

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

3 april 2008

**ALGEMENE BELEIDSNOTA (*)
van de minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid**

DEEL VOLKSGEZONDHEID

INHOUD

1.	Begroting 2008 van de ziekteverzekering	5
2.	Kankerplan	11
3.	Chronisch zieke patiënten	14
4.	Kleine risico's	17
5.	Promotie van de huisartsgeneeskunde	17
6.	E-Health	22
7.	Federale gegevensbank van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen	23
8.	Planning van het medisch aanbod	24
9.	Geneesmiddelenbeleid	26
10.	De dringende geneeskundige hulpverlening	29
11.	Griep/influenzapandemie	31
12.	Milieu en gezondheid	32
13.	Nutritioneel beleid	32
14.	Bestrijding van de verslavingen	34
15.	<i>Follow-up</i> van de wet van 28 mei betreffende de euthanasie	35
16.	Pesticiden	36
17.	Sanitair Beleid Dieren en Planten	36
18.	Dierenwelzijn en Cites	37
19.	International	39

Voorgaande documenten:

Doc 52 **0995/ (2007/2008):**
001: Algemene beleidsnota's.

(*) Overeenkomstig artikel 111 van het Reglement van de Kamer van volksvertegenwoordigers heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid zijn beleidsnota overgezonden.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

3 avril 2008

**NOTE DE POLITIQUE GÉNÉRALE(*)
de la ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique**

PARTIE SANTÉ PUBLIQUE

SOMMAIRE

1.	Budget 2008 de l'assurance maladie	5
2.	Plan Cancer	11
3.	Malades chroniques	14
4.	Petits risques	17
5.	Promotion de la médecine générale	17
6.	E-Health	22
7.	Banque de données fédérale des professionnels des soins de santé	23
8.	Planification de l'offre médicale	24
9.	Politique des médicaments	26
10.	Aide médicale urgente	29
11.	Pandémie de grippe /influenza	31
12.	Santé et Environnement	32
13.	Politique nutritionnelle	32
14.	Lutte contre les Assuétudes	34
15.	Suivi de la loi du 28 mai 2002 relative à l'Euthanasie	35
16.	Pesticides	36
17.	Politique sanitaire animaux et plantes	36
18.	Bien-être animal et Cites	37
19.	International	39

Documents précédents:

Doc 52 **0995/ (2007/2008):**
001: Notes de politique générale.

(*) Conformément à l'article 111 du Règlement de la Chambre des représentants, le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a transmis sa note de politique générale.

<i>cdH</i>	:	<i>centre démocrate Humaniste</i>
<i>CD&V-N-VA</i>	:	<i>Christen-Democratisch en Vlaams/Nieuw-Vlaamse Alliantie</i>
<i>Ecolo-Groen!</i>	:	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen</i>
<i>FN</i>	:	<i>Front National</i>
<i>LDD</i>	:	<i>Lijst Dedecker</i>
<i>MR</i>	:	<i>Mouvement Réformateur</i>
<i>Open Vld</i>	:	<i>Open Vlaamse liberalen en democraten</i>
<i>PS</i>	:	<i>Parti Socialiste</i>
<i>sp.a - spirit</i>	:	<i>Socialistische partij anders - sociaal, progressief, internationaal, regionalistisch, integraal-democratisch, toekomstgericht.</i>
<i>VB</i>	:	<i>Vlaams Belang</i>
Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		
<i>DOC 52 0000/000</i>	:	<i>Parlementair document van de 52^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA</i>	:	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV</i>	:	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>
<i>CRABV</i>	:	<i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>
<i>CRIV</i>	:	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)</i> <i>(PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)</i>
<i>PLEN</i>	:	<i>Plenum</i>
<i>COM</i>	:	<i>Commissievergadering</i>
<i>MOT</i>	:	<i>moties tot besluit van interpellations (beigekleurig papier)</i>
Abréviations dans la numérotation des publications :		
<i>DOC 52 0000/000</i>	:	<i>Document parlementaire de la 52^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
<i>QRVA</i>	:	<i>Questions et Réponses écrites</i>
<i>CRIV</i>	:	<i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)</i>
<i>CRABV</i>	:	<i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>
<i>CRIV</i>	:	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)</i> <i>(PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)</i>
<i>PLEN</i>	:	<i>Séance plénière</i>
<i>COM</i>	:	<i>Réunion de commission</i>
<i>MOT</i>	:	<i>Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Commandes :

Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : publications@laChambre.be

HET GEZONDHEIDSZORGBELEID

Ons gezondheidszorgsysteem blijft een van de pijlers van de federale solidariteit. De kwaliteit van de verzorging in ons land en de toegankelijkheid ervan maken van ons gezondheidssysteem een van de beste systemen ter wereld. Ik zal me tot drie elementen beperken om mijn woorden te illustreren:

- een solidaire dekking van de hele bevolking
- de afwezigheid van wachtlijsten
- de hoge kwaliteit van onze zorgverleners die in het buitenland is erkend.

De inspanningen die zijn geleverd tijdens de vorige legislatuur hebben ervoor gezorgd dat tegelijk de uitgaven konden worden beheerst en een reeks belangrijke sectoren opnieuw kon worden gefinancierd. Die inspanningen moeten worden voortgezet en uitgebreid en nieuwe projecten moeten geleidelijk worden ingevoerd.

Het regeerakkoord heeft de sector van de gezondheidszorg voor het voetlicht gebracht; in de ziekteverzekeringskering zal massaal worden geïnvesteerd door de wettelijke groeinorm van 4,5% van de uitgaven te behouden en door het toekomstfonds voor de gezondheidszorg te blijven spijzen.

Mijn beleid in die sector zal toegespitst zijn op de volgende prioriteiten:

- de verbetering van de toegankelijkheid tot de verzorging, met bijzondere aandacht voor de bescherming van de chronisch zieken, alsook het wegwerken van de ongelijkheden die in ons systeem nog altijd bestaan.
- de toepassing van een eerste meerjarenplan voor de strijd tegen kanker naar het voorbeeld van wat in andere landen al wordt georganiseerd.
- de voortzetting van de bevordering van de algemene geneeskunde
- e-toepassing van een beleid van administratieve vereenvoudiging, met name door de concretisering van het project betreffende de oprichting van een platform *e-health*
- het behoud van de tariefzekerheid

Omdat we het ons bovendien niet kunnen veroorloven om ons niet de hele tijd vragen te stellen over de performantie van ons systeem van gezondheidszorg, heeft het regeerakkoord voorzien dat de performantie van ons systeem van gezondheidszorg, inclusief inzake de kwaliteit, op basis van meetbare doelstellingen zal geëvalueerd worden.

LA POLITIQUE DES SOINS DE SANTÉ

Notre système de soins de santé reste un des piliers de la solidarité fédérale. La qualité des soins prodigués dans notre pays et leur accessibilité en font un des meilleurs systèmes au monde. Je ne retiendrai que 3 éléments pour illustrer mon propos:

- une couverture solidaire de l'ensemble de la population
- l'absence de listes d'attente
- la haute qualité de nos professionnels reconnue à l'étranger.

Les efforts engagés pendant la précédente législature ont permis à la fois de maîtriser les dépenses et de refinancer une série de secteurs importants. Ces efforts doivent être poursuivis, amplifiés et de nouvelles orientations doivent être progressivement mises en œuvre.

L'accord de gouvernement a placé le secteur des soins de santé au centre des préoccupations en maintenant sa volonté d'investir massivement dans l'assurance maladie, par le maintien de la norme légale de 4,5% de croissance des dépenses et par le souci de continuer à alimenter le fonds d'avenir pour les soins de santé

Ma politique dans ce secteur s'articulera autour des priorités suivantes:

- L'amélioration de l'accès aux soins, avec une attention particulière pour la protection des malades chroniques ainsi que la résorption des inégalités qui persistent dans notre système.
- La mise en œuvre d'un premier plan pluriannuel de lutte contre le cancer à l'instar de ce qui se fait déjà dans d'autres pays
- La poursuite de promotion de la médecine générale
- La mise en œuvre d'une politique de simplification administrative au travers, notamment, de la concrétisation du projet de création de la plate-forme *eHealth*
- Le maintien de la sécurité tarifaire

Par ailleurs, comme nous ne pouvons faire l'économie de nous interroger sans cesse quant à la performance de notre système de santé, l'accord de gouvernement a prévu que la performance de notre système de santé, y compris en ce qui concerne la qualité, sera évaluée sur la base d'objectifs mesurables.

Performantie kan niet uitsluitend in financiële termen worden gemeten. Andere dimensies zijn belangrijk om coherentie en duurzaamheid te verzekeren (doeltreffendheid, veiligheid, aanvaardbaarheid door de actoren). Naast de evaluatie van het gegrond karakter van de uitgaven gaat het er bijvoorbeeld om de optimale organisatie- en communicatiemodellen te promoten, de invoering van nieuwe technieken te versnellen voor zover ze relevant zijn, toe te zien op de toegankelijkheid van het systeem, de actoren te responsabiliseren inzake hun inspanningen om de doelstellingen te bereiken en samen te werken.

De performantie op het vlak van de gezondheidszorg moet zich concretiseren in een voortdurend streven naar kwaliteit, hetgeen volgens de WGO: betekent dat «elke patiënt de combinatie van diagnostische en therapeutische handelingen ontvangt die op gezondheidsvlak het beste resultaat geeft, overeenkomstig de huidige stand van de medische wetenschap, tegen de beste kostprijs voor eenzelfde resultaat, met het laagste iatrogene risico, en tot zijn grootste voldoening op het vlak van procedures, resultaten en menselijke contacten binnen het verzorgingssysteem.» Nochtans worden er soms grote variaties in de praktijk vastgesteld. Die moeten worden beperkt door een actualisering van de kennis aan te moedigen maar ook door de outliers te controleren.

Opdat elke actor in het systeem zich zou aanpassen aan deze doelstellingen, is het essentieel om een monitoringsysteem van de performantie in te voeren waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende dimensies alsook om de prioritaire doelstellingen in elk van die dimensies te definiëren.

Daartoe zullen de FOD Volksgezondheid en Sociale Zaken, het Riziv, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het Federaal Kenniscentrum ermee worden belast om in samenwerking met de Gemeenschappen een gemeenschappelijk instrument uit te werken dat tot doel heeft de performantie van ons gezondheidssysteem te monitoren zoals dat in tal van westerse landen gebeurt.

Dat instrument zal een globale en een coherente set aan indicatoren bevatten waarmee de performantie van het gezondheidssysteem kan worden gemeten en opgevolgd. Over die benadering wordt eveneens op ruime schaal nagedacht binnen de WGO, die over dit onderwerp een internationale conferentie zal organiseren in juni 2008.

Cette performance ne se décline pas exclusivement en termes de performance financière. D'autres dimensions sont importantes pour maintenir cohérence et pérennité (efficacité, sécurité, acceptabilité par les acteurs). Outre le fait de contrôler le bien fondé des dépenses, il s'agit par exemple d'encourager les modèles d'organisation et de communication optimales, d'accélérer l'introduction des nouvelles techniques pour autant qu'elles soient pertinentes, de veiller à l'accessibilité du système, de responsabiliser les acteurs sur leur contribution à l'objectif global et leur fonctionnement en synergie.

Quant au sujet particulier de la performance au niveau des soins, celle-ci se traduit par une recherche permanente de la qualité, à savoir selon l'OMS: garantir que «chaque patient reçoit la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contact humains à l'intérieur du système de soins.» Pourtant des variations de pratiques, parfois importantes, sont constatées. Celles-ci devront se réduire en encourageant l'actualisation des connaissances mais aussi en effectuant des contrôles sur les pratiques extrêmes.

Pour aligner chaque acteur du système sur les finalités, il est essentiel de mettre en place un système de monitoring de la performance prenant en compte les différentes dimensions, et de définir les objectifs prioritaires dans chacune des dimensions.

A cette fin les SPF Santé Publique et Affaires Sociales, l'INAMI, l'Institut Scientifique de Santé Publique, le Centre fédéral d'Expertise seront chargés de construire, en collaboration avec les Communautés, un outil commun visant à piloter la performance de notre système de santé, comme cela se fait dans des nombreux pays occidentaux.

Cet outil contiendra un set global et cohérent d'indicateurs permettant de mesurer et suivre la performance du système de santé. Cette approche fait aussi l'objet d'une large réflexion au sein de l'OMS, qui organisera une conférence internationale à ce sujet au mois de juin 2008.

1. BEGROTING 2008 VAN DE ZIEKTEVERZEKERING

Krachtens artikel 40, § 1, van de Riziv-wet heeft de Algemene Raad de globale begrotingsdoelstelling 2008 vastgesteld op 21.433.957.000 euro, rekening houdende met de toepassing van de wettelijke groeinorm van 4,5%.

De voornaamste nieuwe initiatieven van die begroting (voor een totaal van 340 miljoen euro op jaarbasis) die zowel betrekking hebben op de patiënten door hogere vergoedingen of door verlagingen van het remgeld, als op de zorgverleners zelf door een betere betaling van hun verstrekkingen, zijn hieronder in detail opgesomd:

Verstrekkingen van de geneesheren

Uit de geuite behoeften is een reeks prioritaire maatregelen gekozen voor een totaalbedrag van meer dan 82 miljoen euro in 2008.

Dat bedrag dient voornamelijk voor de financiering van het akkoord dat is gesloten tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen voor 2008.

Dat akkoord bevat in het bijzonder een belangrijk luik dat de omkadering en de werkomstandigheden van de artsen wil verbeteren en moderniseren en dat het gebruik van de algemene geneeskunde wil aanmoedigen. Dat bedrag zal worden besteed aan de volgende maatregelen:

- De financiering van de beschikbaarheid na 18 uur,
- De financiering en de aanmoediging van de experimenten die in het kader van de zorgtrajecten op het terrein zijn ingevoerd.
- De versterking van de stimuli voor de informatisering van de geneesheren met het oog op de invoering van *My-Carenet, Be-Health*, het elektronische voorschrift, de uitwisseling van informatie tussen huisartsen en geneesheren-specialisten in het kader van de zorgtrajecten
- De versterking van het systeem Impulseo
- De herwaardering van het GMD (globaal medisch dossier)
- De afschaffing van het remgeld op de bezoeken aan een palliatieve patiënt die in een rustoord verblijft
- De invoering van een coördinatiehonorarium voor de huisarts in een rustoord/rust- en verzorgingsthuis

Het voorstel bevat vervolgens een reeks specifieke maatregelen die zijn gekozen uit de behoeften die de Nationale Commissie Geneesheren – Ziekenfondsen naar voor heeft geschoven; dat voorstel beoogt

1. BUDGET 2008 DE L'ASSURANCE MALADIE

En application de l'article 40, § 1^{er}, de la loi INAMI, le Conseil général a fixé l'objectif budgétaire global 2008 à 21.433.957.000 euros, compte tenu de l'application de la norme de croissance légale de 4,5%.

Les principales initiatives nouvelles de ce budget (pour un total de 340 millions d'euros en base annuelle), qui concernent tantôt les patients par de meilleurs remboursements ou des diminutions du ticket modérateur, tantôt les prestataires eux-mêmes par une meilleure rémunération de leurs prestations, sont détaillées ci-après:

Prestations des médecins

Parmi les besoins exprimés, une série de mesures prioritaires ont été retenues pour un montant total de plus 82 millions euros en 2008.

Ce montant sert pour l'essentiel à financer l'accord conclu entre les médecins et les organismes assureurs pour 2008.

Cet accord comporte notamment un important volet visant à améliorer et à moderniser le cadre et les circonstances de travail des médecins et à promouvoir le recours à promouvoir le recours à la médecine générale. Ce montant serait affecté aux mesures suivantes:

- Le financement de la disponibilité après 18H00,
- Le financement et à l'encouragement des expériences initiées sur le terrain dans le cadre des trajets de soins.
- Le renforcement des incitants à l'informatisation des médecins dans la perspective de la mise en œuvre de *My-Carenet Be-Health*, la prescription électronique, l'échange d'information entre généralistes et spécialistes dans le cadre des trajets de soins
- Le renforcement du système Impulseo
- La revalorisation du DMG (dossier médical global)
- La suppression du ticket modérateur sur les visites au patient palliatif en maison de repos
- La création d'un honoraire de coordination pour le médecin généraliste en maison de repos/maison de repos et de soins

La proposition contient ensuite une série de mesures spécifiques tirées des besoins exprimés par la Commission médico-mutualiste et visant à

– de concretisering van bestaande projecten die het principeakkoord hebben gekregen van de verschillende organen van de ziekteverzekeringsmaatschappij maar die nog niet zijn gerealiseerd bij gebrek aan middelen (cf. kunstmatige inseminatie, nieuwe fase voor de verhoging van het bevallingshonorarium, afstemming van het honorarium van de neuropediatre op dat van de neuroloog, de actualisering van de nomenclatuur van de microbiologie en de hemodialyse-shunt)

– herwaarderingen van de honoraria, zowel voor gespecialiseerde als de algemene geneeskunde (cf. de herwaardering van het honorarium voor wondhouding voor de huisartsen, de overgang van 30 euro naar 70 euro voor de begeleiding in de ambulance door de huisarts,...)

– ten slotte de invoering van nieuwe projecten, meer bepaald de terugbetaling van nieuwe heelkundige technieken (cf. reconstructieve plastische chirurgie van de borst, senologie, robotchirurgie,...) en de terugbetaling van de osteodensitometrie voor sommige doelgroepen.

Verstrekkingen van de tandartsen

Als aanvulling van het tariefakkoord dat loopt tot en met 31 december 2008 zullen de volgende maatregelen ter verbetering van de toegang van de patiënten tot de tandverzorging worden uitgevoerd:

- Betere financiering van de tandsteenverwijdering
- Globale herziening van de nomenclatuur met veralgemeening van de leeftijdsgrens voor jongeren op de 15e verjaardag
- Verhoging van de leeftijdsgrens van 56 naar 57 jaar voor het jaarlijkse mondonderzoek
- Uitbreiding van het honorarium voor het gebruik van adhesieve technieken. Er wordt een beperkte uitbreiding tot de premolaren en de molaren voorgesteld
- Uitbreiding van de leeftijdsgrens tot de 37e verjaardag voor de DPSI (parodontologisch onderzoek)
- Invoering van een tegemoetkoming voor de terugbetaling van een eerste orthodontiebehandeling
- Uitbreiding van de groep die een tegemoetkoming voor heelkundige extractie kan genieten zonder een beroep te moeten doen op de voorwaarde van de medische uitzondering

Farmaceutische verstrekkingen:

Medische voeding

Coeliakie: het betreft een aandoening die een bijzonder dieet vereist, dat soms tamelijk duur blijkt te zijn. Er is een verhoging van het al bestaande forfait voorgesteld.

– Partiële tenlasteneming van de kostprijs van de voeding voor kinderen met nierinsufficiëntie

– la concrétisation de projets existants qui ont obtenu l'accord de principe des différentes instances de l'assurance maladie mais qui n'ont pas encore été réalisés faute de moyens (cf. insémination artificielle, nouvelle phase de l'augmentation de l'honoraire d'accouchement, alignement de l'honoraire du neuropédiatre sur celui du neurologue, l'actualisation de la nomenclature de microbiologie et le shunt hémodialyse)

– des revalorisations d'honoraires tant en médecine spécialisée qu'en médecine générale (cf. la revalorisation de l'honoraire de sutures de plaie pour les médecins généralistes, le passage de 30 € à 70 € pour l'accompagnement en ambulance du médecin généraliste,...)

– et enfin l'introduction de nouveaux projets notamment le remboursement du recours aux nouvelles techniques en chirurgie (cf. chirurgie plastique reconstructive du sein, sénologie, chirurgie robot,...) et le remboursement de l'ostéodensitométrie osseuse pour certains groupes cibles.

Prestations des dentistes

En complément de l'accord tarifaire courant jusqu'au 31 décembre 2008, les mesures suivantes visant à améliorer l'accès des patients aux soins dentaires seront mises en œuvre:

- Meilleur financement du détartrage
- Révision globale de la nomenclature avec alignement des limites d'âge pour les jeunes sur le 15^e anniversaire
- Relèvement de la limite d'âge de 56 à 57 ans pour l'examen buccal annuel
- Extension de l'honoraire pour l'utilisation de techniques adhésives. Il est proposé une extension limitée aux prémolaires et molaires
- Extension de la limite d'âge jusqu'au 37^e anniversaire pour le DPSI (examen de parodontologie)
- Introduction d'une intervention pour le remboursement d'un premier traitement orthodontique
- Extension du groupe pouvant bénéficier d'une intervention pour extraction chirurgicale sans recourir à la condition d'exception médicale

Fournitures pharmaceutiques:

Nutrition médicale

Maladie coeliaque: il s'agit d'une pathologie nécessitant un régime particulier qui s'avère parfois assez onéreux. Il a été proposé d'augmenter le forfait déjà existant

– Prise en charge partielle du coût de l'alimentation de l'enfant insuffisant rénal

Het gaat hier dus om twee bijzondere maatregelen ten gunste van de chronisch zieken

Magistrale bereidingen

Herwaardering van de grondstoffen en de honoraria:

Het betreft een maatregel waarmee een geleidelijke verhoging van de honoraria voor de intellectuele handelingen van de apothekers wordt beoogd, alsook een aanpassing van de terugbetalingen in geval van een prijsstijging van de grondstoffen.

Farmaceutische specialiteiten

- Terugbetaling van innoverende specialiteiten.
- Verlaging van de remgelden voor de ATC4-geneesmiddelen:

In het kader van de begroting 2007 was voorzien in een verlaging van de grensbedragen van de remgelden voor grote verpakkingen. Die maatregel werd slechts gedeeltelijk uitgevoerd voor de grote verpakkingen van categorie B en C. De grensbedragen van de remgelden voor de ATC4-klassen waar een generisch alternatief bestaat, zijn echter ongewijzigd gebleven. Dit heeft tot gevolg dat de patiënten die een specialiteit van een therapeutische klasse met een generisch alternatief voorgeschreven krijgen, een hogere prijs moeten betalen ook al is die specialiteit niet duur. Voor de specialiteiten die tot die therapeutische klassen behoren en waarvan de prijs lager is dan 64 euro voor een klein model en 96 euro voor een groot model, wordt bijgevolg voorgesteld de grensbedragen van de remgelden (thans 15,9 euro en 23,9 euro) te verlagen tot het peil van de laagste grensbedragen van de klassen zonder generische alternatieven (respectievelijk 10,6 euro en 13,3 euro). Aldus zullen alle goedkope specialiteiten dezelfde prijs hebben voor de patiënt en zal het verschil tussen de kleine en de grote verpakkingen van dezelfde orde van grootte zijn. Een koninklijk besluit tot concrete uitvoering van die maatregel is in de ministerraad aangenomen en zal op 1 juni 2008 in werking treden.

Medische hulpmiddelen

Tegemoetkoming in de kostprijs van de elastomeerpompen (draagbare pompen voor oncologische geneesmiddelen) en betere terugbetaling voor het synthetisch gipsmateriaal voor een totaalbedrag van 2,275 miljoen euro.

Il s'agit donc ici de deux mesures particulières au bénéfice des malades chroniques

Préparations magistrales

Revalorisation des matières premières et des honoraires:

Il s'agit d'une mesure qui vise à augmenter graduellement les honoraires pour les actes intellectuels des pharmaciens et à adapter les remboursements à l'augmentation du prix des matières premières.

Spécialités pharmaceutiques

- Remboursement de spécialités innovantes.
- Diminution des tickets modérateurs pour les médicaments ATC4:

Dans le cadre du budget 2007, il était prévu de diminuer les plafonds de tickets modérateurs pour les grands conditionnements. Cette mesure n'a été exécutée qu'en partie pour les grands conditionnements en catégorie B et C. Par contre, les plafonds de tickets modérateurs pour les classes ATC 4 où il existe un générique sont restés inchangés. Ceci a pour conséquence que les patients qui se voient prescrire une spécialité d'une classe thérapeutique avec générique supportent un coût plus important même si cette spécialité n'est pas chère. Il a dès lors été proposé, pour les spécialités appartenant à ces classes thérapeutiques et dont le prix est inférieur à 64 euros pour un petit modèle et 96 euros pour un grand modèle, de diminuer les plafonds de tickets modérateurs (actuellement de 15,9 euros et 23,9 euros) au niveau de ceux plus bas des classes sans alternatives génériques (à savoir respectivement 10,6 euros et 13,3 euros). De cette manière toutes les spécialités peu chères auront le même prix pour le patient et la différence entre petits et grands conditionnements sera du même ordre. Un arrêté royal concrétisant cette mesure a été adopté en Conseil des ministres et entrera en vigueur au 1^{er} juin 2008.

Dispositifs médicaux

Intervention dans le coût des pompes élastomères (pompes portables pour médicaments oncologiques) et meilleur remboursement pour les plâtres synthétique pour un montant total 2,275 millions d'euros.

Bloed

Veiligheid van de transfusiepatiënten. Een budget van 6,9 miljoen euro is vrijgemaakt voor de financiering van nieuwe technieken (Intercept of Mirasol) voor een grotere veiligheid van de transfusiepatiënten. Met die technieken kunnen de pathogene agentia in de bloedplaatjes worden geïnactiveerd.

Radio-isotopen

Verhoging van de terugbetaling van de radio-isotopen die gebruikt worden voor het stellen van een diagnose in vivo met een kostprijs van 1 miljoen euro.

Menselijke weefsels

Actualisering van de lijst van de menselijke weefsels die door de ziekteverzekeringsmaatschappij worden terugbetaald, alsook van hun prijzen (de laatste prijsherziening dateert van 2000)

Ik maak van de gelegenheid gebruik om de parlementsleden ervan op de hoogte te brengen dat momenteel een wetsontwerp betreffende de vaststelling van kwaliteits- en veiligheidsnormen voor de donatie, de ontvangst, de controle, de transformatie, de bewaring, de opslag en de verspreiding van elke vorm van menselijk materiaal (waaronder meer bepaald de menselijke weefsels en cellen) wordt voorbereid. Dat wetsontwerp zou binnen enkele weken klaar moeten zijn en bij de Senaat worden ingediend. Met dat wetsontwerp wordt meer bepaald de omzetting van de richtlijnen 2004/23, 2006/17/EG en 2006/86 beoogd.

Verpleegkundige thuiszorg

- Verlaging van het remgeld voor sommige groepen van chronisch zieken die geen recht hebben op het Omnio-statut (forfaits B en C).

- Nomenclatuurwijziging die door de overeenkomstencommissie moet worden gedefinieerd.

- Verhoging van de tegemoetkoming in het kader van de tenuitvoerlegging van *My-Carenet – Be-Health*.

Beleid voor hulp aan bejaarden – rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden voor bejaarden /centra voor dagverzorging

Er wordt een budget van 21 miljoen vastgesteld voor een betere financiering van de omkadering, een betere zorgkwaliteit en de financiële toegankelijkheid van de RVT's/ROB's, meer bepaald via de herwaardering van de forfaits; er zullen specifieke inspanningen worden geleverd op het vlak van:

Sang

Sécurité des patients transfusés. Un budget de 6,9 millions d'euros est dégagé pour le financement de nouvelles techniques (Intercept ou Mirasol) visant à renforcer la sécurité des patients transfusés. Ces techniques permettent l'inactivation des agents pathogènes des plaquettes sanguines.

Radio-isotopes

Augmentation du remboursement des radio-isotopes utilisés à titre de diagnostique in vivo pour un coût d'1 million d'euros.

Tissus humains

Actualisation de la liste des tissus d'origine humaine remboursés par l'assurance maladie ainsi que leurs prix (la dernière révision de prix date de 2000)

J'en profite pour informer les parlementaires qu'un projet de loi relatif à l'établissement de normes de qualité et de sécurité pour le don, l'obtention, le contrôle, la transformation, la conservation, le stockage et la distribution de l'ensemble du matériel humain (dont notamment les tissus et cellules humains) destiné à des applications humaines, est en cours de préparation. Il devrait aboutir dans les prochaines semaines et être déposé au Sénat. Ce projet de loi vise notamment à transposer les directives 2004/23, 2006/17/CE et 2006/86.

Soins infirmiers à domicile

- Diminution du ticket modérateur pour certains groupes de patients chroniques qui ne sont pas bénéficiaires d'Omnio (forfaits B et C).

- Modification nomenclature à définir par commission de convention.

- Augmentation de l'intervention dans le cadre de la mise en œuvre de *My-Carenet – Be-Health*.

Politique de soutien aux personnes âgées – Maison de Repos et de Soin/Maison de Repos pour Personnes Agées /Centres de jours

Il est proposé un budget de 21 millions pour un meilleur financement de l'encadrement, une meilleure qualité des soins et l'accessibilité financière en MRS/MRPA notamment via la revalorisation des forfaits; des efforts spécifiques seront faits en ce qui concerne:

- de bestrijding van nosocomiale infecties in de RVT's/ROB's (2,665 miljoen euro)
- de liaisonfunctie kortverblijf (3,5 miljoen euro)
- de palliatieve zorg (8,161 miljoen euro)

Tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 11 maart 2008 werd een derde aanhangsel aan het derde protocolakkoord door de verschillende ministers bevoegd voor de volksgezondheid ondertekend waarin afspraken werden gemaakt inzake de criteria en de procedure waaraan alternatieve en ondersteunende zorgvormen moeten voldoen opdat ouderen zolang mogelijk in hun thuissituatie kunnen blijven wonen.

Het derde protocolakkoord voorziet immers niet alleen in een verdere reconversie van rusthuisbedden naar rust- en verzorgingstehuis (tegen 2011 zullen er 69.669 RVT-bedden in België beschikbaar zijn) maar stelt ook een budget van 40,3 mio euro ter beschikking voor de periode 2008-2011 ter realisatie van alternatieve zorgvormen zoals centra voor revaliderend kortverblijf, nachtopvang, enzovoort.

Binnen dezelfde werkzaamheden van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid werd een akkoord bereikt over het principe van de toekenning van een forfait voor ouderen met een A-profiel in de centra voor dagverzorging. De meerkost werd door het RIZIV geraamd op 3,035 mio euro, hetgeen neerkomt op de creatie van 280 extra plaatsen in de centra voor dagverzorging. In samenwerking met de Gemeenschappen en Gewesten zal er een schatting worden gemaakt van het aantal A-profielen en zal een progressieve opening van de 280 plaatsen worden voorgesteld met ingang ten vroegste op 1 oktober 2008.

Kinesitherapeuten

- Herwaardering van het honorarium grote zittingen voor courante aandoeningen.
- Voortzetting van de vermindering van de remgelden

Implantaten

Aanpassing van de vergoedingsbasis en vermindering van de remgelden.

Er is ook een aanvullend budget vrijgemaakt voor de overheveling van de verstrekkingen van artikel 28 naar de artikelen 35 en 35bis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen; deze overheveling is noodzakelijk voor de concretisering van de hervorming van het terugbetalingssysteem in de sector van de implantaten.

- la lutte contre les infections nosocomiales en MRS/MRPA (2,665 millions d'euros)
- la fonction de liaison court séjour (3,5 millions d'euros)
- les soins palliatifs (8,161 millions d'euros)

Au cours de la Conférence interministérielle «Santé publique» du 11 mars 2008, une troisième annexe au troisième protocole d'accord a été signée par les différents ministres compétents en matière de santé publique dans laquelle des accords ont été conclus concernant les critères et la procédure auxquels des formes alternatives de soins et de soutien aux soins doivent répondre afin que les personnes âgées puissent rester le plus longtemps possible dans leur milieu familial.

En effet, le troisième protocole d'accord prévoit non seulement la poursuite de la reconversion de lits pour maisons de repos en lits pour maisons de repos et de soins (69.669 lits MRS seront disponibles en Belgique pour 2011) mais met également à disposition un budget de 40,3 millions d'euros pour la période 2008-2011 en vue de concrétiser des formes alternatives de soins telles que des centres de court séjour pour rééducation fonctionnelle, l'accueil de nuit, etc.

Dans le cadre de ces mêmes travaux de la Conférence interministérielle Santé publique, un accord a été obtenu sur le principe d'octroi d'un forfait pour personnes âgées présentant un profil A dans les centres de soins de jour. Le surcoût a été estimé par l'INAMI à 3,035 millions d'euros, ce qui revient à créer 280 places supplémentaires dans les centres de soins de jour. En collaboration avec les Communautés et les Régions, une estimation sera faite du nombre de profils A et les 280 places seront créées progressivement, au plus tôt à partir du 1^{er} octobre 2008.

Kinésithérapeutes

- Revalorisation des honoraires grandes séances pour les pathologies courantes.
- Poursuite de la diminution des tickets modérateurs.

Implants

Adaptation de la base de remboursement et diminution de tickets modérateurs.

Il est prévu également un budget complémentaire pour le transfert des prestations de l'article 28 vers les articles 35 et 35bis de la nomenclature des prestations de santé, transfert nécessaire pour concrétiser la réforme du remboursement dans le secteur des implants.

Het saldo wordt aangewend voor de terugbetaling van nieuwe technieken en implanteerbare materialen die nu ten laste vallen van de patiënten en die op medisch vlak een aanzienlijke meerwaarde vormen (cf. terugbetaling van interferentieschroeven die worden gebruikt bij scheuren van de kruisbanden, materiaal dat wordt gebruikt in de robot-geassisteerde laparoscopische chirurgie,...)

Audiciens

Verhoging van de vergoeding voor hoorapparaten.

Algemene ziekenhuizen

Er wordt een bedrag van 5 miljoen euro vrijgemaakt voor de voortzetting van de implementatie van het zorgprogramma voor geriatrische patiënten.

Er wordt eveneens een budget vrijgemaakt voor de financiering van de belangrijkste evolutiefactoren van de personeelskosten, in het bijzonder de evolutie van de baremieke anciënniteit en het IBF-personnel,... – belangrijkste punten uit de nota van de NRZV om te voorkomen dat de onderfinanciering van de ziekenhuizen wordt versterkt.

In het budget 2008 zal echter een bedrag van 73,721 miljoen euro worden vrijgemaakt om een deel van de positieve inhaalbedragen te financieren die aan de ziekenhuizen verschuldigd zijn, in het bijzonder voor de jaren 1999, 2000 en 2001.

Psychiatrische ziekenhuizen

Nieuwe projecten in de jeugdpsychiatrie, uitbreiding van de maatregelen die in 2007 zijn genomen (creatie van specifieke bedden en nieuwe eenheden, financiering van mobiele teams en overlegplatforms). Voor die maatregelen wordt een budget van 2 miljoen euro toegekend.

Revalidatie en herscholing

In die sector zullen verschillende initiatieven worden genomen, waaronder:

- De verhoging van de middelen die worden toegekend aan de Aidsreferentiecentra
- De verhoging van de middelen die aan de sector worden toegekend door middel van overeenkomsten die worden gesloten met de hulpcentra voor verslaafden.
- De uitbreiding van de overeenkomst in de domeinen NOK, cardiorespiratorische revalidatie, pediatrische nefrologie

Le solde est affecté au remboursement de nouvelles techniques et matériels implantables aujourd’hui à charge des patients et qui présentent une plus-value importante sur le plan médical (cf. remboursement de l’utilisation des vis d’interférence utilisées en cas de rupture des ligaments croisés, matériel utilisé en chirurgie laparoscopique assistée par robot,...)

Audiciens

Augmentation du remboursement des appareils auditifs.

Hôpitaux généraux

Un montant de 5 millions d’euros est prévu pour la poursuite de l’implémentation du programme de soins pour les patients gériatriques.

Un budget est également prévu pour le financement de principaux facteurs d’évolution des coûts de personnels, en particulier l’évolution de l’ancienneté barémique et le personnel FBI,... – points prioritaires relevés dans la note du CNEH pour éviter de creuser le sous-financement hospitalier.

Par ailleurs, dans le budget 2008, un montant de 73,721 millions d’euros sera dégagé pour financer une partie des rattrapages positifs dus aux hôpitaux en particulier pour les années 1999, 2000 et 2001.

Hôpitaux psychiatriques

Nouveaux projets en psychiatrie juvénile, extension des mesures prises en 2007 (création lits spécifiques et de nouvelles unités, financement d’équipes mobiles et de plates-formes de concertation). Un budget de 2 millions d’euros est affecté à cette mesure.

Rééducation fonctionnelle et professionnelle

Diverses initiatives seront prises dans ce secteur parmi lesquelles:

- L’augmentation des moyens affectés aux centres de référence Sida
- L’augmentation des moyens affectés au secteur au travers des conventions conclues avec les centres d’aides aux toxicomanes.
- L’extension de convention dans les domaines ORL, revalidation cardio-respiratoire, néphrologie pédiatrique

Logopedie

Herwaardering tot 19,25 euro (waarde 2008) van het honorarium voor de verstrekkingen van type I (30 minuten).

Vervoer- en transportkosten

Dit jaar zullen er aanzienlijke inspanningen worden geleverd om de facturen voor het vervoer van patiënten te verminderen:

- Vervoer naar centra voor dagverzorging: (7 miljoen euro)
- Kosten van vervoer van het psychiatrisch ziekenhuis naar het algemeen ziekenhuis van dialysepatiënten of van patiënten die er chemotherapie volgen (156.000 euro).
- Vergoeding van het vervoer met de ambulance (14 miljoen euro)

2. KANKERPLAN

De strijd tegen kanker speelt zich steeds meer af op internationaal vlak: via de wereldkankerorganisatie en haar gespecialiseerde agentschap, en ook via Europa. Zowel de WGO als Europa raden aan om op nationaal niveau een kankerplan in te voeren, en bevelen ook een aantal initiatieven aan om in dat eerste Belgische Kankerplan op te nemen.

Het Kankerplan dient om een meerlagige, maar in alle gevallen moeilijk te aanvaarden realiteit beter te begrijpen, te bevatten, te ondersteunen en te organiseren. Met de 32 geselecteerde maatregelen zal België in de strijd tegen kanker een kwalitatieve vooruitgang boeken. Elk van die maatregelen werd uitgedacht als antwoord op wat er tijdens de bezoeken, rondetafelgesprekken, ontmoetingen werd gezegd, gezien, gehoord en ontdekt. De maatregelen kwamen tot stand vanuit de behoeften van het terrein en zijn bestemd voor diegenen die op dat terrein werkzaam zijn of er ervaring mee hebben.

De maatregelen worden opgesplitst in drie pijlers:

- Preventie en screening
- Verzorging en behandelingen, ondersteuning aan de patiënten en hun naasten
- Onderzoek en innovatieve technologieën

Vanaf nu tot eind 2010 zal de uitvoering ervan natuurlijk worden gecoördineerd vanuit de Beleidscel Sociale Zaken en Volksgezondheid, maar ook door een kanker referentie centrum dat in de komende maanden moet worden opgericht. Die laatste zal ook belast zijn met de

Logopédie

Revalorisation à 19,25 euros (valeur 2008) des honoraires pour les prestations de type I (30 minutes).

Frais de déplacement et de transport

D'importants efforts vont être faits cette année pour alléger les factures de transport des patients:

- Transport en centres de soins de jour: (7 millions d'euros)
- Coût du transport de l'hôpital psychiatrique vers l'hôpital général des patients en dialyse ou en suivant une chimiothérapie (156.000 euros).
- Remboursement du transport en ambulance (14 millions d'euros)

2. PLAN CANCER

La lutte contre le cancer se décline de plus en plus sur un mode international: à travers l'Organisation Mondiale du Cancer et son Agence spécialisée, et aussi à travers l'Europe. Tant l'OMS que l'Europe recommandent l'adoption d'un Plan Cancer à l'échelon national, et nombre d'initiatives qui composent ce premier Plan belge contre le Cancer.

Le Plan Cancer sert à mieux entendre, à mieux comprendre, à mieux soutenir, à mieux organiser, à mieux penser une réalité plurielle mais, dans tous les cas, difficile à vivre. Avec les 32 mesures sélectionnées, la Belgique progressera qualitativement dans la lutte contre le cancer. Chacune de ces mesures a été pensée en écho à ce qui a été dit, vu, entendu, découvert au cours des visites, des tables rondes, des rencontres. Ce sont des mesures qui ont été pensées à partir des besoins du terrain et pour ceux qui y travaillent ou en font l'expérience.

Les mesures se répartissent sur trois axes:

- Prévention et dépistage
- Soins et traitements, soutien aux patients et aux proches
- Recherche et technologies innovantes

Leur exécution sera coordonnée d'ici fin 2010, au départ de la Cellule stratégique Affaires sociales et Santé publique, bien évidemment, mais aussi par un centre de référence cancer à mettre en place dans les prochains mois. Cette dernière sera aussi chargée d'évaluer

evaluatie van de doeltreffendheid van het Kankerplan en met de voorbereiding van het volgende, dat de jaren 2011 tot 2015 zal dekken, steeds in nauw overleg met de actoren van de strijd tegen kanker. De Stichting Kankerregister zal ook hier een grote rol spelen.

40% van de kancers kunnen worden voorkomen door een efficiënt preventiebeleid. Dat behoort echter voornamelijk tot de bevoegdheid van de gemeenschappen, die een zeer gewaardeerde inspanning leveren.

In de komende maanden zal het Kankerplan worden uitgebreid met een hele reeks acties die de gemeenschappen ofwel alleen, ofwel samen met de federale overheid ten laste zullen nemen. De Interministeriële Conferentie van Volksgezondheid heeft net een permanente en specifieke werkgroep opgericht voor de follow-up van het Kankerplan.

Met betrekking tot die preventie en screening zal de federale overheid, in het kader van haar bevoegdheden, een beleid ontwikkelen dat elke burger aanmoedigt om zijn gezondheid, volledig onafhankelijk en onder de volle verantwoordelijkheid, ter harte te nemen. Een concrete maatregel bij wijze van voorbeeld:

wij zullen een nieuwe verstrekking invoeren in de Riziv-nomenclatuur die de huisartsen de mogelijkheid zal bieden om echte preventie- en screeningsraadplegingen uit te voeren; deze artsen zijn perfect geplaatst in het systeem van de gezondheidszorg om die opdracht te vervullen. Die «check-ups» zullen voor iedereen vanaf 25 jaar gratis zijn, en zullen één maal om de drie jaar worden uitgevoerd. Het is een noodzakelijke stap voor de tijdige aanpak van het risico. De huisarts zal zijn patiënt inlichten over de screeningstechnieken die aan zijn leeftijd, zijn geslacht zijn aangepast en hij zal hem informeren over de specifieke risico's ervan.

Naast die screenings- en preventiemaatregelen hebben we verbeteringen willen aanbrengen met betrekking tot de toegankelijkheid van de behandelingen, de zorgkwaliteit en een betere begeleiding van zieke personen en hun naasten; vandaar het belang van een tweede pijler die hieraan is gewijd. Deze pijler wordt opgesplitst in zes concrete doelstellingen:

1) Het stellen van de juiste diagnose en het correct en menselijk informeren van de patiënt over de implicaties ervan, als eerste zorgverstrekking. Op die manier zullen wij langdurige diagnoseraadplegingen financieren en zullen wij zorgen voor aanvullende communicatieopleidingen voor zorgverleners.

2) Een snellere terugbetaling van innovatieve kankerbestrijdende behandelingen waarvan de doeltreffendheid wetenschappelijk is aangetoond.

l'efficacité du Plan Cancer et de préparer le suivant, couvrant les années 2011 à 2015, en étroite concertation toujours avec les acteurs de la lutte contre le cancer. La Fondation Registre du Cancer jouera ici aussi un rôle important.

40% des cancers peuvent être évités par des politiques de prévention efficaces. Mais c'est essentiellement de la compétence des communautés qui font un travail très apprécié.

Dans les mois qui viennent, le plan cancer sera élargi de toute une série d'actions que soit les Communautés prennent en charge seules, soit le pouvoir fédéral prend en charge en collaboration avec les communautés. La Conférence Interministérielle de la Santé publique vient de créer un groupe de travail permanent et spécifique pour le suivi du Plan Cancer.

En cette matière de prévention et de dépistage, le fédéral, dans le cadre de ses compétences, développera des politiques qui encouragent chaque citoyen à prendre sa santé en main, en toute autonomie et en toute responsabilité. Une mesure concrète à titre d'exemple:

nous allons introduire un nouvel acte de nomenclature à l'INAMI qui permettra de réaliser de véritables consultations de prévention et de dépistage par les médecins généralistes, idéalement placé au sein du système de santé pour remplir cette mission. Ces «check up» seront gratuits pour tous, à partir de 25 ans, une fois tous les trois ans. C'est une démarche essentielle à la prise en charge précoce du risque. Le médecin généraliste orientera son patient vers les techniques de dépistage adaptées à son âge, son sexe et ses éventuels risques particuliers.

A côté de ces mesures de dépistage et de prévention, nous avons voulu apporter des améliorations concernant l'accessibilité des traitements, la qualité des soins et un meilleur accompagnement des personnes malades et de leurs proches, d'où l'importance d'un second axe consacré à ces enjeux. Il se décline en six objectifs concrets:

1) L'élaboration du bon diagnostic et l'information correcte et humaine du patient sur ses implications, comme premier acte des soins. Ainsi, nous financerons des consultations de diagnostic de longue durée et assurerons des formations complémentaires à la communication aux professionnels.

2) Un remboursement plus rapide des traitements anticancéreux innovants dont l'efficacité est scientifiquement démontrée.

3) De transdisciplinaire aanpak van verzorging die aan de kankerpatiënten wordt verleend. De oncologische zorgprogramma's moeten worden ontwikkeld, zowel de acute fase van de behandeling in het ziekenhuis als het ambulante gedeelte van de kankerbehandeling moet worden opgenomen, de financiering moet correct en toereikend zijn.

4) Een genuanceerde aanpak die het midden houdt tussen nabijheid van de verzorging en concentratie van de expertise. Het is essentieel dat er rekening wordt gehouden met het comfort van de patiënten tijdens het lange en moeilijke zorgproces. De nabijheid van de zorgcentra is hierbij zeker een belangrijke parameter. Voor sommige soorten kancers zoals de zeldzame tumoren of de tumoren bij kinderen, is het echter beter om voorrang te geven aan een optimale concentratie van de expertise en de infrastructuren.

5) De ondersteuning van de patiënten en hun naasten is essentieel in alle stadia van de ziekte en van het zorgtraject. De versterking van de verpleegkundige en psychosociale omkadering is slechts één van de vele aspecten van het Plan.

6) De palliatieve verzorging: indien nodig moet de patiënt een aangepaste palliatieve ondersteuning krijgen.

Tot slot is het onderzoek bij de strijd tegen kanker natuurlijk een centraal punt waarop onze actie toegespitst moet zijn; dit is de derde pijler van het Kankerplan. Het onderzoek vormt een bron van zeer concrete hoop op korte, middellange en lange termijn.

Het translationeel onderzoek zorgt ervoor dat de wetenschappelijke ontdekkingen tot bij de patiënt kunnen worden gebracht, dat de zwaarte van de behandeling voor een aantal patiënten kan worden verlicht, dat de kansen op genezing of de remissieperiodes van de ziekten kunnen worden verhoogd. Het onderzoek is de gemeenschappelijke noemer van alle acties die op het vlak van onderzoek worden ondernomen.

Er zal ook een interuniversitaire studie worden opgezet om de haalbaarheid van de bouw en uitbating van een centrum voor hadrontherapie in ons land te bestuderen. Die nieuwe vorm van radiotherapie biedt mooie perspectieven voor de behandeling en het onderzoek en is een unieke kans tot samenwerking tussen alle universiteiten van het land. De conclusies van deze studie worden uiterlijk eind 2009 verwacht.

De regering heeft beslist om een grote budgettaire inspanning te leveren teneinde de nodige middelen vrij te maken voor de realisatie van dat Plan. Een bedrag van

3) L'approche transdisciplinaire des soins aux patients cancéreux. Les programmes de soins oncologiques doivent être développés, inclure la phase aiguë du traitement à l'hôpital comme la partie ambulatoire du traitement du cancer, bénéficier d'un financement correct et suffisant.

4) Une approche nuancée, entre proximité des soins et concentration de l'expertise. Il est essentiel que le confort des patients soit pris en compte dans le processus de soins que l'on sait long et difficile à parcourir. La proximité des centres de soins constitue certainement un paramètre important en la matière. Cependant, pour certains types de cancers comme les tumeurs rares ou les tumeurs frappant les enfants, il est préférable de privilégier une concentration optimale de l'expertise et des infrastructures.

5) Le soutien aux patients et à leurs proches est essentiel à toutes les étapes de la maladie et du trajet de soin. Le renforcement de l'encadrement infirmier et psychosocial en est une facette mais il y en a beaucoup d'autres dans le Plan.

6) Les soins palliatifs: lorsque cela est nécessaire, il faut que le patient puisse recevoir un soutien palliatif adapté.

Enfin matière de lutte contre la cancer, la recherche est évidemment un point central sur lequel doit porter notre action, le troisième axe du Plan Cancer. Elle est source d'espoirs très concrets à court, à moyen et à long terme.

La recherche translationnelle permet de porter au lit du patient les découvertes scientifiques, d'alléger la lourdeur du traitement pour nombre de patients, d'augmenter les chances de guérison ou les périodes de rémission des malades. Elle est le dénominateur commun des actions envisagées en matière de recherche.

D'autre part, une étude interuniversitaire va démarrer pour étudier la faisabilité de la construction et de l'exploitation d'un centre d'hadronthérapie dans notre pays. Cette nouvelle forme de radiothérapie offre de belles perspectives en termes de traitement et de recherche et une occasion unique de collaboration entre l'ensemble des universités du pays. Ses conclusions sont attendues pour fin 2009 au plus tard.

Le Gouvernement a décidé un effort budgétaire important afin de dégager les moyens nécessaires à la réalisation de ce Plan. Quelques 380 millions euros,

ongeveer 380 miljoen euro dat behoort tot de budgetten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van het Riziv, zal worden vrijgemaakt om de eerste 3 jaren van het Kankerplan te financieren (2008-2010).

3. CHRONISCH ZIEKE PATIËNTEN

Mijn voorganger Rudy Demotte is tijdens de vorige legislatuur zeer actief geweest om de dekking van de specifieke kosten voor chronisch zieke patiënten te verbeteren: opname van specifieke kosten in de maximumfactuur, terugbetaling van pijnstillers (paracetamol) en actieve verbandmiddelen voor chronisch zieke patiënten, de vervoerkosten van kankerpatiënten en kinderen die een dialysebehandeling volgen, de kosten met betrekking tot de medische voeding, enz. In 2007 bedroegen de specifieke uitgaven voor de «chronische patiënten» van het budget van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ongeveer 70 miljoen euro. In 2008 zal dat bedrag bij ongewijzigd beleid tot 75 miljoen euro oplopen.

In het kader van de begroting 2008 van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, werd er beslist om de inspanningen die voor de chronisch zieke patiënten zijn geleverd, nog op te drijven. De Algemene Raad en het Verzekeringscomité hebben immers een budget voor nieuwe maatregelen vrijgemaakt ten belope van 16,05 miljoen euro ten gunste van de chronisch zieke patiënten. Aan dat bedrag moet er in de rubriek «maximumfactuur» nog 10 miljoen euro worden toegevoegd voor een bijkomende bescherming ten voordele van de chronisch zieke patiënten.

Het bedrag van 16,05 miljoen euro zal worden aangewend voor een verhoging van de verschillende forfaits «chronisch zieke patiënten»:

1. De forfaitaire tegemoetkoming zal worden verdubbeld en zal voortaan 523,94 euro bedragen ten gunste van de rechthebbenden die, voor een periode van minstens drie maanden, een akkoord van de adviserend geneesheer hebben voor verpleegkundige verzorging waaruit de betaling van forfaitaire honoraria, de zogenaamde B- of C-forfaits, voortvloeit.

De forfaitaire tegemoetkoming is met 50% gestegen en bedraagt nu 392,96 euro, ten gunste van de rechthebbenden die voldoen aan de voorwaarden die de toekenning van de integratietegemoetkoming of de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden mogelijk maken, voor de personen met een handicap waarvan de graad van zelfredzaamheid werd vastgelegd op minstens 12 punten, en ook voor de rechthebbenden die arbeidsongeschikt zijn en die een tegemoetkoming voor hulp aan derden genieten.

logés dans les budgets de l'assurance obligatoire soins de santé à l'INAMI, seront mobilisés pour financer les 3 premières années du Plan Cancer (2008-2010).

3. MALADES CHRONIQUES

Sous la précédente législature, mon prédécesseur Rudy Demotte s'était montré très actif afin d'améliorer la couverture des coûts spécifiques pour les maladies chroniques: prise en compte dans le maximum à facturer de frais spécifiques, remboursement des antidiouleurs (paracetamol) et des pansements actifs pour les malades chroniques, les frais de déplacement des patients cancéreux et des enfants en dialyse, les coûts relatifs à la nutrition médicale, etc. En 2007, les dépenses spécifiques pour les «patients chroniques» du budget de l'assurance obligatoire soins de santé se sont élevées à quelque 70 millions euros. Ce montant devient 75 millions euros à politique constante en 2008.

Dans le cadre du budget 2008 de l'assurance obligatoire soins de santé, il a été décidé d'amplifier encore les efforts réalisés pour les malades chroniques. Le Conseil général et le Comité de l'Assurance ont en effet adopté un budget pour de nouvelles mesures à concurrence de 16,05 millions euros en faveur des malades chroniques. Montant auquel il convient d'ajouter 10 millions euros dans la rubrique «Maximum à Facturer» pour une protection supplémentaire au bénéfice des malades chroniques.

Les 16,05 millions euros seront affectés à une hausse des différents forfaits «patients chroniques»:

L'intervention forfaitaire sera doublée, pour atteindre désormais 523,94 euros, en faveur des bénéficiaires qui, pour une période d'au moins trois mois, bénéficient d'un accord du médecin conseil pour un traitement de soins infirmiers donnant lieu au paiement d'honoraires forfaitaires dits forfaits B ou C.

L'intervention forfaitaire est augmentée de 50%, pour atteindre 392,96 euros, en faveur des bénéficiaires qui satisfont aux conditions permettant l'octroi de l'allocation d'intégration ou de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, pour les personnes avec un handicap dont le degré d'autonomie a été fixé à 12 points au moins, ainsi que pour les bénéficiaires en incapacité de travail bénéficiant d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne.

Het koninklijk besluit dat de wetgeving aan dat voorstel van het Verzekeringscomité aanpast, zal op 11 april eerstkomend aan de Ministerraad worden voorgelegd.

Het recente regeerakkoord bevestigt de enveloppe van 380 miljoen euro die van nu tot 2010 beschikbaar is in het budget van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging om te beantwoorden aan de specifieke behoeften van de chronisch zieke patiënten en in het bijzonder van de kankerpatiënten onder hen. De integrale uitvoering van het Kankerplan is bijgevolg de eerste pijler van mijn beleid ten gunste van de chronisch zieke patiënten.

Datzelfde regeerakkoord voorziet in de creatie van specifieke zorgprogramma's en mechanismen waarbij de gezondheidskosten ten laste van de chronisch zieke patiënten worden gedekt via de voorkeurregeling. Het akkoord bepaalt ook dat die maatregelen zullen worden overlegd met de patiëntenverenigingen en de betrokken partners. In de komende weken zal ik dus die verenigingen en partners raadplegen, om zo te komen tot concrete en gecoördineerde voorstellen voor de opmaak van de begroting 2009 van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in september. Zonder vooruit te lopen op de resultaten van dat voormelde overleg, zou ik onder andere willen nagaan of een vereenvoudiging van de bestaande bepalingen ten gunste van de chronisch zieke patiënten realiseerbaar is. Ik zou ook willen onderzoeken of alle middelen die nu worden besteed aan de specifieke dekking van chronisch zieke patiënten, vermeerderd met nieuwe middelen, beter zouden kunnen worden aangewend via een uniek en gecoördineerd mechanisme voor de vergoeding van de specifieke kosten van de chronisch zieke patiënten. Ook de definitie van «chronisch zieke patiënt» kan ongetwijfeld worden verbeterd.

De verbetering van de toegang tot de verzorging voor de chronisch zieke patiënten is echt een absolute prioriteit. De chronische ziekten behoren in onze westerse landen tot de belangrijkste gezondheidsproblemen. In België treffen zij een groot aantal patiënten die nog al te vaak de kosten van deze ziekten onmogelijk kunnen dragen. Het aantal personen die lijden aan ziekten zoals obesitas, diabetes, bewegingsstoornissen, mucoviscidose, chronische stoornissen van de geestelijke gezondheid, enz. neemt jammer genoeg aanzienlijk toe.

Ondanks de steeds betere toegankelijkheid van de verzorging, stelt men vast dat bijna 18% van de patiënten verzorging blijven uitstellen om financiële redenen. Vooral chronisch zieke patiënten worden met dat fenomeen geconfronteerd. Sommigen moeten persoonlijk enkele honderden euro's per maand betalen, zelfs als ze de

L'Arrêté royal qui adapte la législation à cette proposition du Comité de l'Assurance sera présenté au Conseil des ministres de ce 11 avril.

Le récent accord de gouvernement confirme l'enveloppe de 380 millions euros disponibles d'ici fin 2010 au sein du budget de l'assurance obligatoire soins de santé pour rencontrer les besoins spécifiques des malades chroniques, et plus particulièrement des patients cancéreux parmi eux. Par conséquent, l'exécution intégrale du Plan Cancer est le premier axe de ma politique en faveur des malades chroniques.

Ce même accord de Gouvernement prévoit la création de programmes de soins spécifiques et des mécanismes de couverture préférentielle des coûts de santé à charge des malades chroniques. Et prévoit que ces mesures seront concertées avec les associations de patients et les partenaires concernés. Dès ces prochaines semaines, je vais donc entamer mes consultations de ces associations et partenaires, en vue d'aboutir à des propositions concrètes et coordonnées pour l'élaboration du budget 2009 de l'assurance obligatoire soins de santé, en septembre prochain. Sans préjuger des résultats de ces concertations précitées, je souhaiterais, entre autres, examiner si une simplification des dispositifs existants en faveur des malades chroniques est réalisable. Et, d'autre part, étudier si l'ensemble des moyens actuellement consacrés à la couverture spécifique des malades chroniques, augmentés de moyens nouveaux, pourraient être mieux utilisés au travers un mécanisme unique et coordonné de remboursement des frais spécifiques aux malades chroniques. La définition même du «malade chronique» pouvant sans doute elle aussi être améliorée.

L'amélioration de l'accès aux soins pour les malades chroniques est vraiment une priorité absolue. Les maladies chroniques figurent parmi les principaux problèmes de santé des gens dans nos pays occidentaux. En Belgique, elles frappent un nombre considérable de patients qui, trop souvent encore, sont dans l'impossibilité d'assumer le coût de cette maladie. Les maladies telles que l'obésité, le diabète, les troubles de l'appareil locomoteur, la mucoviscidose, les troubles chroniques de la santé mentale, etc. connaissent malheureusement une croissance importante du nombre de leurs victimes.

Malgré la mise en place de dispositifs toujours plus performants dans l'accessibilité des soins, on constate que près de 18% des patients continuent à reporter des soins pour des raisons financières. Ce sont, en majorité, des malades chroniques qui sont confrontés à ce phénomène. Certains doivent supporter personnellement des

verhoogde tegemoetkoming genieten en ondanks het bestaan van de maximumfactuur.

Naast de financieel zware last die chronisch zieke patiënten en hun familie moeten dragen, merken we ook dat een reeks patiënten geen aangepast zorgaanbod krijgen omwille van de zware zorg en ondersteuning die zij nodig hebben.

Zo werd tijdens de Interministeriële conferentie «Volksgezondheid» van 24 mei 2004 een protocol ter ondertekening voorgelegd aan de Federale Overheid en de verschillende Gemeenschappen en Gewesten bevoegd voor de Volksgezondheid. Met dit protocolakkoord wordt een echt zorgcircuit voor patiënten in een persisterende vegetatieve status (PVS) of minimaal responsieve status (MRS), kortweg comapatiënten, opgericht.

Het is vandaag nog steeds een pilootproject maar in de loop van 2008 zal ik het zorgcircuit structureel maken via de publicatie van de verschillende besluiten in het Belgisch Staatsblad.

Niettegenstaande we naar een erkenning gaan van het zorgcircuit voor comapatiënten, blijven er een aantal fundamentele knelpunten bestaan die we verder moeten onderzoeken. Deze knelpunten werden omschreven in een aanhangsel nr. 2 van het protocolakkoord en zullen door de Gemengde Interkabinettenwerkgroep «Ouderenzorgbeleid» en «Chronische ziekten – NAH» besproken worden:

Het gaat hier bijvoorbeeld onder meer over:

- het harmoniseren van de financiële discrepancies tussen het rust- en verzorgingstehuis en de instellingen voor personen met een handicap;
- het operationaliseren en concretiseren van het zorg- en opnamebeleid in de instellingen van het Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap en l'AWIPH;
- het voorzien van bijkomende financiële middelen voor 0,5 FTE psycholoog vanaf 5 «ComaRVT-bedden» en dit ter ondersteuning van de omgeving van de patiënt en het hulpverlenend team;

Heel wat NAH-patiënten die niet in een PVS of MRS zijn maar gelijkaardige zorg behoeven, blijven in de kou staan. Een uitbreiding van de PVS/MRS-doelgroep werd dan ook aangeraden door onder meer het Federaal Kenniscentrum dat een studie heeft uitgevoerd naar onder andere de doelgroepen Huntington en Multiple Sclerose.

coûts de plusieurs centaines d'euros par mois, même lorsqu'ils bénéficient de l'intervention majorée et malgré l'existence du Maximum à facturer.

Outre la lourde charge financière à supporter par les malades chroniques et leur famille, nous remarquons également qu'une série de patients ne bénéficient pas d'une offre de soins adaptés rendus nécessaires par la lourdeur des soins et le soutien dont ils ont besoin.

Ainsi, au cours de la Conférence interministérielle «Santé publique» du 24 mai 2004, un protocole a été soumis à la signature de l'Autorité fédérale et des différentes Communautés et Régions compétentes en matière de santé publique. Ce protocole d'accord crée un véritable circuit de soins pour les patients en état neurovégétatif persistant (ENVP) ou en état pauci-relational (EPR) (= les patients comateux).

Il s'agit actuellement encore toujours d'un projet pilote mais j'entends structurer le circuit de soins dans le courant de 2008 en publiant différents arrêtés au Moniteur belge.

Malgré le passage à une reconnaissance du circuit de soins pour patients comateux, certains problèmes fondamentaux persistent et doivent donc être examinés. Ces problèmes ont été décrits dans l'annexe n° 2 au protocole d'accord et feront l'objet d'une discussion au sein du groupe de travail mixte intercabines «Politique de santé à mener en faveur des personnes âgées» et «Maladies chroniques – lésions cérébrales non congénitales»:

Par exemple, il s'agit entre autres de:

- l'harmonisation des discordances financières entre la maison de repos et de soins et les établissements pour personnes handicapées;
- l'opérationnalisation et la concrétisation de la politique de soins et d'hospitalisation dans les établissements de l'Agence flamande pour les personnes handicapées et l'AWIPH;
- l'octroi de moyens financiers supplémentaires pour 0,5 psychologue ETP à partir de 5 «lits MRS pour patients comateux» et ce, afin de soutenir l'entourage du patient et l'équipe d'assistance.

Bon nombre de patients souffrant d'une lésion cérébrale non congénitale qui ne se trouvent pas en ENVP ou EPR mais qui ont besoin de soins similaires, restent sur la touche. Une extension du groupe-cible ENVP/EPR a dès lors été recommandée, entre autres par le Centre fédéral d'expertise qui a réalisé une étude, entre autres sur les patients atteints de la maladie de Huntington et de sclérose en plaques.

Op mijn vraag werd, dankzij de medewerking van de Geneeskundige Stichting Koningin Elisabeth, een studie uitgevoerd betreffende «Behoeften en aanbod inzake zorg en huisvesting van patiënten met Huntington en Multiple Sclerose». Uit deze studie blijkt de nood aan de creatie van ongeveer 440 extra plaatsen in de rust- en verzorgingstehuizen, hetgeen overeenkomt met een bijkomend budget van 15,6 mio euro.

Tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 11 maart 2008, hebben de verschillende ministers bevoegd voor Volksgezondheid beslist dat de ontwikkeling van aangepaste zorgnetwerken voor patiënten met de ziekte van Huntington en Multiple Sclerose een politieke prioriteit is. Ik zal voor de realisatie van dit project de nodige initiatieven nemen in samenwerking met mijn collega's ministers van de Gemeenschappen en Gewesten.

4. KLEINE RISICO'S

De integratie van de kleine risico's van de zelfstandigen in de verplichte verzekering voor «geneeskundige verzorging» is in twee fasen verlopen:

- sinds 1 juli 2006 zijn de kleine risico's geïntegreerd voor de startende zelfstandigen en de meest kwetsbare zelfstandigen, namelijk zij die recht hebben op de IGO,
- vanaf 1 januari 2008 worden de kleine risico's ook voor alle andere zelfstandigen gedekt via de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Er bestaat voortaan een uniforme dekking voor de werknemers en de zelfstandigen. Die belangrijke wijziging in onze regeling voor geneeskundige verzorging zal in de loop van 2008 zowel op budgettair als op reglementair vlak van nabij moeten worden gevuld.

5. PROMOTIE VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

IMPULSEO 1

Het Impulseofonds 1 kent premies van € 15.000 en leningen zonder interest toe aan jonge huisartsen die zich vestigen in zones met een lage medische dichtheid. Onlangs is het aantal zones opgetrokken met inbegrip van de landelijke gebieden. Het nieuwe koninklijk besluit voorziet eveneens in een uitbreiding van de toegangsvoorwaarden tot het fonds: het fonds is niet langer uitsluitend van toepassing op de huisartsen die in de loop van de voorbije 4 jaar hun diploma hebben behaald, maar ook op elke huisarts die zijn praktijk verhuist

Grâce à la collaboration de la Fondation médicale Reine Elisabeth, une étude a été effectuée à ma demande concernant les besoins et l'offre en matière de soins et d'hébergement de patients atteints de la maladie de Huntington et de sclérose en plaques. Il ressort de cette étude qu'il est nécessaire de créer environ 440 places supplémentaires dans les maisons de repos et de soins, ce qui correspond à un budget supplémentaire de 15,6 millions d'euros.

Au cours de la Conférence interministérielle «Santé publique» du 11 mars 2008, les différents ministres compétents en matière de santé publique ont décidé que le développement de réseaux de soins adaptés pour les patients atteints de la maladie de Huntington et de sclérose en plaques constitue une priorité politique. Pour la réalisation de ce projet, je prendrai les initiatives qui s'imposent en collaboration avec mes collègues ministres des Communautés et des Régions.

4. PETITS RISQUES

L'intégration des petits risques des travailleurs indépendants dans l'assurance obligatoire «soins de santé» s'est déroulée en deux phases:

- depuis le 1^{er} juillet 2006, les petits risques sont intégrés pour les débutants et les indépendants les plus vulnérables que sont les bénéficiaires de la GRAPA,
- à partir du 1^{er} janvier 2008, les petits risques seront couverts pour tous les autres indépendants au moyen de l'assurance obligatoire soins de santé.

Il existe désormais une couverture uniforme pour les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants. Cette importante modification dans notre régime des soins de santé demandera au cours de l'année 2008 à être suivie de près tant d'un point de vue budgétaire que réglementaire.

5. PROMOTION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

IMPULSEO 1

Le fonds Impulseo 1 attribue des primes de 15.000 euros et des prêts sans intérêt aux jeunes médecins s'installant dans des zones à faible densité médicale. Récemment, le nombre de ces zones a été revu à la hausse, y compris dans les régions rurales. Le nouvel arrêté prévoit également un élargissement des conditions d'accès au fonds: il ne s'applique plus uniquement aux médecins diplômés au cours des 4 dernières années, mais aussi à tout médecin déménageant son cabinet vers une zone à faible densité médicale. 276 médecins

naar een zone met een lage medische dichtheid. 276 huisartsen hebben dit fonds sinds oktober 2006 benut, wat erop wijst dat de ingevoerde maatregelen werkelijk doeltreffend zijn.

In dat opzicht zouden de volgende voorstellen binnenkort kunnen worden besproken:

- Meer informatie verstrekken over de mogelijkheden van het fonds aan de pas afgestudeerde huisartsen
- Betere afbakening van de doelzones door nog meer rekening te houden met de realiteit op het terrein en door gebruik te maken van het huisartsenregister dat momenteel wordt uitgewerkt.
- Nadrukken over een stimulans op langere termijn, bijvoorbeeld een globaal medisch dossier dat beter wordt vergoed in de zones met lage medische dichtheid

IMPULSEO 2

Het Impulsefonds 2 zou in de komende weken moeten worden ingevoerd.

Via dat fonds zullen de huisartsen, die in een groepspraktijk of in een netwerk werken, jaarlijks een bedrag kunnen krijgen voor de financiering van de aanwerving van een administratieve bediening. Daarvoor zijn minimum 2 huisartsen van dezelfde wachtzone (of aangrenzende zones) nodig die een «gelabeld elektronisch medisch dossier» delen en minstens 500 globale medische dossiers beheren (1000 dossiers indien er 3 geneesheren zijn). Het bedrag van de tegemoetkoming beloopt maximum 50% van de loonkosten, met een maximum van 16.500 euro voor een voltijdse functie (3 geneesheren) en 8.250 euro voor een halftijdse functie (2 geneesheren).

Daardoor zal men de administratieve werklast van de huisartsen met een groepspraktijk kunnen verlichten. Dat zal de informativering (die nu al jaarlijks wordt ondersteund met subsidies ten bedrage van +/- 800 euro) en het werken in een netwerk stimuleren.

DE «SOFT» ECHELONNERING

Op 1 februari 2007 werd in België een systeem van «soft» echelonnering ingevoerd.

Sommige landen, zoals Spanje, hebben een systeem van volledige echelonnering toegepast, waarbij elke patiënt eerst een beroep moet doen op de eerste lijn, alvorens een specialist te raadplegen. Een dergelijk systeem draagt bij tot de herpositionering van de huisarts als centrale spil in de gezondheidszorg en het moet de mogelijkheid bieden om overbodige huisbezoeken en gespecialiseerde onderzoeken te vermijden.

ont profité de ce fonds depuis octobre 2006, ce qui démontre une réelle efficacité des mesures mises en place.

A cet égard, les propositions suivantes pourraient être discutées prochainement:

- Intensifier l'information sur les possibilités qu'offre le fonds auprès des jeunes médecins
- Affiner les zones à cibler en tenant encore mieux compte des réalités sur le terrain et en utilisant le cahier des médecins actuellement en construction.
- Réfléchir sur une incitation à plus long terme, par exemple un dossier médical global mieux rémunéré dans les zones à faible densité.

IMPULSEO 2

Le fonds Impulseo 2 devrait être d'application dans les prochaines semaines.

Ce fonds permettra aux généralistes qui travaillent en groupe ou en réseau d'obtenir des montants annuels finançant l'engagement d'un employé administratif. Il faut minimum 2 médecins de la même zone de garde (ou de zones voisines) partageant un dossier médical informatisé labellisé et totalisant au moins 500 dossiers médicaux globaux (1000 lorsque les médecins sont 3). Le montant de l'intervention équivaut au maximum à 50% du coût salarial avec un maximum de 16.500 euros pour un plein temps (3 médecins) et 8250 euros pour un mi-temps (2 médecins).

Il permettra de diminuer le travail administratif des généralistes travaillant en équipe. Il incitera à l'information (déjà soutenue par des subsides annuels de +/- 800 euros) et au travail en réseau.

L'ÉCHELONNEMENT SOFT

Un système d'échelonnement «soft» a été introduit en Belgique le 1^{er} février 2007.

Certains pays, comme l'Espagne ont adopté un système d'échelonnement total, amenant tout patient à passer par la 1^{ère} ligne avant de consulter un spécialiste. Un tel système participe au repositionnement du généraliste comme axe central du système de soins de santé. Il doit permettre également d'éviter des visites et des examens spécialisés inutiles.

Het systeem dat sinds 1 jaar in België wordt toegepast zorgt ervoor dat de patiënt een hogere vergoeding krijgt voor zijn raadpleging bij een specialist (een bijkomende vergoeding van 5 euro), op voorwaarde dat hij door zijn huisarts is doorverwezen. Die maatregel is momenteel enkel van toepassing op de eerste jaarlijkse raadpleging bij een specialist.

Sedert een jaar hebben 185.000 patiënten gebruik gemaakt van de vermindering die door het mechanisme van de «soft»-echelonnering wordt toegekend. Dat vertegenwoordigt minder dan 1% van de raadplegingen bij specialisten die bij het Riziv zijn geregistreerd. Hoewel dit cijfer laag blijft, zouden, om het correct te evalueren, de herhalingsraadplegingen moeten worden gescheiden van de andere raadplegingen bij de specialisten; Momenteel is dit onderscheid onmogelijk te maken.

Meerdere hypothesen kunnen het vrij zwakke percentage van de huidige cijfers verklaren. Zo zijn in ons land noch de patiënten, noch de zorgverleners gewend aan een systeem van echelonnering. Voorts hebben zowel de huisartsen als de bevolking ongetwijfeld onvoldoende informatie gekregen over dit systeem van echelonnering. Bovendien moet de huisarts, naast de al zo grote administratieve rompslomp, ook voor de toepassing van dit systeem een ad hoc formulier invullen. Ten slotte spreekt het voor zich dat men voor bepaalde raadplegingen bij een specialist, zoals een gynaecoloog, pediater of oftalmoloog niet via de eerste lijn moet worden doorverwezen.

Het systeem zal derhalve worden geëvalueerd en verbeterd via een reeks maatregelen:

- Administratieve vereenvoudiging van het systeem
- Uitbreiding van het systeem tot meer dan één enkele raadpleging per jaar per specialist
- Het kiezen van bepaalde specialismen in het kader van de zorgtrajecten

ADMINISTRATIEVE VEREENVOUDIGING

De administratieve vereenvoudiging is een algemene vraag op het terrein.

Er zijn tal van administratieve taken in de huisartsengeneeskunde: Aanvragen voor de terugbetaling van geneesmiddelen, allerlei getuigschriften, dossiers waarmee patiënten bepaalde rechten kunnen verkrijgen (statuut van persoon met een handicap ...), uitwisseling van informatie met collegae...

En Belgique, le système appliqué depuis 1 an, permet au patient d'obtenir un meilleur remboursement de sa consultation chez le spécialiste (5 euros de remboursement supplémentaire), à condition d'être envoyé par son médecin généraliste. Cette mesure pour l'instant ne s'applique qu'à la première consultation annuelle chez le spécialiste.

Depuis un an, 185.000 patients ont profité de la réduction accordée par le mécanisme de l'échelonnement soft. Ceci représente moins de 1% des consultations chez les spécialistes enregistrées par l'INAMI. Même si ce chiffre reste faible, il faudrait pour l'évaluer de manière correcte séparer les consultations de rappel des autres consultations chez les spécialistes, ce qui est actuellement une distinction impossible à faire.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer le taux relativement faible des chiffres actuels. Tout d'abord, ni les patients, ni les praticiens sont habitués à un système d'échelonnement dans notre pays. D'autre part, l'information sur ce type d'échelonnement, tant aux généralistes qu'à la population, a sans aucun doute été insuffisante. Notons également que le système passe par le remplissage d'un formulaire ad hoc qui s'ajoute à une «paperasserie» déjà lourde pour le généraliste. Enfin, il va de soi que certaines consultations de spécialistes ne méritent pas un passage par la 1^{ère} ligne, comme par exemple en gynécologie, pédiatrie ou ophtalmologie.

On procèdera dès lors à une évaluation du système et son amélioration au travers d'une série de pistes:

- Simplifier administrativement le système
- Étendre au-delà d'une seule consultation par an par spécialiste
- Cibler certaines spécialités dans le cadre des trajets de soins

SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

La simplification administrative est une demande généralisée sur le terrain.

Les tâches administratives sont nombreuses en médecine générale: Demandes de remboursement de médicaments, certificats en tout genre, dossiers permettant aux patients d'obtenir certains droits (statut d'handicapé ...), échange d'information avec des confrères...

Reeds genomen maatregelen:

- Impulsefonds 2 (tegemoetkoming voor de aanwerving van een administratief bediende)
- Terugbetaling van geneesmiddelen van hoofdstuk 2, wat leidt tot een controle a posteriori en wat bijgevolg de «administratieve rompslomp» bij het voorschrijven verkleint (geen aanvraag a priori aan de geneesheer van het ziekenfonds)..., De controle a posteriori is door de huisartsen evenwel moeilijk te aanvaarden.

Dit jaar zijn de volgende maatregelen gepland:

Algemene uitbreiding van de informatisering. Het BeHealth-platform is op de goede weg. Via dit platform kunnen de geneesheren beter communiceren, snel nuttige informatie vinden (terugbetaling van geneesmiddelen...) en zoveel mogelijk documenten invullen via hun computer, met inbegrip van de vele aanvragen aan de ziekenfondsen.

Er zou moeten worden nagedacht over grotere stimulansen inzake informatisering (momenteel gaat de jaarlijkse premie integraal naar developpers voor het onderhoud van de softwareprogramma's).

Reflectie over hoofdstuk 4, teneinde het optimale evenwicht te vinden tussen de administratieve werklast en de controles.

Invoering van de hervorming van hoofdstuk 2 (die in de wet houdende de dringende bepalingen zal worden voorgesteld)

Algemene reflectie over de vereenvoudiging van de voorschriften (nu 1 verpakking geneesmiddelen van een bepaald product per voorschrift)

STATUUT (bezoldiging) van de ALGEMEEN GENEESKUNDIGEN IN OPLEIDING

Er komt een hervorming van het statuut van de algemeen geneeskundigen vóór 1 juli 2008. Die hervorming betekent voor de stagiairs de overschakeling van een zelfstandigenstatuut naar een statuut sui generis (hetzelfde statuut als de postgraduateerden in de ziekenhuizen: werknemers met recht op ziekteverlof, zwangerschapsverlof en kinderbijslag).

Er moet worden benadrukt dat een eventueel nieuw statuut niet enkel zou zorgen voor meer gelijkheid tussen de assistenten, maar ook voor een betere bescherming zowel voor henzelf (ziekte-, zwangerschapsverlof, recht op pensioen,...) als voor de stagemeesters (verzekerde solidariteit, geen financieel ophoud tijdens de aanwerving,...).

Mesures déjà prises:

- Fonds Impulseo 2 (aide à l'engagement d'un employé administratif)
- Remboursement des médicaments du chapitre 2, amenant à un contrôle à posteriori et diminuant par conséquent la «paperasserie» lors des prescriptions (pas de demande à priori au médecin de la mutuelle)... toutefois le contrôle à posteriori est mal accepté par les généralistes.

Cette année, on envisagera les actions suivantes:

Intensifier l'informatisation en général. La plate forme Be-Health est en bonne voie. Elle permettra aux médecins de mieux communiquer, de trouver rapidement toute information utile (remboursement médicaments...) et de remplir un maximum de documents par voie informatique y compris les nombreuses demandes aux mutuelles.

Il faudrait réfléchir à de plus grands incitants en matière d'informatisation (actuellement la prime annuelle va intégralement aux concepteurs de programmes pour la maintenance).

Réflexion sur le chapitre 4 afin de trouver l'équilibre optimal entre la charge de travail administrative et les contrôles.

Mise en œuvre de la réforme du chapitre 2 (qui sera présentée dans loi portant des dispositions urgentes)

Réflexion générale sur la simplification des ordonnances (actuellement 1 boîte de médicament d'un certain produit par ordonnance)

STATUT (rétribution) des MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN FORMATION

Une réforme du statut des médecins généralistes sera mise en œuvre pour les 1^{er} juillet 2008. Cette réforme implique, pour les stagiaires, le passage d'un statut d'indépendant à un statut sui generis (même statut que les postgradués hospitaliers: salariés avec couverture des congés de maladie, des congés de grossesse et des allocations familiales).

Il faut souligner qu'un éventuel nouveau statut garantirait non seulement une plus grande égalité entre les assistants, mais aussi une plus grande sécurité tant pour eux (congé de maladie, de grossesse, droit à la pension...) que pour les maîtres de stage (solidarité assurée, évitement de la surenchère financière lors de l'engagement ...)

Rekening houdende met enerzijds de technische complexiteit van de invoering van dit nieuwe statuut en van een nieuw beleidsmodel en anderzijds de noodzaak om de juridische veiligheid te garanderen rekening houdend met de periode van lopende zaken, zal de inwerkingtreding van het nieuwe systeem worden uitgesteld.

Organisatie van de wachtdiensten en de veiligheid ervan

De wachtdiensten van de huisartsen vallen onder de verantwoordelijkheid van de huisartsenkringen (verdeling in geografische zones). De huisartsen krijgen een beschikbaarheidshonorarium (125 euro /24u). Er wordt een premie toegekend als er een uniek telefoonnummer voor de zone wordt geïnstalleerd. De honoraria voor de huisbezoeken 's nachts en tijdens het WE zijn de voorbije jaren sterk opgewaardeerd.

Sommige zones (vooral in grote steden) werken bovendien met een «vooruitgeschoven» wachtdienst (vaste permanentie) die door Volksgezondheid wordt gefinancierd. In sommige zones daalt het aantal huisartsen die bereid zijn om wachtdiensten te doen sterk.

De volgende problemen worden aangehaald:

1°/ Veiligheid:

Onveiligheid vooral in sommige zones en moeilijker te beheren door de vervrouwelijking van het beroep.

Op dat vlak worden de volgende initiatieven overwogen:

- De derdebetalersregeling toepassen tijdens het WE om te vermijden dat een geneesheer te veel contant geld op zak heeft.
- Voorstel om veiligheidssystemen in te voeren (GSM met speciale toets...)
- Voorstel om chauffeurs mee te sturen in risicovolle zones

2/ Administratief werk van de huisartsenkringen

De huisartsenkringen krijgen een grotere rol toebedeeld en om de wachtdiensten te verbeteren zou het goed zijn dat informatie wordt verzameld (aantal patiënten, type pathologieën,...) en dat wordt gezorgd voor de opvolging van de informatie tussen de geneesheren.

Daarom wordt voorzien in:

- De uitbreiding van de «vooruitgeschoven» wachtdiensten vooral in de grote steden

Compte tenu d'une part de la complexité technique liée à l'instauration de ce nouveau statut et d'un nouveau modèle de gestion et d'autre part de la nécessité d'assurer la sécurité juridique eu égard à la période d'affaires courantes, l'entrée en vigueur du nouveau système sera postposée.

Organisation des gardes y compris en matière de sécurité

Les gardes de médecine générale sont sous la responsabilité des cercles de médecine générale (répartition par zones géographiques). Les généralistes ont un honoraire de disponibilité (125 euros/ 24h). Une prime est accordée lors de la mise en place d'un numéro d'appel unique pour la zone. Les honoraires de visites de nuit et de WE ont été fortement revalorisés ces dernières années.

Certaines zones (grandes villes surtout) travaillent par ailleurs avec un poste de garde avancé (permanence fixe) que la Santé publique finance. Dans certaines zones le nombre de généralistes prêts à s'engager dans les gardes se raréfie.

Les problèmes identifiés sont les suivants:

1°/ Sécurité:

Insécurité surtout dans certaines zones et plus difficile à gérer compte tenu de la féminisation de la profession.

Sur ce sujet, on planchera sur les pistes suivantes:

- Appliquer le tiers payant le WE afin d'éviter au médecin de travailler avec trop d'argent liquide.
- Proposition de systèmes de sécurité (GSM à touche spéciale...)
- Proposition d'accompagnants chauffeurs dans les zones à haut risque

2/ Travail administratif des cercles

Les cercles vont voir leur rôle s'étendre et il serait souhaitable pour améliorer les gardes de collecter des informations (nombre de patients, type de pathologies...) et d'assurer le suivi de l'information entre médecins.

Il est envisagé dès lors:

- L'extension des postes de garde avancés surtout dans les grandes villes

– De algemene Dispatching die de patiënt ofwel naar de MUG stuurt, ofwel naar de wachtdienst, ofwel naar het thuisbezoek.

DE ZORGTRAJECTEN

De zorgtrajecten definiëren voor een bepaalde pathologie het traject dat door de patiënt moet worden gevolgd en de samenwerking tussen de verschillende gezondheidsactoren (huisarts, specialist, paramedici,...).

Het meest gevorderde project is dat voor de diabetici; het kankerplan voorziet eveneens in de uitwerking van specifieke zorgtrajecten.

Het doel is efficiënt op te treden en iemand volledig ten laste te nemen, wat alleen maar voordelen heeft zowel voor de patiënt als voor de kostprijs van de verzorging.

6. E-HEALTH

De Ministerraad van 7 maart 2008 heeft in eerste lezing een voorontwerp aangenomen met het oog op de oprichting, bij de Kruispuntbank van de sociale zekerheid, van een nieuwe openbare instelling met rechts-persoonlijkheid, die de naam «e-Health platform» krijgt. Die tekst is nu voorgelegd aan de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.

Het e-Health platform zal worden belast met het beheer van een netwerk dat basisdiensten levert, waartoe alle actoren van de geneeskundige verzorging zullen behoren en aan de hand waarvan de elektronische uitwisseling van persoonlijke gegevens zal worden georganiseerd op een degelijk beveiligde manier en met naleving van de privacy. Het e-Health platform zal zelf geen persoonlijke gegevens centraal registreren maar zal daarentegen de elektronische en degelijk beveiligde uitwisseling van persoonlijke gegevens tussen alle betrokken actoren van de geneeskundige verzorging mogelijk maken en stimuleren.

De elektronische en beveiligde uitwisseling van persoonlijke gegevens via het e-Health platform streeft drie doelstellingen na.

Ten eerste is het de bedoeling de kwaliteit van de geneeskundige verzorging en de veiligheid van de patiënt te optimaliseren aan de hand van een goed georganiseerde onderlinge elektronische uitwisseling tussen de verschillende betrokken zorgverleners en verpleeginrichtingen van relevante persoonlijke gegevens over de patiënt, zijn gezondheidstoestand, de verleende verzorging en de resultaten van de verleende verzorging.

Het e-Health platform zal bovendien bijdragen tot de vereenvoudiging van de administratieve formaliteiten

– Le Dispatching généralisé orientant le patient soit vers le SAMU, soit vers le poste de garde, soit vers la visite à domicile.

LES TRAJETS DE SOINS

Les trajets de soins définissent pour une certaine pathologie le trajet à suivre pour le patient et la collaboration entre les différents agents de santé (généraliste, spécialiste, paramédicaux...)

Le projet le plus avancé est celui du diabète; le Plan Cancer prévoit également l'élaboration de trajets de soins spécifiques.

Le but est d'être efficace et complet dans une prise en charge, ce qui est tout bénéfice pour le patient et pour le coût des soins.

6. E-HEALTH

Le Conseil des ministres du 7 mars 2008 a adopté en première lecture un avant-projet visant à créer, auprès de la Banque Carrefour de la sécurité sociale, une nouvelle institution publique dotée de la personnalité juridique, nommée «plate-forme eHealth». Ce texte est actuellement soumis à la Commission de la vie privée.

La plate-forme eHealth sera chargée de la gestion d'un réseau offrant des services de base, auquel tous les acteurs des soins de santé seront raccordés et à l'aide duquel l'échange électronique mutuel de données à caractère personnel sera organisé, de manière dûment sécurisée et avec respect de la vie privée. La plate-forme eHealth n'enregistrera pas elle-même de données à caractère personnel de façon centralisée, mais elle permettra et stimulera, par contre, l'échange électronique et dûment sécurisé de données à caractère personnel entre tous les acteurs concernés des soins de santé.

L'échange électronique et sécurisé de données à caractère personnel via la plate-forme eHealth poursuit trois objectifs.

Premièrement, il s'agit d'optimaliser la qualité des soins de santé et la sécurité du patient au moyen d'un échange électronique mutuel bien organisé, entre les divers prestataires de soins et établissements de soins concernés, de données à caractère personnel pertinentes relatives au patient, à son état de santé, aux soins administrés et aux résultats des soins administrés.

Par ailleurs, la plate-forme eHealth contribuera à simplifier les formalités administratives pour toutes les

voor alle partijen die bij de geneeskundige verzorging zijn betrokken en dit, dankzij de invoering van goed georganiseerde elektronische procedures en het ter beschikking stellen van sommige databanken.

Ten slotte draagt het e-Health platform ook bij tot een betere ondersteuning van het beleid inzake geneeskundige verzorging aangezien het kan optreden als een vertrouwelijke derde en aldus persoonlijke gegevens kan omzetten in anonieme of gecodeerde gegevens die daarna ter beschikking kunnen worden gesteld van de actoren van de geneeskundige verzorging, de politiek verantwoordelijken en de onderzoekers.

Met de oprichting van het e-Health platform bij de Kruispuntbank van de sociale zekerheid kunnen de knowhow en de diensten die door die instelling zijn ontwikkeld, optimaal worden hergebruikt. Hierdoor worden de kansen op een kwaliteitsvolle werking van het e-Health platform gemaximaliseerd. Het e-Health platform zal tegen een lagere kostprijs en sneller kunnen worden ontwikkeld. De sector van de geneeskundige verzorging zal kunnen gebruik maken van het vertrouwen waarop de Kruispuntbank van de sociale zekerheid in de sociale zekerheid kan bogen als coördinator van een veilige elektronische gegevensuitwisseling zonder nutteloze centralisatie en met respect voor ieders taken en competenties.

Het e-Health platform zal over een eigen Beheerscomité beschikken dat samengesteld is uit vertegenwoordigers van de verschillende betrokken partijen van de sector van de geneeskundige verzorging (zorgverleners, ziekenfondsen, openbare instellingen).

Het e-Health platform zal ten slotte beschikken over eigen financiële middelen. Het wordt hoofdzakelijk gefinancierd door een jaarlijkse dotatie die is ingeschreven in de respectieve begrotingen van de Federale overheidsdienst Volksgezondheid, de Veiligheid van de voedselketen en milieu en van de Federale overheidsdienst Sociale zekerheid, een jaarlijks bedrag ten laste van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekerung, inkomsten van andere federale overheden en de opbrengsten van geleverde diensten.

7. FEDERALE GEGEVENS BANK VAN DE BEOEFE-NAARS VAN DE GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

Sedert meerdere jaren zijn de erkenningsprocedures van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ondersteund door een informaticaprogramma. Deze gegevens vormen samen de basis van het Kadaster van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen, door het genereren van het overzicht van deze beroepsbeoefenaars.

parties concernées par les soins de santé, et ce grâce à la mise en œuvre de processus électroniques bien organisés et grâce à la mise à disposition de certaines banques de données.

Finalement, la plate-forme eHealth permettra également un meilleur soutien de la politique en matière de soins de santé, étant donné qu'elle peut fonctionner comme tiers de confiance et, à ce titre, convertir des données à caractère personnel en données anonymes ou codées qui pourront ensuite être mises à la disposition des acteurs des soins de santé, des responsables politiques et des chercheurs.

L'institution de la plate-forme eHealth auprès de la Banque Carrefour de la sécurité sociale permet de réutiliser de façon optimale le know-how et les services développés par cette institution. Ceci permet de maximiser les chances d'un fonctionnement de qualité de la plate-forme eHealth. La plate-forme eHealth pourra être développée à moindre coût et plus rapidement. Le secteur des soins de santé pourra profiter de la confiance dont jouit la Banque Carrefour de la sécurité sociale dans la sécurité sociale en tant que coordinateur de processus d'échange de données électronique sécurisé, sans centralisation inutile et dans le respect des tâches et compétences de chacun.

La plate-forme eHealth disposera d'un Comité de gestion propre, composé de représentants des diverses parties intéressées du secteur des soins de santé (prestataires, mutuelles, organismes publics)

La plate-forme eHealth disposera finalement de ressources financières propres. Elle est principalement financée par une dotation annuelle inscrite dans les budgets respectifs du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et du Service public fédéral Sécurité sociale, un montant annuel à charge de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, des recettes d'autres autorités fédérales et des produits de services fournis.

7. BANQUE DE DONNÉES FÉDÉRALE DES PROFESSIONNELS DES SOINS DE SANTÉ

Depuis plusieurs années, les processus d'agrément du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement sont soutenus pas un traitement informatique. Ces données forment ensemble la base du Cadastre des professionnels des soins de santé, par la création du signalétique de ces professionnels.

Om dit overzicht te perfectioneren, werden reeds in 2007 belangrijke inspanningen opgestart en deze zullen in 2008 worden voortgezet. Het betreft met name het coderen van alle bestaande dossiers bij de medische commissies bedoeld in de artikelen 36 en 37 van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Het gaat hier eveneens over het vergelijken van de gegevens beroep / bijzondere beroepstitel per beroep / bijzondere beroepstitel, van de bestaande gegevens met die van het RIZIV en om de gevalideerde authentieke bron vast te stellen van deze gegevens. In 2008 moet het overzicht bijgewerkt worden door integratie van alle dossiers van de beroepen die thans onderworpen zijn aan een visum van het diploma of aan een bijzondere beroepstitel. Men moet er echter nota van nemen dat de gegevensbank Kadaster sedert meer dan één jaar de authentieke gevalideerde bron is voor het gezondheidsportaal e-health, waarmee de legalisering en de kwalificatie van de titel mogelijk is.

Via enquêtes uitgevoerd door de Planningcommissie, maar ook via een structurele versterking van de gegevens-suitwisseling tussen de partners van Volksgezondheid, met name de instellingen van de sociale zekerheid, de FOD en de opleidingspartners, kan bovendien bijzonder relevante informatie via het kadaster voedsel geven aan de werkzaamheden van de Planningcommissie – Medisch Aanbod. Hierbij zal de belangstelling vooral uitgaan naar de informatie die de reële prestaties kenmerkt en naar het huidige aanbod aan praktiserende artsen.

In 2008 zal men het inzamelen moeten afronden van de gegevens van de kinesisten en de zorgkundigen en het grootste deel moeten afleggen van de weg die ertoe strekt om de gegevens van de verpleegkundigen in te zamelen, waarbij tegelijk relevante gegevens verkregen worden betreffende de algemene geneeskunde. Men zal er over waken dat het inzamelen van de gegevens blijvend is. Men zal eveneens waken over het uitvoeren van de externe raadpleging van de gegevens, binnen de door de wet vastgelegde beperkingen.

Tot slot zal op technologisch vlak het e-CAD project worden voortgezet, een project dat een nieuwe versie ontwikkelt van de systemen op basis van de JAVA-technologie, die ondersteund wordt door de laatste versie van de gegevensbanken.

8. PLANNING VAN HET MEDISCH AANBOD

De medische planning is niet beperkt tot de contingentering, maar moet een antwoord geven op het huidige en toekomstige probleem van het aanbod en de vraag inzake gezondheidszorgen. Hierbij moet rekening gehouden

Afin de parfaire ce signalétique, des efforts importants déjà initiés en 2007 vont être poursuivis en 2008. Il s'agit notamment d'encoder tous les dossiers existants au sein des commissions médicales visées aux articles 36 et 37 de l'Arrêté royal n°78, relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Il s'agit aussi, pour les données de profession / titre professionnel particulier par profession / titre professionnel particulier, de comparer les données existantes avec celles de l'INAMI et d'établir la source authentique validée de ce données. En 2008 le signalétique doit être mis à jour par l'intégration de tous les dossiers des professions qui sont à ce jour soumises à un visa du diplôme ou à un titre professionnel particulier. Notons toutefois que depuis plus d'un an, la base de données Cadastre est la source authentique validée pour le portail de la santé e-health, permettant l'authentification et la qualification du titre détenu.

En outre, au travers des enquêtes menées par la Commission de planification, mais aussi au travers d'un renforcement structurel des échanges de données entre les partenaires de la Santé que sont notamment les institutions de sécurité sociale, le SPF et les partenaires de la formation, des informations complémentaires particulièrement pertinentes doivent pouvoir, via le cadastre, alimenter les travaux de la commission de planification – offre médicale. On s'intéressera tout particulièrement aux informations caractérisant les prestations réelles et la force de travail pratique actuelle.

En 2008, il y aura lieu de finaliser l'acquisition des données des kinésithérapeutes, des aides-soignants, de parcourir la majorité du chemin visant à acquérir les données des infirmiers, tout en obtenant les données pertinentes relatives à la médecine générale. On veillera à ce que les acquisitions de données soient persistantes. On veillera aussi à mettre en œuvre la consultation externe des données dans les limites fixées par la Loi.

Enfin, sur le plan technologique, le projet e-CAD sera poursuivi, qui développe une nouvelle version des systèmes sur la technologie JAVA supportée par des DataBase de la dernière version.

8. PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE

La planification médicale ne se réduit pas au contingentering mais doit répondre au problème actuel et futur de l'offre et de la demande en matière de soins de santé en tenant compte des besoins spécifiques de la

worden met de specifieke behoeften van de bevolking. De planning integreert de behoeften per specialiteit en per geografische zone, evenals de sociologische wijzigingen van het medisch corps (vergrijzing, vervrouwelijking, groepspraktijk) en van de bevolking zelf.

Het recente rapport van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg betreffende de medische planning verschafft veel informatie die het ons mogelijk zal maken om dit moeilijke evenwicht tussen aanbod en vraag beter te begrijpen.

We moeten er allereerst op wijzen dat dit rapport geen enkel verband aantoonbaar tussen het aantal actieve artsen en het aantal uitgevoerde medische handelingen: een samenhang met de kosten voor de gezondheidszorg werd nooit bewezen.

Bij bepaalde specialismen kondigt zich een tekort aan: ziekenhuispediaters, artsen inwendige geneeskunde, kinderpsychiaters, spoedartsen, oncologen,... Bovendien zijn de quota aan huisartsen vooral aan Nederlandstalige kant slecht ingevuld.

De Vlaamse Gemeenschap organiseert een toelatingsexamen dat tot een selectie leidt die absoluut geen rekening houdt met quota, terwijl de Franse Gemeenschap de selectie uitvoert bij het einde van het 1^{ste} jaar, en wel precies op basis van de quota van de numerus clausus.

Alhoewel de medische concentratie weliswaar globaal gezien kleiner is in Vlaanderen dan in Wallonië, schommelen de verschillen vooral van de ene regio tot de andere: zo ziet men dezelfde problemen van een lage concentratie in de provincies Limburg en Luxemburg.

Het systeem van de numerus clausus werd 10 jaar geleden ingevoerd en werd sedert 3 jaar toegepast voor de laatstejaarsstudenten.

Momenteel voorziet de planning voor 2008 de toewijzing van 757 stageplannen. Dit cijfer zal beetje bij beetje stijgen om tot 925 te komen in 2013. We herinneren er daarenboven aan dat de numerus clausus een verdeling van 60%-40% in het voordeel van Vlaanderen voorziet.

Anderzijds zijn thans bijna 1100 studenten, die er te veel zijn in verhouding tot de cijfers die voorzien zijn in de huidige besluiten, geslaagd in de selectieproeven (475 Nederlandstaligen en 600 Franstaligen).

Het spreekt voor zich dat een denkoefening op basis van het recente rapport van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en van de talrijke voorafgaande studies waarop de Planningcommissie zich sedert 10 jaar baseert zal moeten worden voortgezet. De Europese dimensie zal uiteraard eveneens moeten worden geïntegreerd, waarbij rekening moet worden gehouden met het vrije verkeer van artsen binnen de Europese

population. Elle intègre les besoins par spécialité et par zone géographique, de même que les changements sociologiques du corps médical (vieillissement, féminisation, travail en groupe) et de la population elle-même.

Le récent rapport du Centre d'expertise des Soins de Santé sur la planification médicale apporte de nombreuses informations qui vont nous permettre de mieux appréhender ce difficile équilibre entre l'offre et la demande.

Notons tout d'abord que ce rapport ne montre aucune relation entre le nombre de médecins actifs et le nombre d'actes médicaux pratiqués: un lien avec le coût des soins de santé n'a jamais été démontré .

Une pénurie s'annonce dans certaines spécialités: pédiatres hospitaliers, internistes généraux, pédopsychiatres, urgentistes, oncologues,... Par ailleurs les quotas de généralistes sont mal remplis surtout du côté néerlandophone.

La Communauté flamande organise un examen d'entrée aboutissant à une sélection qui est indépendante des quotas, tandis que la Communauté française réalise la sélection en fin de 1^{ère} année sur base précisément de ces quotas.

Si la densité médicale est certes globalement plus faible en Flandre qu'en Wallonie, les différences sont essentiellement variables d'une région du pays à l'autre: ainsi, on retrouve les mêmes problèmes de faible densité dans les provinces du Limbourg et du Luxembourg.

Le système du numerus clausus a été introduit il y a 10 ans et a été appliqué aux étudiants de dernière année depuis 3 ans.

Actuellement la planification prévoit pour 2008, l'attribution de 757 plans de stage. Ce chiffre progressera peu à peu pour atteindre 925 en 2013. De plus, rappelons que le numerus clausus prévoit une répartition 60%-40% en faveur de la Flandre

Par ailleurs, actuellement près de 1100 étudiants excédentaires par rapport aux chiffres prévus dans les arrêtés actuels, ont réussi les épreuves de sélection (475 du côté néerlandophone et 600 du côté francophone).

Il va de soi qu'une réflexion sur base du récent rapport du centre d'expertise des soins de santé et des nombreuses études précédentes sur lesquelles s'appuient depuis 10 ans les travaux de la commission de planification, devra être poursuivi. La dimension européenne devra bien entendu aussi être intégrée compte tenu de la libre circulation des médecins dans la communauté européenne. Le cadastre des médecins actuellement en

Gemeenschap. Het kadastrer van geneesheren waar men thans aan werkt zal het vanaf 2009 makkelijker maken om na te denken over de planning zoals hierboven werd aangehaald.

Nadat ik overlegde met mijn collega's van zowel het hoger onderwijs als van gezondheid van de deelregeringen, stel ik in afwachting voor om de aanbevelingen op te volgen van de Planningcommissie, namelijk een verhoging van de quota voor de jaren 2014 tot 2018: 1025 voor 2014 en 1230 van 2015 tot 2018.

De quota van de huisartsen zou van 300 naar 360 minimum per jaar gebracht worden. De bevorderende maatregelen (minimum quota) zouden behouden blijven voor bepaalde specialismen (kinderpsychiatrie, acute en urgentiegeneeskunde, inwendige geneeskunde) en tegelijk zal men bestuderen of het nuttig is ze uit te breiden tot andere (klinische biologie, geriatrie,...). De Commissie stelt gelijktijdig een «vereffening» voor van de overtollige studenten, door de universiteiten te organiseren tussen 2008 en 2018. Die zouden op deze manier eveneens een RIZIV-nummer kunnen verkrijgen en het aangekondigde tekort in bepaalde sectoren en bepaalde zones kunnen verminderen (gelijktijdig genomen en te nemen maatregelen: Impulseo 1 en 2, minimumquota,...), zonder momenteel aan de contingentering te raken.

Dit alles zou kunnen verbeterd en verfijnd worden door het kadastrer van geneesheren.

9. GENEESMIDDELENBELEID

Het budget voor geneesmiddelen bedraagt bijna 18% van het budget van de geneeskundige verzorging.

Tussen 2003 en 2008 is die sector geherfinancierd voor een bedrag van bijna 1 miljard euro waardoor de begroting een stijging kende van 2,5 miljard euro tot ongeveer 3,5 miljard euro (Begroting 2003: 2,541 miljoen euro – Begroting 2008: 3,493 miljoen € zonder de kleine risico's).

Door die herfinanciering konden nieuwe innoverende behandelingen, in het bijzonder tegen verschillende soorten kanker, worden terugbetaald.

Tussen 2004 en 2007 is het aandeel van de minder dure geneesmiddelen gestegen van 18% van het totaal in apotheken afgeleverde tabletten naar 45%.

Dankzij die druk op de prijzen konden twee belangrijke doelen worden bereikt. Enerzijds zijn de uitgaven van het Riziv onder controle gebleven. Anderzijds zijn

cours de réalisation facilitera dès 2009 la réflexion sur la planification comme évoqué ci-dessus.

En attendant, après m'être concertée avec mes collègues tant de l'Enseignement supérieur que de la Santé des gouvernements communautaires, je me propose de suivre les recommandations de la commission de planification à savoir un rehaussement des quotas pour les années 2014 à 2018: 1025 pour 2014 et 1230 de 2015 à 2018.

Le quota de généralistes monterait de 300 à 360 / an minimum. On maintiendrait des mesures favorisantes (quotas minimaux) pour certaines spécialités (pédopsychiatrie, médecine aigue et d'urgence, internistes généraux) tout en étudiant l'intérêt de les étendre à d'autres (biologie clinique, gériatrie...). Parallèlement la commission propose un «lissage» des étudiants excédentaires à organiser par les universités entre 2008 et 2018. Ceux-ci pourront ainsi obtenir également un numéro INAMI et réduire la pénurie annoncée dans certains secteurs et certaines zones (mesures parallèles prises et à prendre: Impulseo 1 et 2, quotas minimaux,...) sans toucher pour l'instant au contingentement.

Le tout pourra être corrigé et affiné par le cadastre des médecins.

9. POLITIQUE DES MÉDICAMENTS

Le budget des médicaments représente près de 18% du budget des soins de santé.

Entre 2003 et 2008, ce secteur a fait l'objet d'un refinancement à concurrence de pratiquement 1 milliard d'euros, le budget passant de 2,5 milliards à pratiquement 3,5 milliards d'euros (Budget 2003: 2,541 millions euros – Budget 2008: 3,493 millions € sans les petits risques).

Ce refinancement a permis de rembourser de nouveaux traitements innovants, particulièrement pour différents types de cancers.

Entre 2004 et 2007, les médicaments moins chers sont passés de 18% du total des comprimés délivrés dans les pharmacies à 45%.

Grâce à cette pression sur les prix, deux objectifs majeurs ont pu être atteints. D'une part, les dépenses INAMI sont restées sous contrôle. Ensuite, les anciens

de oude geneesmiddelen die een meerkost betekenden voor de patiënt, en dit uitsluitend door het beleid van vaststelling van de prijzen van de farmaceutische firma, sterk afgangen. De geneesmiddelen die voor een meerkost bij de patiënt zorgden, vertegenwoordigden bijna de helft van het volume in 2004 en zijn nu gedaald tot 16% van de hoeveelheid oude geneesmiddelen. Die meerkost blijft onaanvaardbaar maar de daling ervan is toch opmerkelijk.

De ruimte die vrijkwam door het gebruik van minder dure geneesmiddelen kon worden geherinvesteerd in de terugbetaling van nieuwe, bijzonder dure geneesmiddelen (met behandelingen die per persoon tot 25.000 euro per jaar bedragen).

De eerste doelstelling moet blijven om de toegang tot therapeutische innovaties open te stellen voor alle patiënten die er behoeft aan hebben en dus de financiële ruimte die nodig is om hieraan te beantwoorden, te behouden.

Daartoe moeten nog twee zwarte punten worden aangepakt die zwaar wegen op de uitgaven voor geneesmiddelen: de hoeveelheid gebruikte geneesmiddelen en het gebruik van nieuwe geneesmiddelen wanneer dit vanuit wetenschappelijk oogpunt niet noodzakelijk is.

Om die 2 problemen te bekampen, waren zeer strenge maatregelen genomen zoals de inschrijving van het geneesmiddel in een hoofdstuk IV dat het voorafgaande akkoord van de adviserend geneesheer vereist. Het is duidelijk dat de administratieve last van die maatregel niet langer aanvaardbaar is. Onlangs zorgde hoofdstuk II al voor meer soepelheid maar het gebruik ervan moet nog worden verbeterd.

In overeenstemming met de regeringsverklaring wil ik mijn beleid van volume- en uitgavenbeheersing dus op 3 pijlers laten steunen (dat sluit andere maatregelen niet uit):

1) De aanmoediging van een nog rationeler voorschrijfgedrag:

Elk jaar gebruiken de Belgen 5% meer tabletten. In 10 jaar tijd zijn 60% meer tabletten ingenomen. Sommige klassen van geneesmiddelen zoals de antidepressiva kennen een belangrijke toename waarvan de oorzaken en de eventuele correctiebehoeften moeten worden onderzocht.

Anderzijds moet men, rekening houdende met de therapeutische vrijheid van de geneesheer, ervoor zorgen dat de nieuwe en dure geneesmiddelen niet worden voorgeschreven als dit niet medisch verantwoord is. De

médicaments qui présentaient un surcoût pour le patient dû uniquement à la politique de fixation de prix de la firme pharmaceutique ont très fortement diminué. Les médicaments avec surcoût patient représentaient près de la moitié du volume en 2004 et sont descendus aujourd'hui à 16% du volume des vieux médicaments. Ce surcoût reste inacceptable mais sa diminution est cependant appréciable.

La marge dégagée par la consommation de médicaments moins chers a pu être réinvestie dans le remboursement de nouveaux médicaments particulièrement chers (avec des traitements par personne allant jusqu'à 25.000 euros par an).

L'objectif premier doit rester de donner accès aux innovations thérapeutiques à tous les patients qui en ont besoin et donc de conserver la marge financière nécessaire pour y arriver.

Pour ce faire, il reste deux points noirs qui grèvent de manière importante les dépenses de médicaments: le volume de médicaments consommés et la consommation de médicaments nouveaux lorsqu'elle n'est pas scientifiquement nécessaire.

Afin de limiter ces 2 problèmes, des mesures très rigides comme l'inscription du médicament dans une chapitre IV qui demande un accord préalable du médecin-conseil avaient été mises en place. Il est clair que la lourdeur administrative de ce genre d'outil n'est plus acceptable. Plus récemment le chapitre II a déjà permis une plus grande souplesse mais son utilisation devra encore être améliorée.

En accord avec la déclaration gouvernementale, je compte donc baser ma politique de maîtrise du volume et des coûts sur 3 axes (ceci n'excluant pas d'autres mesures):

1) L'encouragement d'une prescription encore plus rationnelle:

Chaque année, les Belges consomment 5% de comprimés en plus. En 10 ans, c'est 60% de comprimés en plus qui ont été pris. Certaines classes comme les anti-dépresseurs connaissent des taux de croissance importants dont il faut analyser les causes et les besoins éventuels de correction.

D'autre part, dans le respect de la liberté thérapeutique du médecin, il faut s'assurer que les médicaments nouveaux et chers ne sont pas prescrits lorsque cela ne se justifie pas médicalement. Les quotas de prescription

voorschrijfquota voor mindere dure geneesmiddelen die sedert 2006 zijn ingevoerd, hebben onmiskenbaar een duidelijk effect gehad op de hoeveelheid voorschriften van minder dure geneesmiddelen die nu, zoals hierboven is vermeld, bijna 45% uitmaken van de voorschriften.

Men ziet dus dat die maatregel een krachtig middel is en dat een herziening moet worden overwogen.

Verder wens ik ook de prijs van de oude geneesmiddelen nog verder te laten dalen. Verminderd remgeld kan worden overwogen als de doeltreffendheid van het geneesmiddel is aangetoond. De dalingen van het remgeld hebben in het verleden immers niet echt tot een wijziging in het voorschrijfgedrag geleid.

De prijsdalingen met 30% daarentegen die thans worden geëist als er een generisch geneesmiddel op de markt komt, lijken me in sommige situaties duidelijk ontoereikend. De ervaring leert dat de firma's voor grote klassen geneesmiddelen (die dus interessant zijn op de markt) probleemloos vrijwillige prijsdalingen hebben goedgekeurd tot 70% of meer van de lanceerprijs.

De aanbesteding volgens het «kiwi» model is een van de middelen om die doelstelling te bereiken. Dat middel moet in ieder geval worden geëvalueerd en eventueel herzien, maar het model heeft zeker zijn nut bewezen.

2) De betrokkenheid van de apotheker als geneesmiddelenexpert:

De hervorming van de rol van de apotheker die mijn voorganger heeft aangevat, en die het begrip «farmaceutische verzorging» verleend door de apotheker aan de patiënten heeft ingevoerd, zal worden voortgezet zowel op het vlak van de preventieve en adviserende rol tegenover de patiënt als op het vlak van het gebruik van minder dure geneesmiddelen.

Er zullen duidelijke regels worden vastgesteld met betrekking tot de adviserende rol, met name op het vlak van de preventie van wisselwerkingen tussen geneesmiddelen die in sommige gevallen tot ziekenhuisopname leiden.

De rol van de apotheker bij de opvolging van de kostprijs voor de patiënten van de (niet-)terugbetaalde geneesmiddelen zal flink worden versterkt. De registratie van de gegevens m.b.t. de volledige medicatie van een patiënt in Farmanet alsook de financiële stimulans om in het kader van het VOS de minst dure geneesmiddelen af te leveren, zal mogelijk zijn en dit met eerbetreden voor het belang van de patiënt (met name op het vlak van de continuïteit van de behandeling).

de médicaments moins chers instaurés depuis 2006 ont de manière indéniable eu un effet marqué sur le volume de prescription des médicaments moins chers, qui atteignent aujourd'hui, comme précisé plus haut, près de 45% des prescriptions.

On voit donc que cette mesure est un levier puissant et il faudra envisager de la revoir.

Parallèlement, je compte faire baisser encore plus le prix des anciens médicaments. Un ticket modérateur réduit peut être envisagé si son efficacité est démontrée. Les baisses de ticket modérateur par le passé n'ont en effet pas vraiment entraîné de changement de comportement de prescription.

Par contre, les baisses de prix de 30% exigées actuellement lors de l'arrivée d'un générique me paraissent dans certaines situations clairement insuffisantes. L'expérience montre que dans les grandes classes de médicaments (offrant donc un marché intéressant), des baisses de prix volontaires ont été consenties par les firmes sans problème jusqu'à 70% ou plus du prix de départ.

L'outil d'appel d'offre «kiwi» est un des moyens d'atteindre cet objectif. Il devra en tout état de cause être évalué et éventuellement revu, mais son utilisation a démontré toute son efficacité.

2) L'implication du pharmacien en tant qu'expert du médicament:

La réforme du rôle du pharmacien entamée par mon prédécesseur et qui a introduit la notion de «soins pharmaceutiques» donnés par le pharmacien aux patients sera poursuivie tant au niveau du rôle de prévention et de conseil au patient qu'au niveau de la consommation de médicaments moins chers.

Des règles claires seront prises quant au rôle de conseil notamment pour la prévention d'interactions entre les médicaments menant dans certains cas à l'hospitalisation.

Le rôle du pharmacien dans le suivi du coût pour les patients des médicaments remboursés ou non sera fortement renforcé. L'enregistrement des données de l'ensemble de la médication d'un patient dans Pharamanet ainsi que l'encouragement financier à délivrer les médicaments les moins chers dans le cadre de la DCI seront permises, dans le respect de l'intérêt du patient (notamment au niveau de la continuité du traitement).

3) Aanmoedigen van het verstrekken van objectieve informatie:

In het verlengde van de wet betreffende de strijd tegen de overdreven promotie door farmaceutische firma's waarmee een goedkeuringssysteem voor de wetenschappelijke congressen is ingevoerd, is in het regeerakkoord bepaald dat de medisch afgevaardigden bij de voorstelling van een nieuw geneesmiddel de zorgverleners informatie moeten verschaffen over:

- de kostprijs voor de maatschappij en de patiënt van de nieuwe geneesmiddelen en de oude alternatieven;
- de resultaten van alle studies over de therapeutische klasse, zowel de studies die gunstig zijn voor hun molecule als die welke ongunstig zijn.

Om ervoor te zorgen dat die verplichting wordt nagekomen, zou er voor de documenten van de medisch afgevaardigden een goedkeuringssysteem moeten komen zoals dat reeds bestaat voor de congressen, en dit in nauwe samenwerking met het deontologisch platform Mdéon.

10. DE DRINGENDE GENEESKUNDIGE HULPVERLENING

De dringende geneeskundige hulpverlening is een van de prioriteiten van het gezondheidsbeleid van deze regering en het prioritaire karakter ervan komt, wat het budget 2008 betreft, tot uiting door een verhoging met 20% van het budget van de afdeling Incidenten- en Crisisbeheer, dat van 10,481 miljoen euro stijgt tot 12,574 miljoen euro.

10.1. Dispatching

De laatste jaren is het bewustzijn gegroeid dat er absolute noodzaak is aan een verbetering van de dispatching van de middelen van de dringende geneeskundige hulpverlening en de medische bewaking. Van deze eerste schakel in de hulpverleningsketen, die ook de eerste geneeskundige handeling is, hangt het volledige welslagen van de hulpverlening af. Krachtens de programmawet van juli 2004 werden het agentschap 112 en de gespecialiseerde medische dispatching opgericht.

Er werd intensief en multidisciplinair samengewerkt met vertegenwoordigers van de Politie en de Civiele veiligheid, wat uitmondde in een akkoord over een gemeenschappelijke visie.

3) Promouvoir une information objective:

Dans le prolongement de la loi de lutte contre la promotion excessive des firmes pharmaceutiques qui a instauré un système de visa pour les congrès scientifiques, l'accord de gouvernement prévoit d'obliger les délégués médicaux dans le cadre de la présentation d'un médicament nouveau à informer les prestataires:

- sur le coût pour la société et le patient des médicaments nouveaux et des alternatives anciennes;
- sur les résultats de toutes les études concernant la classe thérapeutique, tant celles favorisant leur molécule que celles la dévalorisant.

Afin de garantir le respect de cette obligation, un système de visa pour les documents présentés par les délégués médicaux tel que celui appliqué aujourd'hui pour les congrès devrait être mis en place en étroite collaboration avec la plateforme déontologique Mdéon.

10. AIDE MÉDICALE URGENTE

L'aide médicale urgente est une des priorités de la politique de santé qui sera mise en œuvre dans le cadre de ce gouvernement et cette priorité se traduit dans le budget 2008 par une augmentation de 20% du budget de la division Gestion d'Incidents et de Crises (soit de 10,481 millions d'euros à 12,574 millions d'euros).

10.1. Dispatching

Au cours des dernières années, une prise de conscience a eu lieu sur le besoin essentiel d'améliorer le dispatching des moyens de l'Aide médicale urgente et de la Vigilance sanitaire. Ce premier maillon de la chaîne des secours, qui constitue aussi le premier acte médical, conditionne toute la réussite des secours. La Loi-programme de juillet 2004 a créé l'agence 112 et le dispatching médical spécialisé.

Les travaux intensifs et multidisciplinaires ont eu lieu avec les représentants de la Police et de la Sécurité civile, menant à un accord sur une vision commune.

Deze visie moet dus in de praktijk worden toegepast door:

– verder te werken aan de uitbouw van de medische dispatching, onder meer door de uitgave van de nieuwe versie van de gids voor de medische regulatie die het mogelijk maakt de kwaliteit van het beantwoorden van de noodoproepen door de aangestelden van de 100 te verbeteren, en door de actoren van de huisartsengeneeskunde te betrekken bij de dispatching van de dringende hulpverlening.

– het agentschap 112 operationeel te maken door het creëren van structuren voor het beheer en de administratie, maar ook door het organiseren van de respectieve behandeling van de oproepen tot de politie of de oproepen tot de brandweer of de medische diensten zoals bepaald in de Programmawet.

– Gebruik te maken van de informatiesystemen (CAD ASTRID) die nodig zijn voor een gemoderniseerde werking, onder meer de interface voor een intelligente oproepbehandeling.

10.2. Organisatie en uitrusting

In 2006 werden projecten gelanceerd die essentieel zijn voor een nieuwe organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening:

PIT-project (Paramedisch Interventieteam), hetzij het inschakelen, net zoals in verschillende partnerlanden (NL, USA, GB,...) van interventieteams die draaien rond een verpleegkundige diehouder is van de bijzondere beroepstitel intensieve zorg en spoedgevallenborg en die handelt op basis van standing orders onder de verantwoordelijkheid van de spoedarts – diensthoofd. Dit team, met als uitvalsbasis een ziekenhuis, biedt een oplossing tussen de MUG en de gewone ambulance en blijkt, volgens de eerste resultaten, zeer efficiënt voor het uitbouwen van de dringende hulpverlening in de Belgische context tegen een beperkte kostprijs. Het excessieve gebruik van de MUG moet dus worden beperkt (vooral gezien het tekort aan spoedartsen) en de kwaliteit van de interventie met de ambulance moet in heel wat gevallen beter zijn.

Het PIT is tevens een medisch-technologisch platform voor de toekomst.

Sinds 2007 zijn 10 PIT-projecten operationeel. Deze projecten worden voortgezet en er zal ook meer geïnvesteerd worden in de contacten tussen het PIT en de referentiearts.

Gelijklopend hiermee is een programmering van de inzetbare middelen essentieel, samen met de vastlegging van criteria voor de erkenning van de ambulancediensten. In dit kader en in dat van de hervorming van

Il y a donc lieu de mettre celle-ci en œuvre en:

– Poursuivant la création du dispatching médical, notamment en éditant la nouvelle version du guide de la régulation médicale qui permet d'améliorer la qualité de la prise d'appels à l'aide par les Préposés 100, et en intégrant les acteurs de la médecine générale au dispatching de l'urgence.

– Opérationnalisation de l'agence 112 par la mise en place de sa structure de management et de sa structure administrative, mais aussi en organisant la prise en charge respective des appels policiers et des appels pour les services incendies et médicaux telle que définie dans les articles 205 et 206 de la Loi-programme.

– Rendant effectifs les systèmes d'information (CAD ASTRID) nécessaire à un fonctionnement moderne, et notamment en mettant en œuvre l'interface de prise d'appel intelligente.

10.2. Organisation et équipement

En 2006 ont été lancés des projets essentiels pour une nouvelle organisation de l'Aide médicale urgente:

Projet PIT (*Paramedical Intervention Team*), soit la mise en œuvre comme dans divers pays partenaires (NL, USA, GB,...) d'équipes d'intervention centrées autour d'un infirmier porteur du titre particulier en soins intensifs et soins d'urgence, agissant sur base d'ordres permanents sous la responsabilité du médecin urgentiste chef de service. Cette équipe, basée en hôpital offre une réponse située entre le SMUR et l'ambulance traditionnelle qui s'avère selon les premiers résultats très pertinente dans le paysage belge pour une médicalisation précoce efficace à coût réduit. L'usage excessif du SMUR doit donc être réduit (vu également la pénurie de médecin urgentistes), et la qualité de l'intervention par rapport à l'ambulance se voir dans de nombreux cas relevée.

Le PIT est également une plateforme technologique-médicale pour demain.

Depuis 2007, 10 projets PIT sont opérationnels. Ces projets seront poursuivis et on investira plus avant dans la connexion entre le PIT et le médecin référent.

Parallèlement, une programmation des moyens ambulanciers est essentielle, ainsi que la fixation des critères d'agrément des services ambulanciers. Dans ce cadre et dans celui de la réforme de la sécurité civile, les

de civiele veiligheid, moeten de opdrachten op het vlak van de volksgezondheid die worden uitgevoerd door de brandweerdiensten een nieuwe en duurzame plaats krijgen binnen deze visie.

De projecten voor het registreren van de interventies, SMUREG, PITREG en AMBUREG moeten het mogelijk maken om in 2008 aan de overheid meer duidelijkheid te verschaffen over de reële werking van de DGH. De definitieve uitwerking van de UREG-registratie, in 2009, zal het registratiesysteem vervolledigen en een grotere reactivering van de gezondheidsbewaking mogelijk maken.

Het invoeren van de radiosystemen ASTRID moet af zijn tegen eind 2008. Dit betekent niet alleen dat de interventiemiddelen moeten uitgerust zijn, maar ook de 100 centrales in afwachting van een definitieve oplossing in het kader van de Astrid CAD technologie die, met de steun van volksgezondheid, door Binnenlandse Zaken wordt geïnstalleerd.

10.3. Competenties

De competenties die in België worden vereist van de hulpverleners – ambulanciers behoren tot de laagste van Europa. Er zullen maatregelen moeten worden getroffen, geïntegreerd in een nieuwe visie op organisatie, om dit competentieniveau redelijkerwijs op te vijzelen.

Voor de herziening van het programma en de certificatiemethodes van de opleidingscentra voor hulpverleners – ambulanciers, waarvoor er reeds een positief advies kwam vanwege de Nationale Raad voor Dringende geneeskundige Hulpverlening, zal zo spoedig mogelijk een wettelijke basis worden voorgesteld. De aandacht zal hierbij ook uitgaan naar internationale benchmarking.

11. GRIEP/INFLUENZAPANDEMIE

Een paar keer per eeuw krijgen we te kampen met de komst van een nieuw griepvirus dat zich op een korte periode over de ganse wereld kan verspreiden: een pandemie. De Belgische overheid investeerde, vanaf eind 2005, in de opmaak van een operationeel plan voor het beheer van een grieppandemie in ons land.

Een ernstige pandemie zou op ongeveer 3-4 maanden tijd 20-30% van de bevolking kunnen ziek maken (voor ongeveer 10-14 dagen). Wanneer we geconfronteerd worden met een pandemie zal het beleid in ons land idealiter steunen op zowel antivirale middelen (curatief: om zieke mensen te behandelen) als vaccinatie (preventief: om te voorkomen dat mensen ziek worden).

missions de santé publique effectuées par les services d'incendie doivent trouver une place nouvelle et durable dans cette vision.

Les projets d'enregistrement de l'activité, SMUREG, PITREG et AMBUREG doivent permettre en 2008 d'éclairer l'autorité sur le fonctionnement réel de l'AMU. La finalisation de l'enregistrement UREG, en 2009, complétera ces enregistrements et permettra une plus grande réactivité de la veille sanitaire.

La mise en œuvre des systèmes radio ASTRID doit être achevée pour fin 2008. Cela signifie non seulement l'équipement des moyens d'intervention, mais aussi des centrales 100 en attendant une solution définitive dans le cadre du CAD Astrid mis en place avec le soutien de la Santé publique par le SPF Intérieur.

10.3. Compétences

Les compétences exigées des secouristes-ambulanciers en Belgique sont parmi les plus faibles d'Europe. Une action, intégrée dans une nouvelle vision de l'organisation, doit être menée pour relever raisonnablement ce niveau de compétence.

La refonte du programme et des méthodes certifiantes des écoles de secouristes-ambulancier, qui a déjà reçu un avis positif du Conseil national des Secours médicaux urgents, verra une base légale être proposée au plus tôt. L'attention sera aussi portée au benchmarking international.

11. PANDÉMIE DE GRIPPE /INFLUENZA

Quelquefois par siècle nous sommes confrontés à l'apparition d'un nouveau virus de la grippe qui se propage en peu de temps au monde entier: une pandémie. Les pouvoirs publics belges ont investi dès la fin 2005 dans la confection d'un plan opérationnel pour la gestion d'une pandémie de grippe dans notre pays.

Une pandémie grave pourrait affecter en 3 à 4 mois entre 20 et 30% de la population (pendant environ 10 à 14 jours). En cas de pandémie, les autorités politiques nationales s'appuieront idéalement à la fois sur les antiviraux (dans une optique curative: traiter les personnes malades) et sur la vaccination (dans une optique préventive: éviter que des personnes ne tombent malades).

Op dit moment beschikt ons land al over een voorraad antivirale middelen om ongeveer 30% van de bevolking te behandelen.

We hebben er in het verleden voor gekozen om de eerste-generatie pandemische influenzavaccins (die van mindere kwaliteit waren) niet aan te kopen. Dit was een goede beslissing. Sinds dit jaar zijn er state-of-the-art effectieve pandemische influenzavaccins beschikbaar. Er is daarom nu een budget vrijgemaakt om genoeg prepandemisch vaccin aan te kopen om de gehele Belgische bevolking een eerste dosis te kunnen verstrekken, ook wordt er al een bestelling geplaatst om zo snel mogelijk een tweede dosis pandemisch vaccin voor de hele bevolking geleverd te krijgen. Voor de bevolking van ons land gaat dit over een investering van ongeveer 157,5 miljoen Euro over een periode van 9 jaar.

12. MILIEU EN GEZONDHEID

In het kader van een geïntegreerd en transversaal beleid uitgewerkt met mijn collega bevoegd voor Leefmilieu, zal ik streven naar de realisatie van de strategische doelstelling van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, die erop gericht is om de gezondheid en het leefmilieu tegelijk te verbeteren.

De andere federale departementen zullen worden gesensibiliseerd voor dit thema via informatievergaderingen en een seminar om het concept «*Health in all policies*» te promoten, dat via impactstudies streeft naar het verminderen van de nefaste effecten die andere beleidslijnen hebben op de gezondheid van onze medeburgers.

Bijzondere aandacht zal ook worden besteed aan de uitvoering van fase 2008/2013 van het NEHAP (Nationaal Actieplan Milieu en Gezondheid) en aan de problematiek van de aanpassing aan de klimaatsverandering vanuit gezondheidsoogpunt. In dit kader citeer ik de ontwikkeling van projecten waarbij ademhalingsproblemen en de omgevingsfactoren die mogelijk aan hun basis liggen behandeld zullen worden.

13. NUTRITIONEEL BELEID

13.1. Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan

Het is noodzakelijk dat het project «National Voedings- en Gezondheidsplan», dat tot 2010 loopt, verder geconcretiseerd en uitgevoerd wordt. Dit plan heeft tot doel de gezondheid van de Belgische bevolking te verbeteren door de voedingsgewoonten en het niveau

Actuellement, notre pays dispose d'ores et déjà d'un stock d'antiviraux pour traiter environ 30% de la population.

Nous avons dans le passé choisi de ne pas faire l'acquisition de vaccins contre l'influenza pandémique de première génération (qui étaient de moindre qualité). Ce fut une bonne décision. De tout nouveaux vaccins efficaces contre la pandémie de grippe sont disponibles depuis cette année. Un budget vient dès lors d'être dégagé pour acheter suffisamment de vaccins prépandémiques pour pouvoir administrer une première dose à toute la population belge, même si une commande vient d'être établie pour obtenir la livraison dans les meilleurs délais d'une deuxième dose de vaccins pandémiques pour toute la population belge. Pour notre population, cela représente un investissement approximatif de 157,5 millions d'euros sur une période de 9 ans.

12. SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

Dans le cadre d'une politique intégrée et transversale élaborée avec mon collègue en charge de l'Environnement, je promouvrai la mise en œuvre de l'objectif stratégique du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement visant à améliorer de manière conjointe la santé et l'environnement.

Les autres départements fédéraux seront sensibilisés à cette thématique avec l'organisation de réunions d'information d'un séminaire de promotion du concept de «*Health in all policies*» qui, à travers des études d'impact, vise à réduire les impacts négatifs des autres politiques sur la santé de nos concitoyens.

Une attention particulière sera également accordée à la mise en œuvre de la phase 2008/2013 du NEHAP (Plan National d'Action Environnement Santé) et la question de l'adaptation au changement climatique sous ses aspects santé. Dans ce cadre, il convient de citer les projets d'actions traitant des problèmes respiratoires et des facteurs environnementaux suspectés d'être à l'origine de leur apparition qui seront notamment développés.

13. POLITIQUE NUTRITIONNELLE

13.1. Plan National Nutrition et Santé

Il est nécessaire que le «Plan National Nutrition et Santé», qui est établi jusqu'en 2010, soit davantage concrétisé et exécuté. Ce plan a pour but d'améliorer la santé de la population belge en améliorant les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique. L'objectif est

van fysieke activiteit bij te sturen. Het objectief is meer specifiek de strijd tegen de steeds wijder verspreide fenomenen van obesitas, anorexie en boulemie.

Om de voedingsstatus van de kinderen en jongeren tot 15 jaar in België in kaart te brengen is het noodzakelijk dat er een nationale Voedselconsumptiepeiling wordt georganiseerd voor deze specifieke doelgroep. Verder is het belangrijk om een monitoring op te zetten om de voedingsgewoonten van de gehele Belgische bevolking en specifieke doelgroepen te kunnen opvolgen op basis van de cijfers van de eerste peiling.

Reclame speelt een grote rol in de keuze van de voeding. Dit is een sterk aandachtspunt.

Het nutritioneel beleid wordt steeds internationaler. De WGO heeft zich tot doel gesteld de algemene gezondheidstoestand van de wereldbevolking te verbeteren, onder meer via een gezonde voeding.

Ook willen we erop wijzen dat de politiek ter promotie van de borstvoeding door de moeder, meer bepaald door de invoering van het label «babyvriendelijke ziekenhuizen» verdergezet zal worden

13.2. Nutritionele en gezondheidsbeweringen

Om de voordelen van voedingsmiddelen aan te prijzen worden in de reclame voor voedingsmiddelen regelmatig voedings- en gezondheidsbeweringen gebruikt. Indien deze gebaseerd zijn op wetenschappelijk erkende gegevens, kunnen deze boodschappen nuttig zijn. Ze informeren de consument, vergemakkelijken het voldoen aan de nutritionele behoeften van één of meerdere nutriënten of vestigen de aandacht op het verband tussen de voeding en de gezondheid. In sommige gevallen kunnen dergelijke boodschappen echter de globale nutritionele waarde van de voedingsmiddelen verbergen en leiden tot een onevenwichtig dieet (bvb te veel suiker of vet).

Bijgevolg werd het noodzakelijk om het gebruik van dergelijke beweringen te omkaderen. Hiervoor werd de verordening 1924/2006 – die van toepassing is sinds juli 2007 – goedgekeurd.

Lijsten van toegelaten gezondheidsbeweringen alsook de voedingsprofielen die moeten gerespecteerd worden voor het dragen van een gezondheidsbewering zullen tijdens de komende jaren vastgelegd worden.

De herziening van de reglementering in verband met de etikettering van voedingsmiddelen en de nutritionele etikettering zullen ook op Europees niveau besproken en afgerond worden.

en particulier de lutter contre les phénomènes de plus en plus répandus d'obésité, d'anorexie et de boulimie.

Afin de déterminer le profil alimentaire des enfants et des jeunes de moins de 15 ans, il est nécessaire d'organiser une enquête nationale sur ces groupes-cibles spécifiques. Il est aussi important d'instaurer un plan de surveillance afin de pouvoir suivre l'évolution du profil alimentaire de toute la population belge et des groupes-cibles spécifiques sur base des chiffres de la première enquête.

La publicité joue un rôle important dans le choix des aliments. C'est un aspect qui doit être fortement présent à l'esprit.

La politique nutritionnelle devient de plus en plus internationale. L'OMS vise l'amélioration de l'état de santé général de la population mondiale, notamment via une alimentation saine.

Relevons également que la politique de promotion de l'allaitement maternel, notamment par l'octroi du label «hôpital ami des bébés» (IHAB), sera poursuivie.

13.2. Allégations nutritionnelles et de santé

La publicité pour les denrées alimentaires fait régulièrement usage d'allégations nutritionnelles et de santé pour en vanter les mérites. S'ils reposent sur des données scientifiquement reconnues, ces messages peuvent s'avérer utiles pour informer les consommateurs et ainsi faciliter la couverture nutritionnelle en un ou plusieurs nutriments ou attirer l'attention sur les relations entre l'alimentation et la santé. Dans certains cas cependant, de tels message peuvent masquer le statut nutritionnel global des aliments et mener à un régime non équilibré (trop de sucres et de matière grasse par exemple).

Il était par conséquent devenu nécessaire d'encadrer l'utilisation de telles allégations. Le règlement 1924/2006 – entré en application en juillet 2007 – a été adopté dans ce but.

Les prochaines années verront l'adoption de listes d'allégations de santé autorisées ainsi que des profils nutritionnels que les denrées alimentaires portant de telles allégations devront respecter.

Par ailleurs, la révision de la réglementation sur l'étiquetage des denrées alimentaires et l'étiquetage nutritionnel au niveau européen devra être discutée et clôturée.

14. BESTRIJDING VAN DE VERSLAVINGEN

14.1 Tabak

In de bestrijding van het tabaksgebruik zal het rookverbod op openbare plaatsen en in de horeca worden geëvalueerd zoals aangekondigd tijdens de lancering van het Kankerplan, waarbij de wetgeving die tabaksgebruik verbiedt op openbare plaatsen zal worden geëvalueerd eer ze wordt uitgebreid tot de cafés. Deze evaluatie zal plaatsvinden in het Parlement in samenwerking met een reeks verenigingen die zich inzetten tegen de bestrijding van het tabaksgebruik, maar ook met de horecasector. Het is immers nodig om het rookgedrag te blijven ontmoedigen en dit eerst en vooral bij de jongeren. Deze evaluatie zal ook rekening moeten houden met de be vindingen in het kader van de controle van het respecteren van de wetgeving, met name:

- de complexiteit van de controle op het respecteren van het rookverbod in horecazaken (bestaan van grijze zones in de regelgeving zoals overdekte terrassen en sportcentra)
- Het niet correct respecteren van het verbod op sponsoring van evenementen (zomerfestival, ...)

We gaan echter door met het verhogen van het aantal controles en zullen aan de inspectie de nodige middelen verstrekken om deze uit te voeren.

Het samenwerkingsakkoord in het kader van het Fonds ter Bestrijding van het Tabaksgebruik moet worden toegepast en in de komende maanden zullen er in samenwerking met de Gemeenschappen en de Gewesten maatregelen worden genomen om een groot schalige, nationale informatiecampagne op te zetten die meer specifiek gericht is op de jongeren en sociaal kwetsbare personen.

Het gedeelte «antitabak» van het Fonds ter Bestrijding van Verslavingen moet nog meer worden gebruikt om dit beleid te ondersteunen. Elk jaar gaat 2 van de 5 miljoen euro waarover het Fonds ter Bestrijding van Verslavingen globaal gezien beschikt naar initiatieven ter bestrijding van tabaksgebruik. Die inspanningen worden voortgezet.

In het kader van het Kankerplan zullen er andere initiatieven worden genomen:

- verbeterde terugbetaling van de consultaties bij een tabacoloog met het oog op het stoppen met roken (met bijzondere aandacht voor zwangere vrouwen).
- Verhoging van de controles met als doel de tabaks wetgeving na te leven.

14. LUTTE CONTRE LES ASSUÉTUDES

14.1 Tabac

Dans la lutte contre le tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'Horeca sera évaluée. Comme annoncé lors du lancement du Plan cancer, la législation interdisant le tabagisme dans les lieux publics fera l'objet d'une évaluation avant son éventuel élargissement aux cafés. Cette évaluation se fera au sein du Parlement, en collaboration avec les associations liées à la lutte contre le tabagisme mais aussi avec le secteur Horeca. Il est en effet nécessaire de continuer à décourager le comportement tabagique et ce, tout particulièrement chez les jeunes. Cette évaluation devra également tenir compte des constats posés dans le cadre des contrôles relatifs au respect de la législation, à savoir:

- la complexité du contrôle du respect de l'interdiction de fumer dans l'Horeca (existence de zones grises dans la réglementation comme les terrasses couvertes ou les centres sportifs)
- Les contournements par rapport à l'interdiction de faire du sponsoring d'événements (festival d'été, ...)

Nous continuons par ailleurs à augmenter ces contrôles et nous donnerons à l'inspection les moyens de les effectuer.

L'accord de coopération dans le cadre du fonds de la lutte contre la consommation de tabac doit être appliqué et dans les mois à venir, en collaboration avec les Communautés et Régions, des mesures seront prises en vue de mettre en place une campagne nationale d'information de grande envergure ciblant plus spécifiquement les jeunes et les personnes socialement vulnérables.

Le volet «antitabac» du fonds de lutte contre les assuétudes doit être encore plus utilisé pour soutenir cette politique. Chaque année, 2 millions € -des 5 millions de ressource dont dispose globalement le fonds de lutte contre les assuétudes- sont consacrés à des initiatives de lutte contre la consommation de tabac. Nous continuerons à œuvrer en ce sens.

Dans le cadre du Plan Cancer, d'autres initiatives seront prises:

- améliorations du remboursement des consultations auprès d'un tabacologue en vue d'un sevrage tabagique (avec une attention particulière pour les femmes enceintes).
- Augmentation des contrôles visant au respect de la législation tabac.

14.2. Alcohol

Aangezien de problematiek van de bestrijding van het alcoholmisbruik tot de bevoegdheid van verschillende overheden behoort, moet erop worden toegezien dat dit beleid op een gecoördineerde en geïntegreerde manier wordt gevoerd. Hier toe zullen tijdens de volgende interministeriële conferentie die in juni zal plaatsvinden concrete maatregelen op het vlak van alcohol worden voorgesteld. De nadruk zal in het bijzonder worden gelegd op de jongeren die een risicogroep vormen.

14.3. Andere verslavingen

De eerste pijler van een drugsbeleid moet erin bestaan zo volledig mogelijke informatie te verschaffen en bij problemen zo snel mogelijk in te grijpen. Projecten die in de vorige legislatuur werden opgestart, zullen vanzelfsprekend worden voortgezet, waaronder onder meer bijvoorbeeld:

1. De INCANT-studie = *International Cannabis Need of Treatment* zal opnieuw worden gefinancierd. Dit proefproject ontwikkelt een behandelingsprogramma voor jonge problematische cannabisgebruikers en wordt gevoerd in samenwerking met andere Europese landen.

2. het proefproject met als doel in twee psychiatrische ziekenhuizen de geïntegreerde behandeling van personen met een dubbele diagnose te testen, met name de combinatie van een psychotische stoornis en een problematiek betreffende de consumptie van producten.

3. het proefproject inzake de opening van een centrum voor het verstrekken, onder medisch toezicht, van diacetylmorfine in Luik in samenwerking met de stad, de gerechtelijke overheden en de Universiteit. Dit centrum zou waarschijnlijk in september 2008 zijn deuren openen. Het gaat om een eerste ervaring in België.

4. Een toename van de middelen die aan de sector worden verleend via overeenkomsten gesloten met hulpverleningscentra voor drugverslaafden.

15. FOLLOW-UP VAN DE WET VAN 28 MEI BETREFFENDE DE EUTHANASIE

Hiervoor zullen de herhaalde aanbevelingen van de Federale Controle- en Evaluatie Commissie Euthanasie worden opgevolgd en zal er een geactualiseerde en geïnformatiseerde registratie van de wilsverklaringen inzake euthanasie vanaf september 2008 operationeel worden gemaakt.

Bovendien wens ik mijn Gemeenschapscollega's binnenkort ook te vatten met de aanbeveling van de Commissie – ik citeer – «in het medische studieprogramma een opleiding voorzien die toekomstige artsen

14.2. Alcool

Etant donné que la problématique de la lutte contre les abus d'alcool touche aux compétences de nombreuses autorités, il faudra veiller à ce que cette politique soit menée de manière intégrée et coordonnée. Pour ce faire, lors de la prochaine conférence interministérielle santé qui aura lieu en juin prochain, des mesures concrètes en matière d'alcool seront proposées. L'accent sera mis en particulier sur les jeunes qui constituent un groupe à risques

14.3. Autres assuétudes

Le premier pilier d'une politique en matière de drogues doit consister à offrir une information la plus complète possible et à intervenir rapidement en cas de problèmes. Des projets initiés sous la précédente législature seront bien évidemment poursuivis dont notamment à titre d'exemple:

1. L'étude INCANT = *International Cannabis Need of Treatment* sera à nouveau financée. Ce projet pilote développe un programme de traitement pour les jeunes consommateurs problématiques de cannabis et se fait en collaboration avec d'autres pays européens.

2. le projet pilote visant à tester dans deux hôpitaux psychiatriques l'accueil intégré de personnes présentant un double diagnostic, à savoir la combinaison d'un trouble psychotique et d'une problématique liée à la consommation de produits.

3. le projet pilote d'ouverture d'un centre de délivrance de diacetylmorphine sous contrôle médical à Liège en collaboration avec la Ville, les autorités judiciaires et l'Université. Ce centre devrait ouvrir ses portes au mois de septembre 2008. Il s'agit d'une première expérience en Belgique.

4. L'augmentation des moyens affectés au secteur via les conventions conclues avec les centres d'aides aux toxicomanes.

15. SUIVI DE LA LOI DU 28 MAI 2002 RELATIVE À L'EUTHANASIE

Suivant en cela les recommandations répétées de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, un enregistrement actualisé et informatisé des déclarations anticipées d'euthanasie sera opérationnel dès septembre 2008.

Par ailleurs, je compte également saisir prochainement mes collègues des Communautés de la recommandation prescrite par la Commission – je cite – «de prévoir dans le cursus des études médicales une

voorbereidt om te kunnen omgaan met problemen rond het beheren van het levenseinde, met inbegrip van de palliatieve zorgpraktijk en de concrete uitvoering van euthanasie.»

Het volgende evaluatieverslag van de Commissie over de jaren 2006 en 2007 zou waarschijnlijk in het najaar van 2008 beschikbaar zijn. De conclusies en aanbevelingen die erin geformuleerd worden zullen al onze aandacht krijgen.

16. PESTICIDEN

16.1. Federaal reductieprogramma voor pesticiden en biociden

Dit programma beoogt zowel de pesticiden als de biociden. Deze laatste vallen onder de bevoegdheid van de Minister van Leefmilieu. De bedoeling is de risico's die voortvloeien uit het gebruik van deze producten tegen 2010 te beperken, namelijk met 25% voor de middelen gebruikt in de landbouw en met 50% voor de andere middelen.

Momenteel lopen er een 50-tal acties in het kader van het programma. Deze houden verband met risico-evaluatie, risico-reductie, communicatie en sensibilisering. In juli 2006 heeft de Commissie een voorstel van Kaderrichtlijn voor een duurzaam gebruik van gewasbeschermingsmiddelen en biociden voorgelegd aan de Raad en het Parlement. De Richtlijn zou aangenomen kunnen worden in 2008. Het zal dus eventueel ook nodig zijn het federaal reductieprogramma bij te sturen ten einde het in lijn te brengen met de Kaderrichtlijn.

17. SANITAIR BELEID DIEREN EN PLANTEN

17.1 Sanitair beleid dieren

Het vaccinatiebeleid tegen sommige epidemische dierenziekten is de jongste jaren sterk gewijzigd. De terugvergunning met uitbraken van klassieke varkenspest, mond- en klauwzeer en aviaire influenza heeft geleid tot een vernieuwde aanpak en aanpassing van de internationale en de communautaire wetgeving.

Het uiteindelijk doel is de ziekte uit te roeien en hierbij minder dieren te moeten afmaken en vernietigen dan in het verleden het geval was. Elk land moet deze strategie voorzien in de rampenplannen. Voor bepaalde vectorziekten, zoals Bluetongue, is uitroeiing in endemisch besmette gebieden onmogelijk en biedt vaccinatie de beste waarborg om de ziekte onder controle te houden.

formation préparant les futurs médecins à affronter les problèmes de la gestion de la fin de vie, y compris la pratique des soins palliatifs et la mise en œuvre concrète d'une euthanasie».

Le prochain rapport d'évaluation de la Commission portant sur les années 2006 et 2007 devrait être disponible à l'automne 2008 et nous serons bien entendus attentifs aux conclusions et recommandations qui y seront formulées.

16. PESTICIDES

16.1. Programme fédéral de réduction des pesticides et biocides

Ce programme vise aussi bien les pesticides que les biocides. Ces derniers tombent sous la compétence du Ministre de l'Environnement. L'objectif est de diminuer d'ici 2010 le risque qui découle de l'usage de ces produits, de 25% pour les usages agricoles et de 50% pour les autres usages.

Une 50aine d'actions sont actuellement en cours de réalisation dans le cadre du programme. Celles-ci concernent l'évaluation du risque, la réduction du risque, la communication et la sensibilisation. En juillet 2006, la Commission a présenté au Conseil et au Parlement un projet de Directive cadre pour une utilisation durable des pesticides et biocides. Cette Directive devrait être adoptée dans le courant de 2008. Il sera donc éventuellement nécessaire de réorienter le programme fédéral de réduction en vue de l'aligner sur la Directive cadre.

17. POLITIQUE SANITAIRE ANIMAUX ET PLANTES

17.1 Politique sanitaire des animaux

La politique de vaccination contre un certain nombre de maladies animales épidémiques a été fortement modifiée ces dernières années. L'expérience de terrain avec l'apparition de la peste porcine classique, de la fièvre aphteuse et de l'influenza aviaire a conduit vers une nouvelle approche et une adaptation de la législation internationale et communautaire.

Le but final est d'éradiquer la maladie et donc, de devoir abattre et détruire moins d'animaux comme c'était le cas dans le passé. Chaque pays doit prévoir cette stratégie dans les plans d'urgence. Pour certaines maladies vectorielles, comme la Bluetongue, l'éradication dans les territoires contaminés de manière endémique est impossible et la vaccination offre la meilleure garantie de maintenir la maladie sous contrôle.

In dit verband is het belangrijk te vermelden dat de Raad van het Sanitair Fonds op 20 december jongstleden een gunstig advies heeft gegeven voor de voorfinanciering van de aankoop van 6 miljoen doses Bluetongue vaccin.

De totale kost van dit noodvaccinatieprogramma werd berekend op 16.632.137 euro, waarvan 14.438.637 euro wordt voorgefinancierd door het Begrotingsfonds. Het verschil, ruim 2 miljoen Euros, wordt gefinancierd door de overheid buiten het Fonds. Het vaccinatieprogramma kan bovendien rekenen op een EU cofinanciering van ruim 9,3 miljoen euro.

17.2 Dierlijke bijproducten niet bestemd voor menselijke consumptie

De creatie van de wetgeving die goedkeuring geeft voor de inwerkingstelling van een systeem van erkenning, toelatingen en controles van inrichtingen die dierlijke bijproducten voor technische doeleinden manipuleren (onder andere de productie van technische gelatine, de transformatie van pluimen, wol en haren, de leerlooierijen, de taxidermie, het onderwijs en het onderzoek) verzekert enerzijds de vrijwaring van de volksgezondheid en de diergezondheid door de invloering van een tracing van de bijproducten en de controle van hun gebruik en anderzijds de bescherming van de economische belangen van de sectoren, betrokken bij de aanpassing aan de Europese vereisten inzake de productie en het transport van dierlijke bijproducten.

18. DIERENWELZIJN EN CITES

18.1. Dierenwelzijn

18.1.1. Opvang van in beslag genomen dieren

De bezorgdheid voor het welzijn van dieren is niet nieuw maar sedert geruime tijd is deze bezorgdheid toegenomen. De wetgever volgt deze trend in onze samenleving en wenst dan ook steeds strenger te reglementeren. Ook de Dienst Dierenwelzijninspectie tracht dus de wetgeving op strikte wijze te doen handhaven. Hierdoor wordt verwacht dat het aantal dieren dat in beslag zal genomen worden nog zal toenemen.

Met de diensten van mijn collega van justitie zal overleg gepleegd worden om een oplossing te vinden voor de betaling van de kosten voor de opvang van deze dieren. Mogelijke alternatieven zijn hetzij het budget voor de vergoeding van de asielcentra uitbreiden, hetzij opvangcentra onder de verantwoordelijkheid van de overheid vinden.

À ce propos, il est important de signaler que le Conseil du Fonds sanitaire du 20 décembre dernier a donné un avis favorable pour le préfinancement de l'achat de 6 millions de doses de vaccin Bluetongue.

Le coût total du ce programme de vaccination a été évalué à 16.632.137 euros, dont 14.438.637 euros sont préfinancés par le Fonds budgétaire. La différence, qui s'élève à 2 millions euros, est financée par le gouvernement hors Fonds. Le programme de vaccination peut en outre compter sur un cofinancement de l'UE d'un peu plus de 9,3 millions d'euros.

17.2 Sous produits animaux non destinés à la consommation humaine

La création de la législation permettant la mise en place d'un système d'agrément, d'autorisations, et de contrôles des établissements manipulant des sous-produits animaux à certaines fins techniques (entre autres, la production de gélatine technique, la transformation de plumes, laine et poils, les tanneries, la taxidermie, l'éducation et la recherche) permet d'une part de préserver la santé publique et la santé animale, par l'instauration d'une traçabilité des sous-produits animaux et par le contrôle de leurs utilisations, et d'autre part de protéger les intérêts économiques des secteurs concernés par l'alignement avec les exigences européennes en matière de production et de transport de sous-produits animaux.

18. BIEN-ÊTRE ANIMAL ET CITES

18.1. Bien-être animal

18.1.1. Accueil des animaux confisqués

La préoccupation pour le bien-être des animaux n'est pas un phénomène nouveau, mais a augmenté au cours du temps. Le législateur suit cette tendance de notre société et souhaite réglementer de manière toujours plus sévère. De même, le Service Inspection bien-être animal tente de faire strictement appliquer cette législation. On peut donc s'attendre à ce que le nombre d'animaux saisis augmente encore.

La question de la prise en charge des frais d'hébergement de ces animaux sera examinée avec les services de mon collègue de la justice. Une alternative sera de soit élargir sensiblement le budget destiné aux remboursements des refuges, soit trouver des centres d'accueil placés sous la responsabilité de l'autorité même.

18.1.2. Herziening erkenningsvoorwaarden voor honden- en kattenkwekerijen, dierenhandelszaken, dierenasielen en -pensions

De wijziging van de wet van 14/08/86 betreffende de bescherming en het welzijn der dieren die door het Parlement werd goedgekeurd (*BS* 04/10/2007) heeft verschillende gevolgen waarvan het belangrijkste het verbod op de verkoop van honden en kittens in winkels is. Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2009. Deze wetswijziging noodzaakt een bijsturing van de bij KB vastgelegde erkenningsvoorwaarden voor hoger vermelde inrichtingen. Deze gelegenheid zal aangegrepen worden om in de erkenningsvoorwaarden hogere eisen te stellen aan inrichtingen die een groter risico voor het welzijn en de gezondheid van de honden, kittens en overige gezelschapsdieren inhouden.

18.1.3 Proefdieren

De Dienst Dierenwelzijn heeft het koninklijk besluit van 14 november 1993 betreffende de bescherming van proefdieren herzien.

Het doel van deze herziening is een snelle aanpassing van de wettelijke regels voor de huisvesting van proefdieren met daarbij bijzondere aandacht voor de meest gebruikte soorten en voor die van de honden, kittens, fretten en apen.

Ook aan het gebruik van primaten, wordt bijzondere aandacht besteed.

18.1.4. Preventieplan tegen agressieve honden

In de periode 2003-2007 werd in overleg met de Raad voor Dierenwelzijn een preventieplan uitgewerkt om het aantal bijtongevallen terug te dringen.

Naast de uitwerking van een brochure die aan alle nieuwe hondeneigenaars bezorgd wordt, werd er al een aantal aanbevelingen van de werkgroep opgenomen in het koninklijk besluit van 27 april 2007 betreffende de erkenningsvoorwaarden voor inrichtingen voor dieren en de voorwaarden inzake de verhandeling van dieren. De andere onderdelen van het plan, zoals het opstellen van normen voor hondenscholen en het inventariseren van de talrijke initiatieven die er reeds bestaan in het kader van de preventie van hondenbeten, zullen verder onderzocht moeten worden.

Mijn diensten zullen eveneens de mogelijkheid bestuderen om een register van gevaarlijke honden aan te leggen.

18.1.2. Révision des conditions d'agrément pour les élevages de chiens et de chats, établissements commerciaux pour animaux, refuges et pensions

Les modifications de la loi du 14/08/86 relative à la protection et au bien-être des animaux qui ont été approuvées par le parlement (*MB* 04/10/2007) ont différentes conséquences dont la plus importante est l'interdiction portant sur la vente des chiens et des chats dans les magasins. Cette disposition entre en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Cette modification de la loi entraîne une adaptation de l'*AR* portant les conditions d'agrément fixées pour les établissements mentionnés plus haut. Cette occasion sera saisie pour fixer un plus haut niveau d'exigence aux établissements qui courent notamment un plus grand risque pour le bien-être et la santé des chiens, des chats et des autres animaux de compagnie.

18.1.3. Animaux d'expérience

Le service bien-être animal a entrepris un travail de révision de l'arrêté royal du 14 novembre 1993 relatif à la protection des animaux d'expérience.

Le but de cette révision est d'adapter rapidement la législation belge en ce qui concerne l'hébergement des animaux de laboratoire et en considérant avec priorité l'hébergement des espèces les plus utilisées ainsi que celui des chiens, chats, furets et singes.

L'utilisation des primates fera également l'objet d'une attention particulière.

18.1.4. Plan de prévention contre les chiens agressifs

Durant la période 2003-2007, un plan de prévention a été développé en concertation avec le Conseil du Bien-être animal afin de diminuer le nombre de cas de morsures.

Outre l'élaboration d'une brochure distribuée à tous les nouveaux propriétaires de chiens, certaines recommandations du groupe de travail ont déjà été reprises dans l'arrêté royal du 27 avril 2007 portant les conditions d'agrément des établissements pour animaux et portant les conditions de commercialisation des animaux. Les autres parties du plan, comme l'établissement de normes pour les clubs d'éducation canine et l'inventaire des nombreuses initiatives qui existent déjà dans le cadre de la prévention contre les morsures de chien, devront être examinées par la suite.

Mes services examineront également la possibilité de la mise en œuvre d'un cadastre des chiens dangereux.

18.1.5. Lijst van de reptielen die mogen gehouden worden (Positieve lijst)

Het houden van reptielen als huisdier heeft de laatste jaren sterk aan populariteit gewonnen. Vele soorten reptielen stellen echter zeer specifieke eisen voor wat betreft hun huisvesting en verzorging. Om deze reden is het aangewezen om, in navolging van de zoogdieren waarvan het houden sinds 2002 aan banden is gelegd, een lijst op te stellen van de soorten reptielen die geen bijzondere eisen stellen en bijgevolg gemakkelijk te houden zijn. De persoon die een soort wil houden die niet op de lijst is opgenomen, zal hiervoor zoals voorzien in de Dierenwelzijnswet vooraf een erkenning moeten aanvragen.

18.1.6 Controle dierenwelzijn

De wetgever heeft diverse maatregelen genomen om de levensomstandigheden van onze gezelschaps- en nutsdieren te verbeteren. Daartoe moet de controle van de bestaande regelgeving worden verzekerd en moet ervoor gezorgd worden dat de nieuwe wettelijke normen worden nageleefd.

Om te verzekeren dat de nieuwe strengere wettelijke normen voldoende worden gecontroleerd en worden nageleefd en om de toename van het werkvolume te kunnen behandelen, zal de dienst extra inspecteurs-dierenartsen in dienst nemen.

18.2. CITES (Conventie over de internationale handel in wilde planten- en dierensoorten die met uitsterven bedreigd zijn)

De Europese Commissie heeft recent een studie ondernomen om de doeltreffendheid van de genomen maatregelen en mechanismen voor de toepassing van de CITES-reglementering binnen de lidstaten te evalueren. Hiervoor is op 13 juni 2007 een aanbeveling opgesteld met een reeks van maatregelen voor de bevordering van de implementatie van deze wetgeving. Aan België werd, net zoals aan de andere lidstaten, gevraagd om, binnen de komende maanden, een actieplan op te stellen voor de toepassing van deze aanbeveling. De dienst CITES zal de uitwerking van het plan verzekeren in samenwerking met de bevoegde controle-instanties.

19. INTERNATIONAL

Ook op vlak van Volksgezondheid moet de EU de sociale dimensie van de gezondheidszorgsystemen erkennen en garanderen. De in het vooruitzicht gestelde richtlijn inzake gezondheidszorgdiensten blijft hierin een belangrijke prioriteit. Zoals tijdens de vorige

18.1.5. Liste des reptiles pouvant être détenus (Liste positive)

Ces dernières années, la détention de reptiles comme animal de compagnie est devenue de plus en plus populaire. Néanmoins, beaucoup d'espèces de reptiles nécessitent des exigences très spécifiques quant à leur hébergement et leurs soins. Pour cette raison, il est recommandé, au même titre que les mammifères dont la détention est réglementée depuis 2002, d'établir une liste d'espèces de reptiles ne nécessitant pas d'exigences spécifiques et par conséquent faciles à détenir. Comme prévu dans la loi sur le bien-être animal, celui qui veut détenir une espèce non reprise sur la liste, devra demander au préalable un agrément.

18.1.6 Contrôle bien-être animal

Le législateur a pris diverses mesures afin d'améliorer les conditions de vie de nos animaux de compagnie et de consommation. A cette fin, le contrôle des règlements actuels doit être assuré et l'on doit également s'attarder à ce que les nouvelles normes législatives soient appliquées.

Afin d'assurer le contrôle des nouvelles normes légales, devenues plus sévères, et afin de pouvoir assumer un tel volume de travail, le service engagera des inspecteurs vétérinaires supplémentaires.

18.2. CITES (Convention sur le commerce international des espèces de faune et de flore sauvages menacées d'extinction)

La Commission européenne a récemment entrepris une étude pour évaluer l'efficacité des mesures et des mécanismes mis en place pour l'application des règlements CITES dans les Etats membres et a adopté, en date du 13 juin 2007, une recommandation définissant un ensemble de mesures visant à l'amélioration de la mise en œuvre de ces règlements. La Belgique, au même titre que les autres Etats membres, a été priée de définir, dans les prochains mois, un plan d'action visant l'application de cette recommandation. Le service CITES sera chargé d'assurer, en collaboration avec les autorités de contrôle compétentes, l'élaboration de ce plan.

19. INTERNATIONAL

Sur le plan de la santé publique, l'EU doit également reconnaître et garantir la dimension sociale des systèmes des soins de santé. La directive annoncée concernant les services des soins de santé restera donc une priorité importante. Comme lors de la précédente

legislaturaal zal België opnieuw hierin het voortouw nemen en strategisch en inhoudelijk het Europese debat blijven voeden. De gezondheidszorg is niet vergelijkbaar met om het even welke commerciële sector. Daarom moet de toepassing van de interne marktregelgeving en de Europese regels inzake mededinging strikt beperkt worden in de gezondheidszorg zodat toegankelijkheid, financiële duurzaamheid en hoge kwaliteit kan blijven worden gegarandeerd. Daarnaast zal België zich verder inspannen om de samenwerking binnen de EU i.v.m. het aanpakken van ziektes, het delen van expertise en best practices in de medische sector te bevorderen.

Ook inzake Volksgezondheid worden de voorbereidingen voor het Belgisch Europees Voorzitterschap 2010 opgestart en worden daartoe de relaties met Spanje en Hongarije opgedreven.

Ook buiten de EU-context zal België, bijvoorbeeld in de Wereldgezondheidsorganisaties en in andere internationale instellingen, zijn rol blijven spelen om het thema van het belang van de gezondheidszorg en de solidaire gezondheidszorgsysteem mondial te promoten. België heeft hierin een sterke mondiale reputatie te verdedigen en uit te dragen.

De minister,

Laurette ONKELINX

législature, la Belgique devra à nouveau prendre l'initiative et continuer à nourrir le débat européen du point de vue stratégique et sur le plan du contenu. Les soins de santé ne sont comparables à aucun secteur commercial. C'est pourquoi l'application des règles internes du marché et les règles européennes concernant la concurrence doit être strictement limitée pour les soins de santé, afin de pouvoir continuer à en garantir l'accessibilité, la stabilité financière et la haute qualité. En outre, la Belgique continuera ses efforts pour promouvoir la collaboration au sein de l'EU concernant la façon d'aborder les maladies, le partage de l'expertise et les bonnes pratiques au sein du secteur médical.

En ce qui concerne la Santé Publique, les préparatifs pour la présidence européenne par la Belgique en 2010 sont également entamés, et à cet effet les relations avec l'Espagne et la Hongrie sont intensifiées.

En dehors du contexte de l'EU, la Belgique continuera à jouer son rôle, par exemple au sein des organisations mondiales de la santé et autres institutions internationales, afin d'insister sur le thème important que constitue les soins de santé et de systèmes de soins de santé solidaires au niveau mondial. La Belgique se doit de défendre à ce sujet la réputation mondiale qu'elle a acquise.

La ministre,

Laurette ONKELINX