 11.02 uur.

La réunion publique est ouverte à 10 h 06 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 **Questin de M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "les soins d'urgence transfrontaliers" (n° 229)**

01.01 **Joseph Arens** (cdH): Le fait qu'il y ait un SMUR à Arlon mais seulement un PIT à Virton nous pose beaucoup de problèmes sur lesquels il faudra revenir.

Les interventions transfrontalières comme des interventions des ambulanciers luxembourgeois sur le territoire belge ou des interventions belges sur le territoire luxembourgeois sont rares, mais elles existent.

En décembre 2004, le parlement Benelux a adopté une recommandation invitant les gouvernements des trois pays à signer rapidement un projet de convention relative au transport transfrontalier en ambulance.

Un accord viendrait d'être signé entre la France et la Belgique en cas de transport d'urgence transfrontalier. Où en est la convention avec le Grand-Duché de Luxembourg ?

01.02 **Didier Donfut**, ministre (*en français*) : Un projet de convention a été rédigé et sera soumis à la signature du prochain ministre de la Santé publique, dès la fin de la période d'affaires courantes.

L'incident est clos.

02 **Question de Mme Katrin Jadin au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "l'amélioration du statut des ambulanciers volontaires travaillant dans l'aide médicale urgente" (n° 244)**

02.01 **Katrin Jadin** (MR) : Le projet d'arrêté royal approuvé le 27 avril dernier en Conseil des ministres vise à augmenter le montant annuel des indemnités pour les ambulanciers volontaires travaillant dans l'aide médicale urgente, pour que leur statut devienne identique à celui des pompiers volontaires, qui effectuent des prestations comparables.

La discrimination actuelle dissuade beaucoup d'ambulanciers de poursuivre leur activité de volontariat, ce qui peut nuire gravement au service 100, principalement dans les régions rurales.

Où en est cet arrêté royal ? A quand son application ?

02.02 **Didier Donfut**, ministre (*en français*) : Le projet a été transmis au Conseil d'État qui a formulé un certain nombre de remarques. Le texte a été adapté en fonction des remarques de celui-ci, sauf sur un point.

Le projet contient une définition classique du droit des accidents du travail qui dispose qu'en cas d'intervention, l'entreprise d'assurance rembourse la part des frais liés à l'accident du travail qui, après l'intervention, sont à la charge de la victime. L'intervention de l'assurance est ainsi restreinte aux frais de soins de santé non couverts par l'INAMI, afin de ne pas faire exploser les montants des primes d'assurance « accidents du travail ».

Selon l'analyse du Conseil d'État, la loi sur les droits des volontaires ne permet pas au Roi d'imposer une exigence dans le contrat d'assurance, car il n'a reçu la délégation que pour imposer la prise d'une assurance, et non pour en régler le contenu.

Des travaux parlementaires, il ressort néanmoins que la volonté du législateur était de permettre au Roi d'imposer une assurance type « accidents du travail » dans certains cas, mais cette volonté n'est pas explicite. Une incertitude subsiste quant à l'existence d'une base juridique suffisante pour maintenir cette disposition. La supprimer équivaldrait à risquer que les employeurs se voient confrontés à des primes d'assurance exorbitantes et, dès lors, de souscrire à des assurances de moindre qualité, ce qui préjudicierait encore davantage les ambulanciers volontaires.

Le gouvernement étant en affaires courantes, le dossier est malheureusement suspendu.

02.03 **Katrin Jadin** (MR) : Certaines mesures restent à prendre d'urgence, car les ambulanciers ont le droit de jouir d'un traitement égal à celui de leurs collègues pompiers.

L'incident est clos.

03 **Question de M. Flor Van Noppen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le fonctionnement de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)" (n° 379)**

03.01 **Flor Van Noppen** (CD&V - N-VA) : L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) fonctionne officiellement depuis le 1^{er} janvier 2007. La direction générale Médicaments a ainsi été transformée en une agence fédérale autonome. Si cette transformation permet notamment une plus grande flexibilité, la structure opérationnelle n'a toutefois toujours pas été mise en place. Après le Conseil des ministres du 12 octobre, le ministre a fait savoir qu'il continuerait à développer le fonctionnement de l'AFMPS. Depuis, nous n'avons plus été informés.

Où en est la transformation ? Le ministre peut-il commenter la structure de l'agence ? Quels organes ont déjà été mis en place sur le terrain, disposent d'un cadre complet et sont opérationnels ? Quel est le calendrier pour les autres organes ? Existe-t-il des projets pour fusionner l'AFMPS avec l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire ?

03.02 **Didier Donfut**, ministre (*en néerlandais*) : Aux activités de base de l'ancienne direction générale Médicaments, inchangées, sont venues s'ajouter de nouvelles compétences, à savoir tout ce qui concerne le sang, les cellules et les tissus d'origine humaine. L'AFMPS bénéficie d'une autonomie accrue par rapport à la direction générale et est placée sous la surveillance et la responsabilité du ministre de la Santé publique. La transformation de l'AFMPS sera progressive et ces modifications entreront en vigueur dès que trois mandataires " numéro un " auront été engagés. Entre-temps, l'AFMPS fonctionne sur la base de l'ancienne structure en cinq départements.

La nouvelle structure, composée de trois directions générales, a été adoptée par le Conseil des ministres du 12 octobre 2007. Sur le plan logistique, les activités de base sont subdivisées en trois composantes reflétant le cycle de vie d'un médicament, à savoir les phases précédant et suivant l'octroi de l'autorisation et l'inspection. De plus, un Comité consultatif, un Comité scientifique et un Comité de transparence instaurés par la loi conseillent l'administrateur général quant aux moyens d'atteindre les objectifs de l'AFMPS.

(*En français*) La nouvelle structure sera opérationnelle quand les trois mandats de numéro un auront été attribués.

(*En néerlandais*) Le Comité scientifique s'est réuni une première fois à l'automne 2007.

(*En français*) Il y a 280 équivalents temps plein à l'Agence.

À ce stade, on n'envisage pas de regroupement, qui n'aurait d'ailleurs pas de sens. Ces deux Agences sont différentes et, dès leur création, on avait prévu une autonomie de gestion pour accroître leur efficacité.

L'incident est clos.

04 **Question de M. Georges Gilkinet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le statut OMNIO" (n° 419)**

04.01 **Georges Gilkinet** (Ecolo-Groen!) : Depuis le 1^{er} avril 2007, il existe un nouveau statut permettant un remboursement majoré en matière de soins de santé : le statut OMNIO.

Si l'intention de départ apparaît généreuse, la mesure est particulièrement complexe à mettre en œuvre et les mutualités devront exercer une mission de contrôle fiscal qui n'est pas la leur. Les 50 millions d'euros engagés n'auraient-ils pas été plus utiles à d'autres mesures comme une diminution généralisée des tickets modérateurs ?

Certains craignent aussi que peu des bénéficiaires potentiels ne réalisent les démarches *ad hoc*. D'après des chiffres récemment rendus publics, sur 818.478 bénéficiaires potentiels, ils ne seraient que 91.671 - 11,2% de l'objectif - à avoir accompli les lourdes formalités nécessaires, il y a quelques semaines. Confirmez-vous ces chiffres du nombre de bénéficiaires du statut OMNIO ? Comment expliquez-vous la faiblesse apparente de ceux-ci ? Quelles sont les conséquences pour les potentiels bénéficiaires du statut OMNIO qui n'auraient pas fait les démarches jusqu'ici ? Quelles mesures ont été ou seront prises pour remédier à cette situation ?

04.02 **Didier Donfut**, ministre (*en français*) : Selon les chiffres communiqués par les organismes assureurs à l'INAMI, le nombre de bénéficiaires du statut OMNIO s'élevait à 91.671 personnes au 1^{er} octobre. Il n'y a pas de chiffres plus récents car l'ouverture du droit se fait le premier jour du trimestre.

On peut effectivement déduire de ces chiffres que certains bénéficiaires potentiels du statut n'ont pas entrepris les démarches nécessaires. Mais il faut nuancer : le système n'est en vigueur que depuis deux trimestres. Le gouvernement et les mutuelles devront mettre les bouchées doubles en matière d'information ;

de nouvelles actions pourront donc être envisagées.

Les assurés peuvent toujours demander le statut OMNIO par une déclaration sur l'honneur relative aux revenus de l'année précédente, qui doivent être inférieurs au plafond applicable. Si les conditions sont réunies, le statut est octroyé à partir du premier jour du trimestre qui suit. Il n'y a donc aucun risque de perte du statut.

Au bout du processus, il reviendra au prochain gouvernement, en collaboration avec tous les intervenants du système, d'évaluer ce nouveau statut et de rechercher des simplifications si nécessaire.

04.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Vos réponses confirment mon diagnostic. La pertinence de la mesure et sa facilité d'implémentation sont donc en question. Nous y serons attentifs dans le futur ; sans détricoter une avancée sociale, on doit examiner s'il est possible de mieux utiliser ces 50 millions d'euros au bénéfice des patients.

L'incident est clos.

05 Question de M. Georges Gilkinet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la collecte des données médicales dans le cadre de l'arrêté royal du 27 avril 2007" (n° 420)

05.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Les hôpitaux jouent un rôle primordial dans la collecte d'informations de santé publique, mais cette collecte semble actuellement confrontée à de lourds problèmes. Dans ce domaine, l'arrêté royal du 27 avril 2007 est d'application depuis le 1^{er} septembre.

Au niveau technique, l'arrêté impose aux hôpitaux de transmettre certaines données au SPF Santé publique, alors que leurs moyens semblent ne pas permettre l'encodage de ces données. Avez-vous été informé de ce problème et quelles solutions sont envisagées ? Il semble aussi qu'il n'y ait aucune possibilité technique d'inscrire un numéro d'identifiant unique du patient, et que la reconstruction du dossier médical informatisé nécessite un encodage manuel.

Quelles initiatives avez-vous prises pour réconcilier le dossier médical informatisé et la base de données du SPF Santé publique, afin d'améliorer la qualité des informations de part et d'autre et de simplifier le travail ? Enfin, certains acteurs hospitaliers craignent que la diversité d'informations requise n'aboutisse au développement d'autant d'outils que de thématiques abordées. Envisagez-vous une centralisation accrue des informations, à quelle échéance et selon quelles spécificités ?

Au niveau légal, la loi oblige les centres hospitaliers à conserver les données médicales pendant trente ans sous la responsabilité du médecin-chef. Qui portera la responsabilité de cette conservation hors des hôpitaux ? Par ailleurs, alors que la Commission de la protection de la vie privée a prôné la création d'un comité indépendant pour traiter ces informations confidentielles, ces données seront traitées par de multiples personnes.

Pourquoi la commission « Droits du patient » n'a-t-elle pas été consultée ? Comment garantit-on le respect du droit des patients à toutes les étapes du processus ? Quelles sont les obligations pour les hôpitaux qui n'ont pas signé la convention ? Qui aura la responsabilité de l'anonymat des données ? Quelles sont les précautions du SPF Santé pour que les données ne soient pas utilisées à des fins autres que statistiques ?

Enfin, votre administration a décidé de suspendre temporairement l'enregistrement des données SMUR pour « permettre une application stable et conviviale dans un avenir proche ». Quelles sont les conséquences légales pour les hôpitaux obligés de transmettre leurs données via un système momentanément inopérant ? Qu'est-ce qui motive cette décision et qu'a-t-on mis en place pour résoudre le problème ? Dans quel délai le système sera-t-il à nouveau en fonction ?

05.02 Didier Donfut, ministre (*en français*) : L'arrêté royal du 27 avril 2007 comprend deux parties, l'une relative à l'enregistrement du « résumé hospitalier minimum » (RHM) et l'autre à celui de données dans le cadre de la fonction « service mobile d'urgence » (SMUR).

L'enregistrement du RHM est envoyé au SPF via une application Internet sécurisée, qui existait déjà dans le cadre de l'enregistrement du « résumé clinique minimum » (RCM) qui fera partie du RHM dès le 1^{er} janvier 2008. Une application web pour les données SMUR permet l'enregistrement en ligne. Les données sont stockées sur un serveur central et les hôpitaux sont les seuls à avoir accès aux données de leurs patients. Il s'agit d'un enregistrement de données codées et non pas du dossier médical électronique. Les données enregistrées dans le serveur central peuvent toutefois être intégrées par les hôpitaux dans leur propre dossier médical.

Il n'est pas encore question de numéro de patient unique pour ces enregistrements. Il est demandé aux hôpitaux de transmettre un numéro codé par patient. La responsabilité relative à la conservation des données personnelles revient dans ce cas au ministre de la Santé publique.

Émettre un avis en la matière ne relève pas de la compétence de la commission Droits du patient. Par ailleurs, l'enregistrement des données n'a aucun effet sur la relation entre le patient et le praticien professionnel. Selon les informations dont je dispose, tous les hôpitaux ont signé la convention visée.

Étant donné que les hôpitaux ont la possibilité de retrouver le nom d'un patient, il subsiste une possibilité théorique d'identification. Dans ce cas, on parle de données à caractère personnel codées et non pas d'anonymisation. Le SPF ne dispose pas du nom du patient mais uniquement d'un numéro. Le SPF a fait développer l'application qui gère cette procédure mais n'y a pas accès lui-même. Les hôpitaux ont été informés de cette manière de procéder. Les objectifs d'enregistrement vont au-delà de la simple collecte d'informations statistiques.

Il a été décidé de reporter l'exécution de cette mesure pour des raisons d'ordre technique. Une circulaire a été envoyée aux hôpitaux en ce sens. Il n'y a donc aucune conséquence juridique pour les hôpitaux.

05.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Ma question résulte de contacts avec les acteurs de terrain qui ne perçoivent pas la mise en application de l'arrêté royal de façon aussi évidente. Quant à votre réponse relative à la suspension de l'arrêté royal par une circulaire, j'espère que le dispositif est aussi légal que vous l'affirmez.

05.04 Didier Donfut, ministre (*en français*) : On ne modifie nullement l'arrêté royal, mais il ne peut pas être appliqué pour des raisons techniques. Des précisions seront demandées à l'administration.

L'incident est clos.

06 Question de M. Jean-Jacques Flahaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la formation des personnels de santé hospitaliers en matière de nutrition" (n° 435)

06.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Des efforts ont été accomplis dans nombre d'établissements de soins pour améliorer la qualité des repas servis mais ceux-ci ne sont pas, en beaucoup d'endroits, de nature à ouvrir l'appétit de patients déjà peu enclins à manger du fait de leur état. Par ailleurs, ces repas ne correspondent pas toujours aux exigences nutritionnelles.

Ne serait-il pas possible de mettre en œuvre des incitants à l'amélioration des repas dans les hôpitaux notamment du point de vue nutritionnel ?

06.02 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Dans le cadre du plan national Nutrition et Santé pour la Belgique, un axe stratégique vise la prévention et la lutte contre la dénutrition au niveau des hôpitaux, des maisons de repos et de soins et des soins à domicile. Le problème est connu et il existe des pistes pour l'endiguer. Ces pistes ne sont pas toujours appliquées car les soins liés à l'alimentation à l'hôpital ne bénéficient que d'une faible priorité. Dans la littérature internationale, la prévalence de la dénutrition à l'hôpital est évaluée à 40% à l'admission et atteint jusqu'à 75% au moment du départ. En ce qui concerne la

Belgique, celle-ci est évaluée à 30 à 40% des patients hospitalisés.

Il apparaît que la présence d'une équipe « nutrition » dans les hôpitaux peut permettre de limiter les coûts. Un projet pilote vient d'être lancé par le SPF Santé publique en octobre qui a pour objectif d'œuvrer à la prévention et à la lutte contre la dénutrition au sein de l'hôpital en soutenant financièrement, sur une base forfaitaire de 10 000 euros, 40 hôpitaux qui s'engagent dans la mise en place d'une équipe nutritionnelle.

Le SPF Santé publique vient également d'organiser un forum international sur la dénutrition en maisons de repos et en soins à domicile.

Des solutions concrètes y ont été présentées et feront l'objet d'un document qui sera remis au prochain gouvernement et à la Commission européenne. La qualité des repas doit être améliorée. Certains, comme le CHU Bois de l'Abbaye à Seraing, montrent le bon exemple. Pour les unités gériatriques, il n'est pas toujours nécessaire que l'assiette soit équilibrée sur un plan diététique mais plutôt riche en énergie et en protéines pour lutter contre le risque de dénutrition. Enfin, qualité ne rime pas forcément avec coût.

06.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : J'espère que le bilan des bonnes pratiques et des expériences qui se déroulent dans 40 institutions hospitalières pourra être diffusé dans toutes les cliniques. Vous avez cité en exemple une clinique liégeoise. J'espère qu'Ambroise Paré à Mons bénéficie des mêmes bonnes pratiques. Le problème de la sous-nutrition que vous avez évoqué intéressera l'ensemble de notre commission.

L'incident est clos.

06.04 Le président : Mme Avontroodt étant absente, ses questions n°467 et n°530 sont reportées à la prochaine réunion de notre commission.

07 Question de M. Georges Gilkinet au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "le développement du tourisme médical" (n° 505)

07.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : L'ASBL Health Care Belgium, une sorte de « tour-opérateur médical », propose à des patients étrangers et fortunés de venir se faire soigner en Belgique. Il est interpellant qu'un secteur largement financé par les deniers publics se transforme en « business », d'autant que notre système de soins de santé n'est pas toujours aussi rapide que le dit l'ASBL. Par ailleurs, les prestations à des patients étrangers peuvent être facturées à des taux bien supérieurs à celles pour les autres patients, ce qui laisse craindre des différences de traitement. Or, comme l'a déclaré le secrétaire général des Mutualités chrétiennes, le code de déontologie destiné à contrer l'émergence d'une médecine à deux vitesses est de l'ordre du symbolique.

Le « shopping médical » est-il une réalité en Belgique ? Quelle est l'ampleur de ce phénomène ? Quelles en sont les conséquences pour les autres patients, notamment en termes de délais d'attente et de qualité des soins ?

Les admissions via l'ASBL en question entrent-elles en considération pour justifier un financement public des hôpitaux membres, le cas échéant au détriment d'autres établissements ? Quelle est la valeur légale du code éthique de l'ASBL ?

L'utilisation à des fins lucratives de moyens financés par la sécurité sociale n'est-elle pas un problème à vos yeux ? Envisagez-vous de mettre en place un cadre contraignant pour ce type de pratiques ? Dans l'affirmative, selon quels critères ? À quel niveau ? Si un texte est à l'étude, pouvez-vous nous le transmettre ?

07.02 Didier Donfut, ministre (en français) : Tout d'abord, je suis convaincu que notre système de santé est de très haute qualité.

Le phénomène des patients étrangers - notamment frontaliers - qui viennent se faire soigner en Belgique n'est pas neuf et, s'il est en augmentation, il demeure toutefois restreint. Dans certains cas, des conventions spécifiques ont d'ailleurs été signées, par exemple pour les Britanniques devant subir une chirurgie cardiaque.

Le traitement de patients étrangers offre des opportunités mais présente également des risques. Le développement de la mobilité transnationale des patients ne peut être abandonné au libre marché ni entraîner une marchandisation des soins de santé. Notre pays s'est d'ailleurs battu pour faire sortir les soins de santé du champ d'application de la directive Bolkestein.

La loi du 4 juin 2007 modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients prévoit la création, au sein du Conseil général de l'Institut national d'assurances maladie-invalidité (Inami), d'un observatoire de la mobilité des patients. Cet observatoire a, entre autres, pour objectif de veiller à l'accessibilité des hôpitaux aux assurés belges et d'offrir l'expertise nécessaire pour la fixation des prix hospitaliers.

Il a également pour mission de conseiller le gouvernement et de répondre à la crainte légitime que les riches patients étrangers puissent bénéficier d'un accueil préférentiel dans nos hôpitaux.

Je suivrai avec attention les évolutions dans cette matière.

07.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Ma question ne portait pas sur les patients transfrontaliers ni sur la possibilité pour des patients étrangers de bénéficier de la qualité de nos soins de santé. C'est la marchandisation des soins qui m'inquiète ! Je propose de demander à l'observatoire un avis rapide au sujet de la campagne de publicité menée par cette ASBL.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé des Affaires européennes, sur "la plainte déposée par l'INAMI contre un dentiste social pour publicité" (n° 333)

08.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : La presse rapporte que l'Inami a déposé une plainte contre un dentiste à qui il est reproché d'avoir parlé à un journaliste d'un transfert médicalisé à son cabinet depuis un hôpital où il n'y avait pas de garde en dentisterie.

Cette réaction de l'Inami est-elle conforme au texte et à l'esprit de la loi relative aux règles de non-publicité imposées aux acteurs de la santé ? L'Inami a-t-il déjà déposé des plaintes dans des cas similaires ? Quels ont été les jugements ? Existe-t-il un système de vérification au sein de l'Inami pour éviter des frais de justice inutiles ? Quel est le budget consacré à des procès perdus ?

Quel est le nombre de plaintes déposées par l'Inami pour des publicités non autorisées ? Quels sont les motifs précis invoqués ?

08.02 Didier Donfut, ministre (*en français*) : La loi du 15 avril 1958 relative à la publicité en matière de soins dentaires interdit la publicité directe ou indirecte en vue de soigner les affections, lésions ou anomalies de la bouche et des dents, notamment les communiqués de presse, les informations radiophoniques ou télévisuelles. La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé interdit, quant à elle, la publicité qui mentionne la gratuité des prestations ou qui fait référence à l'intervention de l'assurance dans le coût de ces prestations. Elle interdit aussi toute publicité qui privilégie certains dispensateurs.

En l'occurrence, la Commission médicale provinciale de Liège a saisi le service d'évaluation et de contrôle médicaux de diverses plaintes pour publicité illégale à charge d'un cabinet dentaire. Le dentiste mis en cause semble saisir tous les prétextes pour mettre son cabinet en évidence dans la presse et pour souligner que le patient peut bénéficier de soins dentaires pour quatre euros, le solde étant payé par la mutuelle.

Il n'y a donc aucune interprétation abusive de la part de l'Inami.

En ce qui concerne les frais de justice engagés par l'Inami, les plaintes sont toujours solidement argumentées et fondées sur des suspicions sérieuses. Elles débouchent donc, dans la plupart des cas, sur des poursuites et des sanctions. La procédure de dénonciation sur la base de l'article 29 du Code d'instruction criminelle n'engendre pas de frais pour l'assurance maladie-invalidité. Elle n'est utilisée que de manière rarissime, en cas d'abus manifestes et répétés par un dispensateur qui a ignoré un premier

avertissement.

08.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : La loi est peut-être à revoir. Les limites de l'information publicitaire sont difficiles à définir. Et comment attribuer la responsabilité à un prestataire de soins sur la base du récit d'un journaliste ? Je m'étonne, par ailleurs, que des fonctionnaires de la Santé publique aient dit aux journalistes qu'aucune plainte pour non-respect des règles de publicité n'avait jamais été traitée alors que vous affirmez le contraire.

08.04 Didier Donfut, ministre (*en français*) : Je demanderai à M. Perl de donner quelques éléments complémentaires.

08.05 François Perl, collaborateur du ministre (*en français*) : La plupart des plaintes peuvent se régler assez rapidement à l'amiable. L'Inami intervient dans ce genre de dossier selon une règle équilibrée. Il appartient aux organismes assureurs et non aux prestataires d'informer les patients sur la tarification. Le dépôt d'une plainte par l'Inami ne vaut pas encore condamnation du prestataire. Les autorités compétentes trancheront.

L'incident est clos.

La discussion des questions se termine à 11 h 02.