



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRESENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMPTE RENDU INTEGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

dinsdag

mardi

19-05-2009

19-05-2009

Voormiddag

Matin

cdH	<i>centre démocrate Humaniste</i>
CD&V	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
Ecolo-Groen!	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen!</i>
FN	<i>Front National</i>
LDD	<i>Lijst Dedecker</i>
MR	<i>Mouvement réformateur</i>
N-VA	<i>Nieuw-Vlaamse Alliantie</i>
Open Vld	<i>Open Vlaamse Liberalen en Democraten</i>
PS	<i>Parti Socialiste</i>
sp.a	<i>socialistische partij anders</i>
VB	<i>Vlaams Belang</i>

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 52 0000/000	<i>Parlementair stuk van de 52e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>	DOC 52 0000/000	<i>Document parlementaire de la 52e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
QRVA	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	QRVA	<i>Questions et Réponses écrites</i>
CRIV	<i>voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>	CRIV	<i>version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)</i>
CRABV	<i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>	CRABV	<i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>
CRIV	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)</i> <i>(PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)</i>	CRIV	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)</i> <i>(PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)</i>
PLEN	<i>plenum</i>	PLEN	<i>séance plénière</i>
COM	<i>commissievergadering</i>	COM	<i>réunion de commission</i>
MOT	<i>alle moties tot besluit van interpellaties (op beigegekleurd papier)</i>	MOT	<i>motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
<i>Bestellingen :</i>	<i>Commandes :</i>
<i>Natieplein 2</i>	<i>Place de la Nation 2</i>
<i>1008 Brussel</i>	<i>1008 Bruxelles</i>
<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.deKamer.be</i>	<i>www.laChambre.be</i>
<i>e-mail : publicaties@deKamer.be</i>	<i>e-mail : publications@laChambre.be</i>

INHOUD

Samengevoegde vragen van	2
- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de start van de zorgtrajecten op 1 april 2009" (nr. 11582)	2
- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de diabetesconventies" (nr. 11583)	2
- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorgtraject voor diabetespatiënten" (nr. 11584)	2
- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorgtraject voor personen met een chronische nierinsufficiëntie" (nr. 11585)	2
- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de lokale multidisciplinaire netwerken (LMN)" (nr. 11586)	2
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van de zorgtrajecten" (nr. 11792)	2
- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten en het compromis van 16 maart 2009" (nr. 12160)	2
- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afschaffing van het remgeld in het kader van de zorgtrajecten" (nr. 12161)	2
- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toegang tot geneesmiddelen voor de behandeling van personen met type 2 diabetes in het kader van de zorgtrajecten" (nr. 12162)	2
- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opdrachten van het Belgisch Diabetes Register in het kader van de zorgtrajecten" (nr. 12163)	2
- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorgtraject voor diabetici" (nr. 12424)	2
- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten" (nr. 13246)	2
- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten voor patiënten met neurovasculaire aandoeningen" (nr. 13263)	2
- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste	2

SOMMAIRE

Questions jointes de	1
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le démarrage des trajets de soins le 1 avril 2009" (n° 11582)	1
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le devenir des conventions diabète" (n° 11583)	1
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le trajet de soins pour les personnes diabétiques" (n° 11584)	1
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le trajet de soins pour les personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique" (n° 11585)	1
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réseaux locaux multidisciplinaires (RLM)" (n° 11586)	1
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'instauration des trajets de soins" (n° 11792)	1
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins et le compromis du 16 mars 2009" (n° 12160)	1
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la suppression du ticket modérateur dans le cadre des trajets de soins" (n° 12161)	1
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accès aux médicaments pour le traitement des personnes atteintes de diabète de type 2 dans le cadre des trajets de soins" (n° 12162)	1
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les missions du Registre Belge du Diabète dans le cadre des trajets de soins" (n° 12163)	1
- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le trajet de soins pour les personnes diabétiques" (n° 12424)	1
- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins" (n° 13246)	1
- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins pour les patients souffrant d'affections neurovasculaires" (n° 13263)	1
- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première	2

minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten voor diabetespatiënten" (nr. 13281)		ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins pour les personnes atteintes de diabète" (n° 13281)	
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten" (nr. 13290)	2	- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins" (n° 13290)	2
- mevrouw Muriel Gerken aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten" (nr. 13332)	2	- Mme Muriel Gerken à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins" (n° 13332)	2
Gedachtewisseling met de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	2	Échange de vues avec la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	2
<i>Sprekers: Josy Arens, Maggie De Block, Luc Goutry, Koen Bultinck, Marie-Claire Lambert, Muriel Gerken, Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, medewerker van de minister</i>		<i>Orateurs: Josy Arens, Maggie De Block, Luc Goutry, Koen Bultinck, Marie-Claire Lambert, Muriel Gerken, Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, collaborateur de la ministre</i>	
Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toenemende commercialisering van de apotheek" (nr. 13163)	20	Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la commercialisation croissante des pharmacies" (n° 13163)	20
<i>Sprekers: Katia della Faille de Leverghem, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Katia della Faille de Leverghem, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Samengevoegde vragen van	22	Questions jointes de	22
- mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloedbeveiliging en pathogene inactivatie" (nr. 13188)	22	- Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité des transfusions sanguines et l'inactivation des agents pathogènes" (n° 13188)	22
- de heer Jo Vandeurzen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de introductie van een nieuwe methode voor de controle van de kwaliteit van bloed" (nr. 13198)	22	- M. Jo Vandeurzen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'introduction d'une nouvelle méthode de contrôle de la qualité du sang" (n° 13198)	22
- de heer Josy Arens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toepassing van een PRT-methode (Pathogen Reduction Technology) op trombocytenconcentraten" (nr. 13318)	22	- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'application d'une méthode de PRT (Pathogen Reduction Technology) sur les concentrés plaquettaires" (n° 13318)	22
<i>Sprekers: Katia della Faille de Leverghem, Jo Vandeurzen, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Josy Arens</i>		<i>Orateurs: Katia della Faille de Leverghem, Jo Vandeurzen, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Josy Arens</i>	
Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "ereloonsupplementen voor verstrekkingen inzake klinische biologie aan gehospitaliseerde patiënten" (nr. 12470)	27	Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suppléments d'honoraires facturés aux patients hospitalisés pour des prestations de biologie clinique" (n° 12470)	27
<i>Sprekers: Sonja Becq, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Sonja Becq, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers	28	Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la	28

aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Europese wetgeving inzake voedingswaardeclaims" (nr. 12581)

Sprekers: **Thérèse Snoy et d'Oppuers, Laurette Onkelinx**, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la législation européenne sur les allégations nutritionnelles" (n° 12581)

Orateurs: **Thérèse Snoy et d'Oppuers, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "prostaatkanker" (nr. 12592)

Sprekers: **Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx**, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cancer de la prostate" (n° 12592)

Orateurs: **Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Bijzonder Solidariteitsfonds" (nr. 12593)

Sprekers: **Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx**, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, **Sonja Becq**

Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds Spécial de Solidarité" (n° 12593)

Orateurs: **Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Sonja Becq**

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 19 MEI 2009

Voormiddag

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

du

MARDI 19 MAI 2009

Matin

Le développement des questions et interpellations commence à 10.19 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 10.19 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Le deuxième point à l'ordre du jour porte sur le suivi des travaux relatifs aux trajets de soins. Des auditions ont eu lieu la semaine dernière. Plusieurs questions parlementaires furent ensuite déposées à ce propos.

Je vous propose que les auteurs des questions, mais aussi les autres membres, interviennent dans cet échange de vues en tenant compte des auditions. Ensuite, la ministre répondra à l'ensemble des questions.

01 Questions jointes de

- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le démarrage des trajets de soins le 1 avril 2009" (n° 11582)
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le devenir des conventions diabète" (n° 11583)
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le trajet de soins pour les personnes diabétiques" (n° 11584)
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le trajet de soins pour les personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique" (n° 11585)
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réseaux locaux multidisciplinaires (RLM)" (n° 11586)
- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'instauration des trajets de soins" (n° 11792)
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins et le compromis du 16 mars 2009" (n° 12160)
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la suppression du ticket modérateur dans le cadre des trajets de soins" (n° 12161)
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accès aux médicaments pour le traitement des personnes atteintes de diabète de type 2 dans le cadre des trajets de soins" (n° 12162)
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les missions du Registre Belge du Diabète dans le cadre des trajets de soins" (n° 12163)
- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le trajet de soins pour les personnes diabétiques" (n° 12424)
- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins" (n° 13246)
- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins pour les patients souffrant d'affections neurovasculaires" (n° 13263)
- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé

publique sur "les trajets de soins pour les personnes atteintes de diabète" (n° 13281)

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins" (n° 13290)

- Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les trajets de soins" (n° 13332)

02 Échange de vues avec la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

01 Samengevoegde vragen van

- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de start van de zorgtrajecten op 1 april 2009" (nr. 11582)

- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de diabetesconventies" (nr. 11583)

- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorgtraject voor diabetespatiënten" (nr. 11584)

- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorgtraject voor personen met een chronische nierinsufficiëntie" (nr. 11585)

- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de lokale multidisciplinaire netwerken (LMN)" (nr. 11586)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van de zorgtrajecten" (nr. 11792)

- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten en het compromis van 16 maart 2009" (nr. 12160)

- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afschaffing van het remgeld in het kader van de zorgtrajecten" (nr. 12161)

- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toegang tot geneesmiddelen voor de behandeling van personen met type 2 diabetes in het kader van de zorgtrajecten" (nr. 12162)

- de heer Josy Arens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opdrachten van het Belgisch Diabetes Register in het kader van de zorgtrajecten" (nr. 12163)

- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het zorgtraject voor diabetici" (nr. 12424)

- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten" (nr. 13246)

- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten voor patiënten met neurovasculaire aandoeningen" (nr. 13263)

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten voor diabetespatiënten" (nr. 13281)

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten" (nr. 13290)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorgtrajecten" (nr. 13332)

02 Gedachtewisseling met de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

02.01 Josy Arens (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, l'arrêté royal du 21 janvier 2009 instaurant les trajets de soins pour les personnes souffrant de diabète de type 2 et d'insuffisance rénale chronique - avant de s'étendre à d'autres pathologies après évaluation indispensable du processus - se veut une réponse au constat du vieillissement de la population et à l'accroissement exponentiel des maladies chroniques, notamment le diabète de type 2. Cet arrêté royal est le résultat de près de trois années de discussions et négociations intenses au sein de l'INAMI, qui se poursuivent actuellement. Il s'agit d'une véritable réforme de l'organisation des soins de santé dans notre pays.

Les auditions qui ont eu lieu mardi dernier ont constitué une source d'information très intéressante de nature à apaiser certaines inquiétudes, mais peut-être aussi à en faire surgir d'autres... Le

02.01 Josy Arens (cdH): Het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot invoering van de zorgtrajecten voor type 2 diabetespatiënten en voor personen die lijden aan chronische nierinsufficiëntie biedt een antwoord op de vergrijzing en op de daarmee samenhangende exponentiële toename van het aantal chronische ziekten. Het besluit is het resultaat van drie jaar intensieve onderhandelingen in het RIZIV. Het behelst een echte hervorming van de

docteur De Ridder a apporté une réponse à certaines de mes questions. J'ai donc opéré un tri dans mes questions de manière à laisser du temps à mes collègues, notamment à M. Luc Goutry. Premièrement, au cours des auditions, j'ai perçu notamment l'inquiétude des médecins généralistes à qui l'on promet une nouvelle fois un rôle incontournable dans le projet des trajets de soins, mais aussi une charge administrative difficile à estimer actuellement. Deuxièmement, j'ai remarqué l'implication insuffisante des patients pourtant en première ligne dans l'élaboration de l'arrêté royal et les risques d'exclusion et de discrimination à leur égard selon leur statut ou en cas de non-respect des engagements. Troisièmement, le risque de passages superflus par des spécialistes.

J'ai repris quatre questions pour lesquelles je n'ai pas reçu de précisions lors des auditions de mardi dernier. Premièrement, la Commission nationale médico-mutualiste s'est réunie le lundi 16 mars à l'INAMI. À l'issue de cette réunion, le programme "Éducation et autogestion", qui concernera tant les personnes diabétiques que les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, a vu le jour. Pouvez-vous me dire comment se positionne ce programme par rapport aux trajets de soins? Quels en seront les bénéfices pour les patients?

Deuxièmement, c'est une question importante pour le milieu rural, les concepts des trajets de soins et de réseau local multidisciplinaire en milieu rural ne sont-ils pas mieux adaptés aux grandes zones urbaines plutôt que rurales? Qu'en sera-t-il pour les zones rurales, où le nombre de spécialistes est moins important que dans les villes? Vont-ils faire l'objet d'adaptations pour être implémentés de manière efficace en zone rurale?

Troisièmement, les centres conventionnés existent depuis une vingtaine d'années. Le concept de trajets de soins sera implémenté quant à lui progressivement à partir du 1^{er} juin prochain. Cette réforme de l'organisation des soins de santé dans notre pays pose la question du devenir des conventions diabète.

Les conventions seront-elles complémentaires ou concurrentielles par rapport aux trajets de soins? Quel intérêt y aura-t-il encore à adhérer aux conventions? En d'autres termes, les conventions sont-elles condamnées à disparaître à brève échéance? Quel est le nombre de centres conventionnés en province de Luxembourg?

Quatrièmement, pour ce qui concerne le diabète, j'ai toujours estimé que les conventions constituaient une source de discrimination basée de manière arbitraire sur le nombre d'injections entre les patients faisant partie de la convention et qui bénéficiaient du remboursement de certaines prestations et de matériel, d'informations, d'éducation et les patients qui n'en font pas partie. Estimez-vous que les trajets de soins devraient, en principe, mettre fin à cette discrimination?

Pour ce qui concerne l'origine du diabète et la classification type 1 et type 2, sur ce point, beaucoup de spécialistes estiment qu'il n'y a pas de petit diabète. N'estimez-vous pas que toute personne diagnostiquée diabétique, indépendamment de l'origine de son diabète, devrait pouvoir bénéficier de la meilleure prise en charge en rapport avec son état de santé en termes d'accès aux soins les plus appropriés, aux médicaments les plus efficaces, et aux modalités de remboursement.

gezondheidszorg in ons land.

De hoorzittingen van vorige dinsdag konden ons op een aantal punten geruststellen, maar deden ook nieuwe vragen rijzen...

De huisartsen maken zich zorgen, want ze krijgen een essentiële rol toebedeeld in de zorgtrajecten, maar worden ook met de bijbehorende administratieve rompslomp opgezadeld. De patiënten werden hier onvoldoende bij betrokken en sommigen dreigen uit de boot te vallen of het slachtoffer te worden van discriminatie, op grond van hun statuut of omdat de verbintenissen niet werden nagekomen. Ten slotte kunnen ze steeds onnodig naar een specialist worden doorverwezen.

De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen is op 16 maart bijeengekomen in het RIZIV. Die vergadering mondde uit in het programma 'Educatie en zelfzorg'. Hoe verhoudt dit programma zich tot het zorgtraject? Wat zijn de voordelen ervan voor de patiënten?

Zijn de zorgtrajecten en de lokale multidisciplinaire netwerken niet beter aangepast aan stedelijk gebied dan aan het platteland? Hoe zal een en ander in landelijk gebied worden toegepast, waar er minder specialisten zijn dan in de steden?

De geconventioneerde centra bestaan al een twintig jaar. Aangezien met ingang van 1 juni met de zorgtrajecten van start wordt gegaan, rijst de vraag wat er met de diabetesconventies zal gebeuren.

Zullen de conventies de zorgtrajecten aanvullen of ermee in concurrentie treden? Hoeveel geconventioneerde centra telt de provincie Luxemburg?

Wat diabetes betreft, ben ik steeds

Si la classification type 1 et type 2 se justifiait, à une autre époque, sur base de la sévérité du diabète, n'estimez-vous pas que l'on devrait faire dorénavant abstraction de l'origine du diabète chez un patient et que la classification type 1 et type 2 devrait disparaître?

Enfin, la réunion de consensus organisée par l'INAMI, le 29 mai 2008, a confirmé l'intérêt des analogues de l'insuline tant rapides que lents dans le traitement du diabète.

Dans le cadre des conventions, certains analogues sont remboursés et d'autres pas, la motivation budgétaire l'ayant emporté sur le choix thérapeutique et l'intérêt du patient à recevoir un traitement optimal. Ce schéma sera-t-il reproduit dans le cadre des trajets de soins?

En conclusion, le concept des trajets des soins mobilise les médecins généralistes et spécialistes puisqu'il leur est demandé de collaborer sur un mode inédit, ce qui implique de bousculer les habitudes acquises. Je comprends donc leurs hésitations et leurs craintes. La mise en œuvre de cette réforme ne se fait pas sans appréhension de part et d'autre.

En outre, nous n'avons pas vraiment le choix. Nous devons accepter cette réforme. La retarder, voire la refuser ne serait pas seulement une erreur, ce serait aussi une faute politique.

Par ailleurs, s'il est vrai qu'il existe des incertitudes, des ambiguïtés, des imprécisions, nous devons, selon moi, donner une chance à ces nouveaux concepts. Évaluons-les au moment venu et procédons, ensuite, à des petites modifications si une évolution devait s'avérer nécessaire.

Voilà, madame la présidente, madame la ministre, la synthèse de mes questions.

van oordeel geweest dat de conventies een willekeurige op het aantal insputingen gebaseerde discriminatie inhielden tussen de patiënten die onder de conventie vallen en de anderen. Denkt u niet dat er met de zorgtrajecten een einde zou moeten worden gemaakt aan die discriminatie?

Wat het onderscheid tussen type 1- en type 2-diabetes betreft, zijn er veel specialisten van oordeel dat er geen "kleine" diabetes bestaat. Vindt u niet dat iedereen bij wie diabetes wordt vastgesteld, zo goed mogelijk behandeld en verzorgd moet worden, de werkzaamste geneesmiddelen moet krijgen en recht heeft op een terugbetaling volgens bepaalde modaliteiten? Moet de oorsprong van diabetes voortaan niet buiten beschouwing worden gelaten en zou het onderscheid tussen type 1 en type 2 niet moeten verdwijnen?

Tijdens de vergadering die op 29 mei 2008 door het RIZIV werd georganiseerd, werd het nut van insulinevervangende producten bij de behandeling van diabetes bevestigd. In het kader van de conventies worden sommige van die producten terugbetaald en andere niet. Zal dat ook gelden voor de producten die in het kader van de zorgtrajecten worden voorgeschreven?

Het begrip zorgtraject vergt een grote inzet van de artsen, die er op een geheel nieuwe wijze aan moeten meewerken. De invoering van die hervorming zorgt voor heel wat ongerustheid, maar we moeten er ons bij neerleggen. We moeten die nieuwe benadering een kans geven. We zullen ze op het gepaste ogenblik moeten evalueren en zo nodig hier en daar bijsturen.

02.02 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is nogal wat te doen geweest omtrent de zorgtrajecten voor type 2 diabetici. Eerlijk gezegd, mij is het in de praktijk ook niet zo duidelijk waarom voor de ene patiënt een zorgtraject wordt ontwikkeld en voor de andere patiënt niet. Deze

02.02 Maggie De Block (Open Vld): Il est abondamment question des trajets de soins pour les personnes atteintes du diabète de type 2. Pourquoi certains patients

laatste zit misschien nog niet aan twee inspuitingen per dag, maar hij kan wel preventief worden behandeld met dieet, medicatie, beweging en een andere levensstijl ter vrijwaring van de nierfunctie en de bloedvaten, en ter voorkoming van mogelijke complicaties.

Er is kritiek van de endocrinologen en er zijn ook bedenkingen bij de diabetesvereniging. Ik tracht de bedenkingen te formuleren van de patiënten die reeds door de mutualiteiten werden ingelicht. Mensen met diabetes menen recht te hebben op bepaalde voorzieningen. Voor de mensen is het onderscheid niet altijd duidelijk. Wij zeggen altijd dat diabetes een ziekte is waarvan men niet kan genezen. Eens de diagnose is gesteld, is dit voor de rest van iemands leven. Men moet zijn leven daarnaar inrichten en men moet zich blijvend laten opvolgen. Dat is correct. De mensen met een minder erge vorm van diabetes begrijpen niet waarom zij niet in zo'n zorgtraject mogen stappen.

Ik meen dat het heel belangrijk is om vroeg genoeg in het ziekteproces in te grijpen. Dit levert een win-winsituatie op. Eerst en vooral kan de gezondheid van de betrokkenen op een beter niveau worden gehandhaafd. Ook voor de uitgaven in de sociale zekerheid is het een voordeel want de uitgaven voor diabetespatiënten hebben vooral betrekking op hart-en vaatziekten, nierdialyse, oogheelkundige ingrepen, enzovoort. Dit is met andere woorden een ziekte die heel veel pathologie en ingrepen genereert, zeker bij de ouderwordende bevolking. Aandoeningen die vroeger niet te behandelen waren, kunnen nu wel worden verholpen met ontelbare stents, revascularisaties, enzovoort. Ik zal u de praktijkervaring besparen, maar het is zeer belangrijk om vroeg genoeg in het ziekteproces in te grijpen. Trouwens, diabeteseducatoren trachten de mensen van bij het begin te begeleiden. Zelfcontrole is ook een heel goed instrument. Vroeger was dit niet zo gemakkelijk, maar nu zijn onder andere de glucometers makkelijk te hanteren. Men moet daarvoor geen computerdeskundige zijn.

Ik weet niet waar het fout gelopen is. Ik zat niet mee aan tafel bij de ontwikkeling van de zorgprojecten. Misschien heeft men niet goed afgebakend wat de bedoeling ervan was.

Mevrouw de minister, wat is uw antwoord op de opmerking op het terrein – niet alleen van de endocrinologen en de diabetesvereniging, die toch een groot aantal patiënten vertegenwoordigt, maar ook van alle huidige en toekomstige patiënten – dat het beter is de zorgtrajecten voor een grotere groep te bestemmen?

Ik neem de gelegenheid te baat om een vroeger gestelde vraag te herhalen. Bent u bereid om, bijvoorbeeld voor insulinepatiënten, de jaarlijkse terugkering voor de terugbetaling van hun insuline af te schaffen? Insuline is iets voor heel het leven. Nu is er bijvoorbeeld een soort insuline die uit de omloop gehaald wordt en nu moeten al die mensen opnieuw naar de adviserend geneesheer om hun insuline verder terugbetaald te krijgen. Ik meen dat dit overbodig is. Iemand die niet insulineafhankelijk is zal geen insuline inspuiten, tenzij hij een extreme zelfmoordpoging in gedachten heeft. Het is iets waar niemand iets mee kan doen. Ik zou niet weten wie daar misbruik van zou maken. Waarom moet voor de terugbetaling een jaarlijkse goedkeuring door de adviserend geneesheer gebeuren? Suikerziekte is een chronische ziekte, insulinegebruik is ad vitam en er kan geen

peuvent-ils accéder à un trajet de soins alors que d'autres, qui n'en sont pas encore à deux injections par jour, en sont exclus? Pourtant, une approche préventive, passant notamment par un régime, de l'exercice et une médication, est possible pour ces patients aussi.

Indépendamment des réflexions formulées par des endocrinologues et par l'association flamande du diabète, je me fais l'interprète des doléances des patients diabétiques qui ne savent pas toujours précisément de quelles interventions ils peuvent bénéficier. Le diabète est une maladie permanente. Même les personnes souffrant d'une forme moins grave de l'affection doivent adapter leur mode de vie en conséquence et ne comprennent dès lors pas pourquoi elles n'ont pas accès à un trajet de soins.

L'intervention à un stade précoce de la maladie permettrait aux patients de conserver un meilleur niveau de santé et de limiter les dépenses de sécurité sociale consécutives aux maladies cardiovasculaires et à la dialyse chez les patients diabétiques. Le diabète donne lieu à de nombreuses interventions, particulièrement chez les patients âgés, d'autant qu'il est désormais possible de traiter à l'aide de stents et de revascularisations des affections qui ne pouvaient l'être auparavant. Les éducateurs en matière de diabète cherchent à accompagner les patients dès l'apparition de l'affection, ce qui atteste l'importance d'une intervention précoce dans l'évolution de la maladie. L'autocontrôle, facile à réaliser au moyen de glucomètres, constitue également un instrument efficace.

Que répond la ministre à l'observation de toutes les parties intéressées – l'association des diabétiques, les endocrinologues et les patients – selon laquelle les

misbruik van gemaakt worden. Volgens mij is voor die categorie een speciale aanvraag totaal overbodig. Of heb ik dat fout? Ik zou het graag weten.

trajets de soins doivent s'adresser à un groupe plus important? La ministre est-elle disposée à supprimer le système qui prévoit que les patients doivent demander chaque année le remboursement de l'insuline? Les patients ont en effet besoin de cette insuline toute leur vie durant. Celui qui n'a pas besoin d'insuline n'en fera pas la demande, à moins de vouloir par ce moyen attenter à ses jours. Il n'y a donc pas de risques d'abus.

02.03 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de minister, collega's, vorige week was er volgens mij een te lange hoorzitting. Maar goed, alles in acht genomen kon dat ondertussen ook wat bezinken. Namens onze fractie blijven wij er in elk geval bij dat wij dergelijke experimenten – zo noem ik het, het is een beetje een experiment – ernstig steunen. Wij zouden wel tevreden zijn als zo'n experiment ook voldoende kansen krijgt. Men kan natuurlijk blijven discussiëren over het soort aandoeningen, waarmee men het programma moet starten en wie er nu juist moet in zitten. Men kan obstructies blijven vinden, maar dat zou jammer zijn want dan zou men het kind met het badwater weggooien.

Eigenlijk is de essentie van het hele debat de vraag of wij erin kunnen slagen om rond langdurig chronische patiënten die bijna altijd langdurig in behandeling zullen moeten zijn en die veel zorg nodig hebben op alle echelons, zowel bij huisarts als bij specialist, tot een betere coördinatie, betere afstemming van de zorg, betere samenwerking en tot een rationalisatie van het gebruik van zorg te kunnen komen. Kunnen we daar ook – wat we al lang proberen te doen maar wat niet goed lukt – een betere echelonnering en betere taakafspraken tussen al wie bij die patiënt betrokken is bereiken. Het is immers belangrijk dat het niet alleen de patiënt, de specialist en de huisarts zijn die meespelen in het verhaal. Eigenlijk zouden ook de andere actoren moeten meedoen: de apotheker en de verpleegkundige. Tot nu toe hebben we daar niet veel over gesproken maar het is toch de bedoeling om in zo'n zorgprogramma of zorgtraject ook die andere actoren te laten meespelen.

Het is een interessant model omdat het een model is van geïntegreerde zorg, het niet naast elkaar verstrekken van soorten zorg, soms zonder dat men van elkaar afweet, want op die manier gebeuren er dingen dubbel of overbodig, ook inzake controle en evaluatie. Deze gecoördineerde zorg is multidisciplinair of zou dat zeker moeten zijn. In die zin biedt ze ook continuïteit voor de patiënt. Door het feit dat men samenwerkt rond die patiënt binnen zo'n zorgprogramma of -traject heeft men ook meer kans op kwaliteit. Er komt immers automatisch een soort van wederzijdse kwaliteitsbewaking. Men rapporteert over de patiënt aan elkaar.

Positief vinden wij ook dat er een link is met het globaal medisch dossier. Dat is een goede optie. Het was immers ooit de bedoeling van het globaal medisch dossier een arts toe te laten de zorg voor zijn patiënt goed bij te houden, in één hand te houden. Er zou een alomvattend dossier worden opgesteld zodat we ook hier weer

02.03 Luc Goutry (CD&V): Le débat porte essentiellement sur la question de savoir si nous sommes en mesure de mieux coordonner les soins administrés aux patients chroniques de longue durée à tous les niveaux - le généraliste, le spécialiste, le pharmacien, l'infirmier - ce qui se traduirait automatiquement par un contrôle de qualité réciproque. Le lien avec le dossier médical constitue également un aspect très positif. L'expérience en la matière présente l'avantage de pouvoir être appliquée sur une base volontaire, d'où ma surprise devant les réactions défensives du côté francophone.

Comment se décompose exactement le budget prévu de 19 millions d'euros? Qu'en est-il du rôle du pharmacien et de l'infirmier dans le cadre de ce projet? Une campagne d'information sera-t-elle menée? Les patients souffrant d'une affection neurovasculaire, à savoir les patients qui sont partiellement paralysés après une attaque ou une hémorragie cérébrale peuvent-ils également être intégrés dans le trajet de soins?

kunnen vermijden dat er voortdurend communicatiestoornissen zouden zijn wanneer een patiënt zich naar een andere arts begeeft en dat men kan vermijden overbodige dingen te gaan doen die al gebeurd zijn.

Het derde belangrijke voordeel van zo'n experiment is dat het een antwoord biedt op een vraag naar zorg voor chronische patiënten, want het gaat duidelijk over chronische patiënten. Het heeft bovendien het voordeel dat het vrijwillig kan worden toegepast. Niemand hoeft in dat systeem te worden geduwd. Men gebruikt het waar het nodig en efficiënt is. Het is aan de professionelen te oordelen wanneer men dat best doet. Ik heb er begrip voor dat men de mogelijkheden naar voren haalt wanneer het geen zin heeft, maar op dat moment moet men het dan ook niet doen.

Verleden week was ik een beetje geschrokken van de defensieve reacties, met name aan Franstalige kant. Ik begrijp dat niet goed. Men zat bijwijken in een echt corporatistisch debat. Men haalde ook de administratieve last van dokters aan. Ondanks alle mogelijke ongemakken, moet de doelstelling voorop blijven staan. Wij moeten allen samenwerken om het model een kans te geven. Men kan zich natuurlijk afvragen waarom het voorlopig alleen voor diabetes en chronische nierinsufficiëntie geldt. Men moet ergens beginnen en daarna zien hoe het verder verloopt. Het zal wel belangrijk zijn de zorgtrajecten te volgen en tijdig te evalueren, zodat wij kunnen zien in hoeverre zij werken op het terrein en dienstig zijn, en of eventueel andere doelgroepen moeten kunnen worden bereikt.

Mevrouw de minister, ik kom tot mijn vragen. Ten eerste, als ik het goed begrijp, voorziet u in een budget van 19 miljoen euro. Ik zou graag weten hoe het budget precies is samengesteld. De 80 euro, die aan de 80.000 patiënten zal moeten worden gegeven, kan ik daar al in steken. Dan kom ik aan 6,4 miljoen euro. De rest zal natuurlijk ook dienen voor de terugbetaling van de remgelden. Ik zou toch graag zien hoe men dat juist heeft berekend.

Ten tweede, in de hoorzitting vorige week was er onduidelijkheid over de rol van de andere actoren rond de patiënt, zoals de apotheker en de verpleegkundige. Hoe worden zij daarin gehonoreerd? Voor hen is in het project immers in niets voorzien. Zullen zij derhalve gemotiveerd zijn mee te doen?

Ten derde, zult u een effectieve informatiecampagne starten? Ik denk dat dat immers noodzakelijk is. De mutualiteiten doen dat, maar wij moeten het ondersteunen om de patiënten en de zorgverstrekkers goed voor te lichten waarvoor het dient.

Mevrouw de voorzitter, ik stel ineens mijn tweede vraag over de neurovasculaire aandoeningen. Naast deze zorgtrajecten is het belangrijk vrij snel te onderzoeken of dit ook geen belangrijk domein is van chronische patiënten waarvoor het zorgtraject moet kunnen worden toegepast. Het gaat namelijk over patiënten die lijden aan de gevolgen van een beroerte, een hersenbloeding. Men noemt dat meestal CVA, een halfzijdige of soms quadriplegische verlamming. Men kent het typische beeld van personen met een zekere spasticiteit. Zij kunnen een bepaalde lichaamshelft niet goed meer gebruiken.

Dat is ook een echte chronische ziekte waarvoor voortdurend interactie tussen de huisarts en specialist nodig is. Er zit zelfs een stuk revalidatieprogramma in. Ik denk onder meer aan logopedie en kinesithérapie. Ik vind dat een voorbeeld bij uitstek waarvan men zou moeten proberen een zorgtraject te maken. Hiervoor moeten ook goede afspraken worden gemaakt tussen huisartsen, specialisten en de andere actoren.

Mevrouw de minister, valt het te overwegen of kunt u mijn suggestie delen om in de toekomst prioritair na te gaan hoe we bijvoorbeeld ook neurovasculaire aandoeningen en de chronische gevolgen daarvan, snel in het zorgtraject kunnen opnemen. Gaat u ermee akkoord dat dit ook een prioritaire doelgroep zou kunnen zijn?

02.04 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik denk dat wij vorige week zeer belangrijke hoorzittingen gehouden hebben. Voor een stuk is daaruit toch wel gebleken dat, minimaal met alle deelsectoren, de plooiën nog niet echt gladgestreken zijn. In een eerste reactie hebben wij vorige week reeds in de commissie gezegd dat, wat onze fractie aangaat, het experiment wel degelijk een kans moet krijgen. Blijft de cruciale vraag, en dat is een eerste concrete vraag van onze fractie aan u, mevrouw de minister, of er wel degelijk voldoende overleg is geweest. Uit de hoorzitting kon minimaal toch worden afgeleid dat er toch nog enige ongerustheid in de sector is.

Ik neem er een deelsector uit. Een aantal artsenorganisaties is ons vorige week zeer duidelijk komen zeggen dat, wat hen aangaat, onvoldoende duidelijk is of de huisarts nu centraal komt te staan. Een tweede grote bezorgdheid was er een van al dan niet bijkomende administratieve lasten. Ik denk dus dat het goed zou zijn dat wij van u daarop vandaag concreet een antwoord krijgen. Wat is daar, als politiek verantwoordelijke, uw visie op? Is de commentaar van de artsenvereniging dienaangaande al dan niet terecht?

Een tweede belangrijke vraag die blijft, is uiteraard waarom – men kan daarover discussiëren, maar men moet uiteindelijk ergens beginnen – bij de invoering van die zorgtrajecten doelbewust wordt gekozen voor verschillende behandeling tussen de patiënten diabetes type 1 en 2. Het woord “discriminatie” of “mogelijke discriminatie” is vorige week een aantal keer tijdens de hoorzitting gevallen. Het zou goed zijn dat wij daarop van u vandaag een duidelijk politiek antwoord krijgen.

Een volgend element dat ik toch nog even in het debat wilde brengen, is onder andere de klacht van de Vlaamse diabetesvereniging, die op basis van technische gronden zegt dat er gekozen werd voor de doelgroep die het moeilijkst te behandelen is, zijnde die patiënten die dagelijks twee insulinespuiten nodig hebben. Volgens de belangenvereniging is het technisch gezien toch wel een merkwaardige manier om te starten, vermits dat toch de moeilijkste groep is om te behandelen. Het zou dus goed zijn als we daarover van u een politiek-technisch antwoord krijgen vandaag.

Ik denk dat ik het daar in een eerste ronde, wat ons betreft, bij zou willen houden.

02.05 Marie-Claire Lambert (PS): Madame la présidente, comme

02.04 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Les auditions de la semaine dernière ont révélé une grande inquiétude sur le terrain, notamment à propos du rôle du médecin généraliste et des charges administratives supplémentaires. La concertation avec le secteur a-t-elle été suffisante? Quelle position la ministre adopte-t-elle à la lumière de la critique de la "Vlaamse Diabetesvereniging" à propos de la distinction contestée opérée entre les patients atteints du diabète de type 1 et ceux atteints du type 2?

02.05 Marie-Claire Lambert

l'ont rappelé certains de mes collègues, nous avons entendu beaucoup de choses la semaine dernière. Beaucoup de questions ont été posées. Beaucoup d'objections ont été formulées contre le projet déposé sur la table.

Je regrette qu'un grand nombre d'interventions que nous avons entendues la semaine dernière étaient de type corporatiste, chacun prêchant pour sa chapelle. Rares furent les intervenants qui ont parlé du patient. Je souhaitais le souligner. C'est dommage car nous sommes ici pour travailler dans l'intérêt du patient avec un projet de cohérence, de coordination autour des maladies chroniques. On peut en effet déplorer qu'on ne couvre pas toutes les maladies chroniques mais cela me paraît difficile à faire en une fois. Il convient d'abord de réussir cette première opération à laquelle mon groupe adhère totalement.

Si les professionnels que nous avons entendus ne jouent pas le jeu, il est évident que cela sera difficile. C'est la raison pour laquelle j'estime qu'un important travail de sensibilisation est à réaliser en la matière. Par ailleurs, cette sensibilisation doit également s'adresser au patient qui se trouve au centre du système et qui doit être informé quant à l'intérêt pour lui du système.

Nous avons aussi vu que le rôle du médecin généraliste est primordial. À ce propos, madame la ministre, comment les généralistes seront-ils en pleine possession de toutes les informations pour pouvoir agir dans le cadre du trajet? Est-ce le médecin généraliste qui devra le proposer à son patient ou est-ce le patient qui devra demander à entrer dans le trajet?

Telles sont les questions que je me pose dans l'état actuel des choses.

(PS): Vorige week hebben we vanalles gehoord. Er werden tal van bezwaren geformuleerd tegen het ontwerp dat ter tafel ligt.

Heel wat sprekers die vorige week het woord voerden, spraken corporatistische taal. Weinigen onder hen hadden het over de patiënt. Men kan ook betreuren dat niet alle chronische ziekten worden bestreken, maar eerst moet deze eerste operatie tot een goed einde worden gebracht.

Indien de gezondheidswerkers het spel niet meespelen, zal het moeilijk worden. Er zullen heel wat inspanningen op het gebied van de sensibilisering moeten worden geleverd. Die sensibilisering moet ook gericht zijn op de patiënten, die in dit systeem centraal staan en aan wie moet worden uitgelegd dat het systeem voor hen belangrijk is.

Voor de huisarts is er een primordiale rol weggelegd. Op welke manier zullen de huisartsen daar worden over ingelicht, zodat ze hun rol in het kader van het traject zullen kunnen vervullen? Is het de huisarts die een en ander aan zijn patiënt zal moeten voorstellen of is het de patiënt die een aanvraag zal moeten indienen om tot het traject toe te treden?

02.06 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, la semaine dernière, nous avons entendu des personnes qui se préoccupaient clairement du patient et d'autres qui ont fait part de leurs craintes quant à leur rôle, leur fonction, leur reconnaissance ou leur place dans cette organisation des soins.

Organiser autour du patient les différents intervenants dans leur rôle, chacun de manière complémentaire, en lien avec un dossier médical regroupant les données est évidemment la démarche que nous privilégions pour approcher un patient et le traiter correctement. Toutefois, j'ai été personnellement interpellée à la lecture du projet et en entendant ces auditions par le fait que des acteurs de première ligne, tels que les médecins généralistes, ont exprimé qu'ils se sentaient dépossédés de leur rôle central dans cette organisation des soins. Comme le dit Mme Lambert, s'ils ne sont pas partants, il sera effectivement difficile de mettre correctement les choses en place. Ils mettent aussi en évidence le fait que, dans leur pratique, il y a également les réseaux multidisciplinaires de soins, des structures mises en place qui leur permettent de travailler en collaboration avec

02.06 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Vorige week hadden sommige sprekers het over de patiënt, terwijl anderen meer bekommerd waren om hun rol, hun functie, hun erkenning of de plaats die ze in die zorgstructuur bekleden.

Wij zijn voorstander van een patiëntgerichte organisatie, waarbij alle actoren hun eigen rol spelen en elkaar aanvullen, op grond van een medisch dossier. Toch doen dit project en de hoorzittingen ook vragen rijzen: eerstelijnsactoren, zoals de huisartsen, vinden immers dat ze hun centrale rol kwijtspeelen in deze organisatie van

d'autres, entre médecins généralistes mais aussi avec d'autres acteurs de la chaîne, y compris les spécialistes du territoire, les paramédicaux, etc. Ils s'interrogent sur la manière dont tout cela va se goupiller et se demandent s'il n'aurait pas été intéressant de partir de là.

Une superposition d'outils qui permettent à des gens de se coordonner et de travailler ensemble perd aussi de son efficacité si les liens n'apparaissent pas de manière évidente à tous. De la même manière, ils disent que l'on rendra le passage par un spécialiste obligatoire pour des personnes qui, en fait, n'en ont pas besoin. Pour de nombreuses personnes qu'ils traitent et qui, par exemple, ont le diabète de type 2, il n'est pas nécessaire de passer chez un spécialiste une à deux fois par an, tel que prévu dans les trajets de soins.

N'étant pas médecin, j'ignore comment cela fonctionne et je me demande s'il ne faudrait pas intégrer cela dans la réflexion.

Les auditions des patients ont également été assez perturbantes. Ceux-ci nous ont dit ne pas avoir été impliqués dans la réflexion générale ni dans l'organisation de ces trajets de soins. Ils craignent de se faire exclure du fait qu'ils n'appartiennent pas au bon type de diabète ou qu'ils ne respectent pas les termes du contrat, étant donné qu'ils ne suivent pas les comportements attendus. En effet, le patient gère aussi son diabète au quotidien.

Il me semble important de prendre ces éléments en considération et, le cas échéant, de modifier certaines dispositions ou anticiper l'évaluation. M. De Ridder disait, à la fin des auditions, qu'il faudra peut-être anticiper et revoir la manière d'évaluer les propositions sur la table.

Et puis, je suis vraiment perturbée par ces 80 euros. Peut-être s'agit-il d'une manière de revaloriser les prestations du médecin généraliste pour chaque trajet de soins, par pathologie. M. Goutry rappelle le cas des accidents neurovasculaires. Au demeurant, une personne souffrant de diabète est susceptible d'endurer nombre d'autres pathologies.

Le traitement du généraliste sera-t-il vraiment revalorisé au moyen de ces 80 euros par pathologie? Et ce, d'autant plus que la même somme sera octroyée au spécialiste qui ne remplit pas une fonction complémentaire.

Je ne m'attarderai pas davantage, puisque d'autres collègues vous ont posé les questions auxquelles une réponse me semble nécessaire.

02.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijn vraag handelt over een aantal technische elementen.

Mevrouw de minister, ik refereer aan uw antwoord op mijn schriftelijke vraag van 14 januari inzake de revalidatieovereenkomsten. U wees op

de gezondheidszorg.

Ze wijzen tevens op het bestaan van de multidisciplinaire verzorgingsnetwerken, waarvan, naast huisartsen, ook plaatselijke specialisten, paramedici, enz. deel uitmaken. Ze vragen zich af hoe een en ander op elkaar zal worden afgestemd. Ware het niet beter om te vertrekken vanuit die multidisciplinaire netwerken? Een opeenstapeling van coördinatie-instrumenten is minder doeltreffend wanneer de onderlinge verbanden niet duidelijk zijn. De artsen zeggen ook dat de raadpleging van een specialist verplicht zal worden voor patiënten die daaraan geen behoefte hebben.

De hoorzittingen met de patiënten hebben me ook uitermate verbaasd: ze werden niet betrokken bij de algemene voorbereiding, noch bij de organisatie van de zorgtrajecten en ze vrezen dat ze zullen worden uitgesloten indien ze niet aan het voorgeschreven type diabetes lijden of ze de voorschriften van de overeenkomst niet naleven (dagelijkse verzorging van de diabetes).

Er moet rekening worden gehouden met die vaststellingen en zo nodig moeten de wetbepalingen worden aangepast of moet men op de evaluatie vooruitlopen.

Voorts heb ik het moeilijk met die 80 euro. Volstaat die 80 euro per pathologie werkelijk om de behandeling door de huisarts substantieel te herwaarderen, temeer daar hetzelfde bedrag zal worden toegekend aan de specialist die geen complementaire functie vervult?

02.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): Je me réfère à la réponse donnée par la ministre à ma question écrite du 14 janvier sur les conventions de

dat moment naar de zorgtrajecten waarover wij nu het debat voeren.

Een van uw doelstellingen was onder meer de communicatie verbeteren tussen huisartsen, specialisten en patiënten, om een betere opvolging en een betere behandeling mogelijk te maken.

Mijn vragen zijn dezelfde als die van het terrein en gaan over een aantal praktische zaken.

Hoe gebeurt de verdeling van de teststrookjes en de glycemie-aflaestellingen? Wie zorgt voor de educatie van de patiënt? Bij wie legt u daarvoor de verantwoordelijkheid? Wordt dat gemeenschappelijk geregeld? Zal er ter zake een rol zijn voor de patiëntenvereniging? Het is toch een patiëntenvereniging met een van de grootste ledenbestanden in ons land? Wat zijn de administratieve implicaties?

Ik heb nog drie korte vragen. Ten eerste, hoe zit het met de operationaliteit van het zorgtraject voor diabetes. Ten tweede, op welke manier zult u – via een rondzendbrief of via communicatie met de zorgverstrekkers en de centra – de informatie eenduidig maken zodat er geen dubbelzinnigheid blijft bestaan in de communicatie? Ten derde en nog een stapje verder, mevrouw de minister, wanneer gebeurt de eerste evaluatie?

02.08 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, je signalerai tout d'abord que, suite aux interventions souvent critiques qui se sont succédé lors de la dernière commission Santé publique de la Chambre, j'ai réuni hier au cabinet les partenaires de la Medicomut pour leur demander si, oui ou non, ils étaient toujours tous d'accord avec les trajets de soins. Non seulement ils ont marqué leur plein accord, mais, tous – syndicats de médecins, INAMI, mutuelles –, ils insistent pour avancer le plus rapidement possible.

N'oubliez pas que ces projets ont nécessité pas loin de six ans de travail. Il constitue le fruit de compromis: en cas de compromis, il reste toujours quelques petits éléments épars qui peuvent paraître désagréables pour les uns ou les autres, mais le fruit est là. Ce compromis, je le respecte, d'autant plus que les trajets de soins sont vraiment l'avenir de la prise en charge autour des patients pour une série de maladies chroniques.

Je soutiens donc ce projet à fond, pour sa philosophie et pour le travail de consensus abouti entre tous les partenaires. Bien sûr, pour le moment, il n'existe par écrit que pour deux affections chroniques: l'insuffisance rénale chronique et le diabète de type 2. Dans l'avenir, il faudra qu'il s'ouvre à d'autres pathologies. C'est en marchant qu'on va jusqu'à Rome et, petit à petit, l'oiseau fait son nid.

Ne vous étonnez donc pas de lire un communiqué de presse commun de la part des partenaires de la Medicomut et de moi-même pour réaffirmer l'importance et notre volonté de voir exister ces trajets de soins à très court terme.

Pour l'insuffisance rénale chronique, aucun problème: il commencera dès le 1^{er} juin, comme prévu. Pour le diabète de type 2, même s'il entré en vigueur le 1^{er} juin, il était inapplicable dans l'immédiat, car il

revalidation. L'un des objectifs de ces conventions était d'améliorer la communication entre médecins généralistes, spécialistes et patients.

Comment s'effectue la distribution des bandelettes de test et des appareils de lecture du taux de glycémie? Qui veille à l'éducation du patient? Les organisations de défense des patients ont-ils un rôle à jouer dans ce cadre? Qu'en est-il du trajet de soins pour les patients diabétiques? Comment la ministre veillera-t-elle à éliminer toute ambiguïté dans la communication? Quand aura lieu la première évaluation?

02.08 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik heb gisteren op het kabinet vergaderd met de partners van de Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Ze zijn akkoord met de zorgtrajecten en dringen erop aan dat er snel vooruitgang geboekt wordt.

Er is zes jaar aan dit ontwerp gewerkt. Ik sta er volledig achter, zowel wat de strekking ervan betreft als omwille van de consensus die tussen alle partners werd bereikt. Het treedt vanaf 1 juni in werking voor chronische nierinsufficiëntie en vanaf 1 september voor diabetes type 2. In de toekomst zal het uitgebreid moeten worden tot andere ziekten.

Er werd ook verwezen naar de verschillen tussen de voordelen voor diabetespatiënten mét en diabetespatiënten zonder zorgtraject. Ik heb de diensten van het RIZIV gevraagd na te gaan of daaraan een mouw kan worden gepast in het kader van de opmaak van de begroting 2010. Ik heb de cijfers niet bij de hand, maar als ik het goed heb zou daarmee een bedrag van 1 miljoen

manquait quelques données techniques à réaliser, comme les modalités de vente des tigettes d'autocontrôle, la mise en place des réseaux multidisciplinaires et la formation des éducateurs.

euro gemoeid zijn.

Donc, plutôt que de laisser entrer en vigueur le trajet de soins le 1^{er} juin alors qu'il restait tout cela à faire, nous nous sommes dit que nous allions le faire entrer en vigueur le 1^{er} septembre pour que tout soit réglé d'ici là. Je vais profiter de cette période pour retravailler l'information avec ceux qui se posent encore des questions à ce sujet, à la fois pour rassurer et pour mieux informer. En effet, on a constaté sur le terrain que des inquiétudes – courantes en cas de changements – étaient venues d'une information incomplète en la matière, ce qui a généré des peurs. L'INAMI a encore rencontré des associations de patients avant-hier pour leur expliquer les changements, pour prendre en compte leurs difficultés. Nous nous donnons trois mois pour être fin prêts et d'ici le 1^{er} septembre, nous aurons pris le temps de discuter avec tout le monde. Ils ont bien travaillé six ans, nous ne sommes pas à trois mois près et cela vaut la peine d'attendre.

Pour le reste, on a notamment parlé des différences entre les avantages dont bénéficieront les patients diabétiques en trajets de soins et ceux des patients atteints des mêmes maux pris en charge en dehors de ces trajets de soins. C'est un vrai problème. J'ai demandé aux services de l'INAMI, présents hier à mon cabinet, d'étudier la possibilité de modifier la situation à l'occasion de l'élaboration du budget 2010. De mémoire, la somme en jeu est d'un million d'euros. C'est un coût important et nous verrons si c'est possible, le budget 2010 n'allant pas forcément être facile à boucler – mais cela vaut la peine parce que cela effacerait une accusation compréhensible de discrimination.

02.09 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Il s'agirait donc d'intégrer tous les patients souffrant de diabète de type 2?

02.10 Laurette Onkelinx, ministre: Exactement: ceux en trajet de soins aussi bien que les autres.

Cela étant dit, les premiers trajets vont constituer un test et doivent d'abord être évalués. Il est possible, comme je l'ai dit, que les autres patients atteints de pathologies chroniques puissent dans quelque temps bénéficier des mêmes avantages. J'ai demandé aux services de l'INAMI d'assurer l'évaluation intermédiaire avant 2012.

À l'occasion de la discussion qui a eu lieu la semaine dernière, on a parlé de saucissonnage des soins. On peut quand même s'accorder sur le fait que la philosophie des trajets de soins va à l'opposé de ce saucissonnage; tout d'abord parce que le généraliste reste avec le patient l'acteur central des trajets dans le cadre d'une prise en charge holistique; ensuite parce que les trajets de soins favorisent une véritable collaboration entre les acteurs de terrain, évitant ainsi le saucissonnage des problèmes du patient.

Pour ce qui est de l'obligation de passage par le spécialiste, je tiens à rappeler que le compromis signé au sein de la Medicomut précise que le patient diabétique peut être suivi uniquement par son généraliste lors du passage à l'insuline tout en profitant de la gratuité du glucomètre et des tigettes. Ce ne sont que les cas complexes

02.10 Minister **Laurette Onkelinx**: De eerste trajecten zullen een testcase zijn en zullen moeten worden geëvalueerd. Ik heb het RIZIV gevraagd vóór 2012 een tussentijdse evaluatie te verrichten.

De filosofie van de zorgtrajecten gaat lijnrecht in tegen de fragmentatie waarover we het hebben gehad: de huisarts blijft de spilfiguur en er wordt een samenwerking tussen de verschillende actoren tot stand gebracht. De diabetespatiënt kan enkel door zijn huisarts worden begeleid. Het zorgtraject zal worden voorgesteld voor de meer complexe gevallen teneinde optimale zorg te kunnen verlenen.

Wat de honoraria betreft, komt het

n'atteignant pas la cible thérapeutique après un an à qui on proposera le trajet de soins pour optimiser leur prise en charge par une équipe pluridisciplinaire.

Beaucoup d'entre vous ont, par ailleurs, soulevé le problème de la rémunération des généralistes et des spécialistes. Vous savez que ce point a fait l'objet de nombreuses discussions au sein de la Medicomut. Ces discussions ont donné lieu à un compromis. Je rappelle que les 80 euros prévus s'ajoutent aux honoraires des consultations qui, selon les schémas des trajets, seront plus nombreuses chez le généraliste. De plus, le spécialiste restera disponible en dehors des consultations proprement dites. On ne peut donc pas dire que l'on revalorise le travail des généralistes à travers un trajet de soins. Le généraliste aura une tâche spécifique à travers les trajets de soins – il sera plus souvent consulté que les autres –, mais lorsque le cas sera plus complexe, le spécialiste effectuera un travail de monitoring dudit cas.

En ce qui concerne la coordination des diverses structures locales, un accord a été dégagé pour donner la responsabilité de cette coordination dans le cadre des réseaux multidisciplinaires aux cercles des généralistes, qui devront travailler avec toutes les structures existantes.

Pour répondre aux questions plus précises, on évalue à 72.500 le nombre de patients diabétiques qui pourraient être inclus. Le plan de soins comprendra:

- la compréhension de la maladie par le patient et son éducation à la santé;
- la motivation du patient et de son entourage;
- l'amélioration du style de vie - alimentation, arrêt du tabagisme, baisse du poids, exercices physiques, etc. -;
- des objectifs thérapeutiques concernant la glycémie, les lipides, la tension artérielle, la diminution du risque de thrombose et des infections;
- l'amélioration de la vaccination (grippe, pneumocoques, etc.);
- le contrôle de paramètres biologiques tels que l'hémoglobine glycosylée, les lipides, la créatinine et la microalbuminurie;
- la détection des complications cardiaques, vasculaires, neurologiques, ophtalmologiques, rénales, sexuelles ou encore les complications au niveau du pied.

Ces actions seront coordonnées par le généraliste avec l'aide de l'endocrinologue et de l'éducateur.

Les modalités de remboursement de l'insuline ne sont pas modifiées pour l'instant. Les modifications éventuelles de l'accès aux médicaments seront traitées par la commission de remboursement des médicaments. Le projet actuel permettra effectivement à tous les patients diabétiques de type 2 insulino-dépendants ou sur le point d'être mis sous insuline de pouvoir être pris en charge soit à travers la convention, soit à travers le trajet de soins.

Vous m'avez demandé si les trajets de soins sont concurrents ou complémentaires aux conventions diabétiques. Ils le sont complémentaires. Les patients visés par les trajets de soins sont, d'une part, les patients souffrant d'un diabète de type 2 sous deux injections d'insuline, c'est-à-dire les patients visés par le groupe 3A de la convention diabétique et, d'autre part, les patients souffrant d'un

bedrag van 80 euro boven op de honoraria voor de raadplegingen.

Men is akkoord om de coördinatie in handen te geven van de huisartsenkringen, die met alle bestaande voorzieningen zullen moeten samenwerken.

Naar schatting 72.500 diabetici zouden in dat plan kunnen worden ingesloten.

De terugbetalingsvoorwaarden voor insuline worden voorlopig niet gewijzigd. Eventuele aanpassingen aan de toegang tot de geneesmiddelen zullen worden behandeld door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

De zorgtrajecten zijn complementair aan de diabetesovereenkomsten. De patiënten met diabetes type 2 die dagelijks twee insuline-injecties krijgen, vormen de doelgroep voor de zorgtrajecten. Ze behoren tot groep 3a van de diabetesovereenkomst.

De invoering van de zorgtrajecten zal niets veranderen voor de andere patiënten die krachtens de overeenkomsten voor de groepen 1, 2 en 3b ten laste worden genomen.

De patiënten van groep 3a die krachtens de diabetesovereenkomsten ten laste worden genomen, zullen tot 2012 op die manier kunnen worden verzorgd, ook al hebben ze een zorgtrajectcontract gesloten. We zullen hun situatie bekijken in het kader van de tussentijdse evaluatie.

De diabetesovereenkomst kan worden toegepast op alle centra in de provincie Luxemburg die een overeenkomst hebben gesloten: de "Cliniques du Sud Luxembourg" te Aarlen, het "Centre hospitalier de l'Ardenne" te Libramont-Chevigny en het "Institut

diabète de type 2 sous une injection d'insuline et les patients traités par antidiabétiques oraux pour lesquels un passage à l'insuline est préconisé. Ces derniers groupes de patients ne sont pour le moment pas concernés par les conventions diabète.

L'instauration des trajets de soins n'entraînera pas de changement pour les autres patients pris en charge au moyen des conventions diabétiques, qui ne font pas partie du groupe 3A – c'est-à-dire des patients des groupes 1, 2 et 3B, qui représentent en moyenne environ 50% de la patientèle des centres pour diabétiques. Nous pouvons vraiment dire que les deux systèmes sont complémentaires.

Par ailleurs, vous m'avez demandé s'il fallait parler d'une période de transition et si les conventions diabétiques sont condamnées à disparaître à brève échéance. Je puis vous dire que, dans un premier temps, les trajets de soins ne modifieront rien à la prise en charge des patients diabétiques offerte actuellement dans le cadre des conventions les concernant. J'y inclus les patients du groupe 3A. La signature d'un contrat trajet de soins par ces derniers de la convention diabétique n'impliquera pas pour le moment leur exclusion de cette prise en charge. Un consensus a pu être trouvé à cet égard au cours d'une réunion où toutes les disciplines concernées par les trajets de soins étaient représentées. Il en ressort que les patients du groupe 3A pris en charge par les conventions diabétiques pourront encore l'être jusqu'en 2012, même dans le cas où ils auraient également signé un contrat trajet de soins. Nous examinerons leur cas lors de l'évaluation intermédiaire.

Quant aux centres conventionnés en province de Luxembourg, il s'agit des cliniques du Sud-Luxembourg à Arlon, du Centre hospitalier de l'Ardenne à Libramont-Chevigny et de l'Institut hospitalier Famenne-Ardenne-Condroz à Marche-en-Famenne. La convention diabétique peut être appliquée sur tous ces sites à condition que les hôpitaux respectent les règles imposées par la convention et offrent les mêmes services de qualité sur l'ensemble des sites.

Vous m'avez parlé des diabétiques de type 1. Ils sont majoritairement pris en charge dès leur plus jeune âge par des pédiatres et des endocrinologues.

En termes de concertation, vous devez savoir que, mis à part l'arrêté relatif aux trajets de soins qui a été publié le 6 février 2009, l'essentiel des mesures (critères d'inclusion, contrat, plan de soins, accès à l'éducation, au matériel, à la diététique, à la podologie, etc.) ont été approuvées à la Médicomut du 16 mars dernier.

Certaines d'entre elles ont ensuite été approuvées par la commission de convention des praticiens de l'art infirmier, la commission de convention des pharmaciens, le collège des médecins directeurs et, enfin, ont été soumis à l'approbation du comité de l'assurance.

Par ailleurs, la réforme des trajets de soins a fait l'objet de discussions avec le conseil fédéral des cercles de médecins, des représentants des Six et avec la commission de convention des prestataires de soins, organismes assureurs concernés au sein de la commission nationale d'accord Médicomut. Elle a fait l'objet de présentations aux prestataires des soins à domicile en différents endroits du pays. C'est le comité d'assurance qui décidera de la date

hospitalier Famenne-Ardenne-Condroz" te Marche-en-Famenne.

De meeste patiënten met type 1 diabetes worden van kindsbeen af behandeld door kinderartsen en endocrinologen.

Het gros van de maatregelen werd op 16 maart door de commissie artsen-geneesheren goedgekeurd.

Een aantal van die maatregelen werden vervolgens goedgekeurd door de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen, de Overeenkomstencommissie apothekers en het College van geneesheren-directeurs, en werden ter goedkeuring voorgelegd aan het Verzekeringcomité.

De hervorming van de zorgtrajecten werd besproken met de Federale Raad voor de Huisartsenkringen, vertegenwoordigers van de Zes en de overeenkomstencommissie van de desbetreffende zorgverstrekkers.

définitive du lancement, mais l'entrée en vigueur n'aura pas lieu avant le 1^{er} septembre prochain.

Je rappelle que les avantages du patient admis dans un trajet de soins consistent en la suppression du ticket modérateur sur les consultations du médecin spécialiste concerné par la pathologie du trajet de soins et sur les consultations du médecin généraliste ou de la pratique de groupe qui a conclu le contrat en remboursement de prestations particulières de l'assurance maladie, par exemple l'éducation, diététique, podologie, en simplification de l'accès à des remboursements de médicaments et l'accès à un programme de soins planifiés et complets.

(Brouhaha)

La **présidente**: Puis-je vous demander de faire moins de bruit?

02.11 Laurette Onkelinx, ministre: Je pense qu'ils sont convaincus et qu'ils n'ont pas envie que je poursuive mes explications!

La **présidente**: Dans ce cas, qu'ils posent moins de questions!

02.12 Minister **Laurette Onkelinx**: Het budget is als volgt verdeeld: 14.606.000 euro voor honoraria en remgeld, de sectoren verpleegkunde en apothekers 6.106.800 euro en multidisciplinaire netwerken 4 miljoen euro. Dat is in totaal 24.712.800 euro.

02.12 Laurette Onkelinx, ministre: On a prévu des montants de 14.606.000 euros pour les honoraires et le ticket modérateur, de 6.106.800 euros pour les infirmiers et les pharmaciens et 4 millions d'euros pour les réseaux multidisciplinaires. Au total, cela représente 24.712.800 euros.

Il y aura une grande campagne d'information. Elle est prête; les folders sont imprimés. En réalité, on voulait tout lancer le 25 mai; j'avais prévu une conférence de presse. J'ai toutefois proposé qu'on la reporte aux alentours du 1^{er} septembre quand tout sera prêt à être lancé, non seulement pour l'insuffisance rénale chronique mais aussi pour le diabète de type 2.

Comme je l'ai dit hier, lancer une campagne alors que tout n'est pas prêt, cela n'a pas de sens. C'est compliqué. S'il y a des critiques, je n'ai aucun problème pour y répondre. En revanche, pour répondre à la critique qui serait de dire que nous ne sommes pas prêts mais que nous lançons tout de même la campagne, je n'ai aucun argument.

On lancera donc la campagne aux environs du 1^{er} septembre pour les patients, les médecins. Malgré tout, on lance les opérations pour l'insuffisance rénale chronique directement car tout le monde est prêt. On rédigera des courriers d'information; on communiquera également via le site web de l'INAMI, etc.

Ai-je répondu à toutes les questions?

02.13 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, les médecins avaient mis précédemment en évidence que l'un des articles de l'arrêté rendait obligatoire le recours à la transmission des données via l'informatique.

We hebben een grote informatiecampagne startklaar. We wilden op 25 mei van wal steken. Ik had een persconferentie gepland, maar ik heb gevraagd dat ze tot 1 september uitgesteld zou worden. Dan zal alles echt klaar zijn, zowel wat de nierinsufficiëntie als wat diabetes type 2 betreft.

De acties voor de chronische nierinsufficiëntie worden wel dadelijk gelanceerd, want iedereen is klaar.

02.13 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): De artsen hebben opgemerkt dat volgens het besluit de gegevens per computer moeten worden doorgestuurd.

02.14 Laurette Onkelinx, ministre: C'est bien cela.

02.15 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): M. De Ridder et M. Schengen ont dit la fois dernière que tel n'était pas le cas. Ils ont indiqué que cela signifie que si l'on utilise la voie informatique, il est obligatoire de respecter la confidentialité.

02.16 Laurette Onkelinx, ministre: C'est exact. Je le confirme. Soit c'est par voie informatique, soit par d'autres voies. Si on choisit la voie informatique, les données échangées entre prestataires devront l'être par envoi sécurisé de données cryptées; les règles d'accès seront évidemment identiques à celles mises en pratique actuellement. Les données d'évaluation seront globales et anonymes. C'est évident.

02.16 Minister Laurette Onkelinx: Per computer of op een andere manier. Als ze voor de computer kiezen, moeten de verstrekkers gecodeerde gegevens uitwisselen met beveiliging; de toegangsregels zullen dezelfde zijn als degene die vandaag gelden. De evaluatiegegevens zullen globaal en anoniem zijn.

La **présidente**: Je donne la parole aux intervenants pour réagir aux propos de la ministre.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan de sprekers om te reageren op het antwoord van de minister.

02.17 Josy Arens (cdH): (...) (*intervention hors micro*)

02.18 Collaborateur de la ministre: Il faut bien comprendre que le système fonctionnera essentiellement grâce à l'aide des réseaux multidisciplinaires. En particulier dans les zones rurales, ces réseaux multidisciplinaires joueront un rôle important. En effet, en cas de concentration forte comme dans les villes, les gens ont plus de facilité, car l'endocrinologue habite la rue d'à côté, ce qui ne se vérifie pas dans les réseaux ruraux. C'est pourquoi une structure sera mise en place avec les cercles de généralistes comme base, avec l'aide des services intégrés de soins à domicile, prévue dans l'arrêté. Dans ce cadre, même dans des zones très vastes, avec l'aide des hôpitaux et des endocrinologues locaux, même s'ils ne sont pas nombreux, cette aide de réseaux multidisciplinaires apportera encore plus dans les régions rurales que dans les zones urbaines.

02.18 Medewerker van de minister: De werking van het systeem zal hoofdzakelijk berusten op de ondersteuning door de multidisciplinaire netwerken, die gebaseerd zijn op de huisartskringen, en op de hulp van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging. Die netwerken zullen vooral een cruciale rol spelen op het platteland, waar er maar weinig endocrinologen zijn.

Il s'agit donc vraiment d'un des piliers fondamentaux: 4 millions d'euros seront consacrés à cette fin. Quand on reçoit le retour des cercles de généralistes, en particulier des cercles de généralistes des régions rurales que nous avons eu l'occasion de rencontrer à plusieurs reprises, on ressent vraiment que c'est là l'élément le plus positif pour eux, sur lequel tout le monde est d'accord: "C'est un rôle qui nous est attribué et que nous assumerons parce que nous disposerons des moyens financiers pour l'assumer".

Voor dat project zal er 4 miljoen euro worden uitgetrokken. Volgens de huisartsenkringen – vooral de huisartsenkringen op het platteland – is dat het positiefste aspect. Ze zullen die taak op zich nemen, zeggen ze, omdat ze daartoe over de nodige financiële middelen zullen beschikken.

02.19 Josy Arens (cdH): (...) (*intervention hors micro*)

02.20 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, bedankt voor uw zeer uitvoerig antwoord. Het is een heel groot werk geweest, maar het compromis dat gevonden is, is niet eenvoudig uit te leggen. U ziet het zelf: de mensen denken nog niet in categorieën. De patiënten weten niet onder welke categorie zij vallen. Het is wel de taak van de dokter het hun te zeggen, maar patiënten blijven niet altijd in dezelfde categorie.

02.20 Maggie De Block (Open Vld): Aucune solution n'a été apportée au problème des patients qui ne savent pas toujours à quelle catégorie ils appartiennent ou ignorent qu'ils peuvent passer dans une autre catégorie en cours

Soms wordt iemand gehospitaliseerd wegens een insulineprobleem. Heeft die persoon een andere ziekte of vermagert hij 30 kilo, dan mag men hem geen insuline meer inspuiten en krijgt hij opnieuw orale antidiabetica. Wat gaan wij daarmee doen? Volgens mij is het niet eenvoudig. Ik zal wachten op de voorlichtingcampagne, maar ik hoop dat er ook voor de artsen duidelijke voorlichting komt. Het zullen immers de huisartsen zijn die de aanvragen en de administratie moeten regelen. Zij zullen de brieven van de ziekenfondsen krijgen, met de vermelding dat het dossier niet volledig is en dat men niet beschikt over alle gegevens, enzovoort.

Ik heb ook nog geen antwoord gekregen inzake iets wat geen geld kost, met name het afschaffen van de administratieve overlast voor de insulineafhankelijke diabetici die nu hun insuline jaarlijks opnieuw moeten aanvragen. Is het echt zo moeilijk om dat af te schaffen? Het is extra administratie, het kost geld, het kost moeite. Het is gemakkelijk af te schaffen en dat zou een enorme stap vooruit betekenen.

02.21 Collaborateur de la ministre: Il faut d'abord rappeler que, dans la pratique, le diabète est une maladie évolutive, qui se déroule par étapes. En médecine générale, nous avons des patients diabétiques qui commencent par un traitement oral. Puis, celui-ci est augmenté jusqu'au moment où la cible que nous voulons atteindre n'est pas atteinte. À ce moment-là, nous passons à l'insuline – souvent, en commençant par une piqûre par jour, puis deux et ainsi de suite, si ce n'est pas suffisant.

Le rôle du généraliste qui suit ce patient pendant des années et des années, pour l'incorporer dans le meilleur trajet, sera évidemment essentiel. Cela peut paraître compliqué à première vue, mais ce ne l'est pas tellement. En effet, voici ce qui se passera dans la pratique: un patient sera mis sous insuline, et il lui sera proposé un suivi qui durera un an. Dans le cas où le but ne serait pas atteint, d'autres méthodes, plus fortes, lui seront suggérées. C'est le généraliste qui permettra de décoder la situation, car il est plongé dans la pratique.

Je rappelle aussi, comme j'en ai eu l'occasion la semaine dernière, que cette question représente en moyenne cinq à six patients par généraliste, en tout et pour tout. Environ 10.000 généralistes travaillent en Belgique. Si vous considérez que, sur les 72.500 diabétiques potentiels, la moitié ou les trois quarts vont entrer dans ce système, cela représentera cinq patients par médecin généraliste. Il ne faut donc pas voir cette situation comme une montagne de travail absolument infranchissable.

Ensuite, il est vrai que cette méthode entraînera un certain travail administratif supplémentaire pour les généralistes. Mais tout sera mis en œuvre pour que les informations requises soient non seulement, comme l'a rappelé la ministre, totalement anonymes, mais aussi très faciles à transmettre. Ce sera évidemment un peu plus simple pour ceux qui sont équipés d'un système informatique, mais nous pouvons penser que, dans les prochaines années, nous nous dirigerons vers une médecine générale 100% informatisée.

Les réseaux multidisciplinaires dont j'ai parlé tout à l'heure seront également présents puisque des administratifs seront sur le terrain

de traitement, mais j'attends la campagne d'information. Pour le surplus, je ne pense pas qu'il soit très compliqué de supprimer le renouvellement annuel de la demande d'insuline pour les diabétiques.

02.21 Medewerker van de minister: Diabetes is een progressieve ziekte. De huisarts, die de patiënt jarenlang begeleidt, speelt daarbij een essentiële rol. Hij stelt aanvankelijk vaak een orale behandeling voor, gevolgd door de toediening van insuline, waarbij de dosissen worden verhoogd zolang het beoogde doel niet wordt bereikt.

Als men ervan uitgaat dat de helft of drie vierde van de 72.500 potentiële diabetici tot dat systeem zullen toetreden, zou dat neerkomen op vijf patiënten per huisarts (in ons land zijn er ongeveer 10.000 huisartsen). Een dergelijke werklast is niet onoverkomelijk.

Dit systeem zal onvermijdelijk bijkomend administratief werk voor de huisartsen meebrengen, maar alles zal in het werk worden gesteld om ervoor te zorgen dat de vereiste gegevens anoniem zijn en makkelijk kunnen worden overgezonden. Een en ander zal uiteraard makkelijker zijn voor degenen die over een computersysteem beschikken.

Dankzij de multidisciplinaire netwerken zullen de huisartsen in het veld door administratieve medewerkers worden bijgestaan.

pour aider les généralistes, y compris dans leur travail administratif. L'aide sera réelle en cas de problème, de dossier non reçu par exemple. Des gens seront là pour les aider, ce qui n'est pas le cas pour l'instant.

Quant au problème du remboursement, je suis entièrement d'accord avec vous; comme la ministre l'a précisé, on a demandé à la commission de remboursement des médicaments d'avancer dans ce dossier pour essayer de régler une fois pour toutes ce problème du remboursement. Ce travail est en cours à la commission de remboursement des médicaments.

02.22 Luc Goutry (CD&V): Wij hebben nu al dat werk geleverd om die zorgtrajecten, zij het experimenteel, op te starten. Ik hoop dat de regering de zorgtrajecten overleeft want anders moeten wij wel herbeginnen.

De nadruk ligt in elk geval op het feit dat het over een experiment gaat. Ik vind dat wij dit echt de nodige kansen moeten geven. Dit is een nieuw model van geïntegreerde zorg met een andere manier van werken. Wij sturen hier eigenlijk toch al lang op aan. Wij willen al langer een gezondheidszorg voor alle zorggebonden pakketten die buiten de acute geneeskunde vallen. Deze lenen zich het beste om te komen tot geïntegreerde zorgsamenwerking en -coördinatie.

In die zin vind ik het ook goed dat er in het budget in middelen is voorzien voor verpleegkundigen, apothekers en andere actoren. Ik denk dat wij daar open voor moeten staan. Ik hoop ook dat een stuk van de administratieve last zal worden ondervangen via eHealth. Wij hebben alle moeite gedaan om dit elektronische systeem te creëren voor de overdracht van gegevens binnen de gezondheidszorg. Ik neem aan dat dit hierop zal kunnen inspelen omdat heel het eHealth-systeem precies hiervoor werd gemaakt. Het was immers de bedoeling zich snel en accuraat, met het vermijden van de administratieve ballast, te kunnen focussen op de kerntaak van artsen en dat is zoveel mogelijk samenwerken in gecoördineerd verband met collega's zodat zij een integrale kijk krijgen op de aandoening. Op die manier hoeft de patiënt geen speelbal te worden, maar voelt hij werkelijk dat alle actoren met zijn probleem bezig zijn.

Ik hoorde een aantal opmerkingen van de collega's. Een aantal ervan kan ik technisch moeilijk plaatsen omdat ik uiteraard geen arts ben en niet zomaar kan en wil oordelen. Laat ons het project echter alle kansen geven. Het is evalueerbaar. Ik hoor de minister zeggen dat niet zal worden gewacht tot 2012 om te evalueren. Dit is belangrijk. Wij moeten ook bekijken of nieuwe aandoeningen zoals neurovasculaire aandoeningen in de programma's kunnen worden opgenomen. Wij moeten bij de evaluatie proberen de goede dingen aan te wenden om dit als een model voor de toekomst te lanceren, namelijk het geïntegreerd benaderen van vooral chronische gezondheidsproblemen.

02.23 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik meen dat twee grote bezorgdheden ook na uw antwoord overeind blijven.

Ik blijf op dezelfde nagel kloppen. De terechte vrees bij de huisartsen voor de bijkomende administratieve overlast, ongeacht of het gaat om

De kwestie van de terugbetaling wordt momenteel in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen besproken.

02.22 Luc Goutry (CD&V): Cette expérience mérite de se dérouler dans les meilleures conditions car elle est fondée sur un nouveau modèle de soins intégrés. Je me félicite également que des moyens soient prévus pour les infirmiers et pharmaciens. L'e-Health permettra en tout état de cause de soulager les intéressés d'une partie de la charge administrative. Il ne faudra certainement pas attendre jusqu'en 2012 pour évaluer le processus. Par ailleurs, il faudrait étudier la possibilité d'inscrire les affections neurovasculaires dans le projet.

02.23 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Les craintes des généralistes d'être confrontés à une charge administrative supplémentaire restent justifiées, même dans le contexte de l'e-

een papieren of een elektronische overdracht, blijft aanwezig. Ik hoor een aantal collega's graag verwijzen naar eHealth. Dat project is hier inderdaad gepasseerd, maar wij moeten bij de concrete uitwerking van het project goed beseffen dat het wantrouwen in de sector niet volledig weg is. Het zal, zacht uitgedrukt, nog wat tijd vragen voor wij het wantrouwen tegenover eHealth weg krijgen. Als er nu, in het raam van de zorgtrajecten, opnieuw een bijkomende overdracht van gegevens aan toegevoegd wordt, lopen wij het risico, als het niet goed gecommuniceerd wordt, dat het wantrouwen even groot blijft.

Ik kom tot een tweede, zeer belangrijk, element. Uit uw antwoord bleek duidelijk – dat is een goed voorstel – dat, om aan een aantal praktische bezorgdheden tegemoet te komen, de concrete inwerkingtreding voor de zorgtrajecten diabetes van 1 juni naar 1 september verplaatst werd. Wij moeten die tijd aangrijpen om zeer goed te communiceren met alle actoren en deelactoren, want dat zal de enige manier zijn om het project van de zorgtrajecten een eerlijke kans te geven.

02.24 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik deel een beetje de mening van de heer Goutry dat dit een kans moet krijgen. Het is een model van diseasemanagement voor enkele chronische aandoeningen dat ook internationaal steeds meer ingang vindt. Diseasemanagement en chronische aandoeningen zijn beiden gelinkt.

Een van de indicatoren die ik graag mee opgenomen zou zien in de evaluatie is de therapietrouw of de therapieontrouw. Dat is toch een van de elementen, en een van de grote kosten, in de gezondheidszorg. Volgens sommige cijfers zou men 20 tot 30% kunnen besparen indien de therapietrouw verhoogd kan worden. Ik zou dat graag mee opgenomen zien in de evaluatie, als indicator.

Ik wil u ook vragen of de tussentijdse evaluatie gecommuniceerd kan worden naar de commissie in het Parlement.

02.25 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Je voudrais ajouter que j'apprécie que l'entrée en vigueur soit reportée au mois de septembre et qu'entre-temps, le travail puisse se poursuivre avec les représentants des différents médecins concernés et les autres prestataires de soins de santé.

Je préférerais que cette préparation se fasse de manière décentralisée.

Nos questions et interpellations ont débouché sur une compréhension théorique du modèle: une pathologie qui pourrait se juxtaposer à d'autres.

Si l'objectif est réellement de collaborer avec les différents acteurs au sein des réseaux existant dans des zones géographiques, il serait intéressant que la préparation et la discussion de la mise en place et des évaluations se fassent aussi de la même manière, en collaboration avec les acteurs de terrain.

Cela permettrait de mieux comprendre les problèmes et de corriger certaines erreurs, en impliquant de manière plus concrète les représentants des patients, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Health. Par ailleurs, la mise en œuvre concrète a été reportée du 1^{er} juin au 1^{er} septembre. Ce laps de temps doit être mis à profit pour communiquer utilement avec tous les acteurs de façon à dissiper toute méfiance et à donner au projet toutes ses chances d'aboutir.

02.24 Yolande Avontroodt (Open Vld): Parmi les indicateurs que je voudrais voir figurer dans l'évaluation figure l'assiduité ou non au traitement. Une plus grande assiduité permettrait en effet d'économiser de 20 à 30%.

02.25 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Ik vind het positief dat de inwerkingtreding tot september wordt uitgesteld en dat het werk wordt voortgezet met de vertegenwoordigers van de zorgverleners. Ze moeten ook bij de eigenlijke invoering van de regeling en bij de evaluaties worden betrokken, samen met de vertegenwoordigers van de patiënten.

La **présidente**: Je vous propose de clore la discussion. D'ici au 1^{er} septembre, nous verrons mieux comment les phases d'évaluation seront organisées et nous pourrons peut-être y associer le parlement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toenemende commercialisering van de apotheek" (nr. 13163)

03 Question de Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la commercialisation croissante des pharmacies" (n° 13163)

03.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, de apotheker maakt deel uit van de eerste lijn in onze gezondheidszorg. Hij positioneert zich dan ook graag als zodanig en wenst voor zijn intellectuele prestaties vergoed te worden met een honorarium. Hij geniet in die hoedanigheid ook veel aanzien en het vertrouwen van de consument, die belang hecht aan het advies van zijn apotheker. Ook producten verkocht in de apotheek genieten een wetenschappelijk "sérieux" en het vertrouwen van de consument. Toch stellen we vast dat er een toenemende commercialisering van de apotheek opduikt. Dat is volgens mij een zorgwekkende evolutie die de geloofwaardigheid en de vertrouwensrelatie met de cliënten in het gedrang brengt.

Concreet heb ik het hier over de exclusieve verkoop in de apotheek van een bepaald chocolademerk. De chocolade werd als gezond aangeprezen omdat het "gezonde cacaoflavanolen" bevat, terwijl iedereen weet dat chocolade een vet- en calorierijk product is dat beter met mate wordt geconsumeerd. Een dergelijke evolutie valt ook niet te rijmen met de rol van apothekers in de gezondheidszorg. In hun eigen deontologische code, opgesteld door de Orde der Apothekers, wordt in artikel 38 het volgende gesteld: "In het belang van de patiënt raadt de apotheker enkel geneesmiddelen en producten aan waarvan hij de doeltreffendheid kent. Hij moet zich in dit verband zo goed mogelijk documenteren. Hij neemt geen genoegen met informatie die door commerciële bedrijven of laboratoria verstrekt wordt." In diezelfde code lezen we in artikel 101: "Het is de voornaamste rol en tevens de sociale opdracht van de apotheker om de bevolking kwaliteitsvolle farmaceutische zorg te garanderen en adequaat gezondheidsadvies te verstrekken. Met dit doel voor ogen onthoudt de apotheker zich van louter commerciële praktijken die, alhoewel ze op zich niet laakbaar of onwettelijk zijn, de uitoefening van de farmacie een overdreven handelskarakter geven en zo zijn geloofwaardigheid en de vertrouwensrelatie met de cliënten in het gedrang brengen."

De Orde der Apothekers zelf is zich dus bewust van het gevaar van een commercialisering van de apotheek. Net daarom heeft zij in 2005, op vraag van de toenmalige minister van Volksgezondheid, een aantal voorwaarden vastgesteld waaraan een parafarmaceutisch product dient te voldoen om in de apotheek verkocht te kunnen worden. Ondanks die vraag zijn deze criteria tot nu toe niet in wetgevende bepalingen omgezet.

03.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Les pharmaciens font partie des soins de première ligne. En cette qualité, ils remplissent une fonction qui jouit d'une grande considération auprès des consommateurs et leur inspire beaucoup confiance. Toutefois, l'on observe une commercialisation grandissante dans cette profession. À titre d'exemple, un chococat "bon pour la santé" est vendu exclusivement dans les officines. Ne conviendrait-il pas d'imposer des critères auxquels toute denrée alimentaire devrait satisfaire pour être proposée à la vente dans une pharmacie? Dans quel délai de tels critères pourraient-ils être instaurés?

Graag kreeg ik een antwoord op de volgende vragen.

Welke initiatieven zal de minister nemen om de apothekers te responsabiliseren?

Moeten er geen criteria worden opgelegd waaraan voedingsmiddelen moeten voldoen om in een apotheek te kunnen worden aangeboden, zoals het waken over de kwaliteit van de voeding in strikte diëten of voor kwetsbare doelgroepen? Hierbij is de kwaliteit en de samenstelling van het product bepalend voor de gezondheid van de doelgroep. Zo ja, binnen welke termijn zal dat gerealiseerd worden? Zo nee, waarom niet?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Op 13 maart 2009 werd door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten een vergadering georganiseerd met de vertegenwoordigers van de Nationale Raad van de Orde der Apothekers betreffende de verkoop in apotheken van producten die noch geneesmiddelen, noch gezondheidsproducten zijn. Voor de beoordeling van die producten vraagt de Orde der Apothekers de oprichting van een commissie voor de Parafarmacie, die zich zou moeten uitspreken over de kwaliteitsgaranties voor producten die te koop worden aangeboden in de apotheken, maar die niet vallen onder de bepalingen van de geneesmiddelenwet.

Dergelijke commissie kan niet worden opgericht op basis van de geneesmiddelenwet maar zou kunnen worden opgericht door de Orde der Apothekers. Er zou ook aan kunnen worden deelgenomen door de beroepsverenigingen van apothekers en vertegenwoordigers van bijvoorbeeld het FAGG.

Tegenwoordig reglementeert het KB van 18 februari 1991 de voedingsmiddelen bestemd voor bijzondere voeding. Voorbeelden van bijzondere voeding die via het hierboven vermelde KB gereguleerd worden, zijn: vervangmaaltijden, dieetvoedingsmiddelen voor medisch gebruik, bijvoorbeeld voedingsmiddelen voor mensen met aminozuurafwijkingen, enterale voedingsmiddelen, enzovoort, zuigelingenvoeding of eersteleefijds melk, opvolgzuigelingenvoeding of tweedeleefijds melk, babyvoeding en bewerkte voedingsmiddelen op basis van granen zoals bijvoorbeeld koekjes of koekjesmeel voor zuigelingen en kleuters. Voor elk van deze producten voorziet het KB in zeer specifieke samenstellingseisen en daarnaast ook verplichte vermeldingen voor de etikettering van de producten. Voor dieetvoedingsmiddelen voor medisch gebruik is bepaald dat die enkel via de apotheek mogen worden verkocht.

De wetgeving voor bijzondere voeding is zo goed als volledig geharmoniseerd op Europees niveau. De bepalingen in het KB vormen dus een omzetting van de Europese richtlijnen ter zake. Die Europese richtlijnen werden vastgesteld in toepassing van de Europese kaderrichtlijn 89/398, en wat de samenstelling betreft, op basis van wetenschappelijk advies van de Europese Autoriteit voor Voedselveiligheid en zijn voorganger, het Wetenschappelijk Comité.

De kwaliteit van bijzondere voeding wordt eveneens gereguleerd door de horizontale wetgeving voor voedingsmiddelen, die over het algemeen in bijkomende specifieke bepalingen voorziet voor

03.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Le 13 mars 2009, l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé a organisé avec le Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens une réunion consacrée au problème de la vente en officine de produits qui ne sont ni des médicaments ni des produits de santé. L'Ordre demande la création d'une Commission de la Parapharmacie chargée d'évaluer ces produits.

Actuellement, c'est l'arrêté royal du 18 février 1991 qui régit la vente des denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière, tels que l'alimentation pour nourrissons et les repas diététiques. Cet arrêté prévoit pour chacun de ces produits des exigences très spécifiques en ce qui concerne la composition ou l'étiquetage obligatoire. Les produits alimentaires diététiques à usage médical ne peuvent être vendus qu'en officine.

La législation relative aux denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière est commandée par les directives européennes qui ont été élaborées sur la base de la directive-cadre européenne 89/398 et sur la base de l'avis scientifique de l'Autorité européenne de Sécurité des Aliments et de l'organisme qui l'a précédée, le Comité scientifique. La qualité de l'alimentation particulière est également réglementée par la législation horizontale relative aux denrées

voedingsmiddelen bestemd voor kwetsbare groepen.

Bijgevolg kom ik tot de conclusie dat de wetgeving inzake bijzondere voeding de kwaliteit van de betrokken producten voldoende garandeert. Hetzelfde geldt voor andere voedingsmiddelen die via de apotheek worden verkocht en die via de algemene levensmiddelenwetgeving, en meestal ook via de bijkomende specifieke wetgeving, worden gereguleerd.

alimentaires, à plus forte raison si ces denrées sont destinées à des groupes vulnérables. Par conséquent, la qualité de ces denrées est suffisamment garantie.

03.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, bedankt voor uw uitgebreid antwoord. Ik verheug mij vooral over het feit dat er een commissie zal worden opgericht door de Orde der Apothekers voor de parafarmacie. Men verwacht immers inderdaad van de apotheker dat hij advies blijft verstrekken in het belang van de consument-patiënt en dat hij niet wordt geïnspireerd door economische redenen.

03.03 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Le projet de créer une commission ad hoc pour la parapharmacie est un point positif. Les pharmaciens doivent en effet fournir des avis dans l'intérêt des patients et ne doivent pas, dans ce cadre, être inspirés par des considérations économiques.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Katia della Faille de Leverghem aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloedbeveiliging en pathogene inactivatie" (nr. 13188)
- de heer Jo Vandeuren aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de introductie van een nieuwe methode voor de controle van de kwaliteit van bloed" (nr. 13198)
- de heer Josy Arens aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toepassing van een PRT-methode (Pathogen Reduction Technology) op trombocytenconcentraten" (nr. 13318)

04 Questions jointes de

- Mme Katia della Faille de Leverghem à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité des transfusions sanguines et l'inactivation des agents pathogènes" (n° 13188)
- M. Jo Vandeuren à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'introduction d'une nouvelle méthode de contrôle de la qualité du sang" (n° 13198)
- M. Josy Arens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'application d'une méthode de PRT (Pathogen Reduction Technology) sur les concentrés plaquettaires" (n° 13318)

04.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, de verhoging van de veiligheid van bloedproducten is, zeker in het licht van de huidige vrees voor een grippandemie, van groot belang.

Sinds meer dan een jaar werden in het Parlement verschillende vragen over het wetgevende kader voor het gebruik van de technologie van pathogene inactivatie bij bloedplaatjes gesteld.

In september 2008 heeft de minister verklaard dat zij, geleid op het positieve advies van de Hoge Gezondheidsraad van augustus 2008 inzake het gebruik van die technologie, de nodige maatregelen heeft genomen om de regelgeving op het vlak van de bedoelde technologie te wijzigen. Wij hebben begrepen dat de besluiten ondertussen bij de inspectie van Financiën voorliggen, maar dat er geen verdere afhandeling gebeurde, zodat de noodzakelijke publicatie in het

04.01 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): L'amélioration de la sécurité des produits sanguins revêt une importance capitale, plus particulièrement en raison du risque actuel d'une pandémie de grippe. La technologie relative à l'inactivation pathogène des plaquettes peut constituer un élément utile à cet effet, comme l'a également confirmé le Conseil supérieur de la santé en août 2008. La ministre a annoncé en septembre 2008 qu'elle modifierait la réglementation relative à cette

Belgisch Staatsblad tot op heden nog steeds niet heeft plaatsgevonden.

Het advies van de Hoge Gezondheidsraad van augustus 2008 beveelt ten zeerste aan om pathogene inactivatie op bloedplaatjes toe te passen in geval van influenzavirussen.

De Franstalige diensten van het bloed, Service du Sang, daarentegen hebben de directies van alle bloedtransfusiediensten meegedeeld pathogene inactivatie voor bloedplaatjesconcentraten in te voeren en vanaf 11 mei 2009 toe te passen, ongeacht het feit of het wettelijke kader al dan niet is gepubliceerd. Voornoemde beslissing werd genomen en gecommuniceerd uit verantwoordelijkheid voor de transfusiecentra en uit bezorgdheid voor de patiënt. Graag had ik een antwoord op volgende vragen gekregen.

Gezien de dreiging van een pandemie wil ik graag vernemen waarom er niet veel sneller voorbereidingen werden getroffen, zodat het regelgevende kader kan worden gepubliceerd en transfusiecentra pathogene inactivatie kunnen toepassen, zoals het advies van de Hoge Gezondheidsraad aanbeveelt.

Heeft de minister voornoemd advies tijdens het recente overleg in Luxemburg met de Europese ministers over de Mexicaanse griep toegelicht?

Is de minister op de hoogte van het feit dat de transfusiecentra in België pathogene inactivatie van bloedplaatjes slechts beperkt en op basis van een uitzonderingsbudget van het RIZIV toepassen, terwijl voor de volledige productie van bloedplaatjes in België sinds 2008 een budget werd goedgekeurd, waardoor pathogene inactivatie aan de transfusiecentra wordt terugbetaald?

Gaat het hier niet om een verkeerd gebruik van budgettaire middelen bij het RIZIV ten gevolge van het uitblijven van een wetgevend kader?

Is de minister op de hoogte van de beslissing van Service du Sang?

Zal er hierdoor geen ongelijkheid tussen de Franstalige en de Nederlandstalige diensten van het bloed ontstaan? De Nederlandstalige diensten hebben de pathogene inactivatie immers nog niet ingevoerd en wachten op de besluiten van de minister.

Ten slotte, welke concrete maatregelen zal de minister nemen om voormelde ongelijkheid zo spoedig mogelijk te herstellen?

04.02 Jo Vandeurzen (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik kan kort zijn, want er zijn natuurlijk al een heleboel belangrijke en pertinente vragen gesteld door mijn collega.

Ik moet zeggen dat ik ook een beetje een onbehaaglijk gevoel kreeg toen ik echo's hoorde van de manier waarop door bepaalde firma's de problematiek ook een communautaire saus kreeg. Blijkbaar is er op een bepaald moment een initiatief genomen om in de media aan te kondigen dat het bloed van Waalse donoren beter en veiliger zou zijn dan het bloed van Vlaamse donoren, en dat allemaal om een bepaalde technologie, waarvan het belang ook al is onderstreept, iets meer te pushen, of althans - zo decodeer ik dat - ook u wat te pushen

technologie. L'Inspection des Finances examine actuellement les arrêtés mais aucune avancée n'a encore été enregistrée. Le Service du Sang a chargé les services de transfusion de sang d'appliquer malgré tout la technologie à partir du 11 mai, et ce en l'absence d'un cadre légal.

Pourquoi les choses ne bougent-elles pas malgré le risque d'une pandémie? La ministre s'est-elle concertée au niveau européen? A-t-elle connaissance du fait que les centres de transfusion de sang appliquent cette technique dans un cadre limité et sur la base du budget extraordinaire de l'INAMI, alors que cette technique est remboursée aux centres depuis 2008? Les moyens de l'INAMI ne sont-ils pas utilisés erronément en l'occurrence? La ministre est-elle informée de la décision du Service du Sang? N'en résulte-t-il pas une inégalité avec les néerlandophones qui eux attendent la législation?

04.02 Jo Vandeurzen (CD&V): Une entreprise en particulier a conféré une connotation communautaire à la polémique suscitée par cette nouvelle technique en affirmant dans les médias que le sang de donateurs francophones est désormais plus sûr que celui de donateurs flamands. L'objectif consiste bien entendu à exercer une pression sur la ministre pour l'amener à

om er, wat de terugbetaling aangaat, enig initiatief in te nemen.

régler la question du remboursement.

Blijkbaar is er een polemiek ontstaan in verband met de introductie van een nieuwe methode.

04.03 Laurette Onkelinx, ministre: Vous savez que nous avons le sang chaud!

04.04 Jo Vandeurzen (CD&V): Nous avons beaucoup respect pour la qualité de votre sang et nous espérons que vous aurez aussi du sang-froid, en tout cas durant les trois semaines prochaines!

04.04 Jo Vandeurzen (CD&V): Cette firme a entre temps réalisé que ce n'est pas là le meilleur moyen de servir la politique de santé mais, en attendant, la pression sur la Croix-Rouge et sur l'INAMI s'est intensifiée.

Er is dus blijkbaar een probleem met de introductie van die nieuwe methode om de kwaliteit van bloed te controleren. De nieuwe techniek, pathogeen inactivatie technologie, zou nu door het Waals Rode Kruis in gebruik zijn genomen, ondanks het feit dat over de terugbetaling nog niets is beslist, wat die firma bekoord zou hebben om reclame te voeren met de bewering dat bloed van Waalse donoren nu veiliger is dan dat van Vlaamse donoren.

Quand le remboursement de la technique d'inactivation des agents pathogènes sera-t-il définitivement réglé? La ministre a-t-elle connaissance de ce message publicitaire fallacieux?

Ik heb begrepen dat de firma heeft ingezien dat het misschien niet de beste methode was om aan gezondheidsbeleid te doen, maar blijkbaar wordt er getracht om druk te zetten op het Vlaamse Rode Kruis en op het RIZIV.

Mevrouw de minister, is het probleem u bekend?

Zult u in terugbetaling voorzien?

Is het u bekend dat er reclameboodschappen verspreid zijn die, wat mij aangaat, toch niet echt de beste waren?

04.05 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, l'application, sur les concentrés plaquettaires, d'une méthode de PRT est hautement recommandée et particulièrement active sur les virus influenza. Agréée aux niveaux international et national, approuvée par l'INAMI en 2007 sur le plan budgétaire, la technologie dite d'inactivation des pathogènes, utilisée dans le cadre des collectes de sang, rend inactifs, et donc inoffensifs, les virus connus ou éventuellement inconnus dans le plasma sanguin, les globules rouges et les plaquettes, ce qui réduit considérablement le risque de transmission de maladies infectieuses ou de contamination bactérienne.

04.05 Josy Arens (cdH): De zogenaamde "Pathogen Reduction Technology" (PRT), die in het kader van bloedinzamelingen wordt gebruikt, vermindert aanzienlijk het risico op de overdracht van virussen of bacteriën. Volgens de arts die het transfusiecentrum van Mont-Godinne leidt, biedt die technologie tal van voordelen. Ik heb dit onderwerp reeds in het begin van het jaar aangekaart, en u hebt me toen geantwoord dat er een koninklijk besluit werd voorbereid en dat er studies aan de gang waren naar twee methoden voor de inactivering van pathogenen. Hoe ver is dat ontwerp van besluit ondertussen gevorderd? Wanneer worden de resultaten van die studies bekendgemaakt?

Dans un article récent, publié dans le "Journal du Médecin", le médecin directeur de l'établissement de transfusion sanguine de Mont-Godinne considérait que cette technologie d'inactivation des pathogènes offrait de nombreux bénéfices:

- elle optimalise la sécurité du sang, en particulier pour les plaquettes qui doivent être conservées à température ambiante;
- elle a des répercussions positives sur les finances de l'INAMI et des centres de transfusion. En effet, le surcoût de cette technologie permet d'éviter en même temps des frais: certains tests et traitements deviennent superflus, l'enregistrement des réactions transfusionnelles est moindre;
- avec un tel filet de sécurité, les pathogènes sont rendus inoffensifs et les critères de sélection peuvent être assouplis et davantage de candidats retenus comme donneurs effectifs;
- à condition d'avoir réalisé l'inactivation des pathogènes, une

Tot slot heb ik meermaals gepleit voor een reflectie over het

directive européenne permet de prolonger le délai de conservation des concentrés plaquettaires (7 jours ou lieu de 5).

bloedtransfusiebeleid in ons land.

Madame la ministre, au début de l'année, j'avais déjà évoqué le sujet de l'inactivation des agents pathogènes. Vous avez précisé qu'un projet d'arrêté royal était en cours de procédure. Il viserait l'obligation pour tous les concentrés plaquettaires de subir un processus de réduction de pathogènes selon une méthode validée.

Voulez-vous me préciser à quel stade de la procédure se trouve cet arrêté royal et dans quel délai on peut estimer sa publication au Moniteur belge?

Vous avez également précisé que deux études spécifiques étaient en cours de réalisation à propos de la validation de deux méthodes d'inactivation qui ont reçu le marquage CE. Voulez-vous me préciser dans quel délai ces études seront-elles terminées? Enfin, à plusieurs reprises, j'ai proposé qu'une réflexion à propos de la politique du sang soit menée dans notre pays.

04.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Ten eerste, de ontwerpbesluiten inzake de pathogeen inactivatie zijn recentelijk voor advies voorgelegd aan de Raad van State. Het advies is zeer recentelijk verstrekt. De diensten van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten passen de besluiten nu aan. Ik heb het FAGG gevraagd die besluiten prioritair te behandelen.

Ten tweede, het advies van de Hoge Gezondheidsraad heeft niet rechtstreeks te maken met de influenzapandemie en de virusinactivatie. Het is derhalve niet ter sprake gebracht op de Europese Ministerraad.

Ten derde, het is juist dat in het kader van artikel 56 van de GVV-wet pilootstudies inzake pathogeen inactivatie werden gefinancierd. Zo werd pathogeen inactivatie inderdaad toegepast op een beperkt aantal eenheden bloedplaatjesconcentraat, onder meer bij wijze van feasibility test. Ondertussen heeft het RIZIV voorzien in een budget voor de terugbetaling van de systematische toepassing van pathogeen inactivatie op trombocytenconcentraat.

Ten vierde, het budget waarin het RIZIV voorziet, kan ten volle aangewend worden, zodra de uitvoeringsbesluiten gepubliceerd zijn. De kosten voor de pathogeen reductie zullen dus vergoed worden aan de bloedinstellingen.

Ten vijfde, ik ben niet formeel op de hoogte gesteld van welke beslissing dan ook van de Service du Sang over pathogeen inactivatie. Zodra de besluiten inzake pathogeen inactivatie van bloedplaatjes rond zijn, is er een uniform juridisch en financieel kader van toepassing voor alle bloedinstellingen in België.

Ik ben niet formeel op de hoogte van promotionele informatie van de firma Cerus voor het grote publiek en wens mij ter zake van commentaar te onthouden. Ik wil wel het volgende opmerken. Ten eerste, stel ik vast dat er op dit moment nog geen pathogeen inactivatie wordt toegepast op rodebloedcelconcentraat. Dat betekent dat de transmissie van pathogenen via labiele bloedproducten niet volledig kan worden uitgesloten.

04.06 **Laurette Onkelinx**, ministre: Les projets d'arrêtés sur les technologies d'inactivation des agents pathogènes ont été transmis récemment au Conseil d'Etat qui vient de rendre un avis. L'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé apporte actuellement les modifications aux arrêtés. L'avis du Conseil supérieur de la Santé ne concerne pas directement la pandémie de grippe et l'inactivation du virus. Il n'a dès lors pas été évoqué lors du Conseil des ministres européens.

Des études sur l'inactivation d'agents pathogènes ont effectivement été financées. Depuis, l'INAMI a réservé un budget destiné au remboursement de l'application systématique de l'inactivation des agents pathogènes sur des concentrés de thrombocytes. Le budget sera disponible dès la publication des arrêtés d'exécution. Les frais de réduction des agents pathogènes seront dès lors remboursés aux établissements de produits sanguins.

Je ne connais pas la décision du Service du Sang. Toutes les institutions belges seront soumises au même cadre juridique et financier.

Ten tweede moeten wij waakzaam blijven bij de implementatie van pathogeen inactivatie. Ik wijs ter zake op het gedeeltelijk stopzetten van een klinische studie in Nederland op basis van de vaststelling van een verminderde transfusie-efficiëntie bij gebruik van pathogeen geïnactiveerd bloedplaatjesconcentraat. Bij de patiënten die behandeld worden met pathogeen geïnactiveerd bloedplaatjesconcentraat, werden tevens klinisch meer bloedingen vastgesteld.

Dat is een verontrustend gegeven. Ik geef het FAGG opdracht om onverwijld de betrokken firma Cerus te contacteren om alle relevante gegevens met betrekking tot veiligheid op te vragen.

Je n'ai pas été officiellement informée de la campagne promotionnelle de l'entreprise Cerus et je m'abstiendrai par conséquent de tout commentaire.

Je constate qu'actuellement, le concentré de globules rouges ne fait pas encore l'objet d'une inactivation des agents pathogènes. Par conséquent, la transmission d'agents pathogènes par le biais de produits sanguins instables ne peut être totalement exclue. Par ailleurs, nous devons rester vigilants car il semblerait que la technique diminue l'efficacité de la transfusion. De plus, les patients transfusés seraient davantage sujets aux hémorragies. Il s'agit d'une nouvelle inquiétante et je chargerai l'AFMPS de demander immédiatement à la firme concernée toutes les données pertinentes en matière de sécurité.

04.07 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Mevrouw de minister, ik onthoud vooral dat de besluiten momenteel worden aangepast en ik reken op u, opdat ze zo snel mogelijk gepubliceerd zullen worden. Er is immers toch hoogdringendheid, u hebt dat begrepen.

04.07 Katia della Faille de Leverghem (Open Vld): Les arrêtés sont donc adaptés. Je compte sur la ministre pour qu'elle les publie dans les plus brefs délais.

04.08 Jo Vandeurzen (CD&V): Mevrouw de minister, ik begrijp dat u niet kunt antwoorden op de vragen over de reclameboodschappen. Ik heb ook begrepen dat die firma vrij snel heeft ingezien dat het niet de beste methode was om haar producten te commercialiseren of het gebruik ervan aan te bevelen. Wij moeten daarvoor heel alert blijven. In die sector moet men zeer zorgvuldig zijn indien men aanprijst wat men op de markt brengt. Ik zal in de toekomst ook dat soort reclameboodschappen onder uw aandacht blijven brengen, want ik denk dat het op die manier niet hoeft.

04.08 Jo Vandeurzen (CD&V): Je comprends que la ministre ne puisse répondre à ma question concernant le message publicitaire. Cette firme semble à présent avoir compris aussi qu'il ne s'agissait pas de la manière la plus efficace de promouvoir un produit. Dans ce secteur, une prudence toute particulière est de mise dans ce genre de message.

04.09 Josy Arens (cdH): Madame la ministre, vous m'avez déjà donné pour ainsi dire la même réponse, il y a quelques mois. Toujours est-il que nous attendons avec impatience la publication de cet arrêté.

04.09 Josy Arens (cdH): Mevrouw de minister, u hebt me enkele maanden geleden al hetzelfde antwoord gegeven. We wachten vol ongeduld op het besluit.

04.10 Laurette Onkelinx, ministre: (...) (*hors micro*)

04.11 Josy Arens (cdH): Je pensais que vous aviez avancé plus que cela dans ce dossier. En effet, hier, Mme Arena disait que le calcul de

04.11 Josy Arens (cdH): Ik dacht dat het dossier verder gevorderd

risque pour l'acceptation des donneurs de sang exclut les homosexuels de cet acte citoyen jusque dans ses élans de générosité. Elle ajoutait que dès que la qualité des tests le permettrait, il faudrait mettre fin à cette situation. J'imaginais donc que ce dossier était plus avancé.

was. Gisteren zei mevrouw Arena, in verband met homoseksuelen, dat het risico te groot was. Zodra de kwaliteit van de tests het mogelijk maakt, moet er een einde aan die toestand worden gemaakt.

04.12 Laurette Onkelinx, ministre: (...) (*hors micro*)

04.13 Josy Arens (cdH): Donc plus rien n'empêche sa publication!

04.14 Laurette Onkelinx, ministre: (...) (*hors micro*)

La **présidente**: La dernière étape se situe donc au niveau des remarques éventuelles du Conseil d'État.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La question n°12068 de Mme Lejeune est transformée en question écrite.

Vraag nr. 12068 van mevrouw Lejeune wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

05 **Vraag van mevrouw Sonja Becq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "ereloon-supplementen voor verstrekkingen inzake klinische biologie aan gehospitaliseerde patiënten" (nr. 12470)**

05 **Question de Mme Sonja Becq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suppléments d'honoraires facturés aux patients hospitalisés pour des prestations de biologie clinique" (n° 12470)**

05.01 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, begin dit jaar stelde ik hierover al eens een vraag. Er is discussie over de ereloon-supplementen inzake klinische biologie voor patiënten die in een ziekenhuis verblijven. Het gaat hier om een discussie van interpretatie, waarbij de vraag rijst of het al dan niet gaat om een forfaitaire aanrekening en of ten gevolge daarvan ook ereloon-supplementen kunnen worden gevraagd.

Men zegt mij dat die ereloon-supplementen in bepaalde ziekenhuizen 200 tot 400% bedragen, wat gevolgen heeft voor de patiënten.

U hebt toen geantwoord dat u niet uw interpretatie ging geven over het betrokken artikel omdat u met de betrokken partners een goede en duidelijke afspraak in der minne wou regelen. Ondertussen is een aantal maanden verlopen, mevrouw de minister. Ik hoop dat u intussen wel een antwoord hebt. Anders blijft de situatie aanslepen.

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je sens que vous n'allez pas être contente, madame Becq.

05.03 Sonja Becq (CD&V): Ik hoop dat u niet zegt dat u met de verkiezingen bezig moest zijn, want die starten pas nu ten volle op. Ik denk dat u de tijd hebt gehad om ter zake een initiatief te nemen.

05.04 Laurette Onkelinx, ministre: (...) (*hors micro*)

Het probleem van ereloon-supplementen op prestaties klinische

05.01 Sonja Becq (CD&V): Une vive discussion est actuellement en cours concernant les suppléments d'honoraires en matière de biologie clinique pour les patients hospitaliers. Ces suppléments peuvent atteindre les 400%. La ministre avait déclaré au début de l'année qu'elle se concerterait à ce sujet avec tous les acteurs concernés. Qu'en est-il de ce dossier?

05.03 Sonja Becq (CD&V): La ministre a tout de même eu le temps dans l'intervalle de prendre une initiative.

05.04 Laurette Onkelinx, ministre: Il ne s'agit que d'un aspect du problème des

biologie aan gehospitaliseerde patiënten is een deel van het bredere probleem van elk supplement op forfaitaire honoraria voor dergelijke verstrekkingen. Het akkoord tussen de geneesheren en de ziekenfondsen 2009-2010 erkent het probleem dat kan ontstaan doordat zowel de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1998, als de wet van 10 juli 2008, betreffende de ziekenhuizen, erover handelen. In dat akkoord dringen zowel de artsensyndicaten als de verzekeringsinstellingen erop aan dat die materies zouden worden geregeld binnen de wetgeving betreffende de verplichte verzekering. In die context zal dus een brede onderhandeling moeten worden geopend, die zal kunnen uitmonden op een adequaat wetgevend initiatief.

suppléments d'honoraires. L'accord conclu entre les médecins et les mutuelles pour la période 2009-2010 reconnaît qu'un problème se pose du fait que tant la loi de 1998 que celle de 2008 traitent de la question. D'aucuns demandent que cette matière soit réglée dans le cadre de la loi de 1998. Des négociations devront donc être menées dans un contexte global et déboucher sur une initiative législative.

05.05 Sonja Becq (CD&V): Mevrouw de minister, ik wil nog begrip opbrengen voor het feit dat u het zult bespreken in een algemene context, maar intussen blijft de situatie wel bestaan. Zolang de onderhandelingen duren en er onduidelijkheid over de interpretatie is, worden supplementen effectief aangerekend. Houdt u er bij latere besprekingen rekening mee dat aangerekende ereloon-supplementen kunnen worden tenietgedaan, indien zij tegen de afspraken en interpretaties worden aangerekend? Terwijl u besprekingen houdt, zijn er immers bepaalde situaties die zich voordoen.

05.05 Sonja Becq (CD&V): En attendant, le problème subsiste. Les suppléments d'honoraires déjà facturés pourraient-ils éventuellement être récupérés ultérieurement?

05.06 Minister Laurette Onkelinx: (...)

05.07 Sonja Becq (CD&V): Inderdaad, maar het is belangrijk dat de onzekerheid niet te lang blijft bestaan en dat u tot een oplossing komt.

05.07 Sonja Becq (CD&V): En tout état de cause, il importe de résoudre ce problème le plus rapidement possible pour lever l'incertitude.

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

06 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la législation européenne sur les allégations nutritionnelles" (n° 12581)

06 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Europese wetgeving inzake voedingswaardeclaims" (nr. 12581)

06.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ma question datant du 8 avril, je fais état de dates qui ne seront plus valables aujourd'hui. Néanmoins, ma question reste tout à fait pertinente.

La directive européenne réglementant l'usage des allégations nutritionnelles est en cours de révision et devrait aboutir à un vote du Conseil européen avant la fin de la législature.

Au centre des débats, les profils nutritionnels qui déterminent par catégorie de produits les seuils de graisse, sucre ou sel, au-delà desquels l'utilisation d'allégations santé est interdite. Sous les fortes pressions de l'industrie alimentaire, le président de la Commission européenne José Emmanuel Barroso a annoncé le mois dernier vouloir exclure de cette réglementation les produits dits traditionnels

06.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Momenteel wordt de Europese regelgeving inzake voedingsclaims herzien. De Europese Raad zou nog vóór het einde van de zittingsperiode over de aangepaste tekst moeten stemmen. Centraal in het debat staan de voedingsprofielen, waarin de drempelwaarden voor vet, suiker en zout per productcategorie worden vastgelegd, en waaraan de producten moeten voldoen om van

(certains pains, fromages) ou faisant partie d'une alimentation de base (viande, poisson, lait).

De plus, les profils nutritionnels, les taux de graisse, sucre ou sel qui sont admis dans des aliments qui affichent des allégations nutritionnelles, pourraient encore être revus à la hausse sous la pression de certains lobbies. Un vote sur cette décision devait intervenir le 27 mars dernier, mais le dossier devenant hautement politisé, il aurait été reporté au 27 avril.

Madame la ministre, quelle a été votre position à ce sujet et celle que la Belgique a défendue? Que pensez-vous de cette question des allégations nutritionnelles et de l'évolution de ce règlement?

een gezondheidsclaim te kunnen worden voorzien. De voorzitter van de Europese Commissie heeft aangekondigd dat hij traditionele producten en basisproducten uit die nieuwe regelgeving wilde uitsluiten. Bovendien zou het toegestane vet-, suiker- of zoutgehalte voor voedingsmiddelen met een voedingsclaim nog herzien en opgetrokken kunnen worden. Een stemming over die beslissing stond op 27 april op de agenda.

Wat is uw standpunt hierover? Welk standpunt heeft België verdedigd? Hoe staat u tegenover die kwestie van de voedingsclaims en de evolutie van die verordening?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, comme cela a été souligné, la position de la Commission européenne sur les profils nutritionnels a subi dernièrement un revirement important suite au lobbying du secteur alimentaire mais aussi suite aux interventions de certains États membres.

S'il est vrai que la position initiale de la DG SANCO de la Commission européenne pouvait sembler stricte, force est de constater que son dernier document de travail sur le sujet est devenu particulièrement peu ambitieux sur certains points.

L'objectif premier du profil nutritionnel est d'éviter que le citoyen consommateur ne soit trompé par des allégations qui pourraient masquer le statut nutritionnel global des aliments.

Notre position en la matière se fonde essentiellement sur les recommandations nutritionnelles belges et les objectifs du Plan national Nutrition Santé de Belgique.

Jusqu'à présent, les objectifs de cette proposition portaient uniquement sur les profils nutritionnels. C'est la raison pour laquelle je trouve difficilement justifiable l'exemption prévue par la Commission pour le pain, sous prétexte qu'il s'agit d'un aliment traditionnel.

Bien que la consommation de pain fasse partie des recommandations nutritionnelles, il n'en est pas moins un contributeur non négligeable à l'apport de sel dans l'alimentation. Il est donc important d'essayer d'en réduire la teneur. La réduction de la consommation de sel est un des objectifs importants du plan national.

Comme vous le savez, une campagne de sensibilisation vient d'être lancée. De même, nous venons d'obtenir, via une convention qui sera signée très prochainement, l'engagement de la FEVIA et de la FEDIS de tout mettre en œuvre pour réduire de 10% l'apport de sel dans les produits de consommation qu'ils distribuent et ce, d'ici 2012.

06.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Bedoeling van het voedingsprofiel is in de eerste plaats dat de consument niet zou worden misleid door claims die de globale voedingswaarde van de eetwaren zouden kunnen verdoezelen. Ons standpunt stoelt grotendeels op de Belgische voedingsaanbevelingen en op de doelstellingen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan.

Tot nog toe hadden de doelstellingen van dat voorstel enkel betrekking op de voedingsprofielen. Om die reden heb ik het moeilijk met de geplande vrijstelling voor brood, onder het voorwendsel dat het om een traditioneel voedingsmiddel gaat. Brood is immers een belangrijke bron van zout in de voeding, en het zoutgehalte moet zoveel mogelijk worden beperkt. Het terugdringen van de zoutconsumptie is ook een van de belangrijke doelstellingen van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan. Diezelfde opmerking geldt voor de geplande vrijstelling voor pekelvlees. Indien in dit dossier argumenten als dat van de "traditionele voedingsmiddelen" op de voorgrond zouden treden, zullen

Dans le cas du pain, il s'agira de remplacer le sel par du sel iodé.

La même remarque pourrait être faite pour l'exemption prévue pour la viande salée.

Si le dossier venait à évoluer vers des arguments tels que l'alimentation traditionnelle, nous devons réévaluer notre position, notamment en ce qui concerne le chocolat.

Il convient cependant de garder à l'esprit que les profils nutritionnels ont également pour objectif d'inciter à la reformulation nutritionnelle des produits. Il est donc nécessaire de fixer des seuils réalistes qui le permettent.

Mon administration a eu l'occasion à plusieurs reprises d'exprimer à la Commission et aux autres États membres la position de la Belgique dans ce dossier. Nous attendons à présent une nouvelle discussion avec la Commission. Vu les implications politiques actuelles du dossier et les intérêts parfois fort divergents des différentes DG de la Commission, il n'est pas possible de prédire ce que contiendra la nouvelle proposition.

06.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, si je comprends bien, la modification de la directive ne sera pas votée dans le courant de cette législature.

06.04 Laurette Onkelinx, ministre: C'est fini pour le moment...

06.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): C'est effectivement ce qu'ils souhaitent. Ils voulaient forcer un peu la main. Personnellement, j'ignore ce que le consommateur y gagne. La première idée avait été de renforcer cette directive sur les allégations nutritionnelles et, aujourd'hui, ils sont parvenus à bloquer le système.

Il faut rester très vigilant à certains intérêts. De fait, certains voudraient faire passer comme diététiques des aliments qui ne le sont pas du tout. Le BEUC avait demandé à ses associations membres de donner des exemples de produits qui pouvaient porter des allégations nutritionnelles, alors que, par ailleurs, ils étaient excessifs en d'autres choses, comme le sel. En Grande-Bretagne, par exemple, on a relevé que des chips ou des donuts, sorte de petits gâteaux sucrés ou au chocolat, pouvaient porter des allégations nutritionnelles. Il en va de même pour des tas de fromages très gras, des produits viandoux ou, comme vous le dites, pour le pain.

Il faut tenir une position très ferme en la matière sous peine de vider complètement l'esprit initial ou le contenu de cette directive et de tromper le consommateur. Il faut rester vigilant!

we ons standpunt moeten herbekijken.

Mijn administratie had al meermaals de gelegenheid het Belgische standpunt uiteen te zetten ten aanzien van de Commissie en van de andere lidstaten. Nu is het wachten op een volgende bespreking met de Commissie. Ik kan niet voorspellen wat het nieuwe voorstel zal inhouden.

06.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Er zal tijdens deze zittingsperiode dus niet gestemd worden over de wijziging van de regelgeving.

06.04 Minister Laurette Onkelinx: Dat ligt nu allemaal stil.

06.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): De pressiegroepen zijn in hun opzet geslaagd. Het was in eerste instantie de bedoeling die richtlijn betreffende de voedings- en gezondheidsclaims te verscherpen, en nu zijn ze erin geslaagd alles tegen te houden. Men moet uiterst waakzaam blijven. Sommige bedrijven zouden bepaalde voedingsmiddelen willen aanprijzen als dieetvoeding, terwijl het helemaal geen dieetproducten zijn. De Europese consumentenkoepel BEUC had de aangesloten verenigingen verzocht voorbeelden te geven van producten waarvoor voedings- en gezondheidsclaims zouden kunnen worden gedaan, terwijl ze overdreven veel van een ander ingrediënt bevatten, bijvoorbeeld zout. Men moet op dat punt voet bij stuk houden, want anders zal die richtlijn volledig uitgehold en de consument misleidende informatie

verstrekt worden.

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

07 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "prostaatkanker" (nr. 12592)

07 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le cancer de la prostate" (n° 12592)

07.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, in uw kankerplan hebt u terecht een aantal accenten gelegd en prioriteiten naar voren geschoven. Prostaatkanker is vaak een van de weeskinderen. Ik was getuige van de voorstelling van de recente Europese metastudie. Het is echt een heel grote studie, die meer dan 10 jaar geleden gestart is. De resultaten ervan worden nu voorgesteld. Niet vooruitlopend op het onderzoek dat u wellicht hierover zult doen, dient er zich toch minstens een aantal belangrijke wijzigingen aan in het beleid.

Het is niet de bedoeling om hier, out of the blue, een groot screeningprogramma voor prostaatkanker op te zetten, maar de resultaten van de analyse kunnen wij niet naast ons neerleggen. Prostaatkanker is de meest voorkomende kanker bij mannen in de Europese Unie. Het is de derde doodsoorzaak door kanker bij mannen, na long- en dikkedarmkanker.

Sinds 1990 neemt het Antwerpse OCA deel aan het Europese programma voor vroege opsporing. Uit de eerste resultaten blijkt dat screening, in tegenstelling tot de good medical practices en de evidence based medicine, die tot nu gangbaar zijn, de sterfte door prostaatkanker toch met 20% zou reduceren. Dat is vergelijkbaar met de screening voor dikkedarmkanker en borstkanker, waar het over een reductie met 30% gaat.

De onderzoekers hebben ook, met heel veel harmonie, evenwicht en gezond verstand, gezegd dat een gedeelte van de kankers die ontdekt werden, betiteld kunnen worden als slapende kankers. Dat betekent dat ze er zijn, maar dat ze niet onmiddellijk behandeld moeten worden. Het risico van overdiagnose, als gevolg van screening, en eventuele overtherapie, werd ook in kaart gebracht.

Ik breng die studie graag onder uw aandacht, mevrouw de minister. Bent u er al van op de hoogte? Kunt u die op de agenda plaatsen van de interministeriële conferentie?

De deelnemers aan de studie en de wetenschappelijke vereniging vragen naar een initiatief met het oog op de opvolging en de opmaak van guidelines voor de behandeling van die slapende kankers, om dat vervolgens te communiceren aan het artsenskorps en desgevallend ook een programma ter zake op te starten. Immers, als mannelijke patiënten screening zinvol vinden, zal er nog meer worden gescreend en dan zijn er guidelines nodig voor de mogelijke ontdekking van slapende kankers. Dat was de reden van mijn vraag.

07.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, de resultaten van die studie zijn inderdaad bekend. Ze werden recent gepubliceerd in het befaamde New England Journal Of Medicine. De

07.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Les résultats d'une étude européenne de grande envergure sur le cancer ont récemment été présentés. La politique devra probablement être adaptée sur un certain nombre de points. Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent et la troisième cause de mortalité chez les hommes au sein de l'Union européenne. L'"Oncologisch Centrum Antwerpen" participe depuis 1990 au programme européen de détection précoce du cancer de la prostate. Il ressort des premiers résultats que la mortalité due au cancer de la prostate pourrait diminuer de 20% grâce au screening. Cette diminution pourrait même atteindre 30% dans le cas des cancers du côlon et du sein. Une partie des cancers détectés grâce au screening peuvent être considérés comme des cancers dormants, à savoir des cancers présents, mais qui ne nécessitent pas un traitement immédiat. Le risque de surdiagnostic en conséquence du screening et le risque de surthérapie éventuelle ont été évalués.

Cette étude sera-t-elle inscrite à l'ordre du jour de la conférence interministérielle? Une initiative est-elle prévue en matière de suivi des cancers dormants?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Les résultats de cette étude européenne ont été

studie, die op Europese schaal werd uitgevoerd bij 182.000 mannen tussen 50 en 74 jaar, toonde aan dat sterfte door prostaatkanker aan wie om de vier jaar een PSA-screening werd aangeboden, met 20% was verminderd ten opzichte van de controlegroep. Er was echter geen verschil voor de totale sterfte van elke herkomst. De reductie van de sterfte door prostaatkanker ging echter gepaard met een zeer aanzienlijk percentage overdiagnose, 50%.

In een gelijkaardig gerandomiseerde studie in de Verenigde Staten werd noch een verschil in sterfte door prostaatkanker, noch in totale sterfte, aangetoond. In die studie bevatte de controlegroep ook mannen die in het verleden al aan screening hadden deelgenomen. Die contaminatie verklaart mogelijk de afwezigheid van de sterfte door prostaatkanker in de groep.

In beide studies hebben de auteurs gewezen op het belangrijke probleem van overdiagnose, detectie van kanker die niet leidt tot sterfte of handicaperende mobiliteit, maar die, indien behandeld, wel leidt tot ernstige bijwerkingen, voornamelijk urinaire incontinentie. Die laatste bijwerking heeft substantieel gevolgen op de levenskwaliteit.

Het is dus belangrijk om ook rekening te houden met de resultaten in verband met winst in levensjaren in termen van levenskwaliteit, zoals ook gesuggereerd door de onderzoekers.

De onderzoekers wijzen ook op de nood aan biomarkers, die het onderscheid tussen indolente, slapende en levensbedreigende prostaatkankers kunnen maken.

Andere, openstaande vragen zijn de keuze van de doelleeftijd en het screeningsinterval. Op voornoemde vragen bieden de tests in kwestie nog geen sluitend antwoord.

Ik zal voorstellen om prostaatkankerscreening te bespreken op de vergadering van de eerstvolgende werkgroep Kankerplan van de interministeriële conferentie van eind augustus 2009. Een voorstel tot invoering van systematische prostaatkankeropsporing zal ik in het huidige stadium echter niet indienen, gezien de afwezigheid van evidentie op het gebied van gewonnen levensjaren, gecorrigeerd voor kwaliteit.

Gelet op de hernieuwing van de Gewest- en Gemeenschapsregeringen na de eerstkomende verkiezingen van 7 juni 2009 is het niet mogelijk om het debat vroeger te houden.

Ten derde, ik stel ook voor om prostaatkankerscreening binnen een internationaal kader te bespreken. Ik zal het Kankercentrum opdragen om een aan het International Agency for Research on Cancer en/of aan DG SANCO gericht ontwerp van vraag op te stellen.

Onderzoek naar voorspellende biomarkers over de agressiviteit van prostaatkanker om slapende en levensbedreigende prostaatkankers van elkaar te onderscheiden, is een relevant onderwerp voor toekomstig onderzoek, dat zeker in het kader van de toekomstige acties van het kankerplan kan worden overwogen.

récemment publiés dans le prestigieux "New England Journal of Medicine". Réalisée auprès de 182.000 hommes entre 50 et 74 ans, elle montre une réduction de 20% de la mortalité attribuable au cancer de la prostate pour les hommes qui avaient suivi un test PSA tous les quatre ans par rapport à la mortalité au sein du groupe de contrôle. Aucune différence n'a en revanche été mise en évidence au niveau de la mortalité totale. En outre, la baisse de la mortalité due au cancer de la prostate s'est accompagnée d'un surdiagnostic de 50%. Une étude comparable menée aux USA n'a pas permis d'établir une différence, qu'il s'agisse de mortalité due au cancer de la prostate ou de mortalité totale. Les auteurs de ces deux études soulignent le problème important du surdiagnostic, à savoir le dépistage d'un cancer qui ne conduit ni à la mort, ni à un handicap, mais qui peut entraîner des complications graves en cas de traitement, à savoir l'incontinence. Les chercheurs suggèrent dès lors qu'il est important de ne pas seulement prendre en considération le gain en années de vie, mais également la qualité de la vie.

Les chercheurs insistent sur la nécessité de "biomarqueurs" capables de différencier les cancers de la prostate indolents, latents et mortels.

Je propose de revenir sur la question du dépistage du cancer de la prostate lors du prochain groupe de travail Plan Cancer à la fin du mois d'août 2009. Faute de preuves sur le nombre d'années de survie gagnées, corrigées en termes de qualité de vie, je ne peux cependant pas introduire une proposition de dépistage systématique du cancer de la prostate. Les élections du 7 juin prochain empêchent également d'organiser le débat avant la date proposée. Je suggère par ailleurs

que le Centre du Cancer soulève également la question à l'échelon international.

L'étude de "biomarqueurs" prédictifs sur l'agressivité des cancers de la prostate permettant de distinguer les cancers latents et mortels constitue incontestablement un thème pouvant être retenu dans le cadre du Plan Cancer pour de futures recherches.

07.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, u geeft een heel belangrijk antwoord. Uw antwoord is inderdaad juist. Ik blijf enkel nog met één vraag zitten.

Ik heb ook niet de vraag naar een veralgemeende screening gesteld. Ik wil herhalen dat de opzet van mijn vraag zeker niet het opzetten van een prostaatkankerscreeningprogramma was.

Wel heb ik gevraagd – ik wil dit ook nog meegeven – naar communicatie aan de zorgsector over de guidelines inzake de manier waarop moet worden omgegaan met, zoals u het noemde, het onderscheid. Een stap dichterbij zou zijn guidelines aan de verstrekkers voor te stellen inzake het omgaan met slapende prostaatkankers.

07.04 Minister Laurette Onkelinx: Wij zullen bekijken met de Gemeenschappen hoe wij hieraan kunnen werken in de door u gesuggereerde richting.

07.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Il reste que l'ambiguïté subsiste quant à la manière dont le secteur des soins doit aborder la différence entre cancers mortels et latents. Il faut que les prestataires de soins sachent comment communiquer sur les cancers de la prostate latents.

07.04 Laurette Onkelinx, ministre: Nous allons examiner avec les Communautés ce qu'il y a lieu de faire.

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

08 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Bijzonder Solidariteitsfonds" (nr. 12593)

08 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds Spécial de Solidarité" (n° 12593)

08.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is een campagne geweest.

(...): (...) (*hors micro*)

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Le texte sur les dommages médicaux est devenu un projet de loi. Il est au Conseil d'État et nous en reparlerons ensemble quand il reviendra.

08.02 Minister Laurette Onkelinx: De tekst betreffende de medische schade is in een wetsontwerp gegoten dat is overgezonden aan de Raad van State. Het zal worden besproken wanneer de Raad van State zijn advies heeft uitgebracht.

08.03 Sonja Becq (CD&V): (...)

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: Normalement, on n'interroge pas

le gouvernement sur ses intentions. Le projet de loi a été accepté au sein du gouvernement, il se trouve à présent au Conseil d'État. Il sera proposé à la discussion quand il en reviendra. Il est étrange de commencer à discuter d'un projet avant même qu'il ne soit déposé au Parlement.

J'ai répondu il y a déjà un certain temps à une question sur les principes; ce sont toujours les mêmes.

08.05 Sonja Becq (CD&V): Quand ce projet reviendra-t-il au Parlement?

08.06 Laurette Onkelinx, ministre: La date de retour du projet dépend du temps que mettra le Conseil d'État à rendre son avis, ce que je suis incapable de deviner. Cela ne se fera pas en cinq jours! Mon collaborateur me rappelle que pour la loi de 2007, le Conseil d'État avait mis trois mois pour rendre son avis. On espère qu'il ira plus vite mais ce ne sera pas avant un mois. S'il émet des remarques, il faudra adapter le projet avant de le déposer. Cela me fait dire, vu les délais, qu'il s'agira sans doute du premier projet de loi déposé au Parlement à la rentrée.

Mais je veux bien vous remettre le texte de ma réponse.

La **présidente**: Il en va ainsi. Mme la ministre vous remet les éléments de réponse et je donne la parole à Mme Avontroodt pour sa question

08.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): Inzake het Bijzonder Solidariteitsfonds ben ik mij er goed van bewust, mevrouw de minister, dat er al heel veel gebeurd is om de bekendheid en de procedures te optimaliseren. Jammer genoeg komt de beslissing voor een aantal patiënten letterlijk te laat. Ik denk inzonderheid aan patiënten met tumoren, bijvoorbeeld patiënten met hersentumoren die voldoen aan de indicaties om een tegemoetkoming te krijgen of om behandeld te worden met bepaalde geneesmiddelen. Dan komt men hoe dan ook na twee of drie weken, of meer, heel vaak te laat.

Voor de aanvraag om het geneesmiddel terugbetaald te krijgen geldt de voorwaarde dat het Bijzonder Solidariteitsfonds zich erover moet uitspreken. Die voorwaarde is begrijpelijk, maar in vele gevallen werkt zij ontradend voor de patiënten, omdat die de overbrugging van die tijd moeilijk aankunnen.

Ik heb vijf concrete vragen.

Zult u een initiatief nemen om de werking van het Bijzonder Solidariteitsfonds bij het eerste gebruik van een geneesmiddel te versnellen, in het bijzonder wanneer het gaat om patiënten die lijden aan kanker of voor wie tijd kostbaar is?

Bent u bereid patiënten te betrekken bij de besluitvorming indien u effectief een initiatief neemt?

Zult u rekening houden met het wetboek? Health Science and

08.05 Sonja Becq (CD&V): Wanneer is dat?

08.06 Minister Laurette Onkelinx: De Raad van State zal ten vroegste over een maand advies uitbrengen. Indien de Raad van State opmerkingen heeft, zal het wetsontwerp moeten worden bijgestuurd vóór het wordt ingediend. Gelet op de tijd die voor een en ander nodig is, wordt dit wellicht het eerste wetsontwerp dat na het reces in het Parlement zal worden ingediend. Ik kan u wel de tekst van mijn antwoord bezorgen.

08.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): En ce qui concerne le Fonds spécial de solidarité, je suis consciente que de nombreuses initiatives ont déjà été prises pour optimiser sa notoriété et les procédures. La décision a malheureusement été prise trop tard pour plusieurs patients, à savoir les patients atteints de tumeurs cérébrales. La ministre prendra-t-elle une initiative pour accélérer le fonctionnement du Fonds spécial de solidarité, plus particulièrement lorsqu'il s'agit de patients atteints du cancer? Est-elle disposée à associer les patients à la prise de décision? Tiendra-t-elle compte du code? Quelle est sa position concernant la proposition visant à étendre la définition de la notion de "valeur thérapeutique" à celle de "qualité de vie"? Comment communiquera-t-elle ces informations aux mutualités? Quand le rapport du Centre d'expertise sera-t-il

Technology Group vraagt dat de CTG zijn definitie van het begrip "therapeutische waarde" zou verbreden tot "kwaliteit van leven". Dat is natuurlijk een belangrijk criterium voor het wel of niet in aanmerking komen voor een terugbetaling.

disponible?

Ik heb ook een vraag over uw nieuwe initiatieven voor een ruimere bekendmaking, inzonderheid bij de ziekenfondsen. Sommige ziekenfondsen, zo heb ik vernomen, zijn er niet zo happig op om hun patiënten aan te moedigen hun aanvraagdossier wel in te dienen.

Mijn laatste vraag gaat over het rapport van het Kenniscentrum. Wanneer verwacht u dat?

08.08 Laurette Onkelinx, ministre: Chère collègue, le contrat d'administration qui lie l'INAMI à l'État fédéral définit des délais maxima des différentes étapes empruntées par une demande au Fonds spécial de solidarité. Depuis que ce contrat est d'application, soit le 1^{er} juillet 2002, l'INAMI a systématiquement respecté les délais imposés.

Lorsque le collège des médecins directeurs doit demander un avis à une autre instance, le délai nécessité par cette demande d'avis suspend les autres délais de travail, mais les instances interrogées font, elles aussi, un maximum pour répondre dans les plus brefs délais.

Avant de prendre en compte l'impact budgétaire, la décision de rembourser un nouveau médicament ou une nouvelle indication d'un médicament déjà connu est basée sur de pures données scientifiques d'efficacité et de qualité du produit ce, aussi bien au niveau de la commission de remboursement des médicaments que du collège des médecins directeurs. L'assurance soins de santé obligatoire ne peut, en effet, pas se permettre de rembourser des médicaments dont l'efficacité n'est pas démontrée ou entraînant des effets secondaires inacceptables ce, dans l'intérêt même des patients.

Le collège des médecins directeurs, qui prend les décisions en ce qui concerne le Fonds spécial de solidarité, porte la plus grande importance à l'intérêt du patient qui introduit la demande. Il est toujours disposé à rencontrer les représentants des patients et des médecins, comme il l'a d'ailleurs déjà fait en ce qui concerne les enfants malades chroniques, pour lesquels un groupe de travail avait été constitué avec, entre autres, les représentants de patients et les médecins concernés.

Des médecins venant plaider une intervention du Fonds spécial de solidarité et donc défendre l'intérêt de leurs propres patients et des représentants de patients sont également reçus à l'INAMI en présence de la totalité du collège des médecins directeurs ou quelques représentants de celui-ci. Dernier exemple en date, une association de patients "werkgroepen hersentumoren VZW" et un médecin spécialiste ont été reçus par le docteur De Ridder, des représentants du collège des médecins directeurs de la commission de remboursement des médicaments et de ma cellule stratégique Santé publique.

Les décisions de la commission de remboursement des médicaments sont prises après évaluation des critères suivants: la valeur

08.08 Minister Laurette Onkelinx: In het contract tussen het RIZIV en de federale overheid worden de maximumtermijnen voor de diverse behandelingsfasen van een aanvraag bij het Bijzonder Solidariteitsfonds bepaald. Het RIZIV heeft die termijnen sinds 2002 systematisch nageleefd. Wanneer het College van geneesheren-directeurs een andere instantie om advies vraagt, heeft de termijn voor dat advies een opschortende werking ten aanzien van de overige termijnen, maar de ondervraagde instanties stellen alles in het werk om snel te antwoorden. Het College van geneesheren-directeurs, dat de beslissingen over het Bijzonder Solidariteitsfonds neemt, stelt het belang van de patiënt die de vraag stelt voorop. Het College is steeds bereid de vertegenwoordigers van de patiënten en de geneesheren te ontmoeten, zoals het dat trouwens reeds voor de chronisch zieke kinderen heeft gedaan. Het recentste voorbeeld is dat van de patiëntenvereniging Werkgroep Hersentumoren vzw' die samen met een geneesheer-specialist werd ontvangen door dr. De Ridder en door vertegenwoordigers van het College van geneesheren-directeurs van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen en van mijn beleidscel Volksgezondheid.

De beslissingen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen worden genomen nadat de volgende

thérapeutique, le prix de la spécialité et la base de remboursement proposée par le demandeur, l'intérêt de la spécialité dans la pratique médicale en fonction des besoins thérapeutiques et sociaux, l'incidence budgétaire pour l'assurance compte tenu des objectifs budgétaires et le rapport entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique.

En plus d'une évaluation de l'impact budgétaire, quatre autres critères sont pris en compte. Un de ces critères est la valeur thérapeutique. La valeur thérapeutique d'une spécialité est définie comme ceci: il s'agit de la somme de l'évaluation de toutes les propriétés pertinentes pour le traitement d'une spécialité pour laquelle sont pris en considération l'efficacité, l'utilité, les effets indésirables, l'applicabilité et le confort, caractéristiques qui, ensemble, sont déterminantes pour la place de la spécialité dans la thérapie par rapport à d'autres possibilités de traitement disponibles. Cette valeur thérapeutique se situe au niveau de la morbidité, de la mortalité ou de la qualité de vie.

La décision relative au remboursement ou non d'une spécialité résulte de la mise en balance des cinq critères que j'ai mentionnés, dont l'impact budgétaire fait partie mais dans laquelle d'autres éléments influencent évidemment le choix.

À titre d'information et en ce qui concerne le Fonds spécial de solidarité, seul l'article 25 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé prévoit que les interventions du Fonds doivent se faire dans les limites des moyens financiers qui lui sont attribués. Aucune condition ni aucun critère des articles 25bis, 25ter, 25quinquies, 25sexies de cette loi ne font allusion à un éventuel rapport coûts/bénéfices. Le collège des médecins directeurs tient toujours compte de l'intérêt du patient dans le cadre des décisions du Fonds spécial de solidarité.

L'enquête commandée au Centre fédéral d'expertise a, entre autres, pour but de définir si le Fonds spécial de solidarité est suffisamment connu, s'il y a lieu de viser un public particulier et lequel. J'attends cette étude. Dès que je recevrai les résultats qui sont attendus pour octobre 2009, j'envisagerai le suivi.

08.09 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor dit omstandig antwoord dat ik met plezier zal nalezen.

Mijn vraag was vooral bedoeld om het feit dat er een specifieke problematiek is inzake patiënten met hersentumoren en met tumoren, waar tijd belangrijk is, onder uw aandacht te brengen.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.21 uur.
La réunion publique de commission est levée à 12.21 heures.*

criteria werden beoordeeld: de therapeutische waarde, de prijs en de door de aanvrager voorgestelde terugbetalingsbasis, het belang ervan in de medische praktijk, de begrotingsimpact voor de verzekering en de verhouding tussen de kostprijs voor de verzekering en de therapeutische waarde.

De beslissing tot terugbetaling van een specialiteit stoelt op de vijf criteria die ik heb vermeld. De impact op de begroting is er daar één van, maar er zijn uiteraard nog andere factoren die de keuze beïnvloeden.

Wat het Bijzonder Solidariteitsfonds betreft, bepaalt de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 dat het Fonds tegemoetkomingen verleent binnen de perken van zijn financiële middelen. In de wet wordt er echter geen gewag gemaakt van een kosten-batenverhouding.

De door het Federaal Kenniscentrum bestelde studie heeft onder meer tot doel na te gaan of het Bijzonder Solidariteitsfonds voldoende bekend is, en of men zich op een bepaalde doelgroep moet richten en zo ja, welke. Ik wacht op de resultaten van die studie.

08.09 Yolande Avontroodt (Open Vld): Je désirais simplement attirer l'attention de la ministre sur le problème spécifique des personnes atteintes d'une tumeur au cerveau.