

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

SESSION EXTRAORDINAIRE 2019

31 juillet 2019

PROPOSITION DE RÉOLUTION

sur le diabète

(déposée par Mme Yoleen Van Camp)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

BUITENGEWONE ZITTING 2019

31 juli 2019

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

betreffende diabetes

(ingediend door mevrouw Yoleen Van Camp)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
CD&V	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	: socialistische partij anders
cdH	: centre démocrate Humaniste
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-QNAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de numering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition reprend, en l'adaptant, le texte de la proposition DOC 54 3004/001.

1) Qu'est-ce que le diabète?

Le diabète est une affection chronique qui se caractérise par la présence d'un taux de glucose (ou de sucre) accru dans le sang due à une carence en insuline ou à l'action déficiente de cette hormone (résistance à l'insuline). Il s'ensuit que les cellules n'assimilent pas suffisamment le glucose, qui s'accumule dès lors dans le sang.

Les formes les plus fréquentes de diabète sont le diabète de type 1, le diabète de type 2 et le diabète de grossesse.

— le diabète de type 1: dans cette forme de diabète, qui touche les jeunes, le système immunitaire du patient détruit les cellules productrices d'insuline. Il n'y a donc pas suffisamment d'insuline dans le corps. Dix à quinze pour cent des patients diabétiques sont atteints de diabète de type 1¹;

— le diabète de type 2: cette forme de diabète est la plus fréquente. Elle survient généralement à un âge plus avancé. Le surpoids, le manque d'exercice et certains facteurs héréditaires favorisent l'apparition de cette maladie. Dans ce type de diabète, le corps fabrique encore de l'insuline, mais les cellules n'assimilent pas suffisamment le glucose, en raison de la résistance à l'insuline. Le glucose s'accumule dès lors dans le sang²;

— le diabète de grossesse: il s'agit d'une forme temporaire de diabète qui touche environ 5 à 20 % des femmes enceintes. Pendant la grossesse, les cellules sont (temporairement) moins sensibles à l'insuline, en raison de facteurs hormonaux. Ce phénomène est normalement compensé par la fabrication d'insuline supplémentaire, mais cette compensation est insuffisante dans le cas du diabète de grossesse. Ce diabète disparaît généralement après la grossesse. Il peut toutefois être l'indice d'un risque accru de développer une forme permanente de diabète³.

¹ <https://www.uzleuven.be/nl/diabetes-type-1>.

² <https://www.uzleuven.be/nl/diabetes-type-2>.

³ <https://www.uzleuven.be/nl/zwangerschap-en-bevalling/diabetes-suikerziekte-en-zwangerschap>.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel neemt, met een aantal aanpassingen, de tekst over van voorstel DOC 54 3004/001.

1) Wat is diabetes?

Diabetes, ook suikerziekte genoemd, is een chronische aandoening waarbij er sprake is van een verhoogd glucosegehalte (of suikergehalte) in het bloed. Het verhoogde glucosegehalte wordt veroorzaakt door een tekort aan het hormoon insuline, of door een gebrekkige werking ervan wat we insulineresistentie noemen. Dit zorgt ervoor dat de cellen onvoldoende glucose opnemen, waardoor de glucose zich ophoopt in het bloed.

De meest voorkomende vormen van diabetes zijn: diabetes type 1, diabetes type 2 en zwangerschapsdiabetes.

— diabetes type 1: deze vorm van diabetes ontstaat op jonge leeftijd, en wordt veroorzaakt doordat het eigen afweersysteem de insulineproducerende cellen vernietigt waardoor er onvoldoende insuline aanwezig is in het lichaam. Diabetes type 1 omschrijft 10 % tot 15 % van de diabetespatiënten¹;

— diabetes type 2: deze vorm van diabetes komt het meest voor en ontstaat meestal op oudere leeftijd. De aandoening wordt in de hand gewerkt door overgewicht, een gebrek aan beweging en erfelijke factoren. Bij diabetes type 2 maakt het lichaam nog wel insuline aan, maar nemen de cellen, door insulineresistentie, onvoldoende glucose op. Bijgevolg stapelt de glucose zich op in het bloed²;

— zwangerschapsdiabetes: dit is een tijdelijke vorm van diabetes die voorkomt bij ongeveer 5 % tot 20 % van de zwangere vrouwen. Tijdens de zwangerschap worden de lichaamscellen onder invloed van hormonale factoren tijdelijk minder gevoelig voor insuline. Normaal gezien wordt dit gecompenseerd doordat extra insuline wordt aangemaakt in het lichaam, maar bij zwangerschapsdiabetes gebeurt dit onvoldoende. Na de zwangerschap verdwijnt deze diabetes gewoonlijk weer. Niettemin kan zwangerschapsdiabetes wijzen op een verhoogd risico op het ontwikkelen van blijvende diabetes³.

¹ <https://www.uzleuven.be/nl/diabetes-type-1>.

² <https://www.uzleuven.be/nl/diabetes-type-2>.

³ <https://www.uzleuven.be/nl/zwangerschap-en-bevalling/diabetes-suikerziekte-en-zwangerschap>.

Une glycémie élevée qui se prolonge dans le temps est extrêmement nocive pour la santé. Elle peut notamment entraîner des lésions cardiovasculaires, rénales, oculaires et nerveuses. Le diabète est la principale cause de maladies cardiovasculaires, de cécité, d'insuffisance rénale et d'amputation dans de nombreux pays développés⁴.

En déposant la présente résolution, nous voulons inciter le gouvernement à s'atteler à une politique de lutte contre le diabète qui mise sur la prévention et sur une détection et un traitement précoces de cette maladie. À cet égard, nous nous focalisons principalement sur le diabète de type 2, dès lors que cette forme de diabète reste souvent non diagnostiquée durant une longue période au cours de laquelle elle nuit par conséquent souvent gravement à la santé de façon inaperçue. En misant sur la prévention ainsi que sur une détection et un traitement précoces du diabète, nous espérons éviter d'autres effets néfastes pour la santé et nous entendons limiter les futures dépenses de soins de santé, et ce, tant pour le patient que pour les pouvoirs publics.

2) Chiffres inquiétants

L'Atlas du diabète de la Fédération internationale du Diabète (FID) dresse un inventaire des statistiques concernant le diabète à travers le monde. La dernière édition de cet atlas est parue en 2017. D'après l'atlas, 425 millions de personnes dans le monde souffraient de diabète en 2017, ce qui correspond à 1 adulte sur 11, soit 9 % de la population. Le pourcentage d'adultes européens atteints de diabète est à peu près aussi élevé⁵. Selon la FID, environ 500 800 personnes adultes (âgées de 20 à 79 ans) souffraient de diabète en Belgique en 2017, ce qui correspond à 6,4 % de la population adulte. En raison, entre autres, du vieillissement de la population, le nombre de patients diabétiques en Belgique aura augmenté de 15 % d'ici 2045⁶.

D'autres chiffres semblent confirmer cette tendance. Il ressort des chiffres de l'enquête sanitaire que le nombre de diabétiques diagnostiqués a augmenté de 25 % entre 2006 et 2013. Les chiffres révèlent également de fortes disparités régionales. Alors que 53,93 habitants pour 1 000 souffrent de diabète en Flandre, la Wallonie compte 72,64 patients diabétiques pour 1 000 habitants⁷.

Il arrive souvent que le diabète de type 2 reste non diagnostiqué pendant longtemps. Selon la FID, 38,7 %

⁴ Atlas du diabète de la FID, septième édition, 2015.

⁵ Atlas du diabète de la FID, huitième édition, 2017.

⁶ <http://reports.instantatlas.com/report/view/846e76122b5f476fa6ef09471965aedd/BEL>.

⁷ <https://www.demorgen.be/wetenschap/aanzienlijk-meer-walen-dan-vlamingen-kampen-met-diabetes-b9961171/>

⁸ <https://www.lachambre.be/QRVA/pdf/54/54K0077.pdf>.

Een langdurig hoog glucosegehalte in het bloed is enorm schadelijk voor de gezondheid. Het kan leiden tot, onder andere, een beschadiging van de hart- en bloedvaten, de nieren, de ogen en het zenuwstelsel. Diabetes is in vele ontwikkelde landen de voornaamste oorzaak van cardiovasculaire aandoeningen, blindheid, nierfalen en amputatie⁴.

Met deze resolutie willen we de regering aansporen om werk te maken van een diabetesbeleid dat inzet op preventie en op een vroegtijdige detectie en behandeling van diabetes. We richten ons hierbij voornamelijk op diabetes type 2, aangezien deze vorm van diabetes vaak lang ongediagnosticeerd blijft, en bijgevolg vaak voor lange tijd ongemerkt zware schade toebrengt aan de gezondheid. Door in te zetten op preventie en op een vroegtijdige detectie en behandeling van diabetes, hopen we verdere gezondheidsschade te vermijden en willen we de toekomstige gezondheidszorguitgaven – zowel voor de patiënt als voor de overheid – beperken.

2) Zorgwekkende cijfers

De "Diabetes Atlas" van de International Diabetes Federation (IDF) brengt de wereldwijde statistieken omtrent diabetes in kaart. De laatste editie van deze atlas verscheen in 2017. Volgens de atlas zouden in 2017 wereldwijd 425 miljoen mensen lijden aan diabetes. Dit komt overeen met 1 op de 11 volwassenen, of 9 % van de bevolking. Het percentage Europese volwassenen met diabetes ligt ongeveer even hoog⁵. In België zouden volgens de IDF in 2017 ongeveer 500 800 volwassen personen (tussen 20 en 79 jaar) lijden aan diabetes, wat overeenkomt met 6,4 % van de volwassen bevolking. Ten gevolge van, onder meer, de vergrijzing zal tegen 2045 het aantal diabetespatiënten in België met 15 % toegenomen zijn⁶.

Andere cijfers lijken een dergelijke trend te bevestigen. Uit cijfers van de gezondheidsenquête blijkt dat het aantal gediagnosticeerde diabetici tussen 2006 en 2013 met 25 % is toegenomen. Uit de cijfers blijken ook sterke regionale verschillen. Terwijl in Vlaanderen 53,93 per 1 000 inwoners aan diabetes lijden, telt Wallonië 72,64 diabetespatiënten per 1 000 inwoners⁷.

Diabetes type 2 blijft vaak lang niet gediagnosticeerd. Volgens de IDF zou 38,7 % van de personen met diabetes

⁴ IDF Diabetes Atlas, Seventh Edition, 2015.

⁵ IDF Diabetes Atlas, Eight Edition, 2017.

⁶ <http://reports.instantatlas.com/report/view/846e76122b5f476fa6ef09471965aedd/BEL>.

⁷ <https://www.demorgen.be/wetenschap/aanzienlijk-meer-walen-dan-vlamingen-kampen-met-diabetes-b9961171/>

⁸ <https://www.lachambre.be/QRVA/pdf/54/54K0077.pdf>.

des personnes diabétiques en Belgique ne savent pas qu'elles sont atteintes du diabète. Elle estime en outre que dans notre pays, 2 800 personnes meurent chaque année des suites de cette maladie⁹.

Les effets dommageables du diabète pèsent lourdement sur les dépenses de santé publique. En 2017, le diabète aurait été responsable de 9,1 % du total des dépenses de soins de santé en Europe¹⁰. Pour la Belgique, la FID estime que les dépenses de soins de santé qui peuvent être liées au diabète s'élèvent à 3,3 211 milliards de dollars¹¹, ce qui correspond à environ 2,7 216 milliards d'euros. En cas de politique inchangée, ce montant pourrait atteindre 2,7 216 milliards d'euros en 2045¹².

Le nombre de patients diabétiques devrait donc augmenter dans les prochaines années, de même que le coût du diabète pour notre système de santé. La politique de santé publique doit anticiper cette évolution et préconiser une détection précoce et un traitement intensif du diabète.

3) Une politique sujette à amélioration

Lors du *Global Diabetes Policy Forum*, qui s'est tenu en décembre 2016 à Berlin, des diabétologues de 38 pays ont signé la "Déclaration de Berlin". Cette déclaration comprend différentes recommandations visant à promouvoir une détection et un traitement précoces du diabète de type 2.

Dans le sillage de la Déclaration de Berlin, une table ronde parlementaire a été organisée en octobre 2017 à la Chambre des représentants. Un certain nombre de diabétologues et de parlementaires ont débattu, lors de cette table ronde, de la manière dont les recommandations contenues dans la Déclaration de Berlin pouvaient être converties en initiatives politiques spécifiques et en ajustements de la politique menée en Belgique dans ce domaine. Les diabétologues ont conjointement formulé un ensemble de constatations et de recommandations relatives à la politique belge en matière de diabète. Beaucoup de spécialistes se sont notamment accordés sur la nécessité de mettre en œuvre une vaste campagne de dépistage et de prévention au niveau des entités fédérées, une collecte plus performante et intégrée des données relatives au diabète, ainsi qu'une véritable action d'éducation destinée aux patients se trouvant dans les premiers stades de la maladie afin d'empêcher une dégradation de leur état de santé.

⁹ <http://reports.instantatlas.com/report/view/846e76122b5f476fa6ef09471965aedd/BEL>.

¹⁰ Atlas du diabète de la FID, Huitième édition, 2017.

¹¹ <http://reports.instantatlas.com/report/view/846e76122b5f476fa6ef09471965aedd/BEL>.

¹² Taux de change en date du 11 juin 2019: 1 USD = 0,8835 EUR.

in België nog niet op de hoogte zijn van de eigen diabetes. Ook zouden jaarlijks 2 800 personen in België sterven ten gevolge van diabetes⁹.

De schadelijke gevolgen van diabetes drukken een sterke stempel op de publieke gezondheidsuitgaven. In 2017 zou diabetes verantwoordelijk zijn voor 9,1 % van de totale gezondheidszorguitgaven in Europa¹⁰. De IDF schat de gezondheidszorguitgaven in België die kunnen worden gelinkt aan diabetes op 3,3211 miljard (US) dollar¹¹, wat overeenkomt met ongeveer 2,7216 miljard euro. Bij ongewijzigd beleid zou dit bedrag stijgen tot 2,8237 miljard euro in 2045¹².

Het aantal diabetespatiënten zal de komende jaren dus stijgen, alsook de kost van diabetes op onze gezondheidszorg. Het beleid moet hierop anticiperen, en een vroegtijdige detectie en intensieve behandeling van diabetes vooropstellen.

3) Bestaand beleid kan beter

In december 2016 werd op het Global Diabetes Policy Forum in Berlijn de Verklaring van Berlijn ondertekend door diabetesexperten uit 38 landen. In deze Verklaring van Berlijn staan verschillende beleidsaanbevelingen die moeten zorgen voor een vroegtijdige opsporing en behandeling van diabetes type 2.

In navolging van de Verklaring van Berlijn werd in oktober 2017 een parlementaire rondetafelconferentie georganiseerd in de Kamer van volksvertegenwoordigers. Verschillende diabetesexperten en volksvertegenwoordigers debatteerden op deze rondetafelconferentie over de manier waarop de aanbevelingen van de Verklaring van Berlijn vertaald kunnen worden naar specifieke beleidsinitiatieven en beleidsaanpassingen in België. De diabetesexperten kwamen tot een aantal gezamenlijke vaststellingen en aanbevelingen voor het Belgische beleid inzake diabetes. Zo waren velen het er over eens dat er werk moet worden gemaakt van een brede screening en preventie op deelstaatsniveau, een verbeterde en geïntegreerde dataverzameling rond diabetes, en een degelijke diabeteseducatie in de vroege stadia van diabetes om een verslechtering van de gezondheidstoestand te voorkomen.

⁹ <http://reports.instantatlas.com/report/view/846e76122b5f476fa6ef09471965aedd/BEL>.

¹⁰ IDF Diabetes Atlas, Eight Edition, 2017.

¹¹ <http://reports.instantatlas.com/report/view/846e76122b5f476fa6ef09471965aedd/BEL>.

¹² Wisselkoers op 11 juni 2019, 1 USD = 0,8835 EUR.

À la suite de cette table ronde, nous demandons, par le biais de la présente résolution, que le pouvoir fédéral s'emploie, dans les limites de ses compétences, à mettre en place un traitement précoce du diabète de type 2. Nous présentons ci-dessous la politique actuelle en matière de diabète, ainsi que nos propositions en vue d'améliorer cette politique.

3.1) Dépistage

Comme le montrent les chiffres du FID précédemment évoqués, 35,8 % des personnes diabétiques en Belgique ne seraient pas au courant qu'elles souffrent de diabète. Cette situation se présente principalement chez les personnes souffrant de diabète de type 2. En effet, les symptômes du diabète de type 2 ne sont pas toujours faciles à détecter, de sorte que certaines personnes ne découvrent qu'elles souffrent de diabète qu'avec plusieurs années de retard. Entre-temps, le diabète non traité a souvent déjà causé de graves dégâts aux organes et aux tissus du patient diabétique.

C'est pourquoi il nous semble important de mettre en place en temps utile un dépistage permettant de détecter les personnes exposées à un risque accru de souffrir de diabète de type 2. Un tel dépistage pourrait prendre la forme du test FINDRISC (*Finnish Diabetes Risk Score*), une liste de questions validée au niveau international qui permet d'examiner si une personne présente un risque accru de devenir diabétique ou non. Les personnes qui apprennent, grâce à ce test, qu'elles présentent un risque accru de devenir diabétique peuvent ensuite se voir offrir des conseils pour changer leurs habitudes de vie. Ces conseils doivent permettre aux patients diabétiques de mener une vie plus saine, afin de diminuer les risques de diabète.

Une étude académique a déjà prouvé qu'un tel dépistage précoce accompagné de conseils sur un mode de vie plus sain peuvent être efficaces. Plusieurs études longitudinales montrent une diminution du risque de diabète à la suite d'un dépistage précoce et de conseils pour un mode de vie plus sain. Cette diminution du risque de diabète varie entre 36 %¹³ et 43 %¹⁴. Les études indiquent qu'une fois que le risque est réduit, il le reste à long terme.

En Belgique, la médecine préventive relève de la compétence des Communautés. Par conséquent, aucune initiative n'est reprise dans la présente résolution s'agissant

In navolging van deze rondetafelconferentie vragen we in deze resolutie om binnen het federale bevoegdheidsdomein werk te maken van een vroegtijdige behandeling van diabetes type 2. Hieronder bespreken we het bestaande beleid inzake diabetes en onze voorstellen ter verbetering.

3.1) Screening

Zoals blijkt uit de eerder aangehaalde cijfers van de IDF, zou in België 35,8 % van de personen met diabetes niet op de hoogte zijn van de eigen diabetes. Deze situatie doet zich in hoofdzaak voor bij personen met diabetes type 2. De symptomen bij diabetes type 2 zijn vaak niet uitgesproken, waardoor personen soms pas na jaren de diabetes ontdekken. Ondertussen heeft de onbehandelde diabetes vaak al grote schade toegebracht aan de organen en weefsels van de diabetespatiënt.

Daarom lijkt het ons van groot belang dat er wordt ingezet op een tijdige screening van personen met een verhoogd risico op diabetes type 2. Een dergelijke screening kan gebeuren aan de hand van de FINDRISC (*Finnish Diabetes Risk Score*)-risicotest, een internationaal gevalideerde vragenlijst waarmee iemands risico om diabetes te ontwikkelen in kaart kan worden gebracht. Personen waarbij op basis van deze test een verhoogd risico op diabetes wordt vastgesteld, kunnen vervolgens worden opgevolgd met leefstijladvies. Dit leefstijladvies moet de diabetespatiënt een gezondere levensstijl bijbrengen, zodat het risico op diabetes vermindert.

Academisch onderzoek toonde alvast aan dat zo'n vroege screening gevolgd door leefstijladvies ook effectief kan werken. Enkele longitudinale studies rapporteren over een verlaging van het risico op diabetes na een vroegtijdige screening en leefstijladvies. Deze verlaging van het risico op diabetes varieert van 36 %¹³ tot 43 %¹⁴. De studies geven aan dat dit verlaagde risico zich ook op langere termijn blijft doorzetten.

In België behoort de preventieve gezondheidszorg tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. In deze resolutie worden daarom dan ook geen initiatieven genomen met

¹³ Li et al. (2008). *The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. The Lancet.*

¹⁴ Lindstrom et al. (2006). *Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. The Lancet.*

¹³ Li et al. (2008). *The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. The Lancet.*

¹⁴ Lindstrom et al. (2006). *Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. The Lancet.*

du dépistage et de la prévention primaire du diabète. Aussi bien en Flandre qu'en Wallonie, il semblerait que des initiatives aient déjà été prises pour développer une politique de prévention autour du diabète de type 2.

En Communauté française, la ministre de la Santé s'est attelée à l'élaboration d'un "Plan Prévention Santé Horizon 2030", par lequel le gouvernement s'engage à entreprendre plusieurs actions prioritaires pour améliorer à terme la santé de la population. L'une de ces actions est la mise en place d'une politique préventive pour le diabète de type 2¹⁵.

En Flandre, le développement d'une politique de screening en matière de diabète a déjà pris une forme plus concrète. Les autorités flamandes ont soutenu en collaboration avec la Diabetes Liga un projet-pilote portant sur la réalisation d'un test FINDRISC à l'issue duquel les personnes testées recevaient des conseils quant au style de vie à adopter. Les résultats de ce projet-pilote sont en tout cas positifs¹⁶. Toujours en Flandre, les femmes ayant souffert d'un diabète de grossesse bénéficient après leur grossesse d'un accompagnement intensif dans le cadre du projet "Zoet Zwanger", le but étant d'éviter qu'elles développent un diabète de type 2 après la grossesse.

La politique de santé est fortement morcelée en Belgique, ce qui complique la mise en place d'une approche intégrée. Ainsi, la politique de prévention – y compris le screening – relève des Communautés, tandis que la politique curative, dont font partie les pré-trajets et les trajets de soins destinés aux personnes chez qui une forme de diabète a été diagnostiquée, est une compétence fédérale.

Il nous semble dès lors essentiel que le gouvernement fédéral veille à assurer la complémentarité entre la politique fédérale en matière de diabète – en particulier les pré-trajets et les trajets de soins destinés aux patients diabétiques – et les initiatives des Communautés.

3.2) Systèmes de soins

Il existe à l'heure actuelle différents trajets de soins pour les personnes diabétiques, en fonction de leur situation.

betrekking tot de screening en de primaire preventie van diabetes. Zowel in Vlaanderen als in Wallonië lijken er alvast initiatieven te worden genomen om werk te maken van een preventiebeleid gericht op diabetes type 2.

In de Franse gemeenschap maakt de minister voor Volksgezondheid werk van een "*Plan Prévention Santé Horizon 2030*", waarin de Franse gemeenschapsregering zich engageert tot het ondernemen van enkele prioritaire acties om op termijn de gezondheid van de bevolking te verbeteren. Eén van deze acties betreft het opzetten van een preventief beleid inzake diabetes type 2¹⁵.

In Vlaanderen is het opzetten van een screeningsbeleid inzake diabetes inmiddels al concreter uitgewerkt. In samenwerking met de Diabetes Liga steunde de Vlaamse overheid een proefproject waarbij de implementatie van een FINDRISC-test gevolgd door leefstijladvies werd onderzocht. De resultaten van het proefproject zijn alvast positief¹⁶. Voorts worden in Vlaanderen vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad na de zwangerschap intensief begeleid in het kader van het project "Zoet Zwanger". De bedoeling is om te vermijden dat deze vrouwen na de zwangerschap diabetes type 2 ontwikkelen.

Het gezondheidsbeleid in België is sterk versnipperd, wat een geïntegreerde aanpak van diabetes bemoeilijkt. Zo behoort het preventieve gezondheidsbeleid, waaronder screening, tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Het curatieve beleid, zoals de voortrajecten en zorgtrajecten voor mensen waarbij diabetes is vastgesteld, is dan weer een federale bevoegdheid.

Daarom lijkt het ons van belang dat de federale regering er over waakt dat het federale diabetesbeleid, en de voortrajecten en zorgtrajecten voor diabetespatiënten in het bijzonder, complementair zijn met de initiatieven van de gemeenschappen.

3.2) Zorgsystemen

Vandaag bestaan er verschillende zorgtrajecten voor personen met diabetes, afhankelijk van hun situatie.

¹⁵ <http://www.wallonie.be/fr/actualites/plan-prevention-sante-horizon-2030>.

¹⁶ <https://www.diabetes.be/nieuwsbericht/halt2diabetes-preventie-van-type-2-diabetes-vlaanderen-haaltbare-kaart-diabetes-liga>.

¹⁵ <http://www.wallonie.be/fr/actualites/plan-prevention-sante-horizon-2030>.

¹⁶ <https://www.diabetes.be/nieuwsbericht/halt2diabetes-preventie-van-type-2-diabetes-vlaanderen-haaltbare-kaart-diabetes-liga>.

a. Le pré-trajet diabète de type 2

Toutes les personnes atteintes de diabète de type 2 peuvent participer à un pré-trajet, qui débute une fois que le diagnostic a été posé¹⁷. Le pré-trajet est destiné aux personnes qui ne suivent ni un trajet de soins, ni un programme mis en place par un Centre spécialisé conventionné pour l'autogestion du diabète (voir ci-après). Le déroulement de ce pré-trajet est fixé dans le protocole de soins établi par le Comité de l'assurance et comprend: un diagnostic, le suivi de plusieurs indicateurs pertinents (mode de vie, bilan lipidique, etc.), et la fixation, de concert avec le patient, de quelques objectifs en vue d'améliorer son état de santé¹⁸. Pour le suivi de ce pré-trajet, le médecin peut réclamer, outre le tarif d'une consultation normale, une fois par an un honoraire de 20 euros que l'INAMI rembourse intégralement au patient. Dans le cadre de ce pré-trajet, le patient peut, sur prescription du médecin généraliste, être remboursé pour:

- 2 consultations de 45 minutes par an chez un podologue (le patient doit encore payer le ticket modérateur);
- 2 consultations de 30 minutes par an chez un diététicien (le patient doit encore payer le ticket modérateur).

Le patient engagé dans le pré-trajet ne peut pas bénéficier du remboursement de l'éducation au diabète, que le médecin généraliste est censé dispenser.

b. Le trajet de soins pour le diabète de type 2

Ce trajet de soins n'est accessible qu'aux diabétiques qui suivent un traitement à l'insuline de 1 ou 2 injections d'insuline par jour, ou pour lesquels un traitement à l'insuline est à envisager parce que le traitement par comprimés ne suffit pas. Le trajet de soins consiste en un contrat passé entre le médecin généraliste, un spécialiste¹⁹ et le patient, qui prévoit notamment que le patient consultera son médecin généraliste au moins deux fois par an et un spécialiste au moins une fois par an. Dans le cadre de ce trajet de soins, un plan de soins est élaboré en vue d'assurer le suivi du diabète. Le médecin généraliste peut réclamer un honoraire de 80 euros une fois par an, qui est remboursé intégralement au patient. Dans le cadre de ce trajet de soins, le patient peut, sur prescription du médecin généraliste, bénéficier d'un remboursement pour²⁰:

¹⁷ http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclat_code_102852.pdf.

¹⁸ <http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/Pages/diabete-type-2-modele-generique-soins.aspx#.WobgPtqWy70>.

¹⁹ Ce spécialiste est un endocrinologue-diabétologue ou interniste enregistré par l'INAMI.

²⁰ <http://www.trajetdesoins.be/FR/Professionnels/MedGen/Diabete>.

a. het voortraject diabetes type 2

Alle personen met diabetes type 2 kunnen deelnemen aan een voortraject, dat aanvangt na de diagnose¹⁷. Het voortraject is gericht op personen die niet zijn opgenomen in een zorgtraject of diabetesconventie (zie verder). Het verloop van dit voortraject is bepaald in het zorgprotocol dat is opgemaakt door het verzekeringscomité en omvat: een diagnose, de opvolging van enkele relevante indicatoren (levensstijl, lipidenbalans, etc.), en het samen met de patiënt vastleggen van enkele doelstellingen om de gezondheidstoestand te verbeteren¹⁸. De arts mag voor de opvolging van dit voortraject, naast het tarief voor een gewoon consult, één keer per jaar een honorarium van 20 euro aanrekenen, dat volledig door het RIZIV aan de patiënt wordt terugbetaald. In het kader van dit voortraject kan de patiënt, op voorschrift van de huisarts, een terugbetaling ontvangen voor:

- 2 consulten van 45 minuten per jaar bij een podoloog (de patiënt moet nog remgeld betalen);
- 2 consulten van 30 minuten per jaar bij een diëtist (de patiënt moet nog remgeld betalen).

De patiënt in het voortraject kan geen aanspraak maken op de terugbetaling van diabeteseducatie. De educatie wordt geacht te worden verstrekt door de huisarts.

b. het zorgtraject diabetes type 2

Dit zorgtraject is enkel toegankelijk voor diabetespatiënten die een insulinebehandeling met 1 of 2 insuline-injecties per dag volgen, of waarbij een insulinebehandeling te overwegen valt omdat de behandeling met tabletten niet volstaat. Het zorgtraject bestaat uit een contract tussen de huisarts, een specialist¹⁹ en de patiënt, waarin onder meer wordt opgenomen dat de patiënt minstens twee keer per jaar zijn huisarts raadpleegt en 1 keer per jaar een specialist. In het kader van dit zorgtraject wordt een zorgplan opgemaakt voor de verdere follow-up van de diabetes. De huisarts kan hiervoor 1 keer per jaar een honorarium aanrekenen van 80 euro, dat volledig aan de patiënt wordt terugbetaald. In het kader van dit zorgtraject kan de patiënt, op voorschrift van de huisarts, een terugbetaling ontvangen voor²⁰:

¹⁷ http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclat_code_102852.pdf.

¹⁸ <http://www.riziv.fgov.be/nl/themes/zorgkwaliteit/Paginas/diabetes-type-2-generiek-zorgmodel.aspx#.WgxEdfnblU>.

¹⁹ Deze specialist is een door het RIZIV geregistreerde endocrinoloog-diabetoloog of internist.

²⁰ <http://www.zorgtraject.be/NL/Professioneel/Huisarts/Diabetes/>

- l'éducation au diabète²¹ (obligatoire, remboursement intégral);

- du matériel: un glucomètre, des lancettes et des tiges (remboursement intégral);

- 2 consultations de 45 minutes par an chez un podologue (le patient doit encore acquitter le ticket modérateur);

- 2 consultations de 30 minutes chez un diététicien (le patient doit encore acquitter le ticket modérateur).

c. Convention diabète^{22 23}

Dans certains cas, le patient diabétique doit suivre un traitement intensif dans un centre spécialisé. Contrairement au pré-trajet et au trajet de soins, ce traitement s'adresse également aux patients atteints de diabète de type 1 et de diabète de grossesse. Les personnes atteintes de diabète de type 2 sont suivies dans un centre spécialisé si elles ont besoin d'au moins trois injections d'insuline par jour, ou si elles ont besoin de deux injections d'insuline et souffrent d'une maladie grave. Dans ce cas, un contrat est conclu entre un centre de convention agréé, l'INAMI et le patient. Dans le cadre de la convention diabète, le patient doit consulter un endocrinologue au moins une fois par an et un praticien de l'art infirmier diabétologique ou un diététicien deux fois par an. Le patient doit en outre subir annuellement quelques tests spécifiques²⁴. Le patient ne paie rien pour l'accompagnement par les infirmiers et diététiciens du centre spécialisé. Le patient ne doit payer le ticket modérateur que pour la consultation chez le médecin du centre²⁵. Le patient a, en outre, droit:

- au matériel, type et quantité en fonction de l'affection (remboursement complet);

- 2 consultations de 45 minutes par an chez un podologue (le patient doit encore payer le ticket modérateur).

²¹ Dans le cadre de l'éducation au diabète, le patient reçoit des informations sur sa maladie, sur le traitement du diabète (injection et effet de l'insuline), conseils sur le style de vie et les conséquences pratiques de sa maladie pour les voyages ou la nécessité d'un permis de conduire adapté, par exemple.

²² <http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/endocriniennes-metaboliques/Pages/diabete-intervention-couts-suivi-adultes-centre-specialise.aspx#.WobjzNTwa70>.

²³ Il existe 5 conventions diabète différentes, chacune prévoyant une forme spécifique de suivi: la convention diabète pour adultes, la convention diabète pour enfants et adolescents, la convention pompe à insuline, la convention capteur et la convention pied. Nous décrivons ci-dessous la convention diabète pour adultes.

²⁴ À savoir un examen du fond de l'œil par un ophtalmologue, un contrôle de la microalbuminurie, un contrôle clinique portant sur la neuropathie périphérique et un examen clinique des pieds.

²⁵ <http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/endocriniennes-metaboliques/Pages/diabete-intervention-couts-suivi-adultes-centre-specialise.aspx>.

- diabeteseducatie²¹ (verplicht, volledige terugbetaling);

- materialen: een glucometer met strookjes en lancetten (volledige terugbetaling);

- 2 consulten van 45 minuten per jaar bij een podoloog (de patiënt moet nog remgeld betalen);

- 2 consulten van 30 minuten per jaar bij een diëtist (de patiënt moet nog remgeld betalen).

c. Diabetesconventie^{22 23}

De diabetespatiënt moet in bepaalde gevallen een intensieve behandeling volgen in een gespecialiseerd centrum. In tegenstelling tot het voortraject en het zorgtraject, staat deze behandeling ook open voor patiënten met diabetes type 1 en zwangerschapsdiabetes. Personen met diabetes type 2 volgen een begeleiding bij een gespecialiseerd centrum indien zij minstens drie insuline-injecties per dag nodig hebben, of twee insuline-injecties nodig hebben en daarnaast lijden aan een ernstige medische aandoening. In dit geval wordt er een contract gesloten tussen een erkend conventiecentrum, het RIZIV, en de patiënt. In het kader van de diabetesconventie, moet de patiënt minimaal 1 keer per jaar een endocrinoloog raadplegen, en twee keer per jaar een diabetesverpleegkundige of een diëtist. Bovendien moet de patiënt jaarlijks enkele specifieke tests ondergaan²⁴. De patiënt betaalt niets voor de begeleiding door de verpleegkundigen en de diëtisten van het centrum. Enkel voor de raadpleging bij de arts van het centrum moet de patiënt remgeld betalen²⁵. Daarnaast heeft de patiënt recht op:

- materialen, type en hoeveelheid afhankelijk van de aandoening (volledige terugbetaling);

- 2 consulten van 45 minuten per jaar bij een podoloog (de patiënt moet nog remgeld betalen).

²¹ In de diabeteseducatie krijgt de patiënt informatie over zijn ziekte, de behandeling van diabetes (inspuiting en werking van insuline), leefstijladvies, en de praktische gevolgen van zijn ziekte voor bijvoorbeeld reizen of de nood aan een aangepast rijbewijs.

²² <http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/endocriene-metabole/Paginas/diabetes-tegemoetkoming-kosten-begeleiding-volwassenen-gespecialiseerd-centrum.aspx>.

²³ Er bestaan 5 verschillende diabetesconventies, elk met hun eigen specifieke vorm van opvolging: de diabetesconventie voor volwassenen, de diabetesconventie voor kinderen en adolescenten, de pompconventie, de sensorconventie, en de voetconventie. Hieronder omschrijven we de diabetesconventie voor volwassenen.

²⁴ Namelijk: een oogfundiasonderzoek door een oftalmoloog, een controle van de urine op micro-albuminurie, een klinisch nazicht op perifere neuropathie, en een klinisch voetonderzoek.

²⁵ <http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/endocriene-metabole/Paginas/diabetes-tegemoetkoming-kosten-begeleiding-volwassenen-gespecialiseerd-centrum.aspx>.

L'éducation au diabète n'est pas remboursée pour les patients diabétiques dans le cadre d'un pré-trajet. Comme cela a déjà été évoqué précédemment, la recherche scientifique confirme pourtant l'efficacité de conseils judicieux sur le mode de vie afin de réduire le diabète²⁶. Une approche préventive et le traitement rapide du diabète n'impliquent pas que l'accent est mis sur les personnes présentant un risque accru, mais que l'on essaie d'offrir un accompagnement professionnel et intensif avant que des risques sanitaires (encore) plus importants n'apparaissent.

Le pré-trajet actuel destiné aux patients diabétiques n'a été mis en place qu'en février 2016. On ne dispose dès lors que de peu d'études quant à ce pré-trajet et à la nécessité d'une éducation au diabète. Nous ne pouvons donc pas affirmer avec certitude que l'éducation au diabète dispensée par les médecins généralistes est insuffisante en pratique. Un mémoire de fin d'études récent rédigé par un étudiant en médecine généraliste de l'UGent offre toutefois une vision intéressante de la pratique du pré-trajet. L'auteur constate qu'il semble effectivement nécessaire de prévoir une éducation au diabète remboursée dans le cadre du pré-trajet. Cette éducation au diabète permettrait d'aborder le style de vie du patient, mais le poids et la tension artérielle de celui-ci pourraient également être contrôlés à cette occasion, ainsi que l'impact du diabète sur le contrôle ophtalmologique, par exemple, et sur le permis de conduire. L'étude révèle par ailleurs que le médecin généraliste n'est pas la personne la plus qualifiée pour assurer cette éducation au diabète, non seulement parce qu'il n'a pas reçu de formation spécifique à cet effet, mais aussi parce que les généralistes manqueraient souvent de temps lorsqu'ils reçoivent un patient diabétique. Ces consultations ont lieu dans le cadre du pré-trajet et elles s'accompagnent de toute une batterie de tests. Ce manque de temps serait encore aggravé par le fait que les patients arrivent parfois en retard et qu'ils profitent souvent de la consultation pour poser d'autres questions au médecin généraliste. La question du manque de temps empêcherait le médecin généraliste de dispenser une bonne éducation au diabète²⁷.

L'année passée, la Commission nationale médico-mutualiste aurait approuvé une note prévoyant le remboursement pour les patients diabétiques de moins de 70 ans qui présentent un risque accru et s'inscrivent dans le cadre d'un pré-trajet. Il aurait été décidé, pour

Diabeteseducatie wordt niet terugbetaald voor diabetespatiënten in een voortraject. Zoals eerder aangehaald, bevestigt wetenschappelijk onderzoek nochtans de effectiviteit van een degelijk leefstijladvies op het terugdringen van diabetes²⁶. Een preventieve aanpak en de snelle behandeling van diabetes impliceert niet dat de focus wordt gelegd op personen met een verhoogd risico, maar wel dat men probeert professionele en intensieve begeleiding te bieden vooraleer zich (nog) grotere gezondheidsrisico's ontwikkelen.

Het huidige voortraject voor diabetespatiënten bestaat pas sinds februari 2016, waardoor studies naar het voortraject en de nood aan diabeteseducatie nog schaars zijn. We kunnen dus niet met zekerheid stellen dat de diabeteseducatie door de huisarts in de praktijk tekort schiet. Niettemin geeft een recente masterproef uit de huisartsenopleiding van de UGent een interessante inkijk in de praktijk van het voortraject. Hierin geeft de auteur aan dat er inderdaad nood lijkt te zijn aan een terugbetaalde diabeteseducatie in het voortraject. Tijdens de diabeteseducatie kan dan de levensstijl worden besproken, maar kan ook het gewicht en de bloeddruk worden gemeten, en kan de impact van diabetes op onder andere oftalmologische controle en het rijbewijs worden besproken. Uit de studie komt ook naar voren dat de huisarts niet de meest geschikte persoon is voor het geven van diabeteseducatie, niet enkel omdat hij hiervoor niet specifiek is opgeleid, maar ook omdat huisartsen vaak tijdsdruk zouden ervaren bij de consultaties met diabetespatiënten. Deze consultaties vinden plaats in het kader van het voortraject, en gaan gepaard met het afnemen van een hele resem tests. Deze tijdsdruk zou nog worden verergerd doordat patiënten soms te laat komen, en de consultatie met de huisarts vaak aangrijpen om ook nog andere zaken te bespreken. De tijdsdruk die hierdoor ontstaat, zou ten koste gaan van een grondige diabeteseducatie bij de huisarts²⁷.

Vorig jaar zou de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen een nota hebben goedgekeurd die de terugbetaling uitwerkt voor diabetespatiënten met extra risico en die jonger zijn dan 70 jaar die zich in een voortraject bevinden. Omwille van budgettaire beperkingen

²⁶ Li et al. (2008). The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. *The Lancet*.
Lindstrom et al. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *The Lancet*.

²⁷ Boelaert. (2017). Optimaliseren van de follow-up van patiënten met diabetes type 2. Universiteit Gent.

²⁶ Li et al. (2008). The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. *The Lancet*.
Lindstrom et al. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *The Lancet*.

²⁷ Boelaert. (2017). Optimaliseren van de follow-up van patiënten met diabetes type 2. Universiteit Gent.

des motifs d'ordre budgétaire, de ne pas permettre à tous les patients diabétiques évoluant dans un tel pré-trajet de bénéficier d'une éducation au diabète remboursée²⁸. Nous comprenons bien que l'on se trouve dans une situation budgétaire difficile, mais il ne faut pas sous-estimer l'intérêt de dispenser une bonne éducation au diabète à un groupe de patients aussi large que possible. Nous demandons dès lors au gouvernement fédéral d'examiner en collaboration avec les Communautés la possibilité de rembourser l'éducation au diabète pour tous les patients diabétiques dans le cadre du pré-trajet.

Nous sommes dès lors convaincus qu'investir dans une éducation au diabète professionnelle et approfondie dans les premiers stades de la maladie peut permettre de limiter les futures dépenses de santé dues à celle-ci. C'est d'ailleurs ce que révèle également l'étude systématique de la littérature qui a été menée à la KU Leuven. L'étude montre qu'une éducation anticipée au diabète, même chez les individus qui ne souffrent pas encore de diabète, mais qui présentent un risque accru de devenir diabétique, peut permettre à notre système de soins de santé de faire de véritables économies à long terme²⁹. Néanmoins, il nous est impossible de savoir avec certitude si l'éducation au diabète aujourd'hui proposée par les médecins traitants dans le cadre du pré-trajet manque d'efficacité dans la pratique.

C'est pourquoi nous demandons au gouvernement fédéral de mener une analyse approfondie des coûts engendrés par le remboursement d'un éducateur en diabétologie dans le cadre du pré-trajet et de l'intérêt d'une telle mesure. Cette analyse pourra dévoiler si l'intervention d'un éducateur en diabétologie dans le cadre de l'éducation au diabète présente de réels avantages – aussi bien d'un point du médical que financier – par rapport à l'éducation au diabète proposée par le médecin traitant.

3.3) Collecte de données

Comme nous l'avons précédemment évoqué, la prévalence du diabète en Belgique a continué d'augmenter ces dernières décennies. Nous proposons une approche préventive qui consiste à accompagner les patients diabétiques de manière rapide et efficace dès que la maladie est détectée, dans le but de réellement limiter les dégâts pour la santé.

Une telle politique préventive ne peut fonctionner que si un certain nombre de données essentielles sont également suivies et tenues à jour, notamment:

²⁸ <http://www.lmnregiogenet.be/artikels/opening-gecre-%C3%ABerd-voor-diabeteseducatie-voortraject-diabetes>.

²⁹ Odnoletkova et al. (2014). Cost-Effectiveness of Therapeutic Education to Prevent the Development and Progression of Type 2 Diabetes: Systematic Review. *Diabetes & Metabolism*.

zou niet zijn gekozen om alle diabetespatiënten in een voortraject te voorzien van een terugbetaalde diabeteseducatie²⁸. Hoewel we uiteraard begrip hebben voor de moeilijke budgettaire situatie, zijn we van mening dat het belang van een grondige diabeteseducatie voor een zo breed mogelijke groep van diabetespatiënten niet mag onderschat worden. Daarom willen we de federale regering vragen om in samenwerking met de gemeenschappen te onderzoeken of het mogelijk is om voor alle diabetespatiënten in het voortraject diabeteseducatie terug te betalen.

We zijn er dan ook van overtuigd dat investeren in een grondige en professionele diabeteseducatie in de vroege stadia van diabetes een mogelijkheid kan bieden om de toekomstige gezondheidszorgkosten die voortvloeien uit diabetes binnen de perken te houden. Dat blijkt ook uit een systematische literatuurstudie die werd uitgevoerd aan de KU Leuven. De studie toont aan dat vroege diabeteseducatie, zelfs bij mensen die nog geen diabetes hebben maar wel een verhoogd risico lopen op diabetes, op lange termijn onze gezondheidszorg vele kosten kan besparen²⁹. Niettemin kunnen we niet zeker weten of de diabeteseducatie die vandaag wordt aangeboden door de huisarts in het voortraject in de praktijk ook effectief tekort schiet.

Daarom vragen we aan de federale regering om een grondige analyse te maken van de kosten en de baten van de terugbetaling van een diabeteseducator in het voortraject. Deze analyse kan duidelijk maken of – zowel vanuit gezondheidsoogpunt als vanuit financieel oogpunt – diabeteseducatie door de diabeteseducator significante voordelen biedt ten opzichte van de diabeteseducatie door de huisarts.

3.3) Dataverzameling

Zoals eerder aangehaald zal de prevalentie van diabetes in België de volgende decennia verder toenemen. Wij stellen een preventieve aanpak voor die diabetespatiënten snel en effectief begeleid in de vroege fase van de detectie om bijkomende gezondheidsschade effectief te beperken.

Een dergelijk preventief beleid kan enkel functioneren wanneer ook een aantal essentiële data consequent worden bijgehouden en opgevolgd, zoals:

²⁸ <http://www.lmnregiogenet.be/artikels/opening-gecre-%C3%ABerd-voor-diabeteseducatie-voortraject-diabetes>.

²⁹ Odnoletkova et al. (2014). Cost-Effectiveness of Therapeutic Education to Prevent the Development and Progression of Type 2 Diabetes: Systematic Review. *Diabetes & Metabolism*.

— le nombre de personnes présentant un risque accru de souffrir de diabète;

— le nombre de patients diabétiques;

— le traitement et l'accompagnement spécifiques dont bénéficient ces patients (pré)diabétiques;

— les progrès réalisés au sein des différents systèmes de soins;

— la fréquence à laquelle certaines complications liées au diabète se manifestent;

— le nombre de décès liés au diabète.

En opérant un suivi systématique de ces données, il devient possible d'adapter la politique en matière de diabète en fonction des évolutions et des besoins qui ressortent de l'analyse de ces données.

Un certain nombre d'indicateurs intéressants font déjà l'objet d'un suivi à l'heure actuelle dans le cadre de l'enquête de santé de l'Institut scientifique de santé publique (ISP).

La plateforme Healthdata.be a été créée au sein de l'ISP. Cette plateforme a pour objectif de récolter, d'enregistrer et de consolider les différentes données qui existent à l'heure actuelle dans les bases de données relatives à la santé, et ce, conformément au point d'action n° 18 du "Plan d'action e-Santé 2013-2018"³⁰.

À l'heure actuelle, l'ISP a ainsi déjà récolté un nombre relativement considérable de données de patients diabétiques dans le cadre de la plateforme *Healthdata.be*.

Après une première campagne d'enregistrement obligatoire en 2012, les médecins généralistes ont à nouveau

³⁰ <https://healthdata.wiv-isp.be/fr/la-genese-du-projet-healthdata.be>.

— het aantal personen met een verhoogd risico op diabetes;

— het aantal diabetespatiënten;

— de specifieke behandeling en begeleiding die deze (pre)diabetespatiënten ontvangen;

— de vooruitgang die wordt geboekt in de verschillende zorgsystemen;

— de frequentie van het optreden van bepaalde complicaties gelinkt aan diabetes;

— het aantal doden ten gevolge van diabetes.

Door deze data consequent te monitoren, kan het diabetesbeleid tijdig worden bijgestuurd, in functie van de evoluties en de noden die uit deze data naar voren komen.

Een aantal interessante indicatoren omtrent diabetes worden vandaag al opgevolgd in de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV).

Binnen het WIV werd het Healthdata-platform opgericht. Dit platform moet de verschillende data die vandaag bestaan in de verschillende databases rond gezondheid samenbrengen, registreren en consolideren, als bepaald in actiepunt 18 van het "Actieplan e-gezondheid 2013-2018"³⁰.

Vandaag wordt er in het kader van het *Healthdata*-platform al werk gemaakt van een relatief uitgebreide dataverzameling van patiëntengegevens met diabetes.

Na een eerdere verplichte registratieronde in 2012, worden huisartsen sinds 1 oktober 2017 opnieuw verplicht

³⁰ <https://healthdata.wiv-isp.be/nl/ontstaan-van-het-project-healthdata.be>.

l'obligation, depuis le 1^{er} octobre 2017, de consigner les informations pertinentes concernant des patients en cours de traitement antidiabétique et de les communiquer à l'ISP³¹. Une collecte similaire de données est également prévue pour les patients diabétiques en phase de prétraitement. Dans les deux cas, les informations consignées sont: la date de naissance, le sexe, le domicile, la date de début du traitement ou du prétraitement, le poids, la taille, la pression artérielle et les résultats d'analyse de laboratoire pour les taux d'H_bA_{1c} et de cholestérol LDL^{32 33}.

Pour les diabétiques qui sont suivis dans le cadre de la convention diabète, il existe, déjà depuis 2001, un suivi très détaillé des données pertinentes: il s'agit de l'Initiative pour la Promotion de la Qualité et de l'Épidémiologie du Diabète sucré (IPQED). Les données enregistrées dans le cadre de cette initiative sont notamment: la consommation éventuelle de tabac, le tour de taille, la consommation de médicaments spécifiques et la participation à des traitements spécifiques³⁴. La collecte de données à caractère personnel dans le cadre de l'IPQED a lieu tous les 18 mois et concerne un échantillon qui comprend environ 10 % des diabétiques suivis dans le cadre de la convention diabète. Il existe en outre deux projets similaires: le projet IPQE-EAD, qui est axé sur le diabète chez les enfants et les adolescents, et le projet IPQED-Pied, qui concerne plus spécifiquement les patients atteints du pied diabétique³⁵.

Il existe encore d'autres sources de données, comme "Pharmanet" (INAMI), qui rassemble, pour chaque prescripteur, des informations relatives aux médicaments remboursés délivrés par les officines publiques. Ces données permettent de déterminer le nombre de personnes qui, dans notre pays, suivent un traitement médicamenteux pour traiter leur diabète. On peut également citer "Intego", un réseau flamand de médecins généralistes, qui recueille des données épidémiologiques en collaboration avec la KU Leuven depuis 1994. Parmi ces données figurent également certaines informations longitudinales concernant des patients diabétiques inscrits dans un trajet de soins diabétique, des informations qui peuvent nous aider à

om relevante informatie over patiënten die zich momenteel bevinden in een zorgtraject voor diabetes te registreren en te bezorgen aan het WIV³¹. Een gelijkaardige verzameling van gegevens wordt gepland voor diabetespatiënten die zich in een voortraject bevinden. In beide gevallen omvat de geregistreerde informatie: de geboortedatum, het geslacht, de woonplaats, de startdatum van het zorg - of voortraject, het gewicht, de lengte, bloeddruk, en laboresultaten: H_bA_{1c} en LDL-cholesterol^{32 33}.

Voor diabetici die worden opgevolgd in het kader van de diabetesconventie bestaat er sinds 2001 al een zeer uitgebreide opvolging van relevante data: het "Initiatief voor kwaliteitsbevordering en epidemiologie bij diabetes" (IKED). De geregistreerde gegevens omvatten onder andere: rookgedrag, buikomtrek, het gebruik van specifieke medicatie, en de deelname aan specifieke behandelingen³⁴. De inzameling van persoonsgegevens in het kader van IKED gebeurt om de 18 maanden en heeft betrekking op een steekproef die ongeveer 10 % van de diabetici binnen de diabetesconventie omvat. Daarnaast bestaan er twee gelijkaardige projecten: het IKE-KAD-project, dat gericht is op diabetes bij kinderen en adolescenten, en het IKED-Voet-project, dat meer specifiek gericht is op patiënten met een diabetesvoet³⁵.

Voorts bestaan er nog andere databronnen. Zo is er "Farmanet" van het RIZIV. In Farmanet worden, per voorschrijver, gegevens verzameld over de terugbetaalde geneesmiddelen die worden afgeleverd door de openbare apotheken. Met deze data kan worden nagegaan hoeveel personen in België diabetes medicamenteus behandelen. Voorts is er nog "Intego", een Vlaams netwerk van huisartsen dat in samenwerking met de KU Leuven sinds 1994 enkele epidemiologische gegevens verzamelt. Deze verzamelde data bieden ons ook enkele longitudinale gegevens over diabetespatiënten in een diabetes-zorgtraject, en kunnen een inzicht bieden in de manier waarop bepaalde medicatie of het samenvallen

³¹ L'ultime échéance pour les médecins généralistes est fixée au 31 décembre 2017. Les médecins généralistes qui ne disposent pas d'un DMI doivent communiquer ces données manuellement.

³² https://www.privacycommission.be/sites/privacycommission/files/documents/d%C3%A9lib%C3%A9ration_SS_044_2017.pdf

³³ <http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/Pages/trajets-soins-2e-recolte-obligatoire-donnees.aspx#.Wob6i9Twa70>

³⁴ <https://www.healthstat.be/ap18/register.xhtml?registerId=43>.

³⁵ https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/nl/pdf/sector_committee/2015/13-092-n205-iked-gewijzigd_op_17_november_2015.pdf.

³¹ Huisartsen krijgen hiervoor tijd tot 31 december 2017. Indien de huisartsen niet beschikken over een EMD moeten deze gegevens manueel ingeven.

³² https://www.privacycommission.be/sites/privacycommission/files/documents/beraadslaging_AG_044_2017.pdf

³³ <http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele Zorgverleners/artsen/kwaliteit/Paginas/zorgtrajecten-2e-verplichte-gegevensinzameling.aspx>

³⁴ <https://www.healthstat.be/ap18/register.xhtml?registerId=43>.

³⁵ https://www.ehealth.fgov.be/sites/default/files/assets/nl/pdf/sector_committee/2015/13-092-n205-iked-gewijzigd_op_17_november_2015.pdf.

découvrir comment des médicaments déterminés ou l'existence de certaines autres affections concomitantes peuvent influencer le diabète³⁶.

Il convient de souligner que l'enregistrement des données par le biais du DMG est obligatoire tant pour les pré-trajets que pour les trajets de soins et la convention diabète. Certaines informations pertinentes concernant les différents systèmes de soins sont donc déjà systématiquement conservées à l'heure actuelle. Nous nous félicitons que les données déjà enregistrées aujourd'hui dans le DMG/DME soient utilisées à des fins d'analyses et d'études.

Nous estimons néanmoins que des améliorations sont encore possibles et songeons notamment aux points suivants:

— aujourd'hui, les données disponibles sont en partie recueillies par échantillon et en partie par le biais d'un enregistrement quasi complet des informations présentes dans le DME qui concernent tous les patients inscrits dans un module de soins. Pour autant, certaines informations extrêmement pertinentes ne sont pas encore disponibles dans le DME actuellement, telles que la consultation d'un éducateur en diabétologie, d'un diététicien ou d'un podologue, le recours à des médicaments spécifiques, la raison pour laquelle il a été mis fin au pré-trajet ou au trajet de soins, autant de variables qui nous paraissent cruciales si l'on veut tirer des conclusions judicieuses et établir des liens de cause à effet en rapport avec plusieurs éléments qui sont déjà enregistrés dans le DME à l'heure actuelle, comme l'évolution de l'IMC ou le taux de glycémie. Nous pensons que le gouvernement devrait examiner l'opportunité d'intégrer ces facteurs dans le DMG/DME. À cet égard, il devra s'assurer que la surcharge de travail que cela engendre reste raisonnable pour le médecin concerné;

— à l'heure actuelle, il est encore difficile de se faire une idée de la situation des personnes diabétiques qui ne participent pas à un pré-trajet, à un trajet de soins ou à la convention diabète. Pourtant, il ne faut pas sous-estimer ce groupe. Il est ressorti d'un échantillon de patients diabétiques, dont les données sont enregistrées dans des DMI gérés par le logiciel HealthOne et au sein du laboratoire Medilab, que seuls 27,8 % des patients diabétiques qui avaient droit à un pré-trajet y participaient réellement³⁷. Par conséquent, nous demandons au gouvernement fédéral d'examiner de quelle manière des

van diabetes met bepaalde andere aandoeningen de ziekte kan beïnvloeden³⁶.

Merk op dat zowel voor de voortrajecten, de zorgtrajecten als de diabetesconventie de opname van gegevens via het GMD verplicht is. Bepaalde relevante informatie over de verschillende zorgsystemen wordt nu dus al consequent bijgehouden. Het verheugt ons dat de gegevens die vandaag al worden geregistreerd in het GMD/EMD, worden aangewend voor analyse en onderzoek.

Niettemin denken we dat er nog verbetering mogelijk is. We denken onder meer aan de volgende zaken:

— de beschikbare data worden vandaag deels steekproefsgewijs verzameld, en deels gebaseerd op een quasi-volledige registratie van de gegevens uit het EMD van alle patiënten die zich in een zorgmodule bevinden. Bepaalde zeer relevante informatie is vandaag echter nog niet beschikbaar in het EMD, bijvoorbeeld: de consultatie van een diabeteseducator, diëtist of podoloog, het gebruik van specifieke medicatie, de reden van de beëindiging van een voor- of zorgtraject. Deze variabelen lijken ons van groot belang om zinvolle conclusies of causale verbanden te kunnen trekken die gelinkt zijn aan enkele zaken die vandaag al wel worden geregistreerd in het EMD, zoals de evolutie van het BMI of de bloedsuikerspiegel. We denken dat de regering best onderzoekt of ook voornoemde factoren kunnen worden opgenomen in het GMD/EMD. Hierbij moet er over worden gewaakt dat de bijkomende werklast voor de betrokken arts redelijk blijft;

— het is vandaag de dag nog moeilijk om inzicht te krijgen in de toestand van de diabetici die zich niet bevinden in een voortraject, een zorgtraject, of de diabetesconventie. Nochtans mag deze groep niet worden onderschat. Uit een steekproef van diabetespatiënten die zijn geregistreerd in de EMD's die worden beheerd met het softwaresysteem HealthOne en in het labo Medilab, bleek dat slechts 27,8 % van de diabetespatiënten die recht hebben op een voortraject, hier ook effectief aan deelnemen³⁷. We vragen de federale regering daarom om te onderzoeken op welke manier periodieke informatie

³⁶ Goderis et al. (2011). ACHIL: Griekse mythe of Belgische realiteit. Vlaams tijdschrift voor Diabetologie.

³⁷ Boelaert. (2017). Optimaliseren van de follow-up van patiënten met diabetes type 2. Universiteit Gent.

³⁶ Goderis et al. (2011). ACHIL: Griekse mythe of Belgische realiteit. Vlaams tijdschrift voor Diabetologie.

³⁷ Boelaert. (2017). Optimaliseren van de follow-up van patiënten met diabetes type 2. Universiteit Gent.

informations périodiques sur les personnes diabétiques qui ne participent pas à un pré-trajet, à un trajet de soins ou à une convention diabète peuvent être collectées, analysées et rapportées;

— une concertation avec les entités fédérées, qui sont compétentes en matière de politique de prévention et de dépistage du diabète, peut également permettre de collecter et d'analyser de manière optimale les données de personnes présentant un risque accru de souffrir de diabète. Le gouvernement flamand a pour le moment prévu de répertorier les personnes prédiabétiques à l'aide du test FINDRISC³⁸. Nous demandons au gouvernement fédéral de fixer, en collaboration avec les entités fédérées, un ensemble de variables convenues et partiellement communes, de sorte que les données relatives aux personnes (pré)diabétiques collectées par les entités fédérées puissent facilement être comparées avec les données relatives aux personnes diabétiques collectées par les autorités fédérales. À long terme, il sera ainsi possible d'obtenir des données longitudinales, qui permettront d'opérer des choix politiques. Ces données pourront être collectées, d'une part, au moyen des DMI et, d'autre part, par le biais d'un échantillonnage;

— enfin, nous estimons qu'il conviendrait de publier à intervalles réguliers des rapports d'enquête fédéraux transparents et clairs qui indiqueraient non seulement le nombre de personnes diabétiques qui ne participent pas à un système de soins, mais également le nombre de personnes diabétiques qui participent réellement à un des trois systèmes de soins existants. De cette façon, tant les responsables politiques, les administrations publiques et les groupes d'intérêts concernés que les parlements pourront suivre et évaluer de manière approfondie la politique en matière de diabète.

3.4) Podologie et chaussures orthopédiques

Les pieds des patients diabétiques sont particulièrement vulnérables. Les personnes diabétiques peuvent pâtir d'une mauvaise irrigation sanguine et d'une altération des nerfs au niveau des jambes et des pieds en raison du taux élevé de glucose dans leur sang. Cela peut réduire la sensibilité au niveau des orteils, des pieds et des jambes. Par conséquent, les blessures aux pieds et les fractures sont plus fréquentes chez les patients diabétiques et guérissent également plus lentement. À long terme, cela peut entraîner des infections, une malformation du pied voire des amputations.

Par conséquent, il importe qu'un pied présentant des lésions soit traité correctement et rapidement de manière à éviter que la situation empire. Un traitement

³⁸ <https://www.demorgen.be/binnenland/grootschalig-onderzoek-naar-diabetes-b13687ff/>

over diabetici die niet deelnemen aan een voortraject, zorgtraject of diabetesconventie kan worden verzameld, geanalyseerd en gerapporteerd;

— afstemming met de deelstaten, die bevoegd zijn voor het preventieve beleid en de screening van diabetes, kan mogelijkheden bieden om ook de gegevens van mensen met een verhoogd risico op diabetes optimaal te verzamelen en te analyseren. De Vlaamse overheid heeft op dit moment plannen om aan de hand van de FINDRISC-test prediabetes in kaart te brengen³⁸. We vragen de federale regering om in samenwerking met de deelstaten te komen tot een deels gezamenlijke en op elkaar afgestemde set aan variabelen, zodat de gegevens over (pre)diabetes die de deelstaten verzamelen gemakkelijk kunnen worden vergeleken met de gegevens over de diabetici die de federale overheid verzamelt. Op die manier kan op lange termijn worden gekomen tot longitudinale gegevens die met beleidskeuzes in verband kunnen worden gebracht. Deze data kunnen deels via het EMD en deels steekproefsgewijs worden verzameld;

— ten slotte denken we dat er nood is aan periodieke, overzichtelijke en transparante federale onderzoeksrapporten waarin die rapporteren over zowel personen met diabetes die niet deelnemen aan een zorgsysteem, als over personen met diabetes die wel deelnemen aan een van de drie bestaande zorgsystemen. Op die manier kunnen zowel beleidsmakers, overheidsadministraties, betrokken belangenorganisaties, en de parlements het diabetesbeleid grondig opvolgen en evalueren.

3.4) Podologie en orthopedische schoenen

De voeten van diabetespatiënten zijn uitzonderlijk kwetsbaar. Personen met diabetes kunnen door het hoge glucosegehalte in hun bloed te maken krijgen met een slechte doorbloeding en een aantasting van de zenuwen in hun benen en voeten. Hierdoor kan het gevoel in de tenen, voeten en onderbenen afnemen. Bijgevolg lopen diabetici vaker voetwonden en botbreuken op, die ook minder snel genezen. Dit kan op termijn leiden tot infecties, voetmisvorming, en zelfs amputaties.

Daarom is het belangrijk dat een beschadigde voet goed en snel wordt behandeld, zodat erger kan worden voorkomen. Een aangepaste behandeling bij de podoloog

³⁸ <https://www.demorgen.be/binnenland/grootschalig-onderzoek-naar-diabetes-b13687ff/>

adapté administré par le podologue est important à cet égard. À l'heure actuelle, les podologues ne disposent pas encore de leurs propres numéros de nomenclature, alors que certaines autres professions des soins de santé en sont dotées. L'exception à la règle est le remboursement des consultations chez un podologue qui existe déjà aujourd'hui pour les patients diabétiques dans le cadre d'un pré-trajet, d'un trajet de soins, ou dans la convention diabète. Ils ont annuellement droit à deux consultations de 45 minutes chez un podologue. Pourtant, les affections du pied chez les patients diabétiques peuvent varier fortement, allant du cor et des crevasses à la nécrose. Toutefois, aucune distinction n'est opérée au sein du système de remboursement existant sur la base de l'affection spécifique au pied. Chaque patient diabétique a droit au remboursement d'un même nombre de consultations. La seule alternative consiste en un accompagnement réalisé par un centre spécialisé dans le cadre de la convention "pied diabétique"³⁹ ⁴⁰. Nous demandons dès lors au gouvernement fédéral d'examiner si le nombre et la durée des consultations remboursées pour les patients diabétiques peuvent être différenciés en fonction des affections et des problèmes podologiques spécifiques.

Nous estimons par contre qu'il est important que le remboursement du podologue reste légitime, équitable et suffisamment étayé scientifiquement. C'est pourquoi nous demandons également au gouvernement fédéral, tant sur le plan de la santé que sur le plan financier, d'examiner les coûts et les avantages du traitement et du remboursement d'un podologue.

En outre, nous proposons d'étudier la possibilité de lier le remboursement des consultations chez le podologue à une condition supplémentaire. Dans le cadre d'un pré-trajet, d'un trajet de soins ou d'une convention diabète, le patient diabétique doit se rendre à un certain nombre de consultations prédéfinies chez le médecin généraliste ou certains spécialistes. Il est dans l'intérêt de la santé du patient qu'il se rende effectivement à ces consultations et qu'il ne participe pas au système de soins dans le seul but de bénéficier de certains avantages, tels que le remboursement de la podologie ou de certains matériels, sans remplir les obligations qui lui incombent. C'est pourquoi nous proposons au gouvernement fédéral

is hierbij van belang. Podologen kennen vandaag nog geen eigen nomenclaturnummers, zoals dat het geval is bij sommige andere zorgberoepen. De uitzondering op de regel is de terugbetaling van consultaties bij een podoloog die vandaag al bestaat voor diabetici in een voortraject, zorgtraject, of in de diabetesconventie. Zij hebben jaarlijks recht op twee consulten van 45 minuten bij een podoloog. Nochtans kunnen de aandoeningen aan de voet bij diabetici sterk verschillen, gaande van eelt en kloven tot necrose. Binnen het bestaande terugbetalings-systeem wordt er echter geen onderscheid gemaakt op basis van de specifieke aandoening aan de voet. Elke diabetespatiënt heeft recht op terugbetaling van eenzelfde aantal consulten. Het enige alternatief is een begeleiding door een gespecialiseerd centrum in het kader van de "voetconventie"³⁹ ⁴⁰. Daarom verzoeken we de federale regering om te onderzoeken of het aantal en de duurtijd van de terugbetaalde consulten voor diabetespatiënten gedifferentieerd kan worden naargelang de specifieke aandoeningen en problemen aan de voet.

We vinden het wel belangrijk dat de terugbetaling van de podoloog legitiem en billijk blijft en voldoende wetenschappelijk onderbouwd is. Daarom vragen we de federale regering ook om, zowel vanuit gezondheids-oogpunt als vanuit financieel oogpunt, de kosten en de baten van de behandeling en de terugbetaling van een podoloog te onderzoeken.

Voorts willen we voorstellen om te onderzoeken om de terugbetaling van de consultaties bij de podoloog te koppelen aan een bijkomende voorwaarde. In het kader van een voortraject, een zorgtraject, of een diabetesconventie moet de diabetespatiënt namelijk deelnemen aan een aantal vooraf bepaalde consultaties bij de huisarts of bij bepaalde specialisten. Het is in het voordeel van de gezondheidstoestand van de patiënt dat hij deze consultaties ook effectief aflegt, en niet slechts deelneemt aan het zorgsysteem om bepaalde voordelen te kunnen ontvangen, zoals de terugbetaling van podologie of van bepaalde materialen, zonder te voldoen aan de verplichtingen die daaraan zijn gekoppeld. Daarom stellen we

³⁹ <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/endocriniennes-metaboliques/Pages/diabete-intervention-couts-suivi-adultes-centre-specialise.aspx>.

⁴⁰ La convention "pied diabétique" est ouverte à tous les patients diabétiques qui participent à un pré-trajet, à un trajet de soins ou à une convention diabète et qui présentent des plaies au pied ou une arthropathie neurogène. L'équipe dans les centres: établit un diagnostic, soigne les plaies au pied, examine la nécessité d'une intervention chirurgicale, accompagne le patient dans la recherche d'aide technique de marche appropriée, et suit l'évolution du traitement.

³⁹ <http://www.riziv.fgov.be/nl/themes/kost-terugbetaling/ziekten/endocriene-metabole/Paginas/diabetes-tegemoetkoming-centrum-voetwond.aspx>.

⁴⁰ De "voetconventie" staat open voor alle diabetespatiënten die deelnemen aan een voortraject, zorgtraject of diabetesconventie en die voetwonden of een neurogene artropathie vertonen. Het team in de centra: stelt een diagnose op, verzorgt de voetwonden, onderzoekt de nood aan een chirurgische ingreep, begeleidt de patiënt bij het zoeken naar aangepaste hulp bij het stappen, en volgt de evolutie op van de behandeling op.

d'examiner si le remboursement d'une ou des deux consultations chez le podologue peut être subordonné au respect de l'obligation de se rendre effectivement aux consultations prévues et convenues dans le cadre du pré-trajet, du trajet de soins ou de la convention diabète. Ce faisant, il sera également possible de limiter quelque peu l'impact budgétaire de ce remboursement supplémentaire. En outre, nous encourageons une approche plus holistique des systèmes de soins, qui met l'accent non seulement sur le traitement du diabète lui-même, mais aussi sur le traitement des affections qui peuvent être liées au diabète.

Les chaussures orthopédiques ou les semelles orthopédiques peuvent avoir un effet préventif et empêcher l'aggravation des lésions au pied. La mutualité rembourse les chaussures orthopédiques sur prescription d'un spécialiste et après accord du médecin conseil. Le montant remboursé par la mutualité pour des chaussures ou semelles orthopédiques varie en fonction de l'affection spécifique, comme le prévoit l'article 29 de la nomenclature.

Les personnes peuvent bénéficier d'un remboursement annuel pour les chaussures orthopédiques. Pour les personnes de plus de 65 ans souffrant de lésions moins "graves" aux pieds (catégorie B), le remboursement n'est plus annuel, mais bisannuel. De même, le remboursement de semelles orthopédiques ne peut avoir lieu qu'une fois tous les deux ans⁴¹.

Les diabétiques souffrant de lésions aux pieds ont souvent besoin d'au moins une paire de chaussures d'été et d'hiver, ou de chaussures adaptées pour l'extérieur et l'intérieur. Si les chaussures ne sont pas adaptées à ces situations, il y a un risque que le patient ne les porte pas suffisamment, avec toutes les conséquences dommageables que cela implique. Par conséquent, nous pensons qu'il peut être intéressant d'acheter deux paires au moment du premier achat, et de maintenir le remboursement annuel ou bisannuel, afin que la paire d'été ou d'hiver puisse être remplacée à chaque fois.

Nous voulons donc demander au gouvernement fédéral d'examiner si le remboursement de deux paires de chaussures est possible au moment de la première demande, particulièrement pour les personnes qui ont besoin de chaussures d'hiver ou d'été adaptées ou de chaussures d'intérieur et d'extérieur.

3.5) Remboursement intelligent des médicaments

Il existe plusieurs médicaments qui peuvent réguler la glycémie chez les patients diabétiques. La glycémie

⁴¹ http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart29_20161101_01.pdf.

voor aan de federale regering om te onderzoeken of de terugbetaling van een of beide consultaties bij de podoloog afhankelijk kan worden gemaakt van het effectief afleggen van de consultaties die werden vastgelegd en afgesproken in het voortraject, het zorgtraject of de diabetesconventie. Zo kan ook de budgettaire weerslag van deze bijkomende terugbetaling enigszins worden beperkt. Bovendien bevorderen we zo een meer holistische benadering van de zorgsystemen, die niet enkel focust op de behandeling van diabetes zelf, maar ook op de behandeling van aandoeningen die kunnen worden gelinkt aan diabetes.

Orthopedische schoenen of orthopedische zolen kunnen preventief werken, en voorkomen dat de schade aan de voet verergert. Het ziekenfonds betaalt orthopedische schoenen terug op voorschrift van een specialist en na goedkeuring door de adviserend geneesheer. Het bedrag dat het ziekenfonds terugbetaalt voor orthopedische schoenen of zolen verschilt naargelang de specifieke aandoening, als bepaald in de nomenclatuur, artikel 29.

Personen kunnen jaarlijks een terugbetaling ontvangen voor orthopedische schoenen. Bij personen met minder "zware" schade aan de voeten (categorie B) boven de leeftijd van 65 jaar is de terugbetaling niet langer jaarlijks, maar om de twee jaar. Ook de terugbetaling van orthopedische zolen kan slechts elke twee jaar plaatsvinden⁴¹.

Vaak hebben diabetici met schade aan de voeten zowel minstens een zomer- en winterpaar nodig, of schoenen die aangepast zijn om zowel buiten als binnen te gebruiken. Als schoenen niet zijn aangepast aan deze situaties, ontstaat het risico dat de patiënt de schoenen onvoldoende zal dragen, met alle schadelijke gevolgen van dien. Bijgevolg denken wij dat het bij de eerste aanschaf interessant kan zijn om twee paar te kunnen aanschaffen, en voorts de terugbetaling om het jaar of om de twee jaar aan te houden, zodat telkens het zomer- of winterpaar kan worden vervangen.

We willen de federale regering daarom vragen om te onderzoeken of de terugbetaling van twee paar schoenen mogelijk is bij de eerste aanvraag, met name voor personen die aangepaste winter- of zomerschoenen of binnen- en buitenschoenen nodig hebben.

3.5) Intelligente terugbetaling van geneesmiddelen

Er bestaan verschillende geneesmiddelen die de bloedglucosewaarden bij diabetespatiënten onder controle

⁴¹ http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuurart29_20161101_01.pdf.

est largement influencée par l'insuline et le glucagon, qui sont des hormones sécrétées par le pancréas. Le glucagon augmente la glycémie, tandis que l'insuline la fait baisser. Les médicaments antidiabétiques sont donc souvent destinés à normaliser la glycémie, directement ou indirectement, d'une part en augmentant la sécrétion d'insuline par le pancréas ou en réduisant la sécrétion de glucagon par le pancréas, d'autre part en augmentant la sensibilité à l'insuline ou en augmentant l'élimination de glucose par voies urinaires (glycosurie).

Traditionnellement, le diabète est traité principalement au moyen de la metformine et des sulfonylurées (SU). Ces médicaments traditionnellement utilisés se concentrent fortement sur le contrôle de la glycémie, évitant ainsi l'hyperglycémie (glycémie trop élevée). Mais les sulfonylurées peuvent provoquer une hypoglycémie (glycémie trop basse).

Toutefois, au cours des dernières années, d'autres médicaments ont été mis sur le marché, qui, en plus d'un bon contrôle de la glycémie sans grand risque d'hypoglycémie, présentent des avantages supplémentaires. Ces nouveaux médicaments réduisent les risques de développement d'un certain nombre de maladies chroniques souvent associées au diabète, comme les maladies cardiovasculaires ou des troubles oculaires, rénaux ou nerveux. Concrètement, nous pensons aux médicaments suivants:

— DPP4-i (inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase 4):

- réduction du risque d'hypoglycémie (glycémie trop basse);
- n'entraîne pas de prise de poids;
- pas de risque cardiovasculaire;

— SGLT2-i (Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2)):

- réduction du risque d'hypoglycémie;
- effet amaigrissant;
- peut, selon certaines études, réduire les événements cardiovasculaires (p. ex. mort cardiovasculaire, accident vasculaire cérébral non mortel, infarctus du myocarde aigu non mortel);
- protection rénale;

kunnen houden. De bloedglucosewaarden worden in grote mate beïnvloed door de hormonen insuline en glucagon, die worden afgescheiden door de alvleesklier. Glucagon verhoogt de bloedglucosewaarden, terwijl insuline de bloedglucosewaarden verlaagt. Diabetesmedicatie heeft daarom vaak tot doel om – rechtstreeks of onrechtstreeks – de bloedsuiker te normaliseren, enerzijds door de afscheiding van insuline door de pancreas te vergroten, of de afscheiding van glucagon door de pancreas te verkleinen, anderzijds door insulinegevoeligheid te doen toenemen, of door meer glucose uit te plassen (glucosurie).

Traditioneel wordt diabetes voornamelijk behandeld via metformine en sulfonylurea (SU). Deze traditioneel gebruikte geneesmiddelen focussen sterk op de controle van de bloedglucosewaarden, en vermijden zo hyperglycemie (te hoge bloedglucosewaarden). Maar SU kunnen hypoglycemie (te lage bloedglucosewaarden) veroorzaken.

Nochtans zijn er de laatste jaren nog andere geneesmiddelen op de markt gekomen, die naast een goede controle van de bloedglucosewaarden zonder veel risico op hypoglycemie, nog bijkomende positieve voordelen hebben. Deze nieuwe geneesmiddelen verminderen de risico's op een aantal chronische aandoeningen die vaak gepaard gaan met diabetes, zoals hart- en vaatziekten of een aantasting van de ogen, de nieren, of de zenuwbanen. Concreet denken we hierbij aan de volgende geneesmiddelen:

— DPP4i (dipeptidyl peptidase 4 inhibitoren):

- lager risico op hypoglycemie (te lage bloedglucosewaarden);
- leidt niet tot gewichtstoename;
- geen cardiovasculaire risico's;

— SGLT2-i (sodium glucose cotransporter 2 inhibitoren):

- lager risico op hypoglycemie;
- werkt gewichtsverlagend;
- kan volgens bepaalde studies de cardiovasculaire events verminderen (zoals: cardiovasculair overlijden, niet-dodelijke beroerte, niet-dodelijk acuut hartinfarct);
- werkt nierbeschermend;

— GLP-1-RA (agoniste des récepteurs du glucagon-like peptide-1):

- réduction du risque d'hypoglycémie;
- effet amaigrissant;
- peut, selon certaines études, réduire les événements cardiovasculaires (p. ex. mort cardiovasculaire, accident vasculaire cérébral non mortel, infarctus du myocarde aigu non mortel);
- protection rénale.

Actuellement, les recommandations internationales sont davantage basées sur une approche axée sur le patient et sur une approche holistique, qui accorde davantage d'attention au traitement médicamenteux des maladies chroniques liées au diabète⁴². Les conditions de remboursement qui s'appliquent aujourd'hui en Belgique ne s'alignent cependant pas encore sur cette évolution internationale. Ces conditions de remboursement font que l'ordre dans lequel les prescriptions sont établies n'est pas toujours logique et ne facilitent pas suffisamment l'utilisation correcte de ces nouveaux médicaments. Or, un traitement précoce et correct avec les médicaments adaptés permettrait de réduire le nombre de complications, ce qui a aussi une répercussion sur les dépenses en matière de soins de santé. En outre, un tel traitement peut améliorer la qualité de vie des diabétiques ainsi que leur participation au marché du travail.

Lors de la table ronde parlementaire relative au diabète, qui a été organisée en octobre 2017, le professeur Christophe De Block a abordé cette problématique en recommandant d'uniformiser et de simplifier les critères de remboursement existants et de les mettre en concordance avec les recommandations internationales. La Diabetes Liga est également favorable à une adaptation des conditions de remboursement. Concrètement, le professeur De Block propose, en accord avec d'autres des collègues experts, d'adapter les conditions de remboursement existantes des nouveaux médicaments:

— en ce qui concerne la DPP4-i:

- de commencer un traitement par DPP4-i immédiatement après le diagnostic d'un diabète de type 2. Actuellement, la DPP4-i est seulement remboursée après que la patient a suivi un traitement à la metformine pendant trois mois;

⁴² American Diabetes Association. (2017). *Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. Diabetes Care.*

— GLP-1-RA (glucagon like peptide-1 receptor agonisten):

- lager risico op hypoglycemie;
- werkt gewichtsverlagend;
- kan volgens bepaalde studies de cardiovasculaire events verminderen (zoals: cardiovasculair overlijden, niet-dodelijke beroerte, niet-dodelijk acuut hartinfarct);
- werkt nierbeschermend.

Internationale aanbevelingen evolueren vandaag sterker naar een meer patiëntgerichte en holistische benadering, met meer aandacht voor de medicamenteuze behandeling van chronische aandoeningen gelinkt aan diabetes⁴². De terugbetalingsvoorwaarden die vandaag in België van toepassing zijn, zijn echter nog niet afgestemd op deze internationale evolutie. Deze terugbetalingsvoorwaarden geven soms aanleiding tot een onlogische volgorde van voorschriften en faciliteren een correct gebruik van deze nieuwe geneesmiddelen onvoldoende. Een vroegtijdige en correcte behandeling met de gepaste geneesmiddelen kan echter het aantal complicaties terugdringen, wat ook een weerslag heeft op de gezondheidszorguitgaven. Bovendien kan dit de levenskwaliteit en de arbeidsmarktparticipatie van diabetespatiënten verbeteren.

In de parlementaire rondetafelconferentie rond diabetes die werd georganiseerd in oktober 2017, kaartte prof. dr. Christophe De Block deze problematiek aan. Hij raadde aan om de bestaande terugbetalingscriteria te uniformiseren en te vereenvoudigen en beter af te stemmen op de internationale aanbevelingen. Ook de Diabetes Liga schaat zich achter aangepaste terugbetalingsvoorwaarden. Concreet stelt prof. dr. De Block, die hierover ook afstemde met collega-experten, volgende aanpassingen van de bestaande terugbetalingsvoorwaarden voor de nieuwe geneesmiddelen voor:

— wat betreft DPP4-i:

- onmiddellijk na de diagnose van diabetes type 2 een behandeling op te starten met DPP4-i. Vandaag wordt DPP4-i enkel terugbetaald nadat de patiënt al drie maanden een behandeling volgde met metformine;

⁴² American Diabetes Association. (2017). *Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. Diabetes Care.*

- de combiner le remboursement de la DPP4-i avec celui de l'insuline prandiale (à effet rapide), et pas seulement avec celui de l'insuline basale (à effet lent) comme c'est le cas actuellement, ce qui permettrait de réduire la dose d'insuline, et donc le risque d'hypoglycémie;

— s'agissant des inhibiteurs du SGLT2:

- tout comme pour les inhibiteurs du DPP4, permettre leur remboursement:

☒ juste après le diagnostic des diabètes de type 2;

☒ dans une thérapie les associant avec de l'insuline prandiale;

- prolonger leur remboursement en cas d'amélioration du taux d'H_bA1_c ou de perte de poids. Actuellement, le remboursement est uniquement prévu lorsque la diminution du taux d'H_bA1_c et la perte de poids sont concomitantes;

- remboursement en cas de thérapie adjuvante pour les patients atteints d'un diabète de type 1 présentant un IMC ≥ 30 kg/m² ou souffrant de résistance à l'insuline (dose d'insuline ≥ 1 unité/kg de masse corporelle), à condition que cette thérapie soit prescrite par un endocrinologue-diabétologue;

— S'agissant des agonistes des récepteurs GLP-1:

- remboursement immédiat après le diagnostic, mais uniquement dans le cadre d'une bithérapie les associant avec un autre médicament (de préférence de la metformine) et dans les cas suivants:

— pour les patients souffrant d'obésité morbide (IMC >40 kg/m²), pour lesquels une nouvelle prise de poids n'est absolument pas souhaitable;

— lorsque la prise d'autres antidiabétiques oraux est impossible pour des raisons de contre-indication, d'allergie ou d'hypersensibilité, ou de risque élevé d'hypoglycémie sévère (insulinothérapie de longue durée, DFG <60 ml/minute, néphropathie diabétique diagnostiquée, antécédents d'hypoglycémie sévère);

- le remboursement des agonistes des récepteurs GLP-1 dans le cadre d'une bithérapie, après avoir commencé une trithérapie les associant à des sulfonylurées et à de la metformine, doit être possible:

— lorsqu'un bon contrôle métabolique et/ou l'apparition d'hypoglycémies permettent une diminution de la dose de sulfonylurée;

- de terugbetaling van DPP4-i te combineren met prandiale (snelwerkende) insuline, en niet enkel met basale (langwerkende) insuline zoals vandaag de dag het geval is. Hiermee kan de insulinedosis worden verlaagd, en bijgevolg ook het risico op hypoglycemie;

— wat betreft SGLT2-i:

- net zoals bij DPP4-i een terugbetaling mogelijk te maken:

— direct na de diagnose van de diabetes type 2;

— in combinatie met prandiale insuline;

- de terugbetaling te verlengen bij verbetering van het H_bA1_c-gehalte of bij een vermindering van gewicht. Vandaag is er enkel terugbetaling wanneer de verlaging van het H_bA1_c-gehalte en de vermindering van het gewicht samen voorkomen;

- terugbetaling bij een adjuvante therapie bij type 1 diabetespatiënten met BMI ≥ 30 kg/m² of bij insulinere-sistentie (insulinedosis ≥ 1 eenheid/kg lichaamsgewicht), op voorwaarde dat dit wordt voorgeschreven door een endocrinoloog-diabetoloog;

— Wat betreft GLP-1-RA:

- terugbetaling onmiddellijk na de diagnose, maar enkel in bithérapie met een ander medicijn (preferentieel met metformine), en enkel in de volgende gevallen:

— bij patiënten met morbide obesitas (BMI >40 kg/m²) waarbij verdere gewichtstoename absoluut niet gewenst is;

— wanneer andere perorale antidiabetica niet kunnen door contra-indicatie, een allergie of overgevoeligheid, of een hoog risico op ernstige hypoglycemie (langdurige insulinetherapie, GFR <60 mL/minuut, gekende diabetische nefropathie, reeds doorgemaakte ernstige hypoglycemie);

- terugbetaling van GLP-1-RA in bithérapie, nadat een trithérapie met sulfonylurea en metformine werd opgestart, moet mogelijk zijn wanneer:

— het sulfonylureum kan worden afgebouwd omwille van goede metabole controle en/of het optreden van hypoglycemieën;

— si la metformine ne peut être utilisée pour des raisons de contre-indication ou d'intolérance.

Nous souhaitons demander au gouvernement fédéral d'examiner, en concertation avec les organisations représentatives des personnes diabétiques, si le remboursement des inhibiteurs du DPP4, des inhibiteurs du SGLT2 et des agonistes des récepteurs GLP-1 est souhaitable dans les cas susmentionnés.

Ensuite, nous souhaitons demander au gouvernement fédéral de continuer à suivre les preuves scientifiques attestant les effets positifs et l'innocuité d'une bithérapie associant des agonistes des récepteurs GLP-1 à des inhibiteurs du SGLT2 ou à de l'insuline prandiale ainsi que de permettre également le remboursement de cette thérapie si ce remboursement est souhaitable sur le plan médical.

— als metformine niet kan worden gebruikt omwille van contra-indicatie of intolerantie.

We willen de federale regering vragen om te onderzoeken of de terugbetaling van DPP4-i, SGLT2-i en GLP-1-RA in de hierboven omschreven omstandigheden wenselijk is, in samenspraak met de betrokken organisaties die de diabetespatiënten vertegenwoordigen.

Voorts willen we de federale regering vragen om het wetenschappelijke bewijs voor de gunstige werking en de risicoloosheid van een bithérapie van GLP-1-RA met SGLT2-i of met prandiale insuline verder op te volgen en, indien medisch wenselijk, ook hiervoor terugbetaling mogelijk te maken.

Yoleen VAN CAMP (N-VA)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. constatant que le diabète est extrêmement néfaste pour la santé et peut, entre autres, entraîner des lésions cardiovasculaires, rénales, oculaires et nerveuses;

B. constatant que la Fédération internationale du diabète (FID) indique que 6,1 % de la population adulte en Belgique est diabétique;

C. soulignant qu'il existe de fortes disparités régionales en Belgique, la prévalence du diabète étant plus élevée en Wallonie qu'en Flandre;

D. constatant que, selon une estimation de la FID, le nombre de diabétiques en Belgique aura augmenté de 15 % en 2045 à la suite du vieillissement notamment;

E. constatant que les dépenses de soins santé induites par le diabète augmenteront, à politique inchangée, de près d'une demi-milliard d'euros d'ici 2040;

F. soulignant que le diabète de type 2 reste souvent non diagnostiqué durant une longue période et que, selon la FID, 35,8 % des patients diabétiques ignorent qu'ils en sont affectés;

G. soulignant que les communautés sont compétentes en matière de politique de prévention concernant le diabète et qu'elles s'emploient déjà actuellement à élaborer une telle politique;

H. faisant observer que la Communauté flamande travaille actuellement à un dépistage du (pré)diabète dans le cadre duquel seront également prodigués des conseils concernant le mode de vie;

I. faisant observer que la recherche académique a établi à plusieurs reprises déjà que les conseils en matière de mode de vie et l'éducation au diabète permettent effectivement de retarder ou de prévenir le diabète, dans le cas de personnes présentant un risque accru de diabète, ou les complications liées au diabète, dans le cas de patients diabétiques;

J. faisant observer que la recherche académique a établi que, dans le cas de personnes atteintes de diabète à un stade moins avancé, l'éducation au diabète peut effectivement aider à réduire à terme les dépenses de soins de santé liées au diabète;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. stelt vast dat diabetes enorm schadelijk is voor de gezondheid en kan leiden tot, onder andere, een beschadiging van de hart- en bloedvaten, de nieren, de ogen en het zenuwstelsel;

B. stelt vast dat de *International Diabetes Federation* (IDF) aangeeft dat 6,1 % van de volwassen bevolking in België diabetes heeft;

C. wijst erop dat er in België sterke regionale verschillen bestaan, waarbij de prevalentie van diabetes in Wallonië hoger ligt dan in Vlaanderen;

D. stelt vast dat het aantal diabetici in België, ten gevolge van onder meer de vergrijzing, volgens een raming van de IDF in 2045 met 15 % zal zijn toegenomen;

E. stelt vast dat de gezondheidszorguitgaven die het gevolg zijn van diabetes bij ongewijzigd beleid met ongeveer een half miljard euro zullen toenemen tegen 2040;

F. wijst erop dat diabetes type 2 vaak lang niet gediagnosticeerd blijft en dat volgens de IDF 35,8 % van de diabetici niet op de hoogte zijn van de eigen diabetes;

G. merkt op dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor het preventieve beleid inzake diabetes en dat zij vandaag reeds bezig zijn met het uitwerken van een dergelijk beleid;

H. merkt op dat de Vlaamse gemeenschap momenteel werk maakt van een screening van (pre)diabetes, waarbij er ook aandacht is voor een koppeling aan leefstijladvies;

I. wijst erop dat academisch onderzoek reeds meermaals heeft aangetoond dat leefstijladvies en diabeteseducatie effectief zijn in het uitstellen of voorkomen van diabetes bij personen met een verhoogd risico op diabetes en van diabetesgerelateerde complicaties bij diabetespatiënten;

J. wijst erop dat academisch onderzoek heeft aangetoond dat diabeteseducatie bij personen met een minder gevorderde vorm van diabetes effectief kan helpen om de gezondheidszorguitgaven voor diabetes op termijn te verminderen;

K. constatant que les diabétiques qui participent au pré-trajet “modèle de soins suivi d’un patient diabétique de type 2” ne peuvent obtenir de remboursement de l’assurance obligatoire soins de santé pour l’éducation au diabète;

L. constatant que quelques données pertinentes concernant le diabète ne sont pas encore enregistrées dans le dossier médical électronique (DME), telles que la consultation d’un éducateur du diabète, d’un diététicien ou d’un podologue, l’utilisation de médicaments spécifiques, le motif de l’arrêt d’un pré-trajet ou d’un trajet de soins;

M. constatant qu’on ne recueille actuellement pas encore d’informations systématiques sur les patients diabétiques qui ne participent pas à un pré-trajet, un trajet de soins ou une convention diabète;

N. constatant que le gouvernement flamand projette d’inventorier les informations relatives au nombre de personnes présentant un risque accru de diabète;

O. constatant que l’autorité fédérale ne dispose pas encore de données longitudinales concernant le diabète impliquant un contrôle systématique et un rapportage périodique sur la base d’un ensemble prédéfini d’indicateurs inventoriant de manière intégrée à la fois les patients diabétiques qui ne participent pas à un système de soins et les patients diabétiques qui participent bel et bien à un système de soins (à savoir: un pré-trajet, un trajet de soins ou une convention diabète);

P. constatant que le nombre et la durée des consultations auprès d’un podologue remboursées dans le cadre de l’assurance obligatoire soins de santé ne sont actuellement pas différenciées pour les diabétiques en fonction de la spécificité de cette affection et de la gravité des lésions aux pieds;

Q. soulignant que la nature des lésions aux pieds provoquées par le diabète peut varier fortement d’un individu à l’autre et que des conditions de remboursement uniformes risquent de ne pas répondre aux besoins spécifiques du patient;

R. soulignant que les diabétiques ont tout intérêt à se rendre aux consultations qui leur sont prescrites dans le cadre d’un pré-trajet, d’un trajet de soins ou de la convention diabète et à ne pas participer au système de soins dans le seul but de bénéficier de certains avantages, tels que le remboursement de consultations auprès du podologue ou le remboursement de matériel spécifique;

K. stelt vast dat diabetici die deelnemen aan het voortraject “zorgmodel opvolging van een patiënt met diabetes mellitus type 2” geen terugbetaling kunnen ontvangen voor diabeteseducatie van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;

L. stelt vast dat de enkele relevante data omtrent diabetes nog niet worden opgenomen in het elektronisch medisch dossier (EMD), zoals: de consultatie van een diabeteseducator, diëtist of podoloog, het gebruik van specifieke medicatie, de reden van de beëindiging van een voor- of zorgtraject;

M. stelt vast dat vandaag de dag nog geen systematische informatie wordt verzameld over diabetespatiënten die niet deelnemen aan een voortraject, een zorgtraject, of een diabetesconventie;

N. stelt vast dat de Vlaamse regering plannen maakt om informatie omtrent het aantal personen met een verhoogd risico op diabetes in kaart te brengen;

O. stelt vast dat de federale overheid nog niet beschikt over longitudinale gegevens omtrent diabetes waarbij consequent gemonitord en periodiek wordt gerapporteerd op basis van een vooraf bepaalde set van indicatoren die zowel diabetespatiënten die niet deelnemen aan een zorgsysteem als diabetespatiënten die wel deelnemen aan een zorgsysteem (met name: een voortraject, een zorgtraject, of een diabetesconventie) op een geïntegreerde manier in kaart brengt;

P. stelt vast dat het aantal en de duurtijd van de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaalde consulten bij een podoloog voor diabetespatiënten vandaag niet is gedifferentieerd op grond van de specifieke aandoening en de ernst van de aandoening aan de voeten;

Q. wijst erop dat de aard van de aandoeningen aan de voeten bij diabetespatiënten sterk kunnen verschillen, en dat uniforme terugbetalingsvoorwaarden mogelijk niet tegemoet komen aan de specifieke noden van de patiënt;

R. wijst erop dat het in het voordeel is van de gezondheidstoestand van de diabetespatiënt dat hij de consultaties die worden voorgeschreven in het kader van een voortraject, een zorgtraject of de diabetesconventie ook effectief aflegt, en hij niet slechts deelneemt aan het zorgsysteem om bepaalde voordelen te kunnen ontvangen, zoals de terugbetaling van consultaties bij de podoloog of de terugbetaling van bepaalde materialen;

S. constatant que le remboursement de deux paires de chaussures ou de semelles orthopédiques n'est pas possible lors de la première demande et que les patients ne peuvent dès lors acheter simultanément des chaussures destinées à différents usages (intérieur ou extérieur, hiver ou été);

T. soulignant qu'une adaptation rapide des chaussures orthopédiques aux besoins du patient permet d'éviter, à terme, des complications plus graves et des dépenses plus élevées en matière de soins de santé;

U. soulignant que les recommandations internationales en matière de traitement médicamenteux des diabètes sont de plus en plus axées sur les patients et sur une approche holistique, et sont plus attentives à limiter le développement d'affections chroniques;

V. soulignant que les conditions de remboursement actuelles des médicaments destinés aux diabétiques font que l'ordre dans lequel sont faites les prescriptions n'est pas toujours logique et que les nouveaux médicaments (à savoir les DPP4-i, SGLT2-i et GLP-1-RA), réputés pour leurs effets positifs en termes de limitation du développement d'affections chroniques, ne sont pas toujours utilisés correctement;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL :

1. de veiller à la complémentarité entre la politique fédérale de lutte contre le diabète, et en particulier les pré-trajets et les trajets de soins pour les diabétiques, et les initiatives prises par les Communautés en matière de dépistage préventif et de traitement des (pré-)diabètes;

2. d'examiner, en collaboration avec les entités fédérées, si le remboursement de l'éducation au diabète prodiguée par un spécialiste est possible pour tous les diabétiques participant au pré-trajet "Le modèle de soins "Suivi d'un patient diabétique de type 6""² dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et d'examiner également, tant d'un point de vue médical que sur le plan financier, les avantages et les inconvénients du traitement prodigué par l'éducateur en diabétologie ainsi que le remboursement de ce traitement;

3. d'examiner si plusieurs facteurs pertinents peuvent aussi être enregistrés dans le DMI dans le cadre d'un pré-trajet ou d'un trajet de soins, comme (mais pas seulement) la consultation d'un éducateur en diabétologie, d'un diététicien ou d'un podologue, la prise d'une médication spécifique ou les raisons de l'arrêt d'un pré-trajet ou d'un trajet de soins et, à cet égard, de tenir compte de la charge de travail supplémentaire qui en résultera pour le médecin généraliste;

S. stelt vast dat de terugbetaling van twee paar orthopedische schoenen of zolen bij de eerste aanvraag niet mogelijk is, en patiënten bijgevolg niet in een keer schoenen voor gebruik in verschillende situaties (binnen of buiten, winter of zomer) kunnen aankopen;

T. wijst erop dat een snelle aanpassing van de orthopedische schoenen aan de noden van de patiënt ergere complicaties en hogere gezondheidszorguitgaven op termijn kan vermijden;

U. wijst erop dat internationale aanbevelingen inzake de medicamenteuze behandeling van diabetes evolueren naar een meer patiëntgerichte en holistische benadering, met meer aandacht bestaat voor het inperken van de ontwikkeling van chronische aandoeningen;

V. stelt vast dat de bestaande terugbetalingsvoorwaarden van diabetesmedicatie mogelijk aanleiding geven tot een onlogische volgorde van voorschriften en mogelijk onvoldoende het correct gebruik bevorderen van nieuwe geneesmiddelen (met name DPP4-i, SGLT2-i en GLP-1-RA), die een bijkomende positieve weerslag hebben op het inperken van de ontwikkeling van chronische aandoeningen;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. erover te waken dat het federale diabetesbeleid, en de voortrajecten en zorgtrajecten voor diabetespatiënten in het bijzonder, complementair zijn met de initiatieven van de gemeenschappen inzake de preventieve opsporing en behandeling van (pre)diabetes;

2. in samenwerking met de deelstaten te onderzoeken of de terugbetaling mogelijk kan worden gemaakt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van diabeteseducatie door een specialist, voor alle diabetespatiënten die deelnemen aan het voortraject "Zorgmodel opvolging van een patiënt met diabetes mellitus type 2" en om ook, zowel vanuit gezondheidsoogpunt, als vanuit financieel oogpunt de kosten en de baten te onderzoeken van de behandeling door een diabeteseducator, alsook de terugbetaling ervan;

3. te onderzoeken of een aantal relevante factoren ook kunnen worden geregistreerd in het EMD in het kader van een voortraject of zorgtraject, zoals (maar niet uitsluitend): de consultatie van een diabeteseducator, diëtist of podoloog, het gebruik van specifieke medicatie, of de reden van de beëindiging van een voor- of zorgtraject en hierbij rekening te houden met de bijkomende werklust voor de huisarts;

4. de procéder, en collaboration avec les Communautés, à des collectes périodiques de données au cours desquelles une série de variables pertinentes sont systématiquement suivies parmi les populations suivantes:

a) les personnes présentant un risque élevé de diabète, les communautés étant exclusivement compétentes pour la collecte des données relatives à cette population;

b) les diabétiques ne participant pas à un système de soins;

c) les diabétiques participant à un système de soins (pré-trajet, trajet de soins ou convention diabète) et prévoir, à cet égard, la possibilité pour les communautés de consulter des données pertinentes relatives aux (pré) diabètes qui sont enregistrées dans le DMI;

4.1. de parvenir, par le biais de cette collecte de données, à un rapportage harmonisé tant au niveau des Communautés qu'au niveau de l'autorité fédérale, en tenant également compte à cet égard des différences entre les entités fédérées en ce qui concerne la prévalence du diabète et les coûts de son traitement et de ses conséquences;

5. d'examiner si le nombre et la durée des consultations chez un podologue remboursées aux patients diabétiques dans le cadre de l'assurance obligatoire peuvent être différenciés en fonction de la nature et de la gravité spécifiques de leur affection, et, à cet égard, d'examiner également les avantages et les inconvénients du traitement par un podologue et de son remboursement, tant du point de vue sanitaire que financier;

6. d'examiner si le remboursement d'une ou des deux consultations chez le podologue peut être subordonné au respect de l'obligation de se rendre effectivement aux consultations prévues et convenues dans le pré-trajet, le trajet de soins ou la convention diabète;

7. d'examiner s'il est possible de rembourser deux paires de chaussures lors d'une première demande pour les personnes qui ont besoin de chaussures adaptées pour l'hiver et l'été, ou de chaussures adaptées pour l'intérieur et l'extérieur;

8. d'examiner s'il est possible et souhaitable d'adapter les conditions de remboursement des médicaments contre le diabète DPP4-i, SGLT2-i et GLP-1-RA, en concertation avec les organisations concernées qui représentent les patients diabétiques;

9. de continuer à suivre les preuves scientifiques des effets bénéfiques et de l'innocuité d'une bithérapie du GLP-1-RA avec le SGLT2-i ou avec l'insuline prandiale

4. in samenwerking met de gemeenschappen werk te maken van een periodieke dataverzameling waarbij een afgestemde set van variabelen consequent wordt opgevolgd bij zowel:

a) mensen met een verhoogd risico op diabetes, waarbij de bevoegdheid voor de dataverzameling exclusief ligt bij de gemeenschappen;

b) diabetespatiënten die niet deelnemen aan een zorgsysteem;

c) diabetespatiënten die deelnemen aan een zorgsysteem (voortraject, zorgtraject of diabetesconventie) en hierbij te voorzien in een mogelijkheid voor de gemeenschappen om relevante gegevens uit het EMD met betrekking tot (pre)diabetes te kunnen raadplegen;

4.1. met deze dataverzameling te komen tot een afgestemde rapportering, zowel op gemeenschapsniveau als op federaal niveau, en hierbij ook aandacht te besteden aan de verschillen tussen de deelstaten wat betreft de prevalentie van diabetes en de kosten voor de behandeling van diabetes en de gevolgen ervan;

5. te onderzoeken of het aantal en de duurtijd van de door de verplichte verzekering terugbetaalde consultaties bij een podoloog voor diabetespatiënten kan worden gedifferentieerd naargelang de specifieke aard en ernst van hun aandoening en daarbij ook, zowel vanuit gezondheidsoogpunt als vanuit financieel oogpunt, de kosten en de baten te onderzoeken van de behandeling door een podoloog en de terugbetaling ervan;

6. te onderzoeken of de terugbetaling van een of beide consultaties bij de podoloog afhankelijk kan gemaakt worden van het effectief afleggen van de consultaties die werden afgesproken en vastgelegd in het voortraject, het zorgtraject of de diabetesconventie;

7. te onderzoeken of de terugbetaling mogelijk is van twee paar schoenen bij een eerste aanvraag voor personen die aangepaste schoenen nodig hebben voor winter en zomer, of aangepaste schoenen voor binnen en buiten;

8. te onderzoeken of het mogelijk en wenselijk is om de terugbetalingsvoorwaarden van de diabetesmedicatie DPP4-i, SGLT2-i en GLP-1-RA aan te passen, in samenspraak met de betrokken organisaties die de diabetespatiënten vertegenwoordigen;

9. het wetenschappelijke bewijs voor de gunstige werking en de risicoloosheid van een bithérapie van GLP-1-RA met SGLT2-i of met prandiale insuline verder

et, si cela est souhaitable sur le plan médical, d'examiner à cet égard également s'il est possible et souhaitable de la rembourser.

20 juin 2019

op te volgen en, indien medisch wenselijk, ook hier de mogelijkheid en de wenselijkheid te onderzoeken van de terugbetaling ervan.

20 juni 2019

Yoleen VAN CAMP (N-VA)