

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

Le développement des questions et interpellations commence à 11.48 heures. La réunion est présidée par Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers.

De behandeling van de vragen en interpellaties 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-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie over "een betere verloning voor de verpleegkundigen" (nr. 15778)**

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, terug naar de sereniteit met de betere verloning voor verpleegkundigen. In de begroting zijn er belangrijke bedragen ingeschreven voor een betere verloning van de zogenaamde nachturen en van mensen die houder zijn van een bijzondere beroepstitel voor verpleegkunde. Er is echter niets terug te vinden voor een betere betaling van hoofdverpleegkundigen en diensthoofden. Deze situatie kan volgens mij eventueel leiden tot demotivering van deze sleutelfiguren in ons gezondheidssysteem.

Mevrouw de minister, het attractiviteitsprogramma in de verpleegkunde is een van de sleutelpunten uit uw beleid. Ik waardeer ook de inspanningen die u doet voor de verpleegkunde, alleen mis ik een beetje de samenhang.

Ik heb dan ook een aantal vragen. Met wie werd overleg gepleegd omtrent de door u aangekondigde maatregelen inzake nachturen en bijzondere beroepstitels? Hoe verhoudt zich dat tegenover het nakende nieuw sociaal akkoord 2010-2015? Is dit daarop een voorafname? Vreest u niet dat deze eenzijdige toekenning van de federaal betoelaagde zorginstellingen een kettingreactie zal veroorzaken in instellingen die ten laste zijn van de Gemeenschappen? Werd er ter zake overleg gepleegd met uw collega's van de Gemeenschappen? Stroken deze maatregelen met het ontwerp van de nieuwe functieclassificatie? Werd er rekening gehouden met het advies ter zake van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen? Bent u op de hoogte van de even grote nood aan een betere verloning voor hoofdverpleegkundigen en diensthoofden? Wat stelt u ter zake in het vooruitzicht? Acht u het aangewezen om een totaalprogramma te maken inzake pecuniaire maatregelen die geënt zijn op uw plan?

Mevrouw de minister, ik wil nog even herhalen dat ik uw inspanningen voor de verpleegkunde waardeer. Ik hou echter een klein beetje mijn hart vast omdat de vragen zeer divers zijn en omdat er een nieuw sociaal akkoord in aantocht is. We moeten, mijns inziens, oog blijven hebben voor het geheel en alles planmatig aanpakken. Wij mogen niet her en der initiatieven nemen die dan weer slecht vallen bij anderen.

01.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, collega's, er zijn belangrijke bedragen ingeschreven voor de uitvoering van het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep. Ondanks die

belangrijke omvang wordt echter inderdaad niet aan alle behoeften tegemoetgekomen.

Wat de eerste vraag betreft, kan ik meedelen dat over het hele attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep overleg werd gepleegd met de vertegenwoordigers van de syndicale organisaties. Er werd bovendien en meer in bijzonder overlegd met de representatieve federaties van de werknemers en met de syndicaten over de verloning voor onregelmatige prestaties. Het budget dat in 2009 werd ingeschreven, was onvoldoende om een significante doorbraak mogelijk te maken. Het budget van 40 miljoen dat werd verkregen voor 2010-2011, bevestigt mijn wil om er rekening mee te houden. Voor de bijzondere beroepstitels en de bijzondere beroepskwalificaties heb ik er rekening mee gehouden dat de normen die worden opgelegd aan de ziekenhuizen hen voor bepaalde diensten verplichten om deze gespecialiseerde verpleegkundigen in dienst te nemen. Deze verpleegkundigen hebben een bijkomende opleiding gevolgd die verdient erkend en gevaloriseerd te worden want anders zal men een nivellering van de bevoegdheden naar beneden aanmoedigen. Dat is schadelijk voor de patiënten. In het raam van deze bijkomende budgetten zal er verder worden overlegd. De normale beslissingsweg zal worden gerespecteerd.

Ten tweede, het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep staat los van het sociaal akkoord dat nog te onderhandelen is met de representatieve organisaties en dat in de loop van 2011 van kracht zal worden. Het huidige akkoord loopt af in 2010. De laatste maatregelen treden in werking op 1 januari 2011.

Ten derde, de goedgekeurde maatregelen hebben betrekking op de federale structuren, met respect voor de federale beleidsverklaring.

Ten vierde, de functieclassificatie is nog aan de gang. Het initiatief berust bij de private sector. De financiering ervan is federaal, maar er is nog geen enkele bepaling of beslissing over het gebruik genomen.

Voor de bijzondere beroepstitels en kwalificaties voor de verpleegkundigen, is de toepassings sfeer beperkt tot dit beroep. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen overhandigde mij recentelijk een advies over de problematiek van de verpleegkundigen. Ik neem het in overweging en zal dat ook verder blijven doen. Het respecteren van de aan de ziekenhuizen opgelegde normen gemakkelijker maken door specialisering aan te moedigen, beantwoordt aan een van de bezorgdheden van de sector.

Ten vijfde, mijn attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep voorziet in een bezoldiging voor de verpleegkundige kaderleden dat overeenstemt met hun verantwoordelijkheden en met de eisen die aan hen worden gesteld. Het sociaal akkoord 2005-2010 kende trouwens een functietoelage toe aan de verpleegkundige kaderleden met een anciënniteit van minstens 18 jaar. In het huidige budgettaire kader was het niet mogelijk om een bijkomende maatregel voor te stellen, maar ik blijf die bezorgdheid voor ogen houden.

Ten zesde, tijdens de opmaak had ik de kostprijs voor de uitvoering van het plan geraamd op 200 tot 250 miljoen euro over vijf jaar. Die bedragen moeten worden geactualiseerd in het raam van de effectief goedgekeurde maatregelen en het algemene begrotingsevenwicht.

01.03 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de minister, ik steun u en feliciteer u voor uw inspanningen voor de algemene sector van verpleegkundigen. Dat is zeer belangrijk. U hebt daarvoor een plan opgemaakt. We moeten er alleen voor opletten dat de vragen zeer groot en divers zijn. Nu moeten we komen tot een evenwichtige planning van al die verschillende vragen. Naarmate men de bijzondere beroepstitels meer geeft, waarvoor ik de argumentatie begrijp, zal er natuurlijk druk komen bij de kaderleden. We mogen niet vergeten dat heel wat mensen ook verantwoordelijkheden moeten opnemen als hoofdverpleegkundige en dergelijke. Op de duur wordt die loonspanning verstoord.

Daarom blijf ik er absoluut voorstander van om in het raam van een nieuw sociaal akkoord, dat zal lopen van 2011 tot 2016, een goede vertaling te maken in een meerjarenoptie, zodat alle verschillende groepen aan hun trekken kunnen komen en we niet intern verwarring zaaien, doordat de ene groep meent te worden voortgetrokken ten overstaan van de anderen. Vandaar mijn vraag om aandacht voor de kaderleden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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 **Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister 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): Madame la ministre, je dois vous avouer mon agacement. L'automédication - nous en avons déjà débattu dans cette commission -, si elle peut être une réponse rapide à une maladie, est aussi un risque quand elle n'est pas pratiquée de manière mesurée. De nombreux cas d'hépatites médicamenteuses débouchent sur des hospitalisations et sur de graves complications. Aussi, madame la ministre, je suis stupéfait par le projet du gouvernement Olivier de la Communauté française de permettre la publicité pour des médicaments sans prescription sur les chaînes publiques de télévision. C'est un très mauvais message que l'on donne en termes de prévention de l'automédication. J'espère que ce n'est pas cela l'apport d'Ecolo au nouveau gouvernement de la Communauté française ...

J'en suis d'autant plus surpris que votre parti ne me semblait pas, jusqu'alors, particulièrement favorable à ce type de publicité. Doit-on, pour boucler le budget de la Communauté française, et donc pour soigner les finances de la RTBF, prendre le risque de voir certains de nos concitoyens se surmédicaliser, avec les conséquences qui en découleront en termes de santé et de coût pour la sécurité sociale? J'ai l'impression que la Communauté française détruit votre propre travail.

Pouvez-vous, si vous en avez été informée, nous dire si, pour ces médicaments, des réserves et des interdictions pour certains produits ont été prévues? En bref, quels types de médicaments sont-ils réellement concernés par cette publicité? L'INAMI a-t-il été consulté pour avis préalable sur les médicaments pressentis? Quel avis a-t-il rendu? Quelles précautions sont-elles prévues dans le discours même des messages publicitaires pour engager les gens qui les utiliseraient à en user avec prudence?

En tout cas, je suis extrêmement déçu et je pense qu'au fond de vous-même, vous l'êtes aussi!

02.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Monsieur le député, je ne vous dirai pas ce que je ressens, car je dois respecter l'autonomie du gouvernement de la Communauté française.

Depuis 1995, la législation belge, conformément à la directive européenne en ce domaine, autorise la publicité à la radio et à la télévision pour les médicaments non soumis à prescription médicale. Vous savez que de telles publicités sont diffusées très régulièrement sur les chaînes de télévision privées belges. Il est vrai que, jusqu'à présent, le contrat de gestion de la RTBF ne l'autorisait pas à diffuser des publicités pour des médicaments. Cette situation a changé. Nous n'avons pas été consultés à cet égard, puisque la législation belge organisait déjà un cadre en la matière.

Vu leur impact, les publicités radiotélévisées pour les médicaments font l'objet d'un contrôle systématique préalable à leur diffusion. En effet, toutes ces publicités doivent obtenir un visa délivré par le ministre de la Santé publique, sur avis de la Commission de contrôle de la publicité des médicaments à usage humain. La procédure de visa permet de contrôler, par exemple, que la publicité concerne bien un médicament non soumis à prescription médicale, que les éléments de publicité sont conformes à la notice du produit approuvée dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché du médicament, que le médicament y est présenté de façon objective sans en exagérer les propriétés et sans élément trompeur, que la publicité est une présentation objective du médicament et en favorise un usage rationnel et, enfin, que la publicité comporte les mentions légales obligatoires de manière bien lisible. Ces mentions soulignent que la publicité concerne un médicament, indiquent son principe actif, insistent sur le fait que ce médicament ne peut être utilisé de manière prolongée sans avis médical, incitent à lire attentivement la notice, encouragent souvent à demander conseil au pharmacien. La publicité doit aussi comporter les informations indispensables pour un bon usage du médicament, telles que certaines contre-indications ou limites d'âge notamment chez les enfants. Le numéro de visa apparaît aussi dans les mentions légales.

02.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, je sens que vous n'êtes pas très convaincue par ce que vous venez de dire et je vous comprends!

C'est dommage car le premier verrou de la télévision privée avait déjà sauté. À partir du moment où même la télévision publique s'y met pour boucler ses fins de mois, je trouve cela particulièrement regrettable.

Le décret n'étant pas encore voté au sein du parlement de la Communauté française, j'espère que vous-même, la présidente de la commission et l'ancienne ministre de la Santé de la Communauté française ici présente, qui ne l'avait pas fait en son temps, pourront faire jouer leurs relais et agir pour supprimer ce projet qui donne une très mauvaise indication à l'opinion publique. D'un côté, nous discuterons cet après-midi en commission de la problématique de la publicité pour les véhicules de type 4x4 et, de l'autre côté, faire de la publicité pour les médicaments sera autorisé aux chaînes publiques. C'est un message tellement contradictoire!

Néanmoins, madame la ministre, au travers de votre réponse, je sais que vous avez fait ce que vous avez pu et je vous en remercie.

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

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

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): Mevrouw de minister, jaarlijks krijgen in België heel wat personen een herseninfarct of een beroerte. Eind oktober was er nog de World Stroke Day. Op 21 oktober werd bekend dat het geneesmiddel Plavix niet langer terugbetaalbaar zou zijn. Het geneesmiddel wordt meestal voorgeschreven voor personen die al een beroerte hadden, om het risico van een tweede beroerte te beperken. Meer nog, het blijkt dat het wel terugbetaalbaar zou blijven wanneer het gaat over diagnoses of indicaties die cardiologisch zijn, maar niet meer wanneer het gaat om hersenaandoeningen.

Patiënten die een hersenberoerte meemaken, houden daaraan vaak heel zware letsels over en zien hun leven compleet omgekeerd, om nog maar te zwijgen over de sociale en financiële gevolgen. Daarom lijkt het mij uitermate belangrijk dat het geneesmiddel, dat anders heel duur wordt, blijvend kan voorgeschreven worden voor die specifieke patiëntengroep, weliswaar met bepaalde beperkingen.

Klopt het dat die beslissing enkel van toepassing is voor de indicaties van hersenproblematiek?

Welke overwegingen gingen aan de beslissing van 21 oktober vooraf?

Als Plavix totaal niet meer terugbetaalbaar is voor die specifieke patiënten en als men daarbij blijft, zijn er eventueel andere maatregelen mogelijk die de patiënten en hun behandeling kunnen ondersteunen? Ik denk aan de erkenning van beroertezorgenheden in ziekenhuizen of de techniek van de trombolyses, die er steeds vaker voor kunnen zorgen dat een tweede, of zelfs een eerste, infarct kan worden vermeden.

03.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, het is correct dat de nieuwe terugbetalingsmodaliteiten van kracht werden op 1 november van dit jaar. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen boog zich al meerdere malen voor 1 november over de adequatie van de modaliteiten met de wetenschappelijke evidenties. De CAPRIE-studie dateert van 1996. Er moet worden onderstreept dat de bevolkingsgroep die in die studie werd bestudeerd, in hoofdzaak bestond uit patiënten die al een cerebraal vasculair accident hadden, zoals een infarct, een beroerte of arteritis van de onderste ledematen.

De patiënten werden in twee groepen verdeeld. De ene kreeg aspirine en de andere Plavix. De patiënten voor wie de terugbetaling werd afgeschaft, zijn patiënten die al een cerebraal vasculair accident hadden, terwijl zij al werden behandeld met aspirine. Bij die patiënten werd niet aangetoond dat Plavix superieur is aan aspirine bij recidive tijdens die behandeling.

Een analyse van de subgroep van de patiënten van de CAPRIE-studie die niet bijgevoegd waren voor een ischemisch cerebraal vasculair accident, toont aan dat er geen enkel efficiëntieverschil is tussen aspirine en Plavix. De nieuwe modaliteiten zijn perfect afgestemd op de recente internationale aanbevelingen. ESO, de Europese vereniging voor het cerebraal vasculair accident, heeft pas na talrijke discussies, zowel in een specifieke werkgroep als in plenaire vergaderingen, de CTG de nieuwe modaliteiten voorgesteld. De beslissing was niet gebaseerd op budgettaire overwegingen, maar op de beschikbare klinische evidenties.

Het is belangrijk om te onderstrepen dat de terugbetaling verworven blijft, zowel voor de patiënten die geen aspirine verdragen, waaronder zij die een ischemisch cerebraal vasculair accident hadden of hebben, als voor degenen die volgens de vorige modaliteiten de terugbetaling konden genieten.

Het is dus onjuist om te zeggen dat die patiënten geen terugbetaling meer zullen krijgen en zelf de kosten voor Plavix zullen moeten dragen. De nieuwe terugbetalingsmodaliteiten zijn er alleen voor eventuele nieuwe patiënten.

Ik ben uiteraard bereid om elke nieuwe therapeutische benadering voor die patiënten te onderzoeken en te ondersteunen. Binnen het RIZIV bestaan organen die de beschikbare wetenschappelijke evidenties evalueren en zo nodig de aanpassingen aanbevelen die nodig zijn voor de gezondheid van onze medeburgers.

03.03 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): U zegt heel duidelijk dat wetenschappelijke gegevens ten grondslag liggen van de beslissing en dat patiënten die al Plavix kregen, dat ook verder terugbetaald krijgen.

Er zijn inderdaad een aantal mechanismen ter ondersteuning van nieuwe technieken, zeker bij de behandeling en de preventie van beroertes. De preventie is uitermate belangrijk, maar ook de behandeling. Heel veel patiënten die ooit een beroerte hadden, hebben een heel hoog risico om er opnieuw een te krijgen. Heel merkwaardig is dat de techniek van de trombolyses niet vaak genoeg wordt toegepast. Het is toch al heel duidelijk gebleken dat die heel efficiënt kan zijn. Mag ik uit uw antwoord afleiden dat binnen de organen van het RIZIV wordt bekeken hoe die techniek meer kan worden toegepast?

03.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijn diensten zullen dat bestuderen.

03.05 **Sofie Staelraeve** (Open Vld): Dat is goed.

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

04 **Vraag van de heer Stefaan Vercamer aan de vice-eerste minister 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 **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 25 km pour la constitution d'un groupement d'hôpitaux" (n° 16063)**

04.01 **Stefaan Vercamer** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, de ziekenhuisgroepering werd indertijd gecreëerd om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren en om beter te kunnen inspelen op de vraag en de behoefte van de bevolking. Ik hoef u niet te vertellen dat een ziekenhuisgroepering een erkend, juridisch, geformaliseerd en vooral duurzaam samenwerkingsverband is tussen ziekenhuizen. Daarbij worden er afspraken gemaakt over taakverdeling, complementariteit inzake aanbod, disciplines of uitrusting. Eén van de voorwaarden om als ziekenhuisgroepering erkend te worden is dat de ziekenhuizen van die groepering niet meer dan 25 kilometer van elkaar mogen verwijderd zijn. Dat wordt zo bepaald in artikel 9 van het KB van 30 januari 1989.

In de praktijk blijkt dat die afstandsvoorwaarde toch een hinderpaal vormt om nieuwe ziekenhuisgroeperingen mogelijk te maken, niettegenstaande er de wil is op het terrein om samen te werken. Verschillende ziekenhuizen zijn vragende partij om dit arbitraire afstandscriterium te schrappen in het vermelde KB. Hoe staat u tegenover de vraag, mevrouw de minister, om het afstandscriterium van 25 kilometer als voorwaarde voor een ziekenhuisgroepering te schrappen? Wanneer zou dat mogelijk zijn? Mocht u overwegen om dat niet te doen, zou ik graag uw motivering hiervoor vernemen.

04.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De samenwerking tussen ziekenhuizen moet gestimuleerd worden om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren, de toegang tot de basisdiensten te bevorderen en de werking van de ziekenhuisinfrastructuur te optimaliseren.

De huidige reglementering voorziet in drie samenwerkingsvormen. Ten eerste is er de groepering, met een maximumafstand van 25 kilometer. De tweede mogelijkheid is de fusie, een nieuwe juridische entiteit met een grens van 35 kilometer tussen de verschillende vestigingsplaatsen. Ten derde is er de associatie,

waarbij er geen maximumafstand is bepaald.

Het concept 'ziekenhuisgroepering' streeft een algemene complementariteit tussen de verschillende activiteiten van ziekenhuizen na. De associatie is een soort fusie van twee of meer gelijksoortige diensten van verschillende ziekenhuizen die onder een gemeenschappelijk beheer komen. De fusie tussen ziekenhuizen is uiteraard de meest verregaande vorm van samenwerking omdat de verschillende ziekenhuizen die deel uitmaken van een fusie in hun geheel opgaan. Deze verschillende concepten hebben elk een eigen finaliteit.

De problematiek van de afstand dient behandeld te worden binnen het geheel van deze samenwerkingsvormen. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft tot op heden geen adviesvraag ontvangen met betrekking tot een eventuele wijziging van de normering inzake de groepering van ziekenhuizen, noch met betrekking tot de 25 km-grens.

Een werkgroep van de interministeriële conferentie Volksgezondheid buigt zich momenteel over alle mogelijke juridische beperkingen inzake de samenwerking tussen ziekenhuizen in het algemeen. Ik zal uw vraag inzake de maximale afstand tussen de ziekenhuizen van een groepering dan ook aanhangig maken bij deze werkgroep. Indien de interministeriële conferentie zou afspreken om de maximale afstand te wijzigen zal ik de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een adviesvraag voorleggen.

04.03 Stefaan Vercamer (CD&V): Mevrouw de minister, dank u wel voor uw antwoord.

Ik mag er dus van uitgaan dat u zelf deze problematiek aanhangig maakt bij de interministeriële werkgroep. Ik hoop dan wel dat dit niet naar de Griekse kalender verhuist en dat de bespreking uiteindelijk niet wordt aangevat omdat het naar de werkgroep gaat. Mijn vraag gaat dus over de timing. Wanneer zal daar uiteindelijk uitspraak over worden gedaan?

Ten tweede, ik wil er nog aan toevoegen dat 25 kilometer sowieso een arbitrair gegeven blijft. Daarom vraag ik om binnen de werkgroep de suggestie te geven dat men in een systeem zou voorzien om te kunnen afwijken van dit arbitrair gegeven gezien de bijzondere omstandigheden. Twee kilometer meer of minder maakt nu eigenlijk een verschil. Ik vind dus dat men rekening moet kunnen houden met speciale omstandigheden om eventueel te kunnen afwijken van die kilometergrens. Ik vraag dus om dat mee op te nemen in de gesprekken en ik wil vooral de timing kennen.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre: (*Intervention hors micro*)

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. Cela dépendra de la manière dont ce sera accueilli par le groupe de travail. Puisqu'il existe déjà, nous ne devons pas demander à la Conférence interministérielle d'en instituer un, celui-ci devant ensuite lui faire un rapport. En l'occurrence, la procédure sera plus rapide. Mais je ne peux pas vous donner de délai.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Madame la ministre, jusqu'à quelle heure pouvons-nous continuer?

04.05 Laurette Onkelinx, ministre: Midi et demi, car j'ai un rendez-vous à 13 h 00.

La **présidente**: D'accord.

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

05.01 Carine Lecomte (MR): Madame la présidente, madame la ministre, parmi les accords conclus entre les médecins et les organismes assureurs, il est convenu qu'une somme forfaitaire couvrant les dépenses

matérielles et la perte de temps inhérente à une visite soit ajoutée au tarif de la consultation. Une restriction a été toutefois mentionnée: pas de supplément d'honoraires de déplacement pour les médecins dont le domicile est situé à moins de 3,5 km de celui du patient. Dans le chef de ce dernier, pas de remboursement complémentaire s'il habite à moins de 3,5 km de deux médecins, arguant du fait qu'il a déjà accès à un premier degré de libre choix et qu'il a fait appel à un troisième médecin plus éloigné.

Pour la question des gardes, plus grave dans les régions rurales telles la province de Luxembourg, le village de Martelange qui compte deux médecins a été incorporé dans le rôle de la garde d'Arlon. C'est ainsi que des médecins de garde arlonnais sont amenés à parcourir plus de 40 km aller-retour pour soigner un patient résidant à Martelange. Selon l'accord en vigueur, ledit patient martelangeois, qui habite à moins de 3,5 km de deux médecins, ne sera pas remboursé des frais de déplacement que le médecin de garde est en droit de lui réclamer.

Madame la ministre, cette situation génère des conflits entre médecins et patients. En effet, dans le contexte évoqué, 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, du moins la partie relative aux frais de déplacement. Cette situation crée en outre une différence de traitement dans le coût des soins réclamés aux patients et met les médecins en porte-à-faux.

Dès lors, pour les gardes en zones rurales, pourrait-on prévoir un remboursement auprès des organismes assureurs des frais de déplacement du médecin qui est obligé de se rendre au chevet d'un patient à plus de 7 km aller-retour de chez lui, quel que soit le nombre de médecins installés à l'entour?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, l'article 6 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle du bénéficiaire et de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations précise que "l'intervention personnelle du bénéficiaire dans l'indemnité supplémentaire de déplacement due dans certaines régions au médecin de médecine générale 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 organismes assureurs publie la liste des communes situées en région rurale, avec indication des distances applicables pour la détermination de l'indemnité supplémentaire pour frais de déplacement des médecins généralistes qui effectuent une visite à des bénéficiaires de ces régions. Le nombre de kilomètres renseigné est à mentionner à la rubrique "frais de déplacement" figurant sur les attestations de soins donnés.

Les frais de déplacement sont régulièrement réévalués. Dans l'accord Medicomut pour 2009, les frais de déplacement sont fixés de la manière suivante: 2 fois le nombre de kilomètres moins 6 multiplié par 0,82 euro. Ne me demandez pas pourquoi le "moins 6"!

Effectivement, il n'y a plus d'intervention supplémentaire de l'assurance maladie obligatoire pour les frais de déplacement d'un médecin généraliste ayant son cabinet médical situé au-delà des deux plus proches cabinets médicaux de la résidence du patient.

Je reconnais que l'élargissement des zones de garde dans certaines régions rurales pose dès lors un problème nouveau, que j'ai dès à présent soumis à mes services. Ainsi, afin d'offrir à la population des services de haute qualité, la Commission nationale Medicomut, dans le cadre du soutien financier des services de garde de médecine générale, veut prendre en charge le problème de l'indemnisation des déplacements du médecin généraliste en région rurale, en tenant compte en particulier des nouvelles répartitions territoriales liées à la fusion de plusieurs cercles dans l'organisation des gardes.

De plus, le 21 février 2006, un arrêté royal a été publié fixant les conditions auxquelles une intervention de l'INAMI peut être accordée aux postes de garde en médecine générale.

Dans le cadre des projets temporaires et expérimentaux en rapport avec les services des gardes des médecins généralistes, actuellement financés via l'assurance obligatoire soins de santé, il est notamment prévu une intervention financière pour que certains médecins puissent bénéficier des services de chauffeurs, tant durant le jour que désormais durant la nuit. Cette intervention financière est comprise dans le budget des postes de garde, chaque poste pouvant utiliser une part libre de ses subsides pour financer un service de chauffeurs.

Les médecins de la région d'Arlon et de Martelange pourraient d'ailleurs introduire une demande dans ce cadre; vous pouvez, si vous le voulez bien, en être mon interprète.

Une évaluation de ces projets est prévue fin 2010 et les résultats obtenus nous permettront de déterminer les mesures prioritaires à prendre pour améliorer de manière plus large la qualité des services de garde. Le budget annuel global est de 3 180 700 euros pour les postes de garde de grandes villes et de 3 600 000 euros pour les projets expérimentaux.

05.03 Carine Lecomte (MR): Madame la ministre, je me réjouis de ces bonnes nouvelles!

Vous connaissez manifestement la problématique. Le village de Martelange était joint à celui de Fauvillers et comptait quatre médecins. Un médecin était de garde une fois par mois. Par la suite, la commission médicale provinciale a décidé de rattacher Martelange à Arlon et Fauvillers à Bastogne, ce qui oblige les médecins arlonnais à parcourir de longues distances.

Martelange compte également un home et un institut pour enfants handicapés; quand le médecin doit s'y rendre, il n'est pas payé directement et, in fine, n'est pas remboursé de ses kilomètres. Cela crée une situation problématique. J'espère donc que le dispositif que vous allez mettre en place permettra de la résoudre. Je serai votre porte-parole avec beaucoup de plaisir.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, volgens de heer Piot, voormalig directeur van het VN-aidsprogramma UNAIDS, dreigen de financiering van de behandeling van aidslijders en de zoektocht naar een vaccin tegen de ziekte in het gedrang te komen door de economische crisis. Hij pleit trouwens ook voor meer preventie. Ook de directeur van het mondiaal fonds voor de strijd tegen aids, tbc en malaria, heeft te kennen gegeven dat zijn instelling voor het eerst met financiële problemen kampt. Nochtans zijn de wetenschappers het er over eens dat er een reële kans bestaat dat er binnen afzienbare tijd een doeltreffend vaccin tegen aids zou kunnen worden ontwikkeld. Hoe snel het vaccin er komt, hangt ook af van de financiële middelen die in het onderzoek worden gestopt.

Bovendien blijkt uit vragen in de Vlaamse regering dat ook zij vandaag nog geen duidelijkheid hebben of kunnen geven over de verlenging van de bestaande overeenkomst met UNAIDS. Vlaanderen heeft voor 2006 tot op heden vastgelegd om 3 miljoen euro aan UNAIDS te geven. Wat gaan we doen als deze steun wegvalt? Daarom enkele vragen.

Mevrouw de minister, zal België als gevolg van de economische crisis besparen op de middelen die worden ingezet voor wetenschappelijk onderzoek naar geneesmiddelen tegen aids of andere ziektes?

Kunt u ons een overzicht geven van de bedragen die de voorbije jaren werden gespendeerd aan wetenschappelijk onderzoek en de budgetten die voor de komende jaren zijn uitgetrokken?

Welke preventieve maatregel wilt u bijkomend nog in het leven roepen om de strijd tegen aids aan te gaan?

06.02 Minister Laurette Onkelinx: 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. Het zijn de Gemeenschappen die bevoegd zijn voor preventie.

De ziekteverzekering komt essentieel tussen in volgende domeinen: via de administratieve kosten van het RIZIV, voor de financiering van de referentielaboratoria inzake aids 8 420 000 euro, voor de profylactische maatregelen tegen aids 505 000 euro, voor testen die op anonieme wijze worden uitgevoerd 778 000 euro, via de globale budgettaire doelstellingen voor de terugbetaling van de testen klinische biologie aids 1 200 000 euro en voor de revalidatieovereenkomsten in het kader van aids 5 800 000 euro.

De genoemde bedragen zijn die welke voorzien zijn voor 2010. Ze werden niet verminderd.

06.03 Magda Raemaekers (sp.a): Mevrouw de minister, ik ben heel blij met uw antwoord ter zake.

Ondanks de economische crisis hoop ik dat de strijd tegen aids wordt voortgezet. U bent een schitterende minister van Volksgezondheid. Wij zijn het er allemaal over eens dat u er zeker toe zult bijdragen om, als het erop aankomt, nog in bijkomende preventieve maatregelen te voorzien.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est une priorité!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 12.35 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.35 uur.