

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES  
COMMISSIE VOOR DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN

SÉANCE DU MERCREDI 12 NOVEMBRE 1997  
VERGADERING VAN WOENSDAG 12 NOVEMBER 1997

## SOMMAIRE :

## INHOUDSOPGAVE :

## DEMANDES D'EXPLICATIONS (Discussion) :

Demande d'explications de Mme Bribosia-Picard au ministre des Affaires sociales sur « l'indemnisation des travailleuses enceintes ou allaitantes en cas d'écartement préventif ».

*Oratrices :* **Mmes Bribosia-Picard, Nelis-Van Liedekerke, Merchiers, Mme De Galan**, ministre des Affaires sociales, p. 884.

Demande d'explications de M. Devolder au ministre des Affaires sociales sur « la longueur inadmissible du délai d'enregistrement des médicaments ».

*Orateurs :* **M. Devolder, Mme De Galan**, ministre des Affaires sociales, p. 885.

Demande d'explications de Mme Nelis-Van Liedekerke au ministre des Affaires sociales sur « le remboursement des frais de déplacement aux malades dialysés ».

*Orateurs :* **Mme Nelis-Van Liedekerke, Mme De Galan**, ministre des Affaires sociales, **M. Devolder**, p. 888.

## VRAGEN OM UITLEG (Bespreking) :

Vraag om uitleg van mevrouw Bribosia-Picard aan de minister van Sociale Zaken over « de vergoeding van werknemers tijdens de zwangerschap of tijdens de lactatie bij preventieve overplaatsing ».

*Sprekers :* **de dames Bribosia-Picard, Nelis-Van Liedekerke, Merchiers, mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken, blz. 884.

Vraag om uitleg van de heer Devolder aan de minister van Sociale Zaken over « de onaanvaardbaar lange registratieperiode voor geneesmiddelen ».

*Sprekers :* **de heer Devolder, mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken, blz. 885.

Vraag om uitleg van mevrouw Nelis-Van Liedekerke aan de minister van Sociale Zaken over « de terugbetaling van de verplaatsingskosten voor dialysepatiënten ».

*Sprekers :* **mevrouw Nelis-Van Liedekerke, mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken, **de heer Devolder**, blz. 888.

PRÉSIDENCE DE MME MAXIMUS, PRÉSIDENTE  
VOORZITTERSCHAP VAN MEVROUW MAXIMUS, VOORZITTER

La séance est ouverte à 10 h 20.  
De vergadering wordt geopend om 10.20 uur.

DEMANDE D'EXPLICATIONS DE MME BRIBOSIA-PICARD AU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES SUR «L'INDEMNISATION DES TRAVAILLEUSES ENCEINTEES OU ALLAITANTES EN CAS D'ÉCARTEMENT PRÉVENTIF»

VRAAG OM UITLEG VAN MEVROUW BRIBOSIA-PICARD AAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN OVER «DE VERGOEDING VAN WERKNEEMSTERS TIJDENS DE ZWANGERSCHAP OF TIJDENS DE LACTATIE BIJ PREVENTIEVE OVERPLAATSING»

**Mme la présidente.** — L'ordre du jour appelle la demande d'explications de Mme Bribosia au ministre des Affaires sociales. La parole est à Mme Bribosia.

**Mme Bribosia-Picard** (PSC). — Madame la présidente, en raison du caractère dangereux de certaines activités pour le futur bébé de la travailleuse enceinte, il est prévu, de procéder, par précaution, à un écartement préventif de celle-ci, ce que j'approuve tout à fait.

Toutefois, cet écartement préventif est spécifique aux seules travailleuses salariées et c'est là le nœud du problème.

Jusqu'en 1996, les périodes d'écartement préventif des travailleuses enceintes ou allaitantes étaient assimilées à des périodes d'incapacité de travail et comptabilisées dans la période d'incapacité primaire. La loi du 4 août 1996 modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 a mis fin à cette situation et a inclus sous le terme «période de protection de la maternité» la période de repos de maternité proprement dite ainsi que les périodes d'écartement du travail, en application des articles 42, paragraphe premier, alinéa premier, 1<sup>o</sup> ou 2<sup>o</sup>, ou 43, paragraphe premier, alinéa 2, 1<sup>o</sup>, de la loi du 16 mars 1971 sur le travail.

L'arrêté royal du 13 avril 1997 vient de modifier l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et détermine, en fonction de cet élargissement de la notion de «période de protection de la maternité», les conditions à remplir pour bénéficier d'une indemnité de maternité ainsi que le taux de ladite indemnité en fonction de chaque situation d'espèce.

L'article 219ter, paragraphe 5, tel qu'introduit par l'arrêté royal précité maintient toutefois une situation discriminatoire. En effet, il prévoit que la travailleuse qui, en raison du caractère dangereux de ses activités habituelles comme salariée ou parce qu'elle fait usage de son droit à ne pas travailler la nuit, fait l'objet d'une mesure d'écartement partiel de son travail salarié, ne pourra toutefois pas être indemnisée si, par ailleurs, elle poursuit une activité qui n'est pas soumise à la loi du 16 mars 1971 sur le travail, par exemple, une activité indépendante.

Ainsi, une femme qui est occupée à temps partiel sous contrat de travail et qui exerce, par ailleurs, une activité indépendante — qui peut n'avoir aucun rapport avec la première activité — se voit placée devant un cruel dilemme: soit elle perd ses revenus de travailleuse indépendante pour être indemnisée partiellement comme travailleuse salariée, soit elle renonce à toute indemnisation en tant que travailleuse salariée et elle voit sa situation se dégrader au point de vue de la sécurité sociale.

Cette disposition légale constitue une discrimination directe puisque, par essence, ses effets négatifs ne peuvent affecter que les femmes et va à l'encontre de l'article 3 de la directive 76/207 — égalité d'accès aux professions indépendantes — et de l'article 4 de la directive 79/7 — égalité d'accès aux prestations de la sécurité sociale.

Dans le cas type où une indemnité, qui est due au versement régulier de cotisations, n'est pas attribuée pour des raisons tout à fait indépendantes du problème initial, mes questions, madame la ministre, seront les suivantes:

Quelles mesures comptez-vous prendre pour éviter cette discrimination?

Une solution ne serait-elle pas de prévoir, en vertu de la protection de la maternité qui doit s'appliquer aussi bien aux femmes indépendantes qu'aux salariées, les mêmes mesures d'écartement que pour les travailleuses salariées, dans des conditions de travail similaires, avec une indemnisation dans les deux régimes pendant la période d'écartement? Que se passe-t-il, par exemple, si l'activité d'indépendante ne présente absolument aucun caractère dangereux alors que c'est le cas pour le travail de salariée? En effet, il n'est absolument pas fait mention du caractère dangereux ou non de l'activité d'indépendante.

En cas de réponse positive, quel mode de calcul d'indemnisation allez-vous prévoir pour les travailleuses indépendantes et quelles règles de cumul envisageriez-vous? Quelles mesures pren-

driez-vous pour les travailleuses qui cumulent une activité de salariée et une activité indépendante, sans aucun rapport entre elles, et qui seraient écartées pour leur fonction de salariée mais pas pour leur fonction d'indépendante ?

Si vous n'envisagez rien de tel, ne conviendrait-il pas de pallier cette injustice, en tout cas vis-à-vis des travailleuses salariées, en rendant à la travailleuse enceinte écartée le droit à l'indemnité d'incapacité qui a été ouvert par le paiement de ses cotisations ?

**De voorzitter.** — Het woord is aan mevrouw Nelis.

**Mevrouw Nelis-Van Liedekerke** (VLD). — Mevrouw de voorzitter, mevrouw Bribosia had het in haar vraag om uitleg over «injustice vers les travailleuses indépendantes». Als we het statuut van de zelfstandige en meer bepaald van de meewerkende echtgenote bekijken, zien we niets anders dan onrechtvaardigheden. Vorige week hebben wij mijn voorstel van resolutie besproken betreffende de gelijkberechtiging van mannen en vrouwen inzake pensioenen voor zelfstandigen. Een medewerker van minister Colla heeft die resolutie negatief beoordeeld. Graag had ik vernomen wat minister De Galan hiervan denkt.

**De voorzitter.** — Het woord is aan mevrouw Merchiers.

**Mevrouw Merchiers** (SP). — Mevrouw de voorzitter, ik ben op de hoogte gebracht van een voorval waarvan ik de juistheid niet heb kunnen nagaan. Klopt het dat iemand die een beroep uitoefent en daarnaast ook een politiek mandaat, zoals gemeenteraadslid, bekleedt, tijdens het zwangerschapsverlof ook haar politiek mandaat moet neerleggen teneinde een zwangerschapsvergoeding te krijgen ? In een kleine gemeente in de provincie Antwerpen heeft zich een dergelijk voorval voorgedaan. Men eiste er van een gemeenteraadslid dat zij haar mandaat neerlegde.

**De voorzitter.** — Dit concreet geval heeft niets te maken met de vraag om uitleg van mevrouw Bribosia. Ik stel dan ook voor dat u dit onderwerp in een aparte vraag om uitleg behandelt, aangezien de minister zich niet heeft kunnen voorbereiden. Overigens heeft dit voorval voorwerp uitgemaakt van heel wat rechtspraak.

La parole est à Mme De Galan, ministre.

**Mme De Galan**, ministre des Affaires sociales. — Madame la présidente, la question complémentaire posée par Mme Nelis ne manque pas d'intérêt car le problème de la protection des indépendants et des conjoints aidants est souvent à l'ordre du jour. Il est évident que les deux statuts restent très différents. La matière des allocations familiales, par exemple, illustre à quel point notre souci de protéger tous les enfants par un droit universel se heurte à l'origine des statuts et à la manière dont les uns et les autres cotisent.

En ce qui concerne la question posée par Mme Merchiers, il conviendrait probablement de vérifier cette disposition, dont j'ignore l'existence, auprès du ministère de l'Intérieur. J'ai cru comprendre qu'il s'agissait de toucher l'indemnité pendant la période du repos d'accouchement et qu'il n'était pas question des mesures d'écartement évoquées par Mme Bribosia.

L'extension éventuelle a déjà été abordée à la Chambre. Plusieurs parlementaires, avec une touchante unanimité, ont formulé une proposition en ce sens, laquelle a été — si j'ose dire — suivie comme un seul homme. J'ai aussitôt demandé à l'I.N.A.M.I. et aux juristes de l'administration de dresser l'inventaire des situations qui passent encore entre les mailles du filet d'une législation que nous voulions protectrice de la maternité et de l'allaitement.

En effet, l'écartement constitue incontestablement une question importante en milieu hospitalier et partout où la santé de la mère et du futur bébé peut être compromise. Une liste exhaustive comportant, notamment, le cas exposé par Mme Bribosia a été établie. J'ai sollicité l'I.N.A.M.I. pour qu'il avance des propositions en la matière. Il s'est montré très réservé, s'agissant de statuts différents. Quoi qu'il en soit, j'ai mis l'institut en demeure de m'adresser des propositions concrètes avant la fin de l'année civile.

Par ailleurs, le service d'études et de statistique du département, actuellement dirigé par Mme Elise Willame, que vous connaissez sans doute, réalise une enquête à ce sujet. Les personnes confrontées au problème seraient, en fait, peu nombreuses. Nous pourrions donc, sans révolutionner l'économie des systèmes «salariés» et «indépendants», faire droit à ces situations particulières en adoptant un règlement spécifique, étant donné notre volonté de protéger la maternité et les enfants.

Je vous fixe rendez-vous à la fin de l'année, au moment où nous reviendrons sur un autre point qui, je crois, vous tient aussi à cœur. J'ai la conviction que toutes ces questions constituent un ensemble pour lequel j'ai bon espoir d'aboutir à une issue positive. Dès réception de votre note, j'ai invité l'I.N.A.M.I. à travailler avec diligence, en dépit du fait que le problème ne lui semble pas prioritaire.

**Mme la présidente.** — La parole est à Mme Bribosia.

**Mme Bribosia-Picard** (PSC). — Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse me permettant d'espérer que le problème sera bientôt réglé de manière satisfaisante pour toutes les travailleuses enceintes.

**Mme la présidente.** — L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

VRAAG OM UITLEG VAN DE HEER DEVOLDER AAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN OVER «DE ONAANVAARDBAAR LANGE REGISTRATIEPERIODE VOOR GENEESMIDDELEN»

DEMANDE D'EXPLICATIONS DE M. DEVOLDER AU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES SUR «LA LONGUEUR INADMISSIBLE DU DÉLAI D'ENREGISTREMENT DES MÉDICAMENTS»

**De voorzitter.** — Aan de orde is de vraag om uitleg van de heer Devolder aan de minister van Sociale Zaken.

Het woord is aan de heer Devolder.

**De heer Devolder** (VLD). — Mevrouw de voorzitter, de lange registratieperiode voor geneesmiddelen is een oud zeer. We kunnen begrijpen dat vooral bij nieuwe medicijnen, die voor het eerst op de markt worden gebracht, een zekere tijd in acht moet worden genomen om het dossier te bestuderen en om overleg te plegen. Toch komen we tot de vaststelling dat er binnen deze sector anarchie heerst tijdens de procedure en zeker bij de controle op de goede werking van deze procedure. Als we verslagen nalezen van de kamercommissie en van de Senaat, de mondelinge vragen en vragen om uitleg, stel ik vast dat zowel collega's van de meerderheid als van de oppositie geregeld om uitleg vragen naar aanleiding van concrete gevallen. Het wordt mijns inziens tijd dat de minister voor eens en voor altijd een einde maakt aan deze lange registratieperiodes.

Ter illustratie geef ik cijfers voor 1996. De gemiddelde registratieduur bedroeg 1 027 dagen, terwijl de wettelijke termijn gemiddeld 300 dagen mag bedragen. In België slaagt men er dus in de proceduretermijn driemaal langer te maken dan wettelijk bepaald of dan gebruikelijk in de omliggende landen.

De overschrijdingen liggen vooral bij de registratiecommissie, die gemiddeld 612 in plaats van 210 dagen nodig heeft, maar ook bij de terugbetalingscommissie, die 320 in plaats van 90 dagen nodig heeft.

Dit heeft tot gevolg dat nieuwe innoverende geneesmiddelen, die voor de totale behandeling vaak minder kosten meebrengen voor het RIZIV en voor de patiënt en bovendien de levenskwaliteit van de patiënt onbetwistbaar verhogen, aan de bevolking van ons land worden onthouden. Ik heb onlangs nog vragen gesteld over het geneesmiddel Durogesik.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Dat is ondertussen geregistreerd, maar «dankzij» de volmachten.

**De heer Devolder (VLD).** — Dat is ondertussen gebeurd, maar toch met een vertraging. Ik ken uit de praktijk heel wat mensen die nu nuttig gebruik kunnen maken van dat geneesmiddel.

Een actueel voorbeeld is nog onbegrijpelijker. Het gaat om het geneesmiddel Zoladex Long Active 10,8 mg depot, dat gebruikt wordt voor palliatieve hormonale behandeling van gevorderde prostaatcancer. Dit geneesmiddel is reeds op de markt onder een andere vorm en wordt terugbetaald. Het verschil met het nieuwe geneesmiddel is de depotwerking. In plaats van een insputing om de maand moet men nu slechts om de drie maanden een insputing geven.

Alle medische testen zijn gebeurd. Het enige wat men nu nog moest nagaan is of de werking van het medicijn drie maanden lang blijft aanhouden.

Een bedrijf met een goede naam zou trouwens niet het risico nemen een nieuwe versie met een nieuwe naam van een al bestaand product op de markt te brengen indien die nieuwe versie niet werkt.

De registratieperiode van Zoladex Long Active 10,8 mg depot sleept al 34 maanden aan. De vertraging ligt vooral bij de terugbetalingscommissie. Is dit wel verantwoord? Dankzij dit product kan de gemeenschap echt besparen en kan de levenskwaliteit van de patiënten onmiddellijk worden verbeterd. Uit cijfers inzake de terugbetaling van de oude maandelijks toedieningsvorm van het geneesmiddel blijkt dat het RIZIV al ongeveer 70 miljoen zou hebben bespaard indien de nieuwe vorm van het geneesmiddel vlugger was erkend. Toch laat men de erkenning zo lang aanslepen, terwijl op andere vlakken enorm wordt bezuinigd om het evenwicht in de sociale zekerheid te behouden. Ik begrijp dat niet.

Het geneesmiddel biedt echter verschillende voordelen.

Ten eerste levert de hogere terugbetaling van het geneesmiddel 70 miljoen op.

Ten tweede moet de patiënt nog maar één insputing om de drie maanden krijgen, in de plaats van elke maand. Er worden dus telkens twee bezoeken aan de huisarts of aan de specialist uitgespaard.

Ten derde is de insputing eerder onaangenaam voor de patiënt en is het dus ook voor hem beter als hij maar om de drie maanden een insputing moet krijgen. Bovendien profiteren de ziekenhuizen vaak van een bezoek om de patiënt nog andere onderzoeken op te dringen. Ook in dat opzicht wordt er bespaard wanneer de patiënt slechts om de drie maanden naar het ziekenhuis moet. De patiënt zal dan minder echografieën en PSA-controles ondergaan. Het is immers wetenschappelijk bewezen dat, in geval van prostaatcancer, één PSA-controle om de drie maanden volstaat.

Ik heb nog voorbeelden van geneesmiddelen waarvoor de registratieperiode zo lang aansleept. Indien, bijvoorbeeld, de terugbetaling van Tomidex nog lang op zich laat wachten, zal ik binnen een maand dat voorbeeld in de commissie aanhalen.

**Mevrouw De Galan,** minister van Sociale Zaken. — Ik ken ook nog veel voorbeelden van geneesmiddelen waarvoor de registratie lang op zich laat wachten.

**De heer Devolder (VLD).** — Ik heb vijf concrete vragen.

Ten eerste, hoe zal de minister de overschrijding van de wettelijke termijnen voor de registratieperiode van geneesmiddelen structureel aanpakken? De tijd dringt.

Ten tweede, zal de minister een snellere registratieperiode uitwerken voor de nieuwe vormen van producten die reeds terugbetaald worden? Voor de depotvorm van Zoladex zou dit toch mogelijk moeten zijn.

Ten derde, vindt de minister het sociaal verantwoord dat de patiënt een verhoging van zijn levenskwaliteit onthouden wordt, louter wegens omslachtige administratieve procedures?

Ten vierde, vindt de minister het verantwoord dat besparingen zoals die 70 miljoen op de terugbetaling in het geval van Zoladex, niet mogelijk zijn door de overdreven lange procedures? De registratieprocedure bestaat uit verschillende stappen en ik legde uit waar de problemen zich voordoen.

Ten vijfde, heeft de minister al een onderzoek ingesteld naar de specifieke oorzaken voor het flagrant overschrijden van de registratieperiode?

Waarom kan in België niet wat in zoveel andere landen wel het geval is, onder meer voor Zoladex Long Actif 10,8 mg depot.

**De voorzitter.** — Het woord is aan minister De Galan.

**Mevrouw De Galan,** minister van Sociale Zaken. — Mevrouw de voorzitter, ik dank de heer Devolder voor zijn vraag om uitleg, die me de gelegenheid biedt de maatregelen toe te lichten die ik in de toekomst vooropstel.

Zoals ik reeds zegde zouden zonder de volmachten, die het mogelijk maken de procedures voor de terugbetaling van geneesmiddelen te verkorten, Durogesic, Taxol, Butinterferol en de cocktail tegen aids nog niet worden terugbetaald. Ik ben het er dus mee eens dat de procedures moeten worden gewijzigd.

De vragen 1, 2 en 5 ressorteren echter onder de bevoegdheid van de minister van Volksgezondheid.

Het vergaderritme van de commissie die op wetenschappelijk vlak moet onderzoeken of een medicament mag worden geregistreerd, en de commissie die de doorzichtigheid van de bijsluiters onderzoekt is te laag. Bovendien wordt de prijs van een geneesmiddel bepaald door de minister van Economie. Daarvoor is er dus een derde commissie.

Vervolgens moet ook het RIZIV zich over het medicament uitspreken: eerst in de Technische Raad voor Farmaceutische Specialiteiten en daarna in de Dienst Geneeskundige Controle, de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen en het Verzekeringscomité.

De gemiddelde termijn tussen de kennisgeving aan de Technische Raad voor Farmaceutische Specialiteiten, de TRFS, voorgezeten door apotheker Cuypers, en de datum van de inwerkingtreding van de terugbetaling bedraagt op het ogenblik ongeveer 500 dagen, wat de Europese maximumtermijn van 90 dagen ruimschoots overschrijdt. Deze vertraging wordt niet opgelopen bij het vaststellen van de prijs waarvoor de termijn van 90 dagen in het algemeen gerespecteerd wordt, maar tijdens de rest van de moeizame procedure.

Het komt zelfs voor dat het dossier voor de terugbetaling van een bepaald medicament dat als veertiende punt op de agenda staat, tijdens de vergadering niet ter sprake kan worden gebracht. Als de firma bovendien om bijkomende uitleg wordt gevraagd, beschikt deze laatste over een maand om deze te bezorgen. Wordt om een vermindering van de prijs van het medicament verzocht, duurt het nog langer voor de procedure kan worden voltooid.

Vorig jaar richtte ik een werkgroep op, bestaande uit leden van mijn departement en het ministerie van Economische Zaken en ook deskundigen van de verschillende adviesinstanties van het RIZIV en ambtenaren van het RIZIV zelf, met de bedoeling de functiestoornissen op te sporen en hieraan de nodige correcties aan te brengen. De mogelijkheden die wij in overweging nemen en waarvan een aantal reeds door de Ministerraad werden goedgekeurd, zijn de reponsabilisering van de actoren op financieel vlak, met onder meer ook oog voor besparingen in de ziekenhuissector, en de reponsabilisering van de farmaceutische industrie. Maandelijks vergader ik met de industrie om prijs-volumecontracten te sluiten, vooral voor de nieuwe producten. Met die contracten verbindt het RIZIV zich ertoe een geneesmiddel snel voor terugbetaling in aanmerking te nemen terwijl de industrie zich ertoe verbindt de overeengekomen volumes te respecteren. De overschrijding ervan wordt dan gecompenseerd door andere maatregelen, zoals een verlaging van de prijs van het medicament of een herziening van het contract.

Intussen werd ook beslist tot de representativiteit van de afvaardiging van de klinische geneesheren in de TRFS uit te breiden. Op het ogenblik maken weinig praktijkgeneesheren, eerste lijnsdokter en specialisten, deel uit van de TRFS. Als men geneesheren maar 600 frank betaalt voor het «verliezen» van een voormiddag, zijn ze uiteraard niet geïnteresseerd. Aangezien voor die vergadering een quorum geldt, zijn de dokters die in de raad zitten, veelal verbonden aan ziekenfondsen, die andere doelstellingen beogen dan dokters uit de praktijk.

Vervolgens zal het oprichten van groepen experts per aandoening, bijvoorbeeld voor nieraandoeningen, pneumologische ziekten en kanker, voorkomen dat een discussie verschillende malen wordt overgedaan of dat eenzelfde expert verschillende malen achter elkaar wordt geraadpleegd. Deze werkwijze maakt het ons niet alleen mogelijk om de frequentie van de vergaderingen beter te beheersen, maar ook de adviezen te diversifiëren door meer dan één expert per pathologie te aanhoren. Van een groep experts kan ook worden verwacht dat ze studiewerk op een grotere schaal verrichten.

De beschikbaarheid van de adviezen van het departement Volksgezondheid dient in elk geval te worden verbeterd om te voorkomen dat elk orgaan het werk dient over te doen. Zoals de vraagsteller weet, wordt in de TRFS het dossier dat reeds door de diensten van Volksgezondheid werd behandeld, helemaal opnieuw uitplozen. Deze slechte doorstroming veroorzaakt heel wat vertraging.

Nu de tweede fase van het project Farmanet van start gaat, zullen ook de gegevens over de prijs en de volumes van de voorgeschreven zorgen gemakkelijker beschikbaar zijn.

Zowel voor de behandeling van de lopende dossiers bij het RIZIV als voor de vijfjaarlijkse herziening van de homologatie van geneesmiddelen werd voorzien in de aanwerving van een aanzienlijk aantal apothekers. Bij gebrek aan personeel kon de wettelijk voorgeschreven termijn herziening na vijf jaar voor de oudere medicamenten niet worden gerespecteerd en ontbrak de tijd voor de homologatie van nieuwe medicamenten.

Er wordt tevens aangedrongen op het uitbetalen van redelijke vergoedingen voor de geneesheren en apothekers die deelnemen aan de werkzaamheden van de commissies of die optreden als expert. Deze vergoedingen zullen uiteraard geen 50 000 frank per voormiddag bedragen, maar zo men een beroep wil kunnen doen op mensen uit de praktijk, dan dienen de vergoedingen hoger te liggen dan de prijs van hun treintickets. Zelfs de minister van Begroting is het met deze benadering eens. Deze maatregelen zullen zeer binnenkort van kracht worden.

De werking van het geneesmiddel Zoladex is genoegzaam gekend, alleen over de dosis en over de gewijzigde Gallenische vorm bestaat nog een meningsverschil in de commissie. Een gelijkaardige weerstand bestond er in de commissie bij de beslissing om een reeks geneesmiddelen voor de maag gedurende tien weken terug te betalen zonder gastroscopisch onderzoek. Dat heeft onmiddellijk geleid tot een vermindering van de uitgaven voor de gastroscopieën. Deze maatregel kwam de volksgezondheid veel meer ten goede dan de beperking van de terugbetalingsperiode voor medicamenten als Taglogastric, Losec, en andere.

**De heer Devolder** (VLD). — Mevrouw de voorzitter, ik heb deze benadering reeds gesuggereerd toen de partijvoorzitter van mevrouw De Galan, de heer Busquin, nog minister van Sociale Zaken was. Zou mijn suggestie destijds onmiddellijk zijn gevolgd, dan waren er wellicht enorme besparingen mogelijk geweest. Dit geldt ook voor Zoladex.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Ik ben het eens met de heer Devolder, zowel de terugbetaling van het geneesmiddel Deurogesic als van andere geneesmiddelen en behandelingen, waaronder de tritherapie voor aidspatiënten, hebben enorme besparingen in de ziekenhuissector mogelijk gemaakt.

Ik ben het dus in grote mate met de heer Devolder eens. We zullen in dezelfde zin voortijveren. Indien men dus een beetje geduld heeft, krijgt men na tien jaar vaak gelijk.

**De voorzitter**. — Het woord is aan de heer Devolder.

**De heer Devolder** (VLD). — Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor haar antwoord. Kan er concreet voor het geneesmiddel Zoladex niet van de speciale procedure gebruik worden gemaakt? De minister heeft het voorbeeld gegeven van Tagamet. Misschien kunnen we iets dergelijks ook organiseren in het kader van de volmachtenwet.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Dat kan ik niet meer.

**De heer Devolder** (VLD). — Het is toch ongehoord dat men de zaken laat aanslepen omwille van een moeilijke procedure, terwijl men weet dat het product een besparing betekent en beter is voor de patiënt. Ik geef toe dat ik bij de minister nog geregeld gehoor vind. Sommige van haar collega's durven heel wat hardhoriger te zijn. Toch wil ik er nog eens op wijzen dat de socialistische familie sinds 1988, dit is bijna tien jaar, de sociale sector beheert. Bij de registratie van geneesmiddelen moeten Volksgezondheid, Sociale Zaken en Economische Zaken hun zeg hebben. Tot 1991 viel dit laatste departement onder de bevoegdheid van de heer Wathelet.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Tot 1995.

**De heer Devolder** (VLD). — Daarna kwam het in handen van minister Di Rupo. Alle procedurestappen zijn sedertdien dus in handen van de socialistische familie. Wij zijn nu eind 1997. Men had intussen de procedure toch al wel kunnen versnellen — zeker voor de geneesmiddelen die ikzelf en andere collega's hebben aangehaald — vooral als men «*Le retour du cœur*» wil waarmaken.

**De voorzitter**. — Het woord is aan minister De Galan.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Mevrouw de voorzitter, ik wil hierop graag even antwoorden. Sinds 1995 is er toch heel wat gebeurd. Wij hebben met alle betrokkenen een rondetafelconferentie gehouden die binnenkort opnieuw van start zal gaan. Reeds drie jaar zijn de prijzen van de geneesmiddelen geblokkeerd. Er is een algemene prijsverlaging met 2% gekomen en een verlaging met 4% voor geneesmiddelen die al meer dan 15 jaar worden terugbetaald. Voor geneesmiddelen voor maagaandoeningen wordt nu meteen voor 10 weken een toestemming gegeven en de prijs ervan werd ook met 20% verlaagd. Er is dus zeker vooruitgang geboekt.

Wat de procedures betreft, moet ik er toch op wijzen dat de ministers zelf geen zitting hebben in de verschillende organen. Bovendien weet men dat er tussen wetenschappers en deskundigen onderling niet altijd unanimité bestaat en dat het ene adviesorgaan wel eens het werk van het andere teniet doet. Op het niveau van het RIZIV zullen we proberen hierin verbetering te brengen. Ook samen met de apothekers en de geneesmiddelenindustrie zal naar verbetering worden gestreefd, zo heeft het kabinet van Volksgezondheid mij bevestigd. De industrie is bereid te betalen om de procedure te versnellen. Het is dus geen kwestie van geldgebrek, maar van een te traag functioneren van alle overleg- en adviesorganen.

**De heer Devolder** (VLD). — Mevrouw de voorzitter, het is toch de minister die het beleid bepaalt. Die had dus al lang kunnen ingrijpen. Laten we als voorbeeld Stedebouw nemen, een regionale materie. Daarin zijn de nodige termijnen wel vastgelegd. Wanneer een aanvraag niet binnen de voorgeschreven termijn is onderzocht, wordt zij beschouwd als zijnde goedgekeurd, aangezien er geen bezwaar werd aangetekend door de administratie.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Met betrekking tot geneesmiddelen kan een dergelijke praktijk toch bepaalde gevaren inhouden.

**De heer Devolder** (VLD). — Wanneer de professoren of de andere leden van een commissie hun werk niet naar behoren uitvoeren, moeten zij worden vervangen. De minister vertegenwoordigt het beleid. Zij moet begrijpen dat wij ons beklagen over wantoestanden. Ik ben mij ervan bewust dat er binnen de regering afspraken moeten worden gemaakt, maar ik kan niet aanvaarden dat een minister duldt dat alles zo lang aansleept.

Voorts heeft de minister gezegd dat het remgeld is verlaagd. De terugbetaling van de magistrale bereidingen werd hierdoor enorm teruggeschoefd.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — De heer Devolder moet toch toegeven dat er al veel is verbeterd.

**De heer Devolder** (VLD). — Voor 1997 zal er inderdaad een terugval van de terugbetalingen van magistrale bereidingen kunnen worden gemeten van 20 tot 30%. Wat vroeger in één

bereiding kon worden verwerkt, vindt me nu echter vaak terug in twee of drie specialiteiten. Het budget voor de specialiteiten zal dus nog moeten worden verhoogd.

Het departement Economische Zaken houdt zich voor de prijsbepaling meestal zeer stipt aan de vastgestelde termijn, zeker de jongste tijd. Maar toch rijzen er nog problemen in verband met de prijs. Geneesmiddelen die gedurende vijftien jaar worden terugbetaald, moeten een prijsvermindering ondergaan. Vanuit een beleidsmatig oogpunt is dit wellicht verantwoord. Het gevolg hiervan is echter dat sommige firma's deze geneesmiddelen niet meer in België op de markt brengen, omdat ze ondertussen een gelijkaardig geneesmiddel hebben samengesteld, dat als specialiteit opnieuw duurder kan worden verkocht.

Bovendien moet er rekening worden gehouden met de Europese regelgeving. Sommige geneesmiddelen worden in ons land nog niet terugbetaald, terwijl zij in een ander Europees land reeds in een bepaalde vorm op de markt zijn. Ik verwijs in dit verband naar Spanje. Vele gewone mensen van bij ons die in dit land gaan overwinteren, slaan er een voorraad geneesmiddelen in. In uitvoering van internationale samenwerkingsakkoorden moet onze regering later dan toch opdraaien voor de terugbetaling ervan. De minister heeft er dus alleszins belang bij zo vlug mogelijk een goede procedure uit te werken.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Alle kopieën die nu op de markt komen, moeten de prijs van de daarmee overeenstemmende generieke medicamenten vermelden.

**De heer Devolder** (VLD). — Het probleem is dat het niet om echte kopieën gaat.

**De voorzitter.** — Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

VRAAG OM UITLEG VAN MEVROUW NELIS-VAN LIEDEKERKE AAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN OVER «DE TERUGBETALING VAN DE VERPLAATINGSKOSTEN VOOR DIALYSEPATIËNTEN»

DEMANDE D'EXPLICATIONS DE MME NELIS-VAN LIEDEKERKE AU MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES SUR «LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE DÉPLACEMENT AUX MALADES DIALYSÉS»

**De voorzitter.** — Aan de orde is de vraag om uitleg van mevrouw Nelis aan de minister van Sociale Zaken.

Het woord is aan mevrouw Nelis.

**Mevrouw Nelis-Van Liedekerke** (VLD). — Mevrouw de voorzitter, mijn vraag is minder ingewikkeld. Toch is het wellicht nuttig, voor de commissieleden die minder op de hoogte zijn van de problematiek rond de terugbetaling van de verplaatsingskosten voor de dialysepatiënten het desbetreffende ministerieel besluit even voor te lezen.

Het ministerieel besluit van 24 januari 1985 betreffende de tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden, bepaalt in artikel 1, paragraaf 1, dat de prijs van de verplaatsing per tram, metro, autobus of trein, integraal door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt ten laste genomen als de rechthebbende één of meer van die gemeenschappelijke vervoermiddelen gebruikt om de afstand af te leggen tussen zijn effectieve verblijfplaats en het dialysecentrum waar hij in behandeling is.

Paragraaf 2 van datzelfde artikel bepaalt dat, als de rechthebbenden een ander vervoermiddel gebruiken dan deze vermeld in paragraaf 1, de verzekering voor de heen- en terugreis tegemoetkomt in de reiskosten naar rato van 8 frank per kilometer op grond van de werkelijke afstand, evenwel beperkt tot tweemaal 30 kilometer tussen zijn effectieve verblijfplaats en het dialysecentrum waar hij of zij in behandeling is.

Er zijn in België ongeveer 3 000 dialysepatiënten, waarvan een duizendtal wachten op een niertransplantatie. Ongeveer 7% van het totale aantal dialysepatiënten volgt een behandeling met thuisdialyse. Mijn vraag om uitleg betreft de patiënten die hemodialyse als behandeling volgen. Ze moeten meestal driemaal per week, gedurende vier uur in een ziekenhuis of in een *low care*-centrum verblijven.

Hemodialyse in het ziekenhuis of in een *low care*-centrum is niet alleen tijdrovend, maar ook zeer belastend voor de patiënten. Dialysepatiënten zijn dikwijls verplicht een ander vervoermiddel dan het openbaar vervoer te gebruiken, omdat zij niet meer in staat zijn om zich zelfstandig te verplaatsen. De verplaatsing naar het ziekenhuis of naar het *low care*-centrum gebeurt dan meestal met een ambulance, met een taxi of met een vervoermiddel van VZW's die voor het vervoer van dialysepatiënten instaan. Patiënten die een beroep doen op één van de genoemde vervoermiddelen hebben steeds een begeleider-chauffeur nodig. Tijdens de behandeling, die meestal vier uur duurt, keren de begeleiders, meestal vrijwilligers, doorgaans terug naar huis. Voor personen die zich per taxi verplaatsen, bedraagt de reële kost 22 tot 25 frank per kilometer. Dat is dus beduidend meer dan de 8 frank per kilometer, zoals bepaald in het ministerieel besluit.

In bepaalde regio's hebben sommige ziekenfondsen een overeenkomst gesloten met een taxibedrijf. Alle dialysepatiënten die bij dat ziekenfonds aangesloten zijn, maken daarvan gebruik. Ook die tarieven liggen beduidend hoger dan 8 frank per kilometer. De vervoerkosten voor dialysepatiënten lijken misschien niet zo spectaculair hoog, maar men mag niet vergeten dat het gaat om uiterst noodzakelijke kosten die meestal gedurende jaren moeten worden gedragen. Ook na de niertransplantatie dient de patiënt nog gedurende een bepaalde tijd intensief te worden begeleid in het transplantatiecentrum, de eerste maanden gemiddeld driemaal per week. Aangezien er in ons land slechts zeven transplantatiecentra zijn, moeten daarvoor vaak grotere afstanden worden afgelegd.

Na een niertransplantatie heeft de patiënt echter geen recht meer op terugbetaling van zijn vervoerskosten, hoewel hij zich meestal driemaal per week naar een transplantatiecentrum moet begeven en dit soms gedurende 52 weken. Voor sommigen is dat echt heel zwaar, ook al omdat zij vaak door hun ziekte hun job reeds hebben verloren. Velen vallen terug op het OCMW.

De kostprijs voor vervoer met ambulance of taxi ligt beduidend hoger dan de vastgestelde prijs van 10 frank per kilometer die sommige VZW's voorstellen, maar zelfs dat is voor dialysepatiënten die aangewezen zijn op hulp van derden onhoudbaar. Op die manier komt er op hen ook een zware psychologische druk te liggen.

Tot in 1984 werden alle vervoerskosten voor dialysepatiënten terugbetaald. Vanaf 1 oktober van dat jaar worden ze slechts gedeeltelijk terugbetaald. Hoewel het ministerieel besluit van 24 januari 1985 toelaat om de kilometervergoeding van 8 frank op te trekken, heeft het beheerscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, dat daartoe het initiatief moest nemen, de terugbetaling nooit aangepast.

Van de minister wil ik dan ook antwoord op de volgende vragen.

Heeft het beheerscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV reeds een voorstel tot aanpassing van het bedrag van 8 frank per kilometer ingediend? Zo niet, is de minister zelf bereid een initiatief te nemen om de zware vervoerskosten van de nierpatiënten te verminderen?

Is de minister bereid de vervoerskosten van de vrijwilligers terug te betalen?

Ten slotte, wil de minister in overweging nemen om ook de vervoerskosten terug te betalen die de patiënten na hun niertransplantatie moeten maken?

**De voorzitter.** — Het woord is aan minister De Galan.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Mevrouw de voorzitter, mijn antwoord zal vrij kort zijn en reeds een beetje vooruitlopen op de maatregelen die wij in 1998 zullen treffen voor de chronische patiënten.

Het beheerscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV heeft tot op heden nog geen enkel voorstel geformuleerd om het bedrag van de tegemoetkoming van de ziekteverzekering in de reiskosten van dialysepatiënten te verhogen. Men weet dat de uitgaven voor dialyse de voorbije jaren een forse stijging hebben gekend en dat dit ons gedwongen heeft tot belangrijke besparingen in de sector. Tegelijk willen wij alternatieve formules promoten, in voortzetting van de initiatieven van mevrouw Michielsens en de heer Anthuenis destijds in de Senaat om de peritoneale dialyse, waar mogelijk, te bevorderen. Sommige patiënten blijven immers jarenlang aan een dialysemachine gebonden. De «oudste» dialysepatiënt ondergaat reeds 27 jaar een dergelijke behandeling. Er zijn verscheidene alternatieven, zoals de peritoneale dialyse, de thuisdialyse, de niertransplantatie en dergelijke meer.

Ondanks de stijging van de uitgaven voor dialyse, heeft het beheerscomité verschillende voorstellen uitgewerkt. Deze betreffen niet de vervoerskosten, maar men moet beseffen dat wij ook met vele andere vragen worden geconfronteerd. Zo zijn er bijvoorbeeld de jonge kankerpatiënten die ofwel in het Fabiola-instituut te Brussel of in de universitaire kliniek van Gent behandeld worden in de afdeling voor terminale of alleszins zeer moeilijke patiënten. Ook zij hebben veel vervoerskosten en ook in die gevallen heeft een van de ouders vaak zijn werk opgegeven om zijn kind bij te staan. Zij hebben hetzelfde probleem. Ouders van kinderen die met fenylketonurie moeten leven, moeten constant voedsel afwegen en producten kopen die niet terugbetaald worden door het ziekenfonds, enzovoort.

Wij hebben beslist om dit probleem onder te brengen in de algemene problematiek van de chronische ziekten. Hiervoor was vorig jaar een bedrag van 250 miljoen uitgetrokken, maar daarmee konden wij niet veel doen. Er is daarover een breed debat gevoerd. We konden de chronische patiënten tweemaal de sociale franchise toekennen, maar daar moeten de geneesmiddelen nog bijgeteld worden omdat we de tweede «piste» van Farmanet nog niet in ons bezit hebben. Een tweede mogelijkheid is een lijst van ernstige ziekten opmaken zoals men dat in Frankrijk heeft gedaan. Dat schept dan weer problemen voor de aandoeningen die niet in die lijst voorkomen. Zo wordt er de jongste tijd veel gesproken over chronische vermoeidheid. Ik krijg dagelijks tal van brieven van personen die daaraan lijden. Moeten wij die kwaal dan eveneens in die lijst opnemen? Waar eindigt het?

Wij hebben thans een formule uitgedokterd die wij aan een speciale werkgroep zullen voorleggen. Wij hopen tegen het einde van het jaar rond te zijn. Ook de afhankelijkheid van de mensen zal in aanmerking worden genomen, de kosten van allerlei materiaal dat door het RIZIV niet wordt terugbetaald. Ik denk aan rolstoelen, incontinentiemateriaal, verplaatsingskosten, enzovoort. Wij zullen een voorstel ter tafel leggen en nagaan of hiervoor middelen kunnen worden gevonden, eventueel in het kader van een aanvullende verzekering. Wij mogen deze kosten zeker niet onderschatten. Vorige week was er nog een manifestatie van rolstoelpatiënten die enorm veel geld uitgeven aan incontinentiemateriaal. Pampers voor volwassenen zijn immers veel duurder dan pampers voor baby's. Daarbij komen vaak nog kosten van insputtingen, enzovoort.

Ik ben op de hoogte van de problemen van de dialysepatiënten. Er zal zeker iets gebeuren, maar we zullen bij deze regeling ook andere chronische ziekten betrekken, evenals de ziekten die wij niet kunnen kwalificeren als «medische shopping» of «comfort-behandelingen». Ook voor hen en voor hun families willen wij een inspanning doen.

Wij werken hier gestadig aan door. Tegen het einde van het jaar zal het Parlement op de hoogte worden gebracht van onze voorstellen dienaangaande.

**De voorzitter.** — Het woord is aan mevrouw Nelis.

**Mevrouw Nelis-Van Liedekerke** (VLD). — Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor haar uitvoerig antwoord. Ik ben het met de minister eens dat dit probleem niet alleen bestaat

voor de dialysepatiënten. Zij heeft het voorbeeld aangehaald van ouders van kinderen met kanker. Ik heb daar alle begrip voor. Hun situatie is nog schrijnender dan bij volwassenen met kanker.

Toch vrees ik dat er op korte termijn weinig concreets uit de bus zal komen als men dit probleem in een algemeen pakket gaat steken. Kan er voor de vervoerkosten nu toch geen oplossing worden gevonden? Volgens mij gaat het hier niet om grote bedragen. Er bestaat daarvoor trouwens een ministerieel besluit. Kan het bedrag van de tegemoetkoming niet gewoonweg worden opgetrokken?

Op mijn tweede vraag of er niet kon worden overwogen om ook vrijwilligersbegeleiders van dialysepatiënten — dat moet niet noodzakelijk familie zijn — te vergoeden. Vaak rijden zij tot vier keer per week over en weer. Ik heb daarop geen antwoord gekregen.

Het antwoord op mijn derde vraag zat vervat in het globaal antwoord van de minister.

**De voorzitter.** — Het woord is aan minister De Galan.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Mevrouw de voorzitter, ik kan op verzoek van een parlementslid aan het beheerscomité vragen om de zaak te bekijken en eventueel een voorstel te doen. Ik kan een raming van de kosten laten maken en vervolgens kunnen we nagaan of het mogelijk is om voor alle categorieën die hierbij betrokken zijn, iets te doen. Wanneer mevrouw Nelis het over het vrijwilligerswerk heeft, neem ik aan dat ze het niet over de mensen van het Rode Kruis heeft.

**Mevrouw Nelis-Van Liedekerke** (VLD). — Neen, ik heb het over VWZ's.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Ik weet niet wie mevrouw Nelis in aanmerking neemt. Wil ze die mensen een vergoeding geven? Schept dat geen problemen in verband met hun statuut?

**Mevrouw Nelis-Van Liedekerke** (VLD). — Ik heb het over VZW's die enkel het vervoer van patiënten naar ziekenhuizen of *low care-centra* tot doel hebben.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Worden die personen niet gesubsidieerd door de gemeenschappen?

**Mevrouw Nelis-Van Liedekerke** (VLD). — Neen.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Kan u mij hierover schriftelijk informatie geven, mevrouw Nelis? Toen ik deel uitmaakte van de Franse Gemeenschapsregering, werden er subsidies vrijgemaakt voor personen die patiënten naar bestralingen en chemotherapie begeleidden.

Ik zal het beheerscomité alleszins daarover ondervragen.

**De heer Devolder** (VLD). — Misschien kan men deze vrijwilligers selecteren via de PWA's.

**Mevrouw De Galan**, minister van Sociale Zaken. — Waarom niet?

Pour une fois que l'on aborde la question des A.L.E. de manière positive.

**De voorzitter.** — Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Dames en heren, de agenda van de openbare vergadering van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden is afgewerkt.

L'ordre du jour de la réunion publique de la commission des Affaires sociales est ainsi épuisé.

De vergadering is gesloten.

La séance est levée.

(De vergadering wordt gesloten om 11.20 uur.)

(La séance est levée à 11 h 20.)