

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 10 NOVEMBER 2009

Voormiddag

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

du

MARDI 10 NOVEMBRE 2009

Matin

De behandeling van de vragen vangt aan om 11.48 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers.

01 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "een betere verloning voor de verpleegkundigen" (nr. 15778)

01.01 Luc Goutry (CD&V): In de begroting zijn er belangrijke bedragen ingeschreven met betrekking tot een betere betaling van de nachtprestaties van verpleegkundigen en inzake de bijzondere beroepstitel voor verpleegkunde.

Het plan van de minister om het verpleegkundig beroep aantrekkelijker te maken, mist echter samenhang. Met wie werd er ter zake overleg gepleegd? Hoe is een en ander in te passen in het nieuwe sociaal akkoord 2010-2015? Vreest de minister geen reacties in instellingen van de Gemeenschappen en heeft ze daarover overlegd met de Gemeenschappen? Stroken deze maatregelen met het ontwerp van de nieuwe functieclassificatie? Werd er rekening gehouden met het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen? Wat zal de minister ondernemen inzake een betere betaling van hoofdverpleegkundigen en diensthoofden? Acht ze een totaalprogramma op basis van haar plan aangewezen?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Het uitvoeren van het attractiviteitsplan voor verpleegkundigen kan rekenen op heel wat middelen, maar dan nog kan niet aan alle behoeften voldaan worden.

Over dit plan werd er overleg gepleegd met de vakbonden en met de representatieve federaties van de werknemers, onder meer over het verlonen van onregelmatige prestaties. Voor 2010-2011 wordt hiervoor 40 miljoen uitgetrokken. Er werd tevens overleg gepleegd over de problematiek van de bijzondere beroepstitels en de bijzondere beroepskwalificaties.

Het attractiviteitsplan staat los van het sociaal akkoord met de verpleegkundige sector waarover nog moet onderhandeld worden en dat in de loop van 2011 van kracht zal worden. Het huidige akkoord loopt af in 2010. De laatste maatregelen ervan treden op 1 januari 2011 in werking.

De maatregelen van het attractiviteitsplan hebben betrekking op de federale structuren

De functieclassificatie is nog bezig. Het initiatief ligt bij de private sector, de financiering is federaal, maar er is nog niets beslist over het gebruik. Voor de bijzondere beroepstitels en kwalificaties voor de

verpleegkundigen is de toepassing beperkt tot dit beroep. Ik hou ook rekening met een recent advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen over de problematiek van de verpleegkundigen. Het aanmoedigen van specialiserings beantwoordt aan een van de bezorgdheden van de sector.

Mijn plan bepaalt ook een bezoldiging voor het verpleegkundig beroep in overeenstemming met de vereiste verantwoordelijkheden en noden.

De kostprijs van het plan was destijds geraamd op 200 tot 250 miljoen euro over vijf jaar, maar die bedragen moeten worden geactualiseerd.

01.03 Luc Goutry (CD&V): Naarmate men de bijzondere beroepstitels meer geeft, zal er natuurlijk druk komen bij de kaderleden en wordt op de duur de loonspanning verstoord. Ik ben er absoluut voorstander van om in het kader van een nieuw sociaal akkoord voor de periode 2011-2016 een en ander degelijk te vertalen in een meerjarenplan, zodat alle verschillende groepen aan hun trekken kunnen komen.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "het toelaten, door de Franse Gemeenschapsregering, van reclame voor geneesmiddelen op de openbare tv-zenders" (nr. 16010)

02.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Deze aangelegenheid zit me erg hoog. We hadden het vroeger al over zelfmedicatie in deze commissie, en we waren het erover eens dat deze praktijk niet zonder risico is. Ik sta dan ook versteld dat de Franse Gemeenschapsregering reclame voor niet-voorschriftplichtige geneesmiddelen wil toelaten. Hoe kan dan nog preventief worden opgetreden tegen zelfmedicatie?

Wordt er, bij uw weten, een voorbehoud gemaakt of geldt er een verbod voor bepaalde geneesmiddelen? Wordt het RIZIV hierover geraadpleegd? Wat wordt er gedaan om medicalisering en de bijhorende risico's te voorkomen?

02.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik moet de autonomie van de Franse Gemeenschapsregering in acht nemen. Sinds 1995 is reclame op radio en tv in ons land wettelijk toegelaten voor niet-voorschriftplichtige geneesmiddelen, overeenkomstig de Europese richtlijn in dit verband. Het beheerscontract met de RTBF werd onlangs nog gewijzigd op dat punt. Tot voor kort was dat soort reclame immers niet toegelaten. We werden hierover trouwens niet geraadpleegd, aangezien er in ons land al een wettelijke regeling bestond.

Radio- en televisiereclame voor geneesmiddelen wordt systematisch gecontroleerd voor de uitzending. De minister van Volksgezondheid moet immers zijn fiat geven. Dankzij die procedure kan onder meer nagegaan worden of de claims in verband met de uitwerking en de eigenschappen van het geneesmiddel in de reclame hard gemaakt kunnen worden. Voorts wordt er gecontroleerd of het product op een objectieve manier wordt voorgesteld, en of de wettelijke verplichte vermeldingen leesbaar worden weergegeven. De nadruk moet ook worden gelegd op het advies van de arts of apotheker.

02.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): U klinkt niet echt overtuigd, en ik begrijp u! Ik vind het uitermate betreurenswaardig dat de openbare televisie hetzelfde spel speelt als de commerciële zenders, om de eindjes aan elkaar te knopen. Het decreet is nog niet aangenomen, en ik hoop dat u zich er nog tegen kan verzetten en het zelfs kan schrappen. Met dit ontwerp wordt mijns inziens een zeer slecht signaal afgegeven aan de publieke opinie.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van mevrouw Sofie Staelraeve aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de terugbetaling van het geneesmiddel Plavix" (nr. 16052)

03.01 Sofie Staelraeve (Open Vld): Op 21 oktober werd bekend dat het geneesmiddel Plavix enkel nog zal

worden terugbetaald bij cardiologische diagnoses en niet meer bij hersenaandoeningen. Plavix, dat het risico op een beroerte beperkt, wordt erg vaak voorgeschreven aan mensen die al een beroerte hadden. Een hersenberoerte heeft vaak zware gevolgen, zowel sociaal als financieel. De terugbetaling is voor deze groep patiënten dus erg belangrijk.

Welke overwegingen liggen aan de basis van deze beslissing? Zijn er andere maatregelen mogelijk om de behandeling van hersenberoertes te ondersteunen, zoals beroertezorgeenheden in ziekenhuizen of de trombolysetechniek?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Op 1 november 2009 werden de nieuwe terugbetalingmodaliteiten van kracht. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) heeft zich meermaals over de terugbetalingmodaliteiten en de wetenschappelijke evidenties gebogen.

In 1996 heeft de CAPRIE-studie uitgewezen dat voor patiënten die al een cerebraal vasculair accident hadden meegemaakt, de werking van Plavix niet superieur is aan aspirine om een tweede infarct te voorkomen.

De nieuwe modaliteiten zijn afgestemd op de internationale aanbevelingen. Pas na talrijke discussies heeft de Europese Vereniging voor het cerebraal vasculair accident nieuwe modaliteiten voorgesteld aan de CTG. De beslissing is niet gebaseerd op budgettaire overwegingen, maar op klinische evidenties.

De terugbetaling blijft wel verworven voor wie geen aspirine verdraagt en voor wie onder de vorige modaliteiten de terugbetaling kon genieten. De nieuwe terugbetalingmodaliteiten gelden dus enkel voor nieuwe patiënten.

Uiteraard ben ik bereid elke nieuwe therapeutische benadering voor deze patiënten te ondersteunen. Het RIZIV evalueert de wetenschappelijke evidenties en beveelt indien nodig aanpassingen aan.

03.03 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Veel patiënten die al een beroerte kregen, lopen een verhoogd risico om er opnieuw een te krijgen. Het is dan ook merkwaardig dat de trombolysetechniek niet vaker wordt toegepast, hoewel de efficiëntie ervan is aangetoond. Ik meen uit het antwoord te kunnen afleiden dat het RIZIV deze techniek momenteel onderzoekt.

Het incident is gesloten.

04 **Vraag van de heer Stefaan Vercamer aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "het afstandscriterium van maximum 25 km bij het vormen van een ziekenhuisgroepering" (nr. 16063)**

04.01 **Stefaan Vercamer** (CD&V): Ziekenhuizen die in een groepering willen samenwerken, mogen volgens een KB slechts 25 kilometer van elkaar verwijderd zijn. Meerdere ziekenhuizen vragen nu om dit criterium te schrappen. Overweegt de minister om hierop in te gaan?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De huidige reglementering omschrijft drie samenwerkingsvormen. Voor een groepering is er inderdaad een maximumafstand van 25 kilometer, voor een fusie is dat 35 kilometer en voor een associatie is er geen maximumafstand bepaald. Elk concept heeft zijn eigen doelstellingen en voorwaarden.

Als we iets willen wijzigen aan het afstandscriterium, moeten we dat bekijken binnen het geheel van de drie samenwerkingsvormen. Een werkgroep van de interministeriële conferentie Volksgezondheid buigt zich momenteel over alle mogelijke juridische beperkingen inzake de samenwerking tussen ziekenhuizen. Ik zal de vraag over de maximumafstand aan deze werkgroep signaleren en indien nodig een advies vragen aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

04.03 **Stefaan Vercamer** (CD&V): Wanneer zal er hierover meer duidelijkheid bestaan? Het moet toch mogelijk zijn om in bijzondere omstandigheden af te kunnen wijken van de 25 kilometergrens, die eigenlijk

arbitrair is.

04.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik zal de kwestie onmiddellijk aan de werkgroep verzenden. Dit moet door de federale overheid worden besproken, maar ook door de Gemeenschappen en de Gewesten. Daarom kan ik mij niet vastpinnen op een bepaalde datum.

Het incident is gesloten.

05 **Vraag van mevrouw Carine Lecomte aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de terugbetaling van de reiskosten van de geneesheren met wachtdienst" (nr. 16078)**

Volgens de akkoorden tussen artsen en verzekeringsorganismen, wordt aan het raadplegingstarief een vast bedrag toegevoegd voor de uitgaven en het tijdverlies die het bezoek met zich meebrengen, behalve voor artsen die op minder dan 3,5 km van de patiënt wonen.

Martelange is echter in de wachtdienst van Aarlen opgenomen. Artsen uit Aarlen leggen 40 km heen en terug af om patiënten in Martelange te verzorgen hoewel die patiënten op minder dan 3,5 km van twee artsen wonen. In die gevallen moet de patiënt meer dan 75 euro betalen, waarvan 25 euro reiskosten. Dat honorarium wordt dikwijls betwist en zelfs niet betaald.

Kan voor wachtdiensten in landelijke streken een terugbetaling van de reiskosten ingevoerd worden wanneer artsen meer dan 7 km (heen en terug) moeten afleggen om een patiënt te bezoeken, ongeacht het aantal artsen dat in de buurt gevestigd is?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Artikel 6 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 bepaalt dat in sommige streken de begunstigde die verzorging thuis krijgt, 25 procent van 7,22 frank per afgelegde kilometer voor de heen- en terugrit bijdraagt.

In een omzendbrief van de verzekeringsinstellingen zijn de gemeenten opgenomen in landelijk gebied, met vermelding van de toepasselijke afstanden voor de bepaling van de vergoeding van de reiskosten. Die reiskosten worden regelmatig geëvalueerd. In het akkoord artsen-ziekenfondsen van 2009 worden de reiskosten als volgt vastgesteld: tweemaal het aantal kilometer min 6 maal 0,82 euro.

Er bestaat geen bijkomende vergoeding meer in het kader van de verplichte ziekteverzekering voor de reiskosten van een arts wiens praktijk verder verwijderd is van de woning van de patiënt dan de twee dichtstbijzijnde dokterspraktijken. De uitbreiding van de medische wachtdienstzones in sommige landelijke gebieden leidt dus tot nieuwe problemen. De nationale commissie artsen-ziekenfondsen wil zich over dit probleem buigen.

Een koninklijk besluit van 21 februari 2006 bepaalt de voorwaarden voor de vergoeding door het RIZIV voor de huisartsenwachtposten. In het kader van tijdelijke projecten in verband met die wachtdiensten, die momenteel via de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden gefinancierd, is voorzien in een financiële bijdrage om bepaalde artsen gebruik te laten maken van chauffeursdiensten. Die bijdrage maakt deel uit van de middelen die worden uitgetrokken voor de wachtposten. De artsen uit de streek van Aarlen en Martelange zouden in dat kader een aanvraag kunnen indienen.

Eind 2010 zullen die projecten worden getoetst en zullen we nagaan welke maatregelen prioritair zijn om de kwaliteit van de wachtdiensten te verbeteren. Het totale jaarlijkse budget bedraagt 3.000.000 euro voor de wachtdiensten in de grootsteden en 3.600.000 euro voor de experimentele projecten.

05.03 **Carine Lecomte** (MR): Martelange telde, samen met Fauvillers, vier artsen. Een arts was er een keer per maand van wacht, maar dan heeft de provinciale geneeskundige commissie Martelange bij Aarlen en Fauvillers bij Bastenaken gevoegd, waardoor de artsen uit Aarlen soms grote afstanden moesten afleggen.

Martelange heeft ook een bejaardentehuis en een instituut voor kinderen met een handicap. Wanneer de arts

er een bezoek aflegt, wordt hij niet direct betaald en ontvangt hij ten slotte ook geen reisvergoeding. Ik hoop dat de nieuwe regeling een oplossing zal bieden voor dit probleem.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van mevrouw Magda Raemaekers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "de strijd tegen aids" (nr. 16080)

06.01 Magda Raemaekers (sp.a): Volgens de voormalige directeur van UNAIDS, de heer Piot, dreigen de financiering van de behandeling van aidslijders en de zoektocht naar een vaccin in het gedrang te komen door de economische crisis. Ook het Mondiaal Fonds voor de strijd tegen aids, tbc en malaria heeft al te kennen gegeven dat het voor het eerst met financiële problemen kampt.

Zal ook België besparen op de middelen voor wetenschappelijk onderzoek naar geneesmiddelen tegen aids of andere ziektes? Welke bedragen heeft men de voorbije jaren hieraan gespendeerd en wat zijn de budgetten voor de komende jaren? Welke preventieve maatregel wil de minister bijkomend invoeren in de strijd tegen aids?

06.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen financiert geen onderzoek op het vlak van de geneesmiddelen, niet in het kader van aids en niet in het kader van andere ziektebeelden. De Gemeenschappen zijn bevoegd voor preventie. De ziekteverzekering komt tussenbeide, via de administratieve kosten van het RIZIV, voor de financiering van de referentielaboratoria inzake aids voor 8.420.000 euro, voor de profylactische maatregelen tegen aids voor 505.000 euro, bij anonieme tests voor 778.000 euro, via de globale budgettaire doelstellingen voor de terugbetaling van de tests klinische biologie aids voor 1.200.000 euro en voor de revalidatieovereenkomsten in het kader van aids voor 5.800.000 euro.

Dit zijn bedragen voor 2010. Er is geen sprake van een vermindering van de middelen.

06.03 Magda Raemaekers (sp.a): Ik hoop dat de strijd tegen aids onverdroten wordt voortgezet ondanks de economische crisis.

06.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Dat is een prioriteit!

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.35 uur.

La discussion des questions est ouverte à 11 h 48 par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers, présidente.

01 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "une meilleure rémunération du personnel infirmier" (n° 15778)

01.01 Luc Goutry (CD&V): Des montants importants ont été inscrits au budget en vue d'une amélioration de la rémunération du personnel infirmier effectuant des prestations nocturnes et des porteurs d'un titre professionnel particulier d'infirmier.

Le plan de la ministre visant à renforcer l'attrait de la profession d'infirmier pêche cependant par manque de cohérence. Avec qui s'est-elle concertée en la matière? Comment ces évolutions seront-elles conciliables avec le nouvel accord social 2010-2015? La ministre ne craint-elle pas des réactions dans les établissements communautaires? S'est-elle concertée à ce sujet avec les Communautés? Ces mesures sont-elles conformes au projet de nouvelle classification des fonctions? A-t-on pris en considération l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers? Quelles démarches la ministre va-t-elle entreprendre en vue d'une amélioration de la rémunération des infirmiers en chef et des chefs de service? Un programme global fondé sur son plan est-il indiqué à ses yeux?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Bien que la mise en œuvre du plan d'attractivité de la

profession d'infirmière soit assortie de moyens considérables, il ne peut être satisfait à tous les besoins.

Ce plan a fait l'objet d'une concertation avec les syndicats et les fédérations représentatives des travailleurs, notamment à propos de la rémunération des prestations irrégulières. Pour 2010-2011, un budget de 40 millions est prévu à cet effet. Une concertation a également été organisée à propos des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières.

Le plan d'attractivité est distinct de l'accord social avec le secteur infirmier, qui doit encore faire l'objet de négociations et qui entrera en vigueur dans le courant de 2011. L'accord actuel expirera en 2010 et les dernières mesures prévues dans ce cadre entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Les mesures du plan d'attractivité ont trait aux structures fédérales.

La classification des fonctions est encore en cours. C'est le secteur privé qui prend l'initiative et c'est l'État fédéral qui finance, mais aucune décision n'a encore été prise concernant son utilisation. Pour les titres professionnels particuliers et les qualifications du personnel infirmier, son application sera limitée à cette profession. J'ai également tenu compte d'un avis récent du Conseil national des établissements hospitaliers au sujet du problème du personnel infirmier. Les mesures que nous avons prises afin d'encourager les spécialisations répondent à l'une des préoccupations du secteur.

Mon plan prévoit en outre d'accorder au personnel infirmier une rémunération qui soit conforme aux responsabilités requises et aux nécessités.

Le coût de ce plan a été estimé précédemment à un montant compris entre 200 et 250 millions d'euros en cinq ans mais il convient d'actualiser ce montant.

01.03 Luc Goutry (CD&V): Plus on donnera aux titres professionnels particuliers et plus la pression émanant des cadres s'accroîtra, ce qui à la longue perturbera la tension salariale. Je suis un partisan farouche de la proposition qui consiste à traduire tout cela valablement dans un plan pluriannuel dans le cadre d'un nouvel accord social pour la période 2011-2016 de façon à satisfaire les desiderata de toutes les parties concernées.

L'incident est clos.

02 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "l'autorisation par le gouvernement de la Communauté française de la publicité pour les médicaments sur les chaînes publiques de télévision" (n° 16010)

02.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je vous avoue mon agacement. Nous avons déjà débattu de l'automédication dans cette commission, et nous étions d'accord sur le risque que cette problématique représente. Je suis donc stupéfait par le projet du gouvernement de la Communauté française de permettre la publicité pour les médicaments sans prescription. Comment prévenir dès lors l'automédication?

Avez-vous été informée sur des réserves éventuelles et sur les interdictions prévues par rapport aux médicaments en question? Y a-t-il eu consultation de l'INAMI à ce sujet? Des précautions ont-elles été envisagées afin de prévenir les dangers de la surmédicalisation?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français): Je dois respecter l'autonomie du gouvernement de la Communauté française. La législation belge autorise depuis 1995 la publicité à la radio ainsi qu'à la télévision pour les médicaments non soumis à prescription médicale, conformément à la directive européenne en ce domaine. À ce propos, le contrat de gestion de la RTBF a été modifié dernièrement. Ce genre de publicité n'était en effet pas autorisé jusqu'il y a peu. Nous n'avons d'ailleurs pas été consultés à cet égard vu que la législation belge organisait déjà un cadre en la matière.

Toutes les publicités radiotélévisées pour les médicaments sont soumises à un contrôle systématique préalable à leur diffusion. Elles doivent en effet obtenir un visa délivré par le Ministre de la Santé publique. Cette procédure permet, entre autres, de contrôler la conformité de la publicité par rapport aux effets du

médicament et ses propriétés. En outre, elle vise à examiner le caractère objectif de la présentation du produit, ainsi que la lisibilité des mentions légales obligatoires. L'accent doit également être mis sur le recours à un avis médical ou pharmacologique.

02.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je ne vous sens pas très convaincue et je vous comprends! Je trouve très regrettable que la télévision publique joue le même jeu que celui de la télévision privée, en vue de boucler ses fins de mois. Le décret n'étant pas encore voté, j'espère que vous pourrez vous y opposer, et même le supprimer. Ce projet donne, à mon avis, une très mauvaise indication à l'opinion publique.

L'incident est clos.

03 Question de Mme Sofie Staelraeve à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "le remboursement du médicament Plavix" (n° 16052)

03.01 Sofie Staelraeve (Open Vld): Il a été annoncé le 21 octobre dernier que le médicament Plavix sera uniquement encore remboursé pour les diagnostics cardiologiques et plus pour les affections cérébrales. Le Plavix, qui limite les risques d'attaque, est très souvent prescrit aux personnes qui ont déjà été victimes d'une attaque. Une attaque cérébrale a souvent de lourdes conséquences, tant sociales que financières. Le remboursement est donc très important pour ce groupe de patients.

Quels motifs ont présidé à cette décision? Existe-t-il d'autres mesures permettant de soutenir le traitement des attaques cérébrales, telles que les unités de soins d'attaques dans les hôpitaux ou la technique de la thrombolyse?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais): Les nouvelles modalités de remboursement sont entrées en vigueur le 1^{er} novembre 2009. La Commission de remboursement des médicaments (CRM) s'est penchée à plusieurs reprises sur les modalités de remboursement et les évidences scientifiques.

L'étude Caprie a démontré en 1996 que pour les patients qui ont déjà été victimes d'un accident vasculaire cérébral, l'effet du Plavix n'est pas supérieur à celui d'une aspirine pour éviter un deuxième infarctus.

Les nouvelles modalités sont conformes aux recommandations internationales en la matière. L'ESO, l'association européenne contre l'AVC, a proposé ces nouvelles modalités à la CRM à l'issue de nombreuses discussions. La décision n'est pas le fruit de considérations budgétaires et est fondée sur des évidences cliniques.

Le remboursement reste cependant acquis pour les patients présentant une intolérance à l'aspirine ainsi que pour ceux qui bénéficiaient déjà d'un remboursement dans le cadre des anciennes modalités. Les nouvelles conditions de remboursement ne s'appliquent dès lors qu'aux nouveaux patients.

Je suis bien sûr disposée à appuyer toute nouvelle approche thérapeutique de ces patients. L'INAMI évalue les évidences scientifiques et recommande, le cas échéant, des modifications.

03.03 Sofie Staelraeve (Open Vld): Étant donné le risque accru de rechute auquel sont confrontés de nombreux patients ayant déjà été victimes d'un AVC, on peut s'étonner que la trombolyse, dont l'efficacité est pourtant avérée, ne soit pas appliquée plus fréquemment. Je pense pouvoir déduire de votre réponse que l'INAMI s'emploie actuellement à étudier cette technique.

L'incident est clos.

04 Question de M. Stefaan Vercamer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "le critère d'une distance maximale de vingt-cinq km pour la constitution d'un groupement d'hôpitaux" (n° 16063)

04.01 Stefaan Vercamer (CD&V): Conformément à un arrêté royal en la matière, les hôpitaux souhaitant coopérer au sein d'un groupement ne peuvent pas être distants l'un de l'autre de plus de 25 kilomètres. Plusieurs hôpitaux réclament à présent la suppression de ce critère. La ministre envisage-t-elle de répondre

favorablement à cette demande?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): La réglementation actuelle définit trois formes de coopération. En ce qui concerne le groupement d'hôpitaux, la distance maximale est en effet de 25 kilomètres. Elle est de 35 kilomètres en cas de fusion d'hôpitaux. Aucune distance maximale n'est par contre fixée pour les associations d'hôpitaux. Chaque concept répond à ses objectifs et ses conditions propres.

Si notre volonté est de modifier le critère de distance, il faudra examiner la question pour les trois types de collaboration. Au sein de la conférence interministérielle Santé publique, un groupe de travail se penche actuellement sur toutes les restrictions juridiques entourant la collaboration entre hôpitaux. Je lui soumettrai la demande relative à la distance maximum et, le cas échéant, demanderai l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers.

04.03 Stefaan Vercamer (CD&V): Quand en saura-t-on plus? Il doit tout de même être possible de déroger à la limite – somme toute arbitraire – des 25 kilomètres dans des circonstances exceptionnelles.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Je vais l'envoyer immédiatement au groupe de travail existant. Cela doit être examiné par le fédéral mais aussi par les Communautés et les Régions. Voilà pourquoi je ne peux pas vous dire que j'aurai terminé à telle date.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Carine Lecomte à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "le remboursement des frais de déplacement des médecins de garde" (n° 16078)

05.01 Carine Lecomte (MR): D'après les accords entre médecins et organismes assureurs, une somme forfaitaire couvrant les dépenses et pertes de temps inhérentes à une visite s'ajoute au tarif de la consultation (sauf pour les médecins dont le domicile est situé à moins de 3,5 km de celui du patient).

Or, pour la question des gardes, le village de Martelange a été incorporé dans la garde d'Arlon. Des médecins arlonnais parcourent 40 km aller-retour pour soigner les patients à Martelange, alors que ce derniers habitent à moins de 3,5 km de deux médecins. Dans ce cas, l'honoraire réclamé s'élève à plus de 75 euros, dont 25 pour les frais de déplacement, et il est souvent contesté, voire non payé.

Pour les gardes en zones rurales, peut-on prévoir un remboursement des frais de déplacement du médecin obligé de se rendre chez un patient à plus de 7 km aller-retour de chez lui, quel que soit le nombre de médecins installés alentour?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): L'article 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 dispose que l'intervention personnelle du bénéficiaire dans l'indemnité de déplacement due dans certaines régions à l'occasion d'une prestation effectuée au domicile d'un bénéficiaire est fixée par kilomètre parcouru à l'aller et au retour à 25 % de 7,22 francs.

Une circulaire des assureurs publie la liste des communes en région rurale, avec indication des distances applicables pour la détermination de l'indemnité pour frais de déplacement. Ces frais de déplacement sont régulièrement réévalués. Dans l'accord Medicomut 2009, les frais de déplacement sont fixés ainsi: 2 fois le nombre de kilomètres moins 6 multiplié par 0,82 euro.

Il n'y a plus d'intervention supplémentaire de l'assurance maladie obligatoire pour frais de déplacement d'un médecin ayant son cabinet au-delà des deux plus proches cabinets médicaux de la résidence du patient. L'élargissement des zones de garde dans certaines régions rurales pose dès lors un problème nouveau. La Commission nationale Medicomut veut prendre en charge le problème.

Le 21 février 2006, un arrêté royal a fixé les conditions de l'intervention de l'INAMI pour les postes de garde en médecine générale. Dans le cadre des projets temporaires en rapport avec ces gardes, actuellement financés via l'assurance obligatoire soins de santé, une intervention financière est prévue pour que certains

médecins bénéficient des services de chauffeurs. Cette intervention est comprise dans le budget des postes de garde. Les médecins de la région d'Arlon et de Martelange pourraient introduire une demande dans ce cadre.

Une évaluation de ces projets est prévue fin 2010 et nous permettra de déterminer les mesures prioritaires pour améliorer la qualité des services de garde. Le budget annuel global est de trois millions d'euros pour les postes de garde de grandes villes et de trois millions six cent mille euros pour les projets expérimentaux.

05.03 Carine Lecomte (MR): Martelange, avec Fauvillers, comptait quatre médecins. Un médecin était de garde une fois par mois, mais ensuite, la commission médicale provinciale a rattaché Martelange à Arlon et Fauvillers à Bastogne, ce qui oblige les médecins arlonnais à parcourir de longues distances.

Martelange compte aussi un home et un institut pour enfants handicapés; quand le médecin s'y rend, il n'est pas payé directement et, *in fine*, n'est pas remboursé de ses kilomètres. J'espère que le nouveau dispositif résoudra ce problème.

L'incident est clos.

06 Question de Mme Magda Raemaekers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale sur "la lutte contre le sida" (n° 16080)

06.01 Magda Raemaekers (sp.a): Selon M. Piot, ancien directeur d'ONUSIDA, la crise économique fait planer une menace sur le financement du traitement des malades du sida et sur la recherche d'un vaccin. De même, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a indiqué qu'il devait faire face, pour la première fois, à des problèmes financiers.

La Belgique envisage-t-elle également de faire des économies dans le domaine de la recherche scientifique axée sur les médicaments contre le sida ou d'autres maladies? Au cours des dernières années, quels montants ont-ils été affectés à de tels objectifs, et quels sont les budgets prévus pour les années à venir? Quelle mesure préventive supplémentaire la ministre compte-t-elle prendre dans le cadre de la lutte contre le sida?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ne finance aucune recherche centrée sur les médicaments, que ce soit des médicaments contre le sida ou d'autres maladies. Ce sont les Communautés qui sont compétentes en matière de prévention. L'assurance maladie intervient, par le biais des frais administratifs de l'INAMI, pour 8 420 000 euros dans le financement des laboratoires de référence pour le sida, pour 505 000 euros dans les mesures prophylactiques contre le sida, et pour 778 000 euros dans les tests anonymes. Par le biais des objectifs budgétaires globaux, elle intervient également pour 1 200 000 euros dans le remboursement des tests de biologie clinique, et pour 5 800 000 euros dans les conventions de rééducation en rapport avec le sida.

Ces montants concernent 2010. Il n'est nullement question de réduire les ressources.

06.03 Magda Raemaekers (sp.a): J'espère que, malgré la crise économique, la lutte contre le sida se poursuivra sans relâche.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): C'est une priorité!

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 35.