

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

31 oktober 2008

ALGEMENE BELEIDSNOTA (*)

van de Vice-eersteminister en Minister van
Sociale zaken en Volksgezondheid

DEEL VOLKSGEZONDHEID

INHOUD

1. Begroting 2009 van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging	4
2. Een zorgaanbod dat afgestemd is op de evolutie van de behoeften	16
3. Promotie van de huisartsengeneeskunde	16
4. E-health	17
5. Geneesmiddelenbeleid	19
6. Ziekenhuisbeleid	30
7. Meerjarenplan ter versterking van de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige	36
8. Verbetering van de dringende geneeskundige hulpverlening	39
9. Geestelijke gezondheidszorg	43
10. Ouderenzorg	46
11. Bestrijding van de verslavingen	47
12. Vergoeding van de medische risico's	48
13. Orgaandonatie en transplantaties	50
14. Nutritioneel beleid en eetstoornissen	52
15. Milieu en Gezondheid	55
16. Niet-conventionele praktijken	56
17. Plastische chirurgie en cosmetovigilance	57
18. Dierenwelzijn	58
19. Internationaal	60

Voorgaande documenten:

Doc 52 **1529/ (2008/2009):**
001 tot 004 : Beleidsnota's.

(*) Met toepassing van artikel 111 van het Reglement.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

31 octobre 2008

NOTE DE POLITIQUE GÉNÉRALE (*)

de la Vice-première Ministre et Ministre des
Affaires sociales et de la Santé publique

PARTIE SANTÉ PUBLIQUE

SOMMAIRE

1. Budget 2009 de l'assurance obligatoire soins de santé	4
2. Une offre de soins en adéquation avec l'évolution des besoins	16
3. Promotion de la médecine générale	16
4. E-health	17
5. Politique du médicament	19
6. Politique hospitalière	30
7. Plan pluriannuel visant à renforcer l'attractivité de la profession infirmière	36
8. Amélioration de l'aide médicale urgente	39
9. Santé mentale	43
10. Soins aux personnes âgées	46
11. Lutte contre les assuétudes	47
12. Indemnisation des aléas thérapeutiques	48
13. Dons d'organes et transplantations	50
14. Politique nutritionnelle et troubles alimentaires	52
15. Environnement et Santé	55
16. Pratiques non conventionnelles	56
17. Chirurgie esthétique et cosmétovigilance	57
18. Bien-être animal	58
19. International	60

Documents précédents:

Doc 52 **1529/ (2008/2009):**
001 à 004: Notes de politique générale.

(*) En application de l'article 111 du Règlement.

cdH	:	centre démocrate Humaniste		
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams		
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen		
FN	:	Front National		
LDD	:	Lijst Dedecker		
MR	:	Mouvement Réformateur		
N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie		
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten		
PS	:	Parti Socialiste		
sp.a+VI.Pro	:	Socialistische partij anders + VlaamsProgressieven		
VB	:	Vlaams Belang		
Afkortingen bij de nummering van de publicaties :			Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 52 0000/000 :	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer		DOC 52 0000/000 :	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden		QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)		CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV :	Beknopt Verslag (blauwe kaft)		CRABV :	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
CRIV :	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)		CRIV :	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)
PLEN :	Plenum		PLEN :	Séance plénière
COM :	Commissievergadering		COM :	Réunion de commission
MOT :	moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)		MOT :	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)
Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers			Publications officielles éditées par la Chambre des représentants	
Bestellingen :			Commandes :	
Natieplein 2			Place de la Nation 2	
1008 Brussel			1008 Bruxelles	
Tel. : 02/ 549 81 60			Tél. : 02/ 549 81 60	
Fax : 02/549 82 74			Fax : 02/549 82 74	
www.deKamer.be			www.laChambre.be	
e-mail : publicaties@deKamer.be			e-mail : publications@laChambre.be	

HET GEZONDHEIDSZORGBELEID

In de lente van dit jaar wees ik er het parlement duidelijk op dat mijn gezondheidszorgbeleid zou toegespitst zijn op de vijf volgende prioriteiten:

- De verbetering van de toegankelijkheid tot de zorg, met bijzondere aandacht voor de bescherming van de chronisch zieken, evenals het wegwerken van de ongelijkheden die in ons systeem nog altijd bestaan;
- Het uitvoeren van een eerste meerjarenplan voor de strijd tegen kanker, naar het voorbeeld van wat in de andere landen wordt georganiseerd;
- De voortzetting van de bevordering van de algemene geneeskunde;
- De operationele uitvoering van een beleid van administratieve vereenvoudiging door de concretisering van het project e-Healthplatform;
- Het behoud van de tariefzekerheid voor de patiënten.

Dit gezondheidszorgbeleid moet echter ook voldoen aan twee dwingende voorwaarden:

- Een perfecte beheersing van de evolutie van de uitgaven voor gezondheidszorg, waarbij de globale begrotingsdoelstelling en de groeinorm van 4,5% strikt gerespecteerd moeten worden
- Regelmatig spijzen van het Toekomstfonds voor de gezondheidszorg, zodat in de toekomst eenzelfde of eventueel een betere toegankelijkheid tot gezondheidszorg gewaarborgd wordt.

Ik heb u ook meegedeeld dat ik het initiatief zou nemen om een studie te lanceren betreffende de performantie van ons systeem van gezondheidszorg, en dit gebaseerd op meetbare doelstellingen, zowel inzake kwaliteit en efficiëntie als met betrekking tot de gegrondheid van de toegestane uitgaven.

De Federale Overheidsdiensten Volksgezondheid, Sociale Zaken, het RIZIV, het Federaal Kenniscentrum en het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid hebben hiertoe de opdracht gekregen om samen met de gefedereerde entiteiten een gemeenschappelijk instrument te onwikkelen voor de monitoring van de performantie van ons gezondheidssysteem.

Een eerste stand van zaken van de lopende werkzaamheden zal in december eerstkomend voorgesteld worden tijdens de interministeriële conferentie volksgezondheid.

Het budget 2009 voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging respecteert mijn prioriteiten alsook de budgettaire eisen die voorzien zijn in het

LA POLITIQUE DES SOINS DE SANTÉ

Au printemps dernier, j'indiquais clairement au Parlement que ma politique des soins de santé s'articulerait autour des cinq priorités suivantes:

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

Cette politique des soins de santé restant cependant guidée également par un double impératif:

- Une parfaite maîtrise de l'évolution des dépenses de soins de santé, dans le respect strict de l'objectif budgétaire global et de sa norme de croissance de 4,5%.
- Une alimentation régulière du fonds d'avenir pour les soins de santé, afin de garantir demain une même, et si possible meilleure encore, accessibilité de chacune et chacun à des soins de santé de qualité.

Je vous annonçais également mon souhait de lancer une étude concernant la performance de notre système de santé sur base d'objectifs mesurables, que ce soit en matière de qualité et d'efficacité, ou en ce qui concerne le bien-fondé des dépenses consenties.

Pour ce faire, les SPF Santé publique et Affaires sociales, l'INAMI, le Centre fédéral d'expertise et l'Institut scientifique de Santé publique ont été chargés de construire en collaboration avec les entités fédérées, un outil commun visant à monitorer la performance de notre système de santé.

Un premier état de lieux des travaux en cours sera présenté en conférence interministérielle santé publique en décembre prochain.

Le budget 2009 de l'assurance obligatoire soins de santé respecte tant mes priorités que les impératifs budgétaires que l'Accord de Gouvernement prévoit.

regeringsakkoord. Deze vaststelling wordt ondersteund door de volgende elementen:

- vandaag is er een globale strategie over meerdere jaren gespreid, met als doel de specifieke behoeften te dekken van personen die lijden aan een chronische aandoening;
- veel van de nieuwe initiatieven die, op voorstel van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, goedgekeurd werden door de Algemene Raad van het RIZIV, beogen de verdere verbetering van de toegankelijkheid tot de zorg;
- de uitvoering van het Kankerplan is goed gevorderd, dank zij een efficiënte samenwerking tussen mijn strategische cel, de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. De kwaliteit van het werk van deze twee administraties moet hier onderstreept worden;
- de lancering van Impulseo 2 en 3;
- een attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep;
- er worden afdoende middelen ter beschikking gesteld voor de onderhandelen van de overeenkomsten tussen geneesheren en ziekenfondsen, alsook de overeenkomsten tandartsen – ziekenfondsen; deze overeenkomsten zijn een waarborg voor tariefzekerheid voor de patiënten;
- de strijd tegen de ongerechtvaardigde verschillen inzake medische praktijken is effectief gestart met de introductie van het systeem van referentiebedragen in de ziekenhuizen;
- het voortzetten van de herfinanciering van de ziekenhuizen.

1. BEGROTING 2009 VAN DE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING

Krachtens artikel 40, § 1, van de RIZIV-wet, heeft de Algemene Raad de globale begrotingsdoelstelling 2009 vastgesteld op 23.084.470.000 euro, rekening houdende met de toepassing van de wettelijke groeinorm van 4,5%.

Binnen deze globale begrotingsdoelstelling, is voor nieuwe initiatieven een globaal bedrag uitgetrokken van 192 miljoen euro op jaarbasis.

Bovenop deze nieuwe initiatieven, zal door de uitvoering van het Kankerplan en het programma «prioriteit voor de chronisch zieken» (PPCZ) in 2009, 201 miljoen euro benut worden.

Om de nodige marges vrij te kunnen maken moesten er ook verschillende maatregelen genomen worden om de uitgaven te beheersen. Dank zij deze maatregelen

Pour ne citer que les principaux éléments à l'appui de ce constat:

- un cadre pluriannuel existe aujourd'hui pour une stratégie globale d'amélioration de la couverture des besoins spécifiques des personnes atteintes d'une affection chronique;
- nombre des initiatives nouvelles adoptées par le Conseil général de l'INAMI, sur proposition du Comité de l'Assurance obligatoire soins de santé, visent à renforcer encore l'accessibilité aux soins;
- la mise en œuvre du Plan Cancer est bien avancée, grâce à une collaboration efficace entre ma cellule stratégique, le Service des Soins de Santé de l'INAMI et le Service Public Fédéral Santé publique. La qualité du travail de ces deux administrations doit être ici soulignée;
- le lancement d'Impulséo 2 et 3;
- un plan d'attractivité de la profession d'infirmière;
- des moyens conséquents mis à disposition pour la négociation des accords médico- et dento-mutualistes, gages de sécurité tarifaire pour les patients;
- la mise en route effective de la lutte contre les différences injustifiées de pratiques médicales avec le système des montants de référence dans les hôpitaux;
- une poursuite du refinancement hospitalier.

1. BUDGET 2009 DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ

En application de l'article 40, § 1^{er}, de la loi INAMI, le Conseil général a fixé l'objectif budgétaire global 2009 à 23.084.470.000 euros, compte tenu de l'application de la norme de croissance légale de 4,5%.

A l'intérieur de cet objectif budgétaire global, le montant dégagé pour de nouvelles initiatives atteint un total de 192 millions d'euros en base annuelle.

En sus de ces initiatives nouvelles, la mise en œuvre du Plan Cancer et du Programme «Priorité aux Malades Chroniques» (PPCM) mobilisera, en 2009, 201 millions d'euros.

Pour dégager les marges nécessaires, il a également fallu adopter différentes mesures de maîtrise des dépenses, permettant une économie réelle de près de 140

wordt een besparing van bijna 140 miljoen euro mogelijk in 2009, waarvan 120 miljoen euro in de sector van de farmaceutische specialiteiten,

Naast het kankerplan en het programma voor de chronische zieken, maakt deze begroting voor 2009 het mogelijk om door te gaan met bestendige investeringen in de verschillende sectoren van de ziekteverzekering, en dit via een reeks nieuwe initiatieven die voorgesteld werden door het Verzekeringcomité. Deze initiatieven werden merendeels hernomen door de Algemene Raad bij het vastleggen van de begrotingsdoelstelling.

1.1. Nieuwe initiatieven:

In de sector van de *medische honoraria* zal een bedrag van 50,2 miljoen euro aangewend worden voor de financiering van nieuwe initiatieven voorgesteld door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen. Hiervan is een deel bestemd voor de herijking van de gespecialiseerde nomenclatuur, waarbij een bedrag van 35,7 miljoen euro wordt toegevoegd voor de financiering van de maatregelen van het «Kankerplan».

Deze maatregelen zullen uiteraard genomen worden in nauw overleg met de geneesheren en de verzekeringsinstellingen in de schoot van de Medicomut, waarin een nieuw tariefakkoord voor de twee komende jaren moet worden afgesloten.

Inzake *tandverzorging* zullen eveneens binnen een tariefakkoord van 2 jaar een reeks initiatieven genomen worden die een verderzetting zijn van het herfinancieringsbeleid dat sinds 2004 werd begonnen, met name

- Verhoging van de leeftijdsgrens voor het gratis jaarlijks mondonderzoek tot 58 jaar (in plaats van 57 jaar).
- Uitbreiding van de gratis tandverzorging tot 18 jaar (in plaats van 15 jaar).
- Een sensibiliseringscampagne voor tandverzorging bij de jongeren.
- Lancering van een proefproject met als doel de evaluatie van de behoeften inzake tandverzorging bij de patiënten die in een thuisvervangende instelling verblijven (ROB en RVT in het bijzonder). Dit proefproject wordt gedurende twee jaar gefinancierd.
- Voortzetten van de gefaseerde herinvoering van de terugbetaling van tandextractie zoals dat het geval was voor 1993: gratis tandextractie vanaf 58 jaar (in plaats van 59 jaar nu).
- Opname in de nomenclatuur van 4 prestaties voor wondhechting na extractie en dit voor dezelfde leeftijdsgroep als voor de extracties.
- Uitvoering van een eerste fase van terugbetaling voor parodontale chirurgie, onder bepaalde voorwaarden

millions d'euros en 2009, dont 120 pour le seul secteur des spécialités pharmaceutiques.

Outre le plan cancer et le programme en faveur des malades chroniques que je détaillerai plus loin, ce budget 2009, permet de poursuivre l'investissement constant dans les différents secteurs de l'assurance-maladie via une série de nouvelles initiatives proposées par le Comité de l'Assurance. Ces initiatives ont, pour la plupart, été reprises par le Conseil Général dans sa décision de fixation de l'objectif budgétaire.

1.1. Initiatives nouvelles:

Pour le secteur des *honoraires médicaux*, un montant de 50,2 millions d'euros sera affecté au financement de nouvelles initiatives proposées par la Commission Nationale Médico-Mutualiste, dont une partie destinée au rééquilibrage de la nomenclature spécialisée, auquel il faut ajouter un montant de 35,7 millions d'euros pour le financement des mesures «plan cancer».

Ces mesures seront, bien entendu, décidées en pleine concertation entre médecins et organismes assureurs au sein d'un nouvel accord tarifaire à conclure au sein de la médico-mut pour les deux années à venir.

En matière de *soins dentaires* et dans la continuité de la politique de refinancement entamée depuis 2004, une série d'initiatives seront conclues, au sein d'un accord tarifaire de 2 ans également:

- Extension de la limite d'âge de l'examen buccal annuel jusqu'à 58 ans (au lieu de 57 ans).
- Extension de la gratuité des soins dentaires jusqu'à 18 ans (au lieu de 15 ans).
- Campagne de sensibilisation à la santé buccale auprès des jeunes.
- Lancement d'un projet-pilote financé sur une période de deux ans, en vue d'évaluer les besoins en soins dentaires des patients en institution (MRPA-MRS en particulier).
- Poursuite de la réintroduction par phases dans le remboursement des extractions dentaires comme c'était le cas avant 1993: gratuité des extractions dentaires dès 58 ans (au lieu de 59 ans actuellement).
- Insertion dans la nomenclature de 4 prestations pour suture de plaie après extraction et ce, pour le même groupe d'âge que pour les extractions.
- Une première phase de remboursement de la chirurgie parodontale sous certaines conditions et pour des

en voor patiënten die beantwoorden aan welbepaalde criteria; hetzelfde geldt voor de tegemoetkoming voor tandsteenverwijdering, uitgebreid tot de subgingivale zone, en onder lokale verdoving.

– Invoering in de terugbetaalde prestaties van de plaatsing van twee implantaten in de onderkaak als verankering voor een kunstgebit. De doelgroep van deze tegemoetkoming zijn de patiënten tussen 50 en 60 jaar oud, die functionele problemen hebben nadat ze gedurende minstens een jaar een kunstgebit dragen dat niet verankerd is.

In de sector van de *geneesmiddelen* zal er, naast de besparingsmaatregelen die ik u gedetailleerd zal voorstellen in een bijzonder hoofdstuk, wordt een reeks maatregelen genomen ter bescherming van de de koopkracht van de patiënt. Het gaat over het niet indexeren van de plafonds voor het remgeld, en anderzijds om het verminderen van het remgeld voor de klassen ATC4 (statines, middelen tegen maagzweer, enz.).

Voor de sector van de *implantaten* zal men, gezien de belangrijke gereserveerde bedragen (waarvan de grootteorde 42 miljoen euro bedraagt) die reeds voorzien zijn in de technische ramingen 2009 voor de financiering van de lopende dossiers, in eerste instantie de indexmassa – 24,4 miljoen euro – gebruiken voor nieuwe initiatieven in 2009. We denken hier onder meer in het bijzonder aan het voortzetten van de verbetering van de terugbetaling van bepaalde categorieën implantaten. Hier moet aan toegevoegd worden dat de wetgeving net gewijzigd werd, om de implantaten op te nemen in de MAF-teller.

In de sector van de *verpleegkundige thuiszorg* en in overeenstemming met de prioriteiten die naar voor geschoven werden door de Overeenkomstencommissie, zullen de nieuwe initiatieven voornamelijk betrekking hebben op het voortzetten van de verbetering van de toegankelijkheid (vermindering van het remgeld dat ontvangen wordt voor de forfaits B en C), het creëren van nieuwe prestaties of het voortzetten van de herwaardering van de bestaande prestaties (vergoeding van complexe zorgen). Hiertoe is een enveloppe van 2,4 miljoen euro voorzien.

Meer algemeen zullen de eerste concrete stappen van het plan om de *aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep te versterken* in 2009 gezet worden.

– de financiering, via een salaristoelag, van de zogenaamde «oncomfortabele» prestaties, – hiermee worden verstrekkingen bedoeld die uitgevoerd worden tussen 20 en 22 uur en dit in alle betrokken sectoren (7 miljoen euro);

– en een betere financiering van de permanente opleiding in het ziekenhuis (1 miljoen).

patients répondant à des critères bien définis sera exécutée, de même que pour le détartrage étendu jusqu'à la zone subgingivale sous anesthésie locale.

– Introduction au sein des prestations remboursées du placement de deux implants dans la mâchoire inférieure comme ancrage d'une prothèse amovible. Le remboursement sera ciblé sur les patients entre 50 et 60 ans et connaissant des problèmes fonctionnels après au moins un an de port d'une prothèse dentaire sans ancrage.

Dans le *secteur des médicaments*, outre les mesures d'économies que je vous détaillerai dans un chapitre ad hoc, une série de mesures de protection du pouvoir d'achat du patient ont été prises. D'une part, la non indexation des plafonds des tickets modérateurs et, d'autre part, la réduction des tickets modérateurs pour les classes ATC 4 avec générique (statines, anti-ulcéreux etc.).

Pour le *secteur des implants*, vu les montants réservés importants, (de l'ordre de 42 millions d'euros) déjà prévus dans les estimations techniques 2009 pour le financement des dossiers en cours de concrétisation, il sera utilisé en première instance la masse d'index – soit 24,4 millions d'euros – pour de nouvelles initiatives en 2009. Nous pensons ici en particulier à la poursuite de l'amélioration du remboursement de certaines catégories d'implants. Ajoutons que la législation vient d'être modifiée pour inclure les implants dans le compteur MAF.

Dans le *secteur des soins infirmiers à domicile* et conformément aux priorités dégagées par la Commission de convention, les nouvelles initiatives concerneront principalement la poursuite de l'amélioration de l'accessibilité (poursuite de la diminution des tickets modérateurs perçus sur les forfaits B et C), la création de nouvelles prestations ou la poursuite de la revalorisation de prestations existantes (rémunération des soins complexes). Une enveloppe de 2,4 millions d'euros est prévue pour ce faire.

D'une manière plus générale, les premières concrétisations du plan *pour renforcer l'attractivité de la profession infirmière* seront réalisées en 2009:

– le financement, via un sursalaire, des prestations dites «inconfortables» c'est-à-dire comprises entre 20h et 22h et ce, dans tous les secteurs concernés (7 millions d'euros).

– un meilleur financement de la formation permanente à l'hôpital (1 million).

De beroepsorganisaties van de verpleegkundigen zullen bovendien vanaf nu gefinancierd worden ten laste van de administratiekosten van het RIZIV, zoals dat overigens ook het geval is voor de representatieve organisaties van de artsen, de kinesitherapeuten en de tandartsen.

In de sector van de *kinesithérapie* worden de grote sessies van 30 en 60 minuten bij de patiënten die lijden aan een hersenletsel, en de raadplegingen, geherwaardeerd. Om een betere toegang tot kinesitherapeutische zorgen te bevorderen, zal er bovendien een nieuwe stap gezet worden inzake de vermindering van het remgeld voor de sessies kinesithérapie: hiervoor is een budget van 7,5 miljoen voorzien.

De sectoren van de logopedisten, de bandagisten en de opticiens zullen in 2009 eveneens geherwaardeerd worden.

De herfinanciering van de *ziekenhuissector* blijft een van de voornaamste pijlers van de begroting gezondheidszorg voor 2009. Voor deze sector alleen wordt, volledig rechtmatig, bijna één derde van de budgettaire middelen die vrijgemaakt werden voor de nieuwe initiatieven, aangewend.

Naast de maatregelen die voorzien zijn in het kankerplan, bevat het budget 2009 van het RIZIV de volgende maatregelen:

- uitbreiding van de lijst van terugbetaalde prestaties uitgevoerd in daghospitalisatie;
- volledig ten laste nemen van de evolutie van de personeelskosten in verband met de baremieke anciënniteit binnen het budget van financiële middelen.

In de *psychiatrie* zijn middelen voorzien om meer bedden te openen voor de intensieve therapie-afdelingen voor geïnterneerde patiënten, voor de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven inzake beschut wonen, in het vooruitzicht van een zo snel mogelijke maatschappelijke reïntegratie. De middelen die nodig zijn voor de fase 2009 van het plan voor geïnterneerden zijn eveneens voorzien

Zo worden er in 2009 in totaal gecreëerd:

- 45 plaatsen in PVT voor geïnterneerden die als «*medium risk*» worden beschouwd;
- daarnaast 170 bedden in eenheden voor intensieve behandeling voor volwassenen, 190 plaatsen in MSO en 80 plaatsen in psychiatrische ziekenhuizen voor verschillende doelgroepen van volwassenen waaronder seksuele delinquenten,...

Par ailleurs, les organisations professionnelles infirmières seront désormais financées à charge des frais d'administration de l'INAMI, à l'instar des organisations représentatives des médecins, des kinés, des dentistes et des pharmaciens.

Dans le *secteur de la kinésithérapie*, les grandes séances de 30 minutes et de 60 minutes chez les patients atteints de lésions cérébrales et des séances de consultation seront revalorisées. De même, pour favoriser un meilleur accès aux soins de kinésithérapie, une nouvelle étape sera franchie dans la réduction du ticket modérateur pour les séances de kinésithérapie: un budget de 7,5 millions d'euros est prévu à cet effet.

Les secteurs de la logopédie, des bandagistes et des opticiens seront également revalorisés en 2009.

Le refinancement du *secteur hospitalier* reste un des principaux axes du budget des soins de santé 2009. A lui seul, ce secteur mobilise, de manière tout à fait légitime, près d'un tiers des moyens budgétaires dégagés pour de nouvelles initiatives.

Au-delà des mesures prévues dans le plan cancer, le budget 2009 de l'INAMI contient les mesures suivantes:

- extension de la liste des prestations remboursées dans l'hospitalisation de jour;
- prise en charge complète de l'évolution des coûts de personnel liée à l'ancienneté barémique au sein du budget des moyens financiers.

En *psychiatrie*, des moyens sont prévus en vue d'ouvrir plus de lits pour les unités de soins intensifs pour patients internés, les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitations protégées, dans l'optique d'une réintégration aussi rapide que possible dans la société. Les moyens nécessaires à la phase 2009 du plan internés sont également prévus.

Au total, seront ainsi créés en 2009:

- 45 places en MSP pour internés «*medium risk*»;
- Ainsi que 170 lits en unités de traitement intensif pour adultes, 190 places en MSP et 80 en HP pour différents groupes-cibles d'adultes entre autres délinquants sexuels,...

Voor de sector RVT-ROB en de centra voor dagverzorging moet men voorzichtig blijven om het hoofd te kunnen bieden aan de eventuele meerkost van de financiering van het derde luik van het sociaal akkoord. Er is in 2009 een bedrag voorzien van 24,5 miljoen euro voor het financieren van nieuwe initiatieven, met inbegrip van de eventuele meerkost van de loonharmonisatie van het verzorgend en logistiek personeel.

Dit op voorwaarde dat de overeenkomstencommissie nog voor eind 2008 een voorstel tot wijziging van de reglementering voorbereidt, waarin:

- Het huidige plafond van 24.822 VTE vervangen wordt door het aantal VTE gedurende de periode 2007-2008;
- Er een plafond vastgelegd wordt op het niveau van de instellingen dat gelijk is aan het aantal VTE die voor deze instelling gefinancierd zijn voor de periode 2007-2008;
- Bij overschrijding van het aantal VTE op macroniveau wordt een correctie toegepast vanaf de periode 2008-2009 uitsluitend voor de instellingen die op het niveau van de instelling hun plafond overschrijden.

Op deze wijze wenst de regering te bevestigen dat de kost voor de loonharmonisatie en andere sociale voordelen die voortvloeien uit de akkoorden van 2000 en 2005 voor de toekomst beperkt zal zijn tot het aantal VTE personeelsleden in overtal en tot het administratief en logistiek personeel in 2007-2008.

Indien later mocht blijken dat er meer personeel aanwezig is, zal de kost van de sociale akkoorden door de instellingen zelf ten laste genomen moeten worden. Men moet er bovendien aan herinneren dat in tussentijd de supplementaire en integrale loonkosten in het kader van de reconversie van de ROB en RVT ten laste genomen wordt door het budget van de gezondheidszorgen.

In het kader van de administratieve vereenvoudiging en zodat de instellingen niet meer in de onzekerheid zouden zijn en niet meer zouden hangen van voorschotten en eventuele heffingen, wordt aan de overeenkomstencommissie gevraagd om in een deel A3 van de forfaits (MB van 6 november 2003) de financiering van de loonharmonisering te integreren, met behoud van het plafond op basis van de periode 2007-2008 en dit vanaf 1 januari 2011. In het wetsontwerp gezondheidswet is in die zin een wettelijke basis voorzien.

In uitvoering van het regeringsakkoord zullen in 2009 middelen gebruikt worden voor het scheppen van 40 zogenaamde «sterke zorgafhankelijkheid» bedden in de erkende zorginstellingen en dit aan de hand van modaliteiten die nog moeten gedefinieerd in overleg,

Pour le secteur des MRS-MRPA et des centres de soins de jour, il importe de rester prudent pour parer au surcoût éventuel du financement du troisième volet de l'accord social. Un montant de 24,5 millions d'euros est prévu en 2009 pour financer de nouvelles initiatives en ce compris le surcoût éventuel de l'harmonisation salariale du personnel soignant et logistique.

La condition est que la commission des conventions prépare, encore pour la fin 2008, une proposition de modification de la réglementation dans laquelle:

- Le plafond actuel de 24.822 ETP est remplacé par le nombre d'ETP pendant la période 2007-2008;
- Un plafond est fixé au niveau des institutions qui est égal au nombre d'ETP financé pour cette institution pour la période 2007-2008;
- En cas de dépassement du nombre ETP au niveau macro, une correction est appliquée à partir de la période 2008-2009, uniquement pour les institutions qui dépassent au niveau de l'institution leur plafond.

De cette manière, le gouvernement veut confirmer que le coût de l'harmonisation salariale et d'autres avantages sociaux qui découlent des accords de 2000 et 2005 sera limité à l'avenir au nombre du personnel surnormé ETP et au personnel administratif et logistique en 2007-2008.

Si plus tard, il s'avérait qu'il y a plus de personnel présent, le coût des accords sociaux devra être pris à charge des institutions. Il faut en outre rappeler que dans l'intervalle le coût salarial supplémentaire et intégral du personnel, dans le cadre de la reconversion des MRPA en MRS, est pris en charge par le budget des soins de santé.

Dans le cadre de la simplification administrative et pour que les institutions ne soient plus dans l'incertitude et ne dépendent plus des avances et d'éventuels recouvrements, il est demandé à la commission des conventions d'intégrer dans une partie A3 des forfaits (AM du 6 novembre 2003) le financement de l'harmonisation salariale, avec maintien du plafond sur la base de la période 2007-2008, à partir du 1^{er} janvier 2011. Une base légale est ainsi prévue dans le projet de loi santé.

En exécution de l'accord de Gouvernement, des moyens seront consacrés, en 2009, à la création de 40 lits dits «de grande dépendance» dans des institutions de soins agréées selon des modalités restant à définir en concertation, avec notamment, ma collègue

onder meer met mijn collega, de staatssecretaris voor Personen met een handicap alsook in overleg met de gefedereerde entiteiten.

Inzake *revalidatie* is de financiering voorzien van een reeks nieuwe initiatieven, onder meer bij de uitbreiding van de capaciteit van de AIDS-referentiecentra, de oncologische revalidatie, het ten laste nemen van de patiënten die aan Alzheimer lijden of de autistische patiënten. Daarnaast is de tenlasteneming voorzien van de NCPAP-centra (opvang van de patiënten die lijden aan slaapapneu).

Tot slot zullen in het kader van de zorgverstrekking aan patiënten met diabetes meer overeenkomsten voorzien worden voor het gebruik van insulinepompen, voor de centra pediatrische diabetes en voor de voetklinieken. Er zal bovendien in het kader van de zorgtrajecten een bijkomend budget van 4 miljoen euro voorzien worden voor de educatie van de diabetespatiënten, en voor het materiaal voor zelftoezicht.

1.2. Kankerplan

Inzake de eerste van de drie krachtlijnen van het kankerplan, met name de krachtlijn over de preventie en de opsporing, zou alles met betrekking tot de verplichte verzekering gezondheidszorg in 2009 in werking moeten komen. Volgende maatregelen zullen, in nauwe coördinatie met Medicomut, uitgevoerd worden voor een bedrag van een dertigtal miljoen op jaarbasis:

- herwaardering van het consult genetisch advies;
- betere terugbetaling van bijkomende tests na een positieve mammotest;
- een volledig terugbetaling van de specifieke opvolging van vrouwen die een hoog risico op borstkanker hebben;
- instelling van een preventief consult voor gezondheidsrisico's (waaronder het risico van kanker).

Ook de terugbetaling tot de leeftijd van 18 jaar van het vaccin tegen baarmoederhalskanker is voorzien.

Inzake de tweede krachtlijn van het plan, die maatregelen herneemt inzake de zorg voor, de behandeling en de ondersteuning van patiënten, is de inwerkingstelling voor een twintigtal maatregelen van de 39 maatregelen die deze tweede krachtlijn telt, onder andere geregeld voor:

secrétaire d'État aux Personnes handicapées et les entités fédérées.

En matière de *revalidation*, le financement d'une série de nouvelles initiatives est prévu, notamment dans l'extension des capacités des centres de références SIDA, la revalidation oncologique, la prise en charge des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou encore d'autisme. Est en outre prévue, la prise en charge des centres en NCPAP (prise en charge des patients souffrants du syndrome d'apnée durant le sommeil).

Enfin, dans le cadre des soins aux patients diabétiques, il sera prévu davantage de conventions pour l'utilisation des pompes à insuline, pour des centres de diabète pédiatrique et pour les cliniques du pied. De plus, un budget supplémentaire de 4 millions d'euros sera prévu pour l'éducation au diabète et le matériel d'auto-surveillance dans le cadre des trajets de soins.

1.2. Plan Cancer

En ce qui concerne le premier des trois axes du plan cancer, celui de la prévention et du dépistage, tout ce qui concerne l'assurance obligatoire soins de santé devrait être mis en œuvre en 2009. Les mesures suivantes seront exécutées, en étroite coordination avec la Commission médico-mut pour une trentaine de millions sur base annuelle:

- revalorisation de la consultation de conseil génétique;
- meilleur remboursement des tests complémentaires après un mammotest positif;
- un suivi spécifique entièrement remboursé pour les femmes à haut risque de cancer du sein;
- création d'une consultation de prévention des risques de santé (parmi lesquels le risque de cancer).

Il est également prévu une extension à 18 ans du remboursement du vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

En ce qui concerne le second axe du plan, reprenant les mesures relatives aux soins, traitements et soutien aux patients, la mise en œuvre d'une vingtaine de mesures sur les 39 que compte ce second axe est prévue notamment pour:

- de uitvoering van de maatregelen in verband met de steun aan de patiënten en hun verwanten op het moment dat de diagnose van kanker wordt meegedeeld;
- de herwaardering van het multidisciplinair oncologisch consult voor een bedrag van 5,4 miljoen euro op jaarbasis.

Ook de terugbetaling van Avastin is verworven.

Tot slot werd een budget voorzien van 562.000 euro voor de financiering van de werkings- en personeelskosten van de centra voor palliatieve dagverzorging.

In de ziekenhuissector zullen volgende maatregelen uitgevoerd worden (49 miljoen euro op jaarbasis):

- verbetering van de omkadering van de diensten oncologie, zowel voor volwassenen als voor kinderen (260 VTE psychologen, 260 VTE verpleegkundigen en 130 VTE maatschappelijk werkers, evenals een versterking met 1 VTE verpleegkundige en 1 VTE paramedisch in elk van de 8 bestaande centra voor pediatrie oncologie);
- structurele financiering van de stamcel- en navelbloedstrengbanken;
- psychologische steun voor de kankerpatiënten;
- ontwikkeling van de oncogeriatric.

De derde krachtlijn van het kankerplan heeft betrekking op het onderzoek, de technologische innovatie en de evaluatie van het plan en heeft in 2009 betrekking op:

- steun aan het translationeel onderzoek (12,9 miljoen euro op jaarbasis);
- de invoering van een specifieke terugbetaling voor behandelingen met hadrontherapie in het buitenland (5,1 miljoen euro op jaarbasis);
- de structurele financiering van de tumorbanken (2,2 miljoen euro op jaarbasis);
- de instelling van het kankercentrum binnen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

1.3. Voorrang aan de chronisch zieken

Het programma «voorrang aan de chronische zieken», heeft de ambitie om een coherent en globaal kader te scheppen voor de aanwending van maatregelen die bedoeld zijn voor het dekken van de specifieke noden die thans onvoldoende gedekt zijn voor de chronisch zieken en dit op korte, middellange en lange termijn.

- l'exécution des mesures relatives au soutien aux patients et de leur proche au moment de l'annonce du diagnostic de cancer;
- la revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire. Ce qui représente un budget de 5,4 millions d'euros sur base annuelle.

Le remboursement de l'Avastin est également acquis.

Enfin, un budget de 562.000 euros a été prévu pour le financement des frais de fonctionnement et de personnel des centres de jour de soins palliatifs.

Dans le secteur hospitalier, les mesures suivantes seront exécutées (49 millions d'euros sur base annuelle):

- Amélioration de l'encadrement des services oncologiques, tant pour les adultes que les enfants (260 ETP psychologues, 260 ETP infirmières et 130 ETP assistants sociaux, ainsi qu'un renfort de 1 ETP infirmier et 1 ETP paramédical dans chacun des 8 centres d'oncologie pédiatrique existants);
- financement structurel des banques de cellules souches et de sang de cordon;
- soutien psychologique aux patients cancéreux;
- développement de l'oncogériatrie.

Le troisième axe du Plan Cancer concerne la recherche, l'innovation technologique: il s'agira en 2009, de:

- le soutien à la recherche translationnelle (12,9 millions d'euros sur base annuelle);
- l'introduction d'un remboursement spécifique pour les traitements d'hadronthérapie à l'étranger (5,1 millions d'euros sur base annuelle);
- le financement structurel des tumorothèques (2,2 millions d'euros sur base annuelle);
- la mise en place du centre du cancer au sein de l'Institut scientifique de Santé publique.

1.3. Priorité aux malades chroniques

Le programme «priorité aux malades chroniques» a pour ambition d'offrir un cadre cohérent et global à la mise en œuvre de mesures destinées à couvrir des besoins spécifiques insuffisamment couverts des malades chroniques pour le court, moyen et long terme.

De aanwending van de MAF «chronische zieken» (10 miljoen euro) zal de middelen verdubbelen die reeds voorzien zijn binnen de globale begrotingsdoelstelling 2008, door het verhogen van de bestaande prestaties en door nieuwe prestaties toe te voegen in de MAF-teller (zoals het stomamateriaal of bepaalde geneesmiddelen van categorie D).

Er zal bijzondere aandacht besteed worden aan de chronische zieken die lijden aan een aandoening die tot de geestelijke gezondheidszorg behoort. Zo zal er een vermindering zijn van de bijdrage van de patiënt in een PVT (6,4 miljoen euro op jaarbasis) en zullen de maatregelen die voorgesteld werden door het raadgevend comité «chronische zieken» gedeeltelijk worden uitgevoerd.

Een budgetvoorziening van 3 miljoen euro is in eerste instantie bedoeld voor de ondersteuning van de huisartsvroegtijdige ziekteketenen, maar zal ook de financiering mogelijk maken van de diagnostische stappen in samenwerking met de klinieken voor herstel van het geheugen en het zorgprogramma geriatrie. Tenslotte zal de terugbetaling van de gespecialiseerde diagnose de toegang tot de behandeling met geneesmiddelen verhogen, aangezien de terugbetaling van de geneesmiddelen tegen de ziekte van Alzheimer gekoppeld is aan een diagnose die bevestigd wordt door een geneesheerspecialist. Dit volledige bilan voor cognitieve stoornissen wordt op dit ogenblik niet terugbetaald buiten het kader van het geriatriesch dagziekenhuis.

Er zullen nieuwe tegemoetkomingen voorzien worden voor verstrekkingen voor de chronische zieken inzake kinesitherapie (5 miljoen euro), maar ook inzake de vervoerkosten in het kader van hun verzorging (1 miljoen euro), voor tele-monitoring (0,5 miljoen euro) en voor de opvang van chronische pijn (2 miljoen euro).

Inzake de zorgverstrekking in de instellingen, zullen nieuwe middelen aangewend worden voor de gespecialiseerde residentiële structuren voor patiënten die bijvoorbeeld aan de ziekte van Huntington of aan multiple sclerose lijden (3 miljoen euro is reeds voorzien voor 2009 en meer dan 5 miljoen euro zijn reeds gebudgetteerd voor 2008) en voor de respijtstructuren (1,5 miljoen euro is op jaarbasis voorzien voor het lanceren van 3 proefprojecten met elk een tiental plaatsen). Er wordt ook voorzien om de chronische zieken een betere bescherming te geven tegen supplementen bij een ziekenhuisopname.

La mise en œuvre du MAF «malades chroniques» (10 millions d'euros) doublera les moyens déjà prévus au sein de l'objectif budgétaire global 2008 en étendant des prestations existantes et en incluant de nouvelles prestations dans le compteur MAF (comme par exemple le matériel de stomie ou certains médicaments de la catégorie D).

Une attention particulière sera accordée aux malades chroniques atteints d'une affection relevant de la santé mentale. Ainsi, une réduction de la quote-part patient sera prévue en MSP (6,4 millions d'euros sur base annuelle) et les mesures proposées par le comité consultatif «malades chroniques» seront partiellement exécutées.

Un budget prévu de 3 millions d'euros permettra dans un premier temps de donner un soutien au médecin généraliste dans la détection par exemple des signes précoces mais permettra aussi de financer la démarche diagnostique en collaboration avec les cliniques de rééducation de la Mémoire et le programme de soins gériatrie. Et enfin, le remboursement du diagnostic spécialisé augmentera l'accessibilité au traitement médicamenteux puisque le remboursement des médicaments pour la maladie d'Alzheimer est conditionné par un diagnostic confirmé par un médecin spécialiste. Ce bilan complet des troubles cognitifs n'est aujourd'hui pas remboursé en dehors de l'hôpital gériatrique de jour.

De nouvelles couvertures de prestations de soins seront prévues pour les malades chroniques, en matière de kinésithérapie (5 millions d'euros) mais aussi concernant les frais de transport dans le cadre de leurs soins (1 millions d'euros), le télémonitoring (0,5 millions d'euros) et la prise en charge de la douleur chronique (2 millions d'euros).

En matière de soins en institutions, des moyens nouveaux seront mobilisés pour les structures résidentielles spécialisées, par exemple pour des patients souffrant de la maladie d'Huntington, ou de scléroses multiples (3 millions d'euros sont prévus en 2009 en plus des 5 millions d'euros déjà budgétés en 2008) ainsi que pour la création de structures de répit (1,5 millions d'euros sont prévus sur base annuelle pour lancer 3 expériences-pilotes d'une dizaine de places chacune). Il est aussi prévu d'accorder aux malades chroniques une meilleure protection contre les suppléments lors d'un séjour hospitalier.

Het raadgevend comité van de chronische zieken van het RIZIV zal haar opdrachten en samenstelling verruimd zien, zodat men beschikt over een echt observatorium van de chronische ziekten .

Naast de verplichte verzekering gezondheidszorgen, is eveneens voorzien in een versoepeling van de cumulregels tussen de invaliditeitstoelagen en het beroepsinkomen.

In het kader van het programma zullen nog andere maatregelen toegepast worden, onder meer inzake administratieve vereenvoudigingen voor de patiënten en de zorgverstrekkers (voornamelijk op het niveau van de hernieuwing van de getuigschriften) of inzake de erkenning van het statuut van «chronische zieke».

Le comité consultatif des malades chroniques de l'INAMI va voir ses missions et sa composition élargies, afin de disposer d'un véritable observatoire des maladies chroniques.

En dehors de l'assurance obligatoire soins de santé, un assouplissement des règles de cumul entre allocations d'invalidité et revenu professionnel est également prévu.

D'autres mesures vont être mises en œuvre dans le cadre du programme en matière notamment, de simplifications administratives pour les patients et les prestataires (essentiellement au niveau du renouvellement des attestations) ou de reconnaissance de l'état de «malade chronique».

1.4. Samenvattende tabel

1.4. Tableau récapitulatif

Secteurs – Sectoren	Plan cancer Kankerplan	Malades chroniques Chronisch zieken	Nouvelles initiatives Nieuwe initiatieven	Total Totaal
Médecins - Geneesheren	35.693.000		50.195.000	85.888.000
Dentistes - Tandartsen			10.665.000	10.665.000
Pharmaciens - Apothekers			300.000	300.000
Nutrition médicale – Medische voeding			29.000	29.000
Sang et dérivés sanguins – Bloed en bloedderivaten			610.000	610.000
Tissus cellules – Weefsels en cellen			216.000	216.000
Médicaments - Geneesmiddelen	44.196.000		14.136.000	58.332.000
Accoucheuses - Vroedvrouwen			60.000	60.000
Infirmières - Verpleegkundigen			4.641.000	4.641.000
Kinés - Kinesisten		5.000.000	14.068.000	19.068.000
Logopèdes - Logopedisten			1.844.000	1.844.000
Bandagistes - Bandagisten			1.388.000	1.388.000
Dialyse - Dialyse				0
Opticiens - Opticiens			2.000.000	2.000.000
Hôpitaux - Ziekenhuizen	56.568.000		45.009.000	101.577.000
Hôpitaux psy- Psy. Zh.			3.827.000	3.827.000
Hôpital militaire – Militair Hospitaal			42.000	42.000
Habitations protégées – Beschut wonen			1.381.000	1.381.000
MSP - PVT		6.400.000		6.400.000
MRPA/MRS – ROB/RVT	562.000		24.554.000	25.116.000
Rééducation - Revalidatie	300.000	1.500.000	12.577.000	14.377.000
Lits grandes dépendances – Bedden « sterke afhankelijkheid »			2.000.000	2.000.000
Pres. inconfortables autres secteurs – Oncomfortabele verstrekkingen andere sectoren			2.300.000	2.300.000
Malades chroniques – Chronisch zieken		11.600.000		11.600.000
Forfaits palliatifs – Palliatieve forfaits	1.450.000			1.450.000
Maf - MAF		15.000.000		15.000.000
Plan cancer - Kankerplan				0
Malades chroniques – Chronisch zieken				0
Autres mesures plan cancer – Anderen maatregelen kankerplan	22.894.000			22.894.000
Totaux - Totalen	161.663.000	39.500.000	191.842.000	393.005.000

1.5. Maatregelen ter beheersing van de uitgaven

Teneinde de nodige marges vrij te maken voor de ontwikkeling van deze nieuwe initiatieven, die de tegemoetkoming aan de prioritaire behoeften beogen, is het passend dat men belangrijke inspanningen levert inzake bepaalde uitgavenposten. Het gaat er niet om dat men beknipt op bestaande verstrekkingen, noch om de bijdrage van de patiënten te verhogen, maar wel om structurele maatregelen te nemen die een betere toewijzing van de bestaande middelen mogelijk maken.

Rekening houdend met de overschrijding die in 2008 in de sector van de farmaceutische specialiteiten geraamd wordt op 120 miljoen euro, zouden er structurele maatregelen moeten genomen worden om er voor te zorgen dat de uitgaventrend het evenwicht van het budget 2009 niet in gevaar brengt en om marges vrij te maken om de innovatie te kunnen financieren.

Deze maatregelen werden goedgekeurd door de Algemene Raad van 13 oktober 2009 (ze worden in het hoofdstuk geneesmiddelen van deze nota in detail besproken). Ze beogen voornamelijk het garanderen van een betere afstemming tussen de mogelijkheden die geboden worden door de markt van de goedkope geneesmiddelen en de generieken en het voorschrijfgedrag van de artsen, zonder daarom het principe van de therapeutische vrijheid in vraag te stellen.

Sedert 2001 werd het financieringssysteem voor de dialyse meerdere malen herzien, teneinde de ontwikkeling van de minder dure *extra muros*-dialyse te bevorderen. De audits die uitgevoerd werden door het RIZIV tonen aan dat de doorgevoerde hervormingen weliswaar het transfereren naar de extramurale faciliteiten heeft bevorderd, maar dat dit desondanks geen enkele kostenvermindering opleverde. Er wordt derhalve aan de sector gevraagd om concrete voorstellen te formuleren, zodat de incentives die aan de ziekenhuizen gestort worden een positief retour effect hebben voor de ziekteverzekering. In afwachting van deze voorstellen, wordt een bedrag van 2,5 miljoen euro afgenomen van de indexmassa van de forfaits voor chronische dialyse.

In haar rapport 2007 over de doelmatigheid en het rapport kosten-efficiëntie van de orthesen (spalken, gipsverbanden,...), heeft het KCE onderstreept dat de prijs die door de patiënt en de ziekteverzekering betaald moet worden veel hoger is in België dan in andere landen.

De Overeenkomstencommissie moet dus voorstellen formuleren inzake kostenvermindering en transparantie van de prijzen in de sector voor een besparing van 3 miljoen euro in 2009.

1.5. Mesures de maîtrise des dépenses

Afin de dégager les marges nécessaires au développement de ces nouvelles initiatives visant à rencontrer les besoins prioritaires, il convient de faire des efforts importants sur certains postes de dépenses. Il ne s'agit ni de rogner sur des prestations existantes, ni d'augmenter la contribution des patients, mais bien de mettre en œuvre des mesures structurelles permettant une meilleure allocation des moyens existants.

Compte tenu du dépassement enregistré en 2008 dans le secteur des spécialités pharmaceutiques, estimé à 120 millions d'euros, des mesures structurelles devaient être prises pour s'assurer que le trend des dépenses ne menace pas l'équilibre du budget 2009 et pour dégager les marges permettant de financer l'innovation.

Ces mesures ont été approuvées par le Conseil général du 13 octobre 2009 (et sont détaillées dans le chapitre médicaments dans la présente note). Elles visent essentiellement à assurer une meilleure adéquation entre les possibilités offertes par le marché des médicaments bon marché et génériques, et les comportements de prescription des médecins, sans pour autant remettre en question le principe de la liberté thérapeutique.

Depuis 2001, le système de financement de la dialyse a été revu à plusieurs reprises afin d'inciter au développement des dialyses extra muros, mais coûteuses. Les audits réalisés par l'INAMI montrent que, si les réformes ont effectivement favorisé le transfert vers l'*extra muros*, cette situation n'a entraîné aucune diminution des coûts. Il est dès lors demandé au secteur de formuler des propositions concrètes, afin que les incitants versés aux hôpitaux aient un effet-retour positif pour l'assurance-maladie. En attendant ces propositions, un montant de 2,5 millions d'euros est prélevé sur la masse d'index des forfaits de dialyse chronique.

Dans son rapport 2007 sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité des orthèses (attelles, plâtres,...), le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a mis en évidence que les prix à payer par le patient et par l'assurance-maladie sont plus élevés en Belgique que dans d'autres pays.

La commission de convention doit donc formuler des propositions en matière de réduction et de transparence des prix dans le secteur pour une économie de 3 millions en 2009.

Ook de sector van de implantaten zal moeten bijdragen. Vertrekkend van de, ruim geobjectiveerde, vaststelling van de prijzen die toegepast worden in België en in de andere Europese landen, wordt aan de sector een inspanning gevraagd. Deze inspanning betreft een globale vermindering van 7% van de prijs van de terugbetaalde implantaten. Bij gebrek aan voorgestelde maatregelen voor de maand juni, zal een taks van 7% op het zakencijfer van deze producten worden ingevoerd in 2009.

Tenslotte zal de effectieve toepassing van het nieuwe systeem van de referentiebedragen in de ziekenhuissector leiden tot een terugvordering in de grootte van 6,8 miljoen euro in 2009 (voor het jaar 2006). Deze ontvangsten zullen gestort worden in het toekomstfonds voor de gezondheidszorg. Het is de bedoeling om dit Toekomstfonds op een structurele en recurrente wijze van middelen te voorzien.

Gelijktijdig met de uitvoering van de begroting 2009 van de verplichte verzekering gezondheidszorg, moet men verder doorgaan met de inspanningen, en deze versterken, zodat structurele maatregelen kunnen genomen worden die op middellange en lange termijn, het budgettair evenwicht en de financiële houdbaarheid van ons systeem van gezondheidszorg zullen verzekeren.

Om deze opdracht tot een goed einde te brengen en in het vooruitzicht van de opmaak van de begroting 2010, zal een *ad hoc*-task force opgericht worden. Ze zal samengesteld zijn uit vertegenwoordigers van de Regering, de verzekeringsorganismen, de ziekenhuizen en de zorgverstrekkers en ze zal een eerste rapport moeten indienen voor februari-maart 2009.

1.6. Toekomstfonds voor de gezondheidszorg

Binnen de beschikbare marge voor nieuwe initiatieven, zal een bedrag van 222.475.000 euro in het Toekomstfonds voor de gezondheidszorg gestort worden. Dit bedrag zal bovendien verhoogd worden met:

1.6.1. De bedragen die niet uitgegeven werden wegens de data van inwerkingtreding voor bepaalde nieuwe initiatieven (die steeds voor een volledig jaar gebudgetteerd worden). Dit bedrag wordt thans geraamd op 77.377.000 euro;

1.6.2. De bedragen die teruggevorderd zullen worden bij de ziekenhuizen, als gevolg van de toepassing van het nieuwe systeem van de referentiebedragen, namelijk ongeveer 6.800.000 euro in 2009 (voor het jaar 2006).

Le secteur des implants sera également mis à contribution. A partir du constat, largement objectif, des différences entre les prix pratiqués en Belgique et dans les autres pays européens, un effort est demandé au secteur. Cet effort porte sur une diminution globale de 7% du prix des implants remboursés. A défaut de mesures proposées pour le mois de juin 2009, une taxe de 7% sur le chiffre d'affaires de ces produits sera instaurée en 2009.

Enfin, l'application effective du nouveau système des montants de références dans le secteur hospitalier conduira à une récupération de l'ordre de 6,8 millions d'euros en 2009 (pour l'année 2006). Ces recettes alimenteront le fonds pour l'avenir des soins de santé. Il entre dans les intentions de rendre cette alimentation structurelle et récurrente.

Parallèlement à l'exécution du budget 2009 de l'assurance obligatoire soins de santé, il me semble indispensable de poursuivre et d'amplifier les efforts afin d'identifier et prendre les mesures structurelles qui assureront, dans le moyen et long terme, l'équilibre budgétaire et la soutenabilité financière de notre système de soins de santé.

Pour mener à bien cette mission, et dans la perspective de la confection du budget 2010, une *task force ad hoc* sera créée. Elle se composera de représentants du Gouvernement, des organismes assureurs, des hôpitaux et des prestataires de soins et devra rendre un premier rapport pour février-mars 2009.

1.6. Fonds d'avenir pour les soins de santé

A l'intérieur de la marge disponible pour de nouvelles initiatives, un montant de 222.475.000 d'euros sera versé au Fonds d'Avenir pour les soins de santé. Ce montant sera en outre majoré:

1.6.1. des montants non dépensés en raison des dates d'entrée en vigueur prévues pour certaines des nouvelles initiatives (lesquelles sont toujours budgetées en année pleine). Ce montant est estimé à 77.377.000 d'euros;

1.6.2. des montants qui seront récupérés auprès des hôpitaux suite à l'application du nouveau système des montants de référence, soit 6.800.000 € environ en 2009 (pour l'année 2006).

In totaal zal er dus in 2009 een bedrag van 306.652.000 euro gestort worden in het Toekomstfonds voor de gezondheidszorg, hetzij een gelijkwaardig bedrag als dat voor 2008.

Deze middelen worden niet in mindering gebracht van de groeinorm. Ze maken er integraal deel van uit. We profiteren van de marges die de laatste jaren vrijgemaakt werden binnen deze norm om een deel apart te houden om het hoofd te kunnen bieden aan de recurrenente behoeften die nu reeds bestaan, maar die verder zullen toenemen, onder meer wegens de vergrijzing van de bevolking. In dit stadium zal er op deze manier meer dan 950 miljoen euro bespaard worden

2. EEN ZORGAANBOD DAT AFGESTEMD IS OP DE EVOLUTIE VAN DE BEHOEFTE

Het kadaster van de geneeskundige beroepen zal begin 2009 klaar zijn. De analyse van de gegevens van dit kadaster door de planningscommissie en de behoeften die objectief op het terrein werden vastgesteld, moeten het mogelijk maken om het systeem van de contingentering van de artsen en van de tandartsen te herzien. Een dergelijke herziening zal na overleg met de Gemeenschappen gebeuren.

Het examen dat georganiseerd wordt na de studies kinesitherapie, waarmee een RIZIV-nummer kan verkregen worden dat recht geeft op terugbetaling voor de verstrekkingen aan huis en in een privé-kabinet, zal moeten afgeschaft worden en, aan de hand van de analyses van de planningscommissie, moeten vervangen worden door een examen bij het aanvangen van de studies.

3. PROMOTIE VAN DE HUISARTSENGENEESKUNDE

3.1. Het Impulseo I Fonds, dat de huisartsen aanmoedigt om zich te vestigen in zones met een lage medische dichtheid en het Impulseo II Fonds, dat zorgt voor een administratieve ondersteuning voor de groepspraktijken, zullen geëvalueerd worden en zo nodig versterkt. Er zal een Impulseo III Fonds ingesteld worden om te zorgen voor een administratieve kracht voor de artsen die alleen werken.

3.2. Een nieuw statuut van loontrekkende dat aan de huisartsen in opleiding een minimumloon en recht op ziekte- en zwangerschapsverlof garandeert zal ingesteld worden in 2009.

3.3. De zorgtrajecten voor diabetici en personen die lijden aan nierinsufficiëntie zullen ingesteld worden en

Ainsi, au total, ce seront 306.652.000 d'euros qui seront versés au Fonds d'Avenir pour les soins de santé en 2009, soit un montant équivalent à celui de 2008.

Ces moyens ne sont pas déduits de la norme de croissance. Ils en font partie intégrante. Nous profitons des marges dégagées ces dernières années au sein de cette norme pour mettre une partie en réserve afin de faire face aux besoins récurrents déjà présents aujourd'hui, mais qui iront croissant en raison, notamment du vieillissement de la population. A ce stade, ce sont plus de 950 millions d'euros qui ont été ainsi épargnés.

2. UNE OFFRE DE SOINS EN ADÉQUATION AVEC L'ÉVOLUTION DES BESOINS

Le cadastre des professions médicales sera prêt début 2009. L'analyse des données de ce cadastre par la commission de planification, et les besoins constatés objectivement sur le terrain, doivent permettre de réviser le système de contingentement des médecins et des dentistes. Une telle révision se fera après concertation avec les Communautés.

Le concours organisé après les études de kinésithérapie, permettant d'obtenir un numéro d'INAMI donnant droit au remboursement des prestations à domicile et en cabinet privé, devra être supprimé et éventuellement remplacé, selon les analyses de la commission de planification, par un examen en début des études.

3. PROMOTION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

3.1. Le Fonds Impulseo I, incitant les généralistes à s'installer dans les zones à faible densité médicale, et le Fonds Impulseo II, assurant une aide administrative aux pratiques de groupe, seront évalués et si nécessaire renforcés. Un Fonds Impulseo III sera mis en place pour assurer une aide administrative aux pratiques solo.

3.2. Un nouveau statut garantissant aux généralistes en formation un salaire minimum et droit aux congés de maladie et de grossesse, sera mis en place en 2009.

3.3. Les trajets de soins pour diabétiques et insuffisants rénaux seront instaurés et évalués médicalement

medisch en financieel worden geëvalueerd. Na evaluatie zullen ze verbeterd worden en kunnen andere zorgtrajecten operationeel gemaakt worden.

3.4. Er zullen maatregelen genomen worden voor het verbeteren van de eerstelijnszorg en in het bijzonder voor de organisatie van de wachtdiensten. De hulp voor de vooruitgeschoven wachtdiensten zal versterkt worden en er zal een proefproject voor centrale dispatching worden opgestart en, indien de evaluatie positief is, veralgemeend worden in het hele land. Er zullen maatregelen ingesteld worden voor het vergemakkelijken van de regel van de derde betaler tijdens de wachtdiensten.

3.5. Er zal om de drie jaar een gratis preventieve raadpleging ingevoerd worden bij de huisartsen voor de patiënten die houder zijn van een globaal medisch dossier (zie kankerplan hierboven). Het kader en de inhoud van deze raadpleging zullen in overeenstemming zijn met de aanbevelingen van goede praktijkvoering. Deze doelstelling zal ingesteld worden door de commissie Medicomut in het kader van het toekomstige akkoord 2009-2010.

3.6. De rol van de huisartsenkringen zal versterkt worden in overleg met de verantwoordelijken op het terrein. De financiering van de kringen zal aangepast worden volgens de ten laste genomen taken.

3.7. Er zullen maatregelen inzake administratieve vereenvoudiging genomen worden voor de eerstelijnsartsen. Ze zullen onder andere betrekking hebben op vereenvoudigingen inzake het voorschrijven van geneesmiddelen voor het behandelen van chronische aandoeningen. De echelonnering zal opnieuw geëvalueerd en vereenvoudigd worden.

3.8. Ik zal aan mijn collega's van Justitie en Mobiliteit vragen om maatregelen te voorzien die tegemoetkomen aan de parkeerproblematiek van de huisarts op huisbezoek

4. E-HEALTH

De instelling van het e-Healthproject zal, in overleg met alle *stakeholders* van het terrein, deze administratieve vereenvoudiging versterken door aan de huisartsen een performant werktuig ter beschikking te stellen dat een katalysator zal vormen van informatie en communicatie.

De goedkeuring van de wet houdende de oprichting van het e-Healthplatform zou de effectieve opstart ervan moeten mogelijk maken in 2009. Dit jaar nog zal het organisme van openbaar nut opgericht worden dat dit

et financieel. Après évaluation, ils seront améliorés et d'autres trajets de soins pourraient être mis en place.

3.4. Des mesures seront prises pour améliorer la continuité des soins de la 1^{ère} ligne et en particulier l'organisation des gardes. L'aide aux postes de garde avancés sera renforcée et un projet pilote de dispatching central sera entamé et, si l'évaluation est positive, généralisé dans l'ensemble du pays. Des mesures facilitant le tiers payant au cours des gardes seront instaurées.

3.5. Une consultation préventive gratuite tous les 3 ans sera instaurée auprès des généralistes pour les patients détenteurs d'un dossier médical global (voir supra Plan Cancer). Le cadre et le contenu de cette consultation seront conformes aux recommandations de bonne pratique. Cet objectif sera mis en œuvre par la commission médico-mutualiste dans le cadre de l'accord 2009-2010 à venir.

3.6. Le rôle des cercles de généralistes sera renforcé en concertation avec les responsables sur le terrain. Le financement des cercles sera adapté selon les tâches prises en charge.

3.7. Des mesures de simplification administrative seront prises à l'égard des médecins de la 1^{ère} ligne. Elles concerneront entre autres des simplifications en matière de prescription médicamenteuse des traitements chroniques. L'échelonnement sera réévalué et simplifié.

3.8. Il sera demandé à mes collègues de la Justice et de la Mobilité de prévoir des mesures facilitant le stationnement des généralistes lors des visites à domicile.

4. E-HEALTH

La mise en place du projet e-Health, en concertation avec tous les acteurs de terrain, renforcera cette simplification administrative, en mettant à la disposition des généralistes un outil performant catalysant l'information et la communication.

Le vote de la loi portant création de la plate-forme e-Health devrait permettre sa mise en route effective en 2009. Cette année verra la création de l'organisme d'intérêt public gérant cette plate-forme. C'est une étape

platform zal beheren. Het is een cruciale etappe in de ontwikkeling van nieuwe technologieën in de gezondheidssector.

In overeenstemming met de geest van de wet, zal het *e-Health* platform zich zoveel mogelijk baseren op de bestaande initiatieven, zoals de regionale of lokale netwerken van zorgverstrekkers, verzorgingsinstellingen en ziekenfondsen.

Momenteel worden de basisdiensten van het *e-Health* platform reeds gebruikt, onder meer voor het voeden en raadplegen van het kankerregister of voor het door de bevoegde artsen raadplegen van de geanticipeerde verklaring voor euthanasie.

In de loop van 2009 en uiteraard onder voorbehoud van de validatie door de beheersinstanties ervan en door de betrokken actoren, zal het *e-Health* platform kunnen gebruikt worden in het kader van talrijke nieuwe toepassingen. Vertrekkend van bestaande regionale en lokale initiatieven zullen de individuele zorgverstrekkers en de ziekenhuizen in heel België mits akkoord van de patiënt toegang kunnen krijgen tot de relevante gegevens van die patiënt, die beschikbaar zijn bij andere zorgverstrekkers of ziekenhuizen en die nuttig zijn voor een kwalitatief hoogstaande therapie (resultaten van onderzoeken of vorige behandelingen, voorheen voorgeschreven geneesmiddelen,...).

De zorgvoorschriften, te beginnen met de voorschriften van geneesmiddelen, zullen in eerste instantie via elektronische weg kunnen worden opgesteld en afgeleverd in de ziekenhuizen, zodat het niet meer nodig zal zijn om papieren voorschriften te bewaren of terug te kopiëren.

De aanvragen voor terugbetaling van geneesmiddelen, prothesen of implantaten, waarvoor een akkoord van de ziekenfondsen noodzakelijk is, zullen via elektronisch weg kunnen ingediend worden, met behulp van vereenvoudigde processen. Het recht op terugbetaling zal eveneens via elektronische weg kunnen geraadpleegd worden voor de zorgverstrekkers voor wat hun eigen patiënten betreft.

Tot slot zullen er voor wat bepaalde klinische domeinen betreft (arthritis, heup- en knieprothesen, hartgerelateerde implantaten,...), in samenwerking met de betrokken specialisten, registers kunnen worden ontwikkeld, naar het voorbeeld van het kankerregister. Ze zullen beveiligd worden en ter beschikking gesteld in het kader van de ondersteuning van de multidisciplinaire en transmurale zorgverstrekking. Deze registers zullen het mogelijk maken na te gaan welke zorgen er verstrekt worden aan een welbepaalde patiënt.

cruciale dans le développement des nouvelles technologies dans le secteur de la santé.

Conformément à l'esprit de la loi, la plate-forme *e-Health* se basera, dans toute la mesure du possible, sur des initiatives existantes telles que des réseaux régionaux ou locaux de prestataires de soins, des établissements de soins et des mutualités.

A l'heure actuelle, les services de base de la plate-forme *eHealth* sont déjà utilisés, notamment pour l'alimentation et la consultation du registre du cancer ou pour la consultation par les médecins compétents de la déclaration anticipée d'euthanasie.

Dans le courant de l'année 2009, et sous réserve bien entendu de validation par ses instances de gestion et par les acteurs concernés, la plate-forme *eHealth* pourra être utilisée dans le cadre de nombreuses nouvelles applications. Partant d'initiatives régionales et locales existantes, les prestataires de soins individuels et les hôpitaux dans toute la Belgique pourront, moyennant l'accord du patient, avoir accès aux données pertinentes de celui-ci qui sont disponibles auprès d'autres prestataires de soins ou hôpitaux et qui sont utiles dans le cadre d'un traitement de qualité (résultats d'exams ou de traitements antérieurs, médicaments prescrits dans le passé, ...).

Les prescriptions de soins, en premier lieu les prescriptions de médicaments, pourront dans un premier temps être établies et délivrées par voie électronique dans les hôpitaux, de sorte qu'il ne sera plus nécessaire de conserver ou de recopier des prescriptions sur papier.

Les demandes de remboursement de médicaments, de prothèses ou d'implants, pour lesquelles un accord des mutualités doit être obtenu, pourront être introduites par voie électronique à l'aide de processus simplifiés. Le droit au remboursement pourra également être consulté par voie électronique par les prestataires de soins en ce qui concerne leurs propres patients.

Enfin, dans certains domaines cliniques (arthrite, prothèses de la hanche et des genoux, implants cardiaques,...) des registres pourront être développés, à l'instar du registre du cancer, en collaboration avec les spécialistes concernés, et seront mis à la disposition de manière sécurisée dans le cadre du soutien des soins multidisciplinaires et transmurales. Ces registres permettront de consulter les soins administrés à un patient déterminé.

5. GENEESMIDDELENBELEID

5.1. Toegang tot innoverende behandelingen voor iedereen.

De komst op de markt van oncologische geneesmiddelen die steeds performanter zijn en van zogenaamde «weesgeneesmiddelen», waarmee steeds meer zeldzame ziektes kunnen worden behandeld, is een opportuniteit waarvan elke patiënt die aan een dergelijke aandoening lijdt moet kunnen genieten. De onbetaalbare kosten voor dergelijke behandelingen vragen echter om een aangepast beheer.

5.1.1. Instellen van specifieke budgetruimte voor innovatieve behandelingen:

De groeinorm van de uitgaven voor de oncologische en «weesgeneesmiddelen» moet hoger liggen dan die van de geneesmiddelen voor klassieke acute en chronische behandelingen. De uitzonderlijk hoge prijs van deze innoverende geneesmiddelen mag echter geen nadeel berokkenen aan het budget voor de gezondheidszorgen. Daarom zal de groeimarge die hoger ligt dan die voor het geheel van de geneesmiddelen die toegekend werd voor deze behandelingen geplafonneerd worden via de techniek van het deelbudget, waardoor een terugbetaling mogelijk is aan het RIZIV van de eventuele overschrijding van de enveloppe of via een alternatief dat overlegd werd met de sector en dat dezelfde waarborgen biedt. Een deel van de 380 miljoen euro die toegekend werd voor het kankerplan werd eveneens bestemd voor het ten laste nemen van bepaalde bijzonder dure behandelingen (bijvoorbeeld Avastin).

Gezien de bekommernis om de structurele beheersing van de kosten en om de bestending van de toegang tot innoverende behandelingen, zal er in 2009 nagedacht worden over de klassen die het voorwerp van een deelbudget zijn, zodat men vanaf 2010 terugbetalingsmodaliteiten kan instellen die een controle van de kosten mogelijk maken.

5.1.2. Individuele verantwoordelijkheid van de firma's via individuele contracten voor de dure geneesmiddelen:

Er zal een nieuwe wettelijke basis uitgewerkt worden om individuele contracten mogelijk te maken tussen de firma die de specialiteit op de markt brengt en het RIZIV voor de specialiteiten waarvan de kosten-baten verhouding niet als dusdanig aanvaardbaar is.

5. POLITIQUE DU MÉDICAMENT

5.1. Accès aux traitements innovants pour tous

L'arrivée sur le marché ces dernières années de médicaments oncologiques de plus en plus performants et de médicaments dits «orphelins» traitant de plus en plus de maladies rares, est une opportunité dont chaque patient atteint de telles affections doit pouvoir profiter. Le coût prohibitif de tels traitements demande cependant une gestion adaptée.

5.1.1. Création d'un espace budgétaire spécifique pour les traitements innovants:

Le taux de croissance des dépenses pour les médicaments oncologiques et «orphelins» doit être supérieur à celui des médicaments pour des traitements aigus et chroniques classiques. Le coût prohibitif de ces médicaments innovants ne peut cependant pas porter préjudice au budget des soins de santé. C'est pourquoi la marge de croissance supérieure à l'ensemble des médicaments qui a été allouée à ces traitements sera plafonnée par la technique du budget partiel qui permet un remboursement à l'INAMI du dépassement éventuel de l'enveloppe, ou via une alternative concertée avec le secteur offrant les mêmes garanties. Une partie des 380 millions d'euros alloués au Plan cancer a également été affecté à la prise en charge de certains traitements particulièrement onéreux (Avastin, par exemple).

Dans un souci de maîtrise structurelle des coûts et de pérennité de l'accès aux traitements innovants, une réflexion sera menée en 2009 pour les classes faisant l'objet d'un budget partiel afin de mettre en place des modalités de remboursement permettant un contrôle des coûts dès 2010.

5.1.2. Responsabilisation individuelle des firmes par des contrats individuels sur les médicaments chers:

Une nouvelle base légale sera élaborée pour permettre des contrats individuels entre la firme qui commercialise la spécialité et l'INAMI pour les spécialités dont le rapport coût/bénéfice n'est pas acceptable tel quel.

5.1.3. Spaarzamer gebruik van de dure behandelingen:

Er bestaat een verkwisting van bepaalde zeer dure stoffen die niet kunnen bewaard worden voor later gebruik en waarvan de restfracties vaak gewoon weggegooid worden. Een spaarzamer gebruik van oncologische therapeutica en van weesgeneesmiddelen zal dus aangemoedigd worden, met respect voor de veiligheid van de patiënten en van het ziekenhuispersoneel, onder meer via een betere afstemming van de grootte van de verpakkingen. De tariefregels zullen eveneens aangepast worden om met deze realiteit rekening te houden.

Het is de bedoeling om in 2009 een besparing van 2,5 miljoen euro te realiseren.

5.2. Bestrijden van vermijdbare meerkosten

Naast de overwegingen inzake het globale volume van de voorgeschreven geneesmiddelen en de kostprijs van nieuwe en innoverende geneesmiddelen, bestaan er 2 types uitgaven voor geneesmiddelen die niet te rechtvaardigen zijn: enerzijds het voorschrijven van nutteloos dure geneesmiddelen en anderzijds het behouden van een relatief hoge prijs voor de oude geneesmiddelen.

• Aanmoedigen van het gebruik van minder dure geneesmiddelen:

5.2.1.1. De generieke geneesmiddelen en de originelen die in prijs zakten tot het niveau van die laatste, hernomen onder de benaming «goedkope geneesmiddelen» vertegenwoordigen een stijgend deel van hetgeen artsen voorschrijven. Van 25% in de helft van 2005 ging hun aandeel in het volume dat voorgeschreven werd door alle artsen naar meer dan 42% bij het begin van 2008.

Dit meer dan bemoedigend resultaat werd onder meer verkregen dank zij de wettelijke verplichting die de artsen sedert 2006 hebben om een bepaalde percentage «goedkope» geneesmiddelen voor te schrijven. Zo stelt artikel 73, § 2, van de wet voor geneeskundige verzorging dat de huisartsen 27% «goedkope» geneesmiddelen moeten voorschrijven, de gynaecologen 9%, de pediaters 14%, enz.

Het voorschrijfgedrag is echter nog zeer verschillend van de ene arts tot de andere.

Daarom zal aan elke arts gevraagd worden om voor het jaar 2009 voor een geïdentificeerde groep van geneesmiddelen (cholesterolverlagende, behandeling van hypertensie, antibiotica, ontstekingswerende middelen)

5.1.3. Utilisation plus économe des traitements chers:

Il existe un gaspillage de certaines substances très chères qui ne peuvent pas être conservées pour un usage ultérieur et dont les fractions restantes sont parfois tout simplement jetées. L'usage plus économe des traitements oncologiques et des médicaments orphelins sera donc encouragé dans le respect de la sécurité des patients et du personnel de l'hôpital, notamment par une meilleure adéquation de la taille des conditionnements. Les règles de tarifications seront également adaptées pour tenir compte de cette réalité.

L'objectif est de réaliser une économie de 2,5 millions d'euros en 2009.

5.2. Lutte contre les surcoûts évitables

En dehors des considérations sur le volume global de médicaments prescrits et du coût des nouveaux médicaments innovants, il existe 2 types de dépenses en terme de médicaments qui ne peuvent se justifier: d'une part, la prescription de médicaments inutilement onéreux et d'autre part le maintien d'un prix relativement élevé pour les anciens médicaments.

• Encouragement de l'utilisation de médicaments moins chers:

5.2.1.1. Les médicaments génériques et originaux qui ont baissé leur prix au niveau de ces derniers, repris sous l'appellation «médicaments moins chers» représentent une part croissante de la prescription des médecins. De 25% mi-2005, leur part dans le volume prescrit par l'ensemble des médecins est passée à plus de 42% début 2008.

Ce résultat plus qu'encourageant a été obtenu notamment grâce à l'obligation légale qu'ont les médecins depuis 2006 de prescrire un certain pourcentage de médicaments «moins chers». Ainsi l'article 73, § 2, de la loi sur l'assurance-maladie indique que les généralistes sont tenus de prescrire 27% de médicaments «moins chers», les gynécologues 9%, les pédiatres 14%, etc...

Cependant, le comportement de prescription varie encore fortement d'un médecin à l'autre.

C'est pourquoi, il sera demandé à chaque médecin de prescrire pour l'année 2009, pour un groupe de classes de médicaments (anticholestérol, hypertenseurs, antibiotiques, anti-inflammatoires et traitement de

minimum het niveau voor te schrijven dat bereikt wordt door de helft van alle voorschrijvende artsen.

Het wettelijke percentage per specialisatie voor 2009 zal eveneens verhoogd worden, teneinde het behoud te waarborgen van het voorschrijfniveau van de «goedkope», dat in 2008 behaald werd voor de andere klassen van geneesmiddelen.

De nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen blijft echter alle vrijheid behouden om een wijziging voor te stellen van de bedoelde klassen, van de drempels voor de controle en van de gevraagde percentages, teneinde rekening te houden met de realiteit op het terrein.

Deze maatregel zou het moeten mogelijk maken om de uitgaven voor geneesmiddelen in 2009 te verminderen met 42,5 miljoen euro.

5.2.1.2. Rationeler gebruik in het ziekenhuis:

De aanpassing van de enveloppe van het forfait voor de opgenomen patiënten aan het reële gebruik van de «goedkope» geneesmiddelen en aan een optimalisatie van dit gebruik, zal het mogelijk maken het gebruik van minder dure alternatieve geneesmiddelen (wanneer ze beschikbaar zijn) aanmoedigen.

De forfaitarisering van bepaalde behandelingen in dagziekenhuis waarmee in 2009 van start zal gegaan worden zal eveneens dit effect hebben.

Deze maatregel zal het mogelijk maken om in 2009 een besparing van 5 miljoen euro te realiseren.

5.2.2. Verlaging van de kostprijs van de oude geneesmiddelen

De «oude» geneesmiddelen zien bij het aflopen van de periode waarbij ze beschermd werden door een patent, hetgeen de afschrijving van het onderzoek toeliet, hun prijs drastisch zakken. De analyse van het systeem van de referentietrugbetaling, dat sedert 2001 ingesteld is, toont echter aan dat er geen enkele vrijwillige daling gebeurt zonder reglementaire aansporing. Daarom zullen de dalingen van de prijs en van de terugbetalingsbasis in 2009 benadrukt worden.

Op 1 mei 2009 zal een prijsdaling met gemiddeld 1,95% toegepast worden op prijzen van alle terugbetaalde farmaceutische specialiteiten. Elk farmaceutisch bedrijf zal echter het recht hebben om de aan haar gevraagde daling te moduleren naar eigen keuze op de geneesmiddelen van haar geneesmiddelenportefeuille en kan dus bepaalde geneesmiddelen sterker in prijs doen dalen, onder meer die welke niet meer

l'ostéoporose) identifiés, au minimum le niveau atteint par la moitié de l'ensemble des médecins prescripteurs.

Le pourcentage légal par spécialisation pour 2009 sera également relevé afin de garantir le maintien du niveau de prescription de «moins cher» atteint en 2008 sur les autres classes de médicaments.

La commission nationale médico-mutualiste aura cependant entière liberté pour proposer une modification des classes visées, des seuils pour le contrôle et des taux demandés afin de tenir compte de la réalité du terrain.

Cette mesure devrait permettre de réduire les dépenses de médicaments de 42,5 millions d'euros en 2009.

5.2.1.2. Usage plus rationnel en hôpital:

L'adaptation de l'enveloppe du forfait pour les patients hospitalisés à l'usage réel des médicaments «moins chers» et à une optimisation de cet usage permettra d'encourager le recours aux alternatives moins onéreuses lorsqu'elles existent.

La forfaitarisation de certains traitements en hôpital de jour qui sera entamée en 2009 aura également cet effet.

Cette mesure permettra de réaliser une économie de 5 millions d'euros en 2009.

5.2.2. Baisse de coût des anciens médicaments:

Les «anciens» médicaments voient, à la fin de la période de protection par un brevet qui a permis l'amortissement de la recherche, leur prix baisser de manière drastique. L'analyse du système du remboursement de référence en place depuis 2001 montre cependant qu'aucune baisse volontaire n'a lieu sans incitant réglementaire. C'est la raison pour laquelle les baisses de prix et de base de remboursement seront accentuées en 2009.

Le 1^{er} mai 2009, une baisse de prix de 1,95% en moyenne sera appliquée sur le prix de toutes les spécialités pharmaceutiques remboursées. Chaque firme pharmaceutique aura cependant le droit de moduler la baisse qui lest demandée sur les médicaments de son choix au sein de son portefeuille de médicaments et donc de diminuer plus fortement certains médicaments, notamment ceux qui sont hors brevet, qu'ils soient soumis

gepatenteerd zijn, ongeacht of ze al dan niet in concurrentie zijn met generieken of kopieën. Er zal echter een dalingsdrempel toegepast worden op oorspronkelijke specialiteiten van de referentierugbetaling, gelet op hun indirecte impact op de generische specialiteiten en kopieën waarvan ze de referentie zijn.

Anderzijds zal de referentierugbetaling vanaf 2009 progressief zijn. De terugbetalingsbasis zal inderdaad verminderd worden met 30% bij de intrede in de referentierugbetaling en met bijkomend 2,5% na 2 jaar. Deze bijkomende daling zal voor het eerst toegepast worden op 1 mei 2009 voor alle specialiteiten die sedert minstens 2 jaar in de referentierugbetaling staan.

Ook het ritme van de referentierugbetaling zal verhoogd worden: de basisdalingen van de terugbetaling van de originelen als gevolg van de komst van hun eerste generiek zal vanaf nu 4 maal per jaar mogelijk zijn.

Deze maatregelen volgen op het overleg dat gevoerd werd met de hele farmaceutische sector over de mogelijke alternatieven voor de door het conclaaf besloten maatregelen.

De prijsdalingen en de terugbetalingsbasis van 1 mei 2009, evenals de driemaandelijke toepassing van de referentierugbetaling zullen in 2009 een besparing opleveren van 70 miljoen euro, zoals gevraagd door het begrotingsconclaaf.

5.2.3. Afleveren van de goedkope geneesmiddelen door de apotheker:

In meerdere landen heeft de apotheker een hoofdrol bij de besparingsmaatregelen, als de verstrekker die het merk of de afgeleverde specialiteit kiest. In België is de rol van de apotheker vandaag beperkt tot het afleveren van de specialiteit die het best is voor de patiënt, wanneer de arts een voorschrift op stofnaam deed, ook wel een VOS-voorschrift genoemd. Dit betekent natuurlijk ook dat de kost ten laste van de patiënt is, maar dit element is vaak onvoldoende voor de aflevering van echt minder dure geneesmiddelen.

Daarom zal in 2009 een proefproject ingesteld worden, teneinde een systeem van individuele financiële stimulans te ontwikkelen voor de apotheker, in functie van de specialiteiten die hij afleverde in het kader van de VOS-voorschriften die hij behandelde. Indien deze maatregel een succes is, zou ze één van de pijlers van het geneesmiddelenbeleid in de komende jaren kunnen zijn.

ou non à la concurrence de génériques ou de copies. Un plancher de baisse sera toutefois appliqué aux spécialités originales du remboursement de référence étant donné leur impact indirect sur les spécialités génériques et copies dont ils sont la référence.

D'autre part, à partir de 2009 le remboursement de référence sera progressif. La base de remboursement sera en effet diminuée de 30% lors de l'entrée dans le remboursement de référence et de 2,5% supplémentaires après 2 ans. Cette baisse additionnelle sera appliquée pour la 1^{ère} fois le 1^{er} mai 2009 à toutes les spécialités qui sont dans le remboursement de référence depuis au moins 2 ans.

Le rythme du remboursement de référence sera également augmenté: les baisses de base de remboursement des originaux suite à l'arrivée de leur premier générique seront dorénavant possibles 4 fois par an.

Ces mesures font suite à la concertation menée avec l'ensemble du secteur pharmaceutique sur des possibles alternatives aux mesures décidées par le conclave.

Les baisses de prix et de base de remboursement du 1^{er} mai 2009 ainsi que l'application trimestrielle du remboursement de référence généreront, comme demandé par le conclave budgétaire, une économie de 70 millions d'euros en 2009.

5.2.3. Délivrance des médicaments les moins chers par le pharmacien:

Dans plusieurs pays, le pharmacien joue un rôle prépondérant dans les mesures d'économie en tant qu'acteur qui choisit la marque ou la spécialité délivrée. En Belgique, le rôle joué par le pharmacien est limité aujourd'hui à la délivrance, lorsque le médecin a fait une prescription sous le nom de la molécule, encore appelée prescription «en DCI», de la spécialité au choix dans le meilleur intérêt du patient. Ceci inclut bien évidemment le coût à charge du patient mais cet élément est souvent insuffisant pour entraîner la délivrance des médicaments vraiment moins chers.

C'est pourquoi, un projet pilote sera mis en place en 2009 afin de développer un système d'incitant financier individuel du pharmacien en fonction des spécialités qu'il a délivrées dans le cadre des prescriptions en DCI qu'il a traitées. Cette mesure pourra, si elle est un succès, constituer un des piliers de la politique des médicaments moins chers dans les prochaines années.

5.3. Een aanpassing van de terugbetaling aan de recente wetenschappelijke gegevens

5.3.1. Wetenschappelijke herzieningen per groep:

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) is uiteraard aandachtig voor de economische impact van het toelaten tot de terugbetaling en voert systematisch een kosten/efficiëntie analyse uit.

De huidige performante werking van de CTG, met de oprichting van specifieke ad hoc subgroepen van specialisten die regelmatig de meest recente gegevens van de *evidence based medicine* (EBM) analyseren en de nieuwe klinische studies laten toe om de terugbetalingsvoorwaarden beter te laten overeenstemmen met de stand van zaken van de wetenschappelijke kennis. In 2009 zullen behandelingen zoals die met EPO, de behandelingen tegen de ziekte van Alzheimer, enz., herzien worden en indien nodig zullen er herzieningen per groep gebeuren, teneinde indien nodig terugbetalingsvoorwaarden voor deze geneesmiddelen te wijzigen, hetzij in de zin van een uitbreiding, hetzij in de zin van een beperking.

5.3.2. Analyse van de psychomedicatie:

De sterke groei van het verbruik van antidepressiva, vooral de laatste jaren, en het regelmatig voorschrijven van één enkele verpakking aan dezelfde patiënt, doet de vraag rijzen over de geschiktheid van het antwoord dat men op dat probleem geeft. Er werd aan twee onafhankelijke experts een studie gevraagd die ertoe strekt de problematiek beter te begrijpen, onder meer voor de categorieën begunstigen zoals personen die in een rusthuis verblijven, of kinderen, en over de factoren die bepalend zijn voor het voorschrijven van psychofarmaca. Deze studie zal voor de helft van het jaar afgerond zijn.

5.4. Beschermen en informeren van de patiënt

5.4.1. Rekening houden met de voedingskosten voor baby's die allergisch zijn voor de koemelkeiwitten en voor de kinderen met nierinsufficiëntie en galactose-intolerantie.

De prevalentie voor koemelkallergie bedraagt 2 tot 5% van de geboorten, hetgeen per jaar 2.400 tot 6.000 kinderen in België betekent. De behandeling van deze patiënten berust op het vermijden van koemelkeiwitten gedurende minimum 6 maanden en soms langer. De meeste koemelkallergieën verdwijnen na de leeftijd van 36 maanden. Het forfait kan toegekend worden op basis van de gestelde diagnose en het voorschrijven door een pediatr van een formule met extensief gehydrolyseerde

5.3. Un ajustement du remboursement aux données scientifiques récentes

5.3.1. Révisions scientifiques par groupe:

La Commission de remboursement des médicaments (CRM) est extrêmement attentive à l'impact économique des admissions au remboursement et effectue systématiquement une analyse coût/efficacité.

Le fonctionnement performant de la CRM aujourd'hui avec la création de sous-groupes de travail spécifiques ad hoc composés de spécialistes qui analysent régulièrement les données les plus récentes de l'*evidence based medicine* (EBM) et les nouvelles études cliniques permettent de mieux faire correspondre les conditions de remboursement à l'état des connaissances scientifiques. En 2009 des traitements comme les EPO, les traitements de la maladie d'Alzheimer, etc. seront revus et des révisions par groupe menées si nécessaire afin de modifier les conditions de remboursement de ces médicaments, que ce soit dans le sens d'une extension ou d'une limitation.

5.3.2. Analyse de la psychomédication:

La forte croissance de la consommation des antidépresseurs, ces dernières années, en particulier, la prescription régulière d'un seul conditionnement à un même patient, pose la question de l'adéquation de la réponse au problème. Une étude visant une meilleure compréhension de la problématique, notamment pour des catégories de bénéficiaires comme les personnes résidant en maison de repos ou les enfants, et des causes du recours à la psychomédication a été demandée à deux experts indépendants. Elle sera finalisée avant la mi-année.

5.4. Protection et information du patient

5.4.1. Prise en compte des coûts d'alimentation pour les bébés allergiques aux protéines de lait de vache et les enfants avec une insuffisance rénale et une galactosémie.

La prévalence de l'allergie au lait de vache est de 2 à 5% des naissances, ce qui représente 2.400 à 6.000 enfants/an en Belgique. Le traitement de ces patients repose sur l'éviction de toute protéine de lait de vache pendant 6 mois minimum et parfois plus. La majorité des allergies au lait disparaît après l'âge de 36 mois. Le forfait est attribuable sur base de diagnostic posé et la prescription par un pédiatre d'une formule contenant une hydrolyse extensive des protéines. La prise en

eiwitten. De tenlasteneming van een deel van de kosten voor de voeding van een kind dat komelkallergisch is zal het mogelijk maken om het aantal allergie-aanvallen bij deze kinderen te verminderen en op termijn het aantal aan deze aandoening te wijten ziektegevallen te verminderen.

Galactose-intolerantie is een congenitale metabolische aandoening in verband met het metabolisme van lactose, waardoor lactose opgestapeld wordt in het organisme. Dit is toxisch voor de hersenontwikkeling en het evolueert naar een onomkeerbare mentale retardatie. De prevalentie is niet goed gekend in België. Een dieet zonder lactose en zonder galactose maakte het mogelijk om de uitkomst op lange termijn voor deze patiënten te verbeteren en wordt levenslang voorgeschreven. Het ten laste nemen van de voeding past in het revalidatieproces van de metabolische centra.

5.4.2. Farmaceutische raadgevingen:

De publicatie eind 2008 van de goede officina-praktijken, die op een concrete manier de taken omschrijven die de apotheker moet uitvoeren wanneer hij «farmaceutische zorg» aan de patiënt verstrekt, zullen een beslissende etappe zijn voor het in 2010 aanpassen van de rol van de apotheker en van de eraan verbonden vergoeding. Ter voorbereiding van de nieuwe vergoeding, zullen hypothesen betreffende de marge die alle apothekers ontvingen in 2009 en voorspellingen voor 2010 begin 2009 worden gevalideerd, zodat de uitvoeringsbesluiten vroeg genoeg kunnen genomen worden, om de technische aanpassingen mogelijk te maken die er het gevolg van zullen zijn en voor een effectieve inwerkingtreding van het nieuwe systeem op 1 januari 2010.

5.4.3. Registratie van niet-terugbetaalde geneesmiddelen:

In 2009 zullen de apothekers deelnemen aan een betere bescherming van de patiënt, zowel in financiële termen als in termen van volksgezondheid, door de registratie et in de informatiestroom van Farmanet van de niet-terugbetaalbare voorgeschreven geneesmiddelen. Deze registratie zal van essentieel belang zijn, met name voor de chronische zieken en voor de patiënten die een belangrijke hoeveelheid geneesmiddelen nemen en voor wie de preventie van ongevallen te wijten aan interacties tussen de genomen geneesmiddelen gerealiseerd wordt door een kennisneming van de apotheker van het geheel van geneesmiddelen dat werd voorgeschreven voor een individuele patiënt.

charge d'une partie du coût de l'alimentation de l'enfant allergique aux protéines de lait de vache permettra de mieux faire régresser les manifestations d'allergie chez ces enfants et à terme de diminuer la morbidité lié à cette affection.

La galactosémie est une affection métabolique congénitale intervenant dans le métabolisme du lactose, ce qui cause l'accumulation de galactose dans l'organisme. Celle-ci est toxique pour le développement cérébral et l'évolution se fait vers une arriération mentale irréversible. La prévalence de l'affection est mal connue en Belgique. Un régime alimentaire sans lactose et sans galactose a permis d'améliorer le devenir à long terme de ces patients et est prescrit à vie. La prise en charge nutritionnelle s'inscrit dans le processus de revalidation des centres métaboliques.

5.4.2. Conseils pharmaceutiques:

La publication fin 2008 des bonnes pratiques officielles qui décrivent de manière concrète les tâches qui incombent au pharmacien lorsqu'il procure des «soins pharmaceutiques» au patient seront une étape décisive pour l'adaptation en 2010 du rôle du pharmacien et de la rémunération qui y est liée. En préparation de la nouvelle rémunération, des hypothèses concernant la marge perçue par l'ensemble des pharmaciens en 2009 et des projections pour 2010 seront validées début 2009 afin de permettre la prise des arrêtés d'exécution suffisamment tôt pour permettre les adaptations techniques qui en découleront et une entrée en vigueur effective du nouveau système le 1^{er} janvier 2010.

5.4.3. Enregistrement des non-remboursés:

En 2009, les pharmaciens participeront à une meilleure protection du patient, tant en terme financier qu'en terme de santé publique par l'enregistrement dans le flux d'information Pharmanet de médicaments prescrits non-remboursables. Cet enregistrement aura un intérêt essentiel notamment pour les malades chroniques et pour les patients qui prennent un nombre important de médicaments et pour lesquels la prévention des accidents liés aux interactions entre les médicaments pris passe par une connaissance par le pharmacien de l'ensemble de la médication du patient.

5.4.4. Beschermingsmaatregelen inzake prijzen

In de huidige context van vermindering van de koopkracht, werd besloten om het remgeld voor de farmaceutische specialiteiten in 2009 niet te indexeren en om een formele prijsblokkering in te voeren van de terugbetaalde geneesmiddelen. Deze dubbele maatregel garandeert dus dat in 2009 geen enkele patiënt een verhoging zal zien van het deel dat hij zelf voor een terugbetaald geneesmiddel betaalt. De blokkering van de prijzen van de niet-terugbetaalde geneesmiddelen zou een essentiële bijkomende maatregel zijn om het behoud van de koopkracht te garanderen. Op 1 juli zal een maatregel ter vermindering van het hoogste remgeld – dat aan het plafond zit – effectief zijn voor de geneesmiddelen in de klassen waar er een generiek alternatief bestaat. Deze maatregel beoogt het harmoniseren van het deel dat de patiënt betaalt, ongeacht de therapeutische keuze van de arts, en om te vermijden dat de doelstellingen voor de arts om meer goedkope geneesmiddelen voor te schrijven, uiteindelijk tot een meerkost voor de patiënt zou leiden.

Aan deze maatregel ten voordele van de patiënten zal 7,380 miljoen euro worden besteed.

5.5. Beveiligde verdeling van geneesmiddelen

De strijd tegen de farmaceutische criminaliteit, en meer bepaald tegen namaakgeneesmiddelen en -gezondheidsproducten, en andere vervalsingen die schade kunnen toebrengen aan de menselijke en veterinaire gezondheid dient verder gevoerd te worden. Hiervoor worden er initiatieven genomen om binnen de Raad van Europa een conventie af te sluiten teneinde zulke praktijken streng te kunnen beteugelen.

Een van de acties is het onder controle houden van de verkoop van geneesmiddelen per internet. Vandaar dat er binnenkort een koninklijk besluit zal gepubliceerd worden waarin duidelijke voorwaarden zullen gesteld worden. Deze verkoop per internet is enkel mogelijk voor geneesmiddelen die vrij te verkrijgen zijn bij de apothekers en die toegelaten zijn in België. De aflevering dient te gebeuren door de apotheker in de apotheek of onder verzegelde vorm.

In deze context blijft de exclusieve verkoop van geneesmiddelen zonder voorschrift of «OTC» (*over the counter*) geneesmiddelen in de apotheek de beste waarborg voor de kwaliteit van de geneesmiddelen, maar eveneens voor de kwaliteit van de informatie die met het geneesmiddel verstrekt wordt.

5.4.4. Mesures de protection au niveau des prix

Dans le contexte actuel de baisse du pouvoir d'achat, il a été décidé de ne pas indexer les plafonds des tickets modérateurs des spécialités pharmaceutiques en 2009 allégeant ainsi la charge du patient de 6,779 millions d'euros, et d'instaurer formellement un blocage des prix des médicaments remboursés. Cette double mesure garantit donc qu'aucun patient ne verra la part payée sur un médicament remboursé augmenter en 2009. Le blocage des prix des médicaments non-remboursés serait une mesure complémentaire essentielle afin de garantir le maintien du pouvoir d'achat. Le 1^{er} juillet, une mesure de réduction des tickets modérateurs les plus élevés – ceux qui sont au niveau du plafond – sera effective pour les médicaments dans les classes où existe une alternative générique. Cette mesure vise à harmoniser la part payée par le patient indépendamment du choix thérapeutique fait pas le médecin et à éviter que les objectifs donnés au médecin de prescrire plus de médicaments bon marché ne représente finalement un surcoût pour le patient.

7,380 millions d'euros sont consacrés à cette mesure en faveur des patients.

5.5. Une distribution de médicaments sécurisée

La lutte contre la criminalité pharmaceutique, et plus spécifiquement contre la contrefaçon de médicaments et des produits de santé, et autres falsifications qui peuvent porter préjudice à la santé humaine et vétérinaire doit être poursuivie. Des initiatives sont prises à ce sujet pour conclure au Conseil de l'Europe une convention pour que ces pratiques puissent être réprimées sévèrement.

Une des actions est la mise sous contrôle de la vente de médicaments par internet. D'ici peu, un arrêté royal sera ainsi publié où des conditions claires seront posées. Cette vente par internet n'est possible que pour des médicaments qui sont en vente libre chez les pharmaciens et qui sont autorisés en Belgique. La livraison doit se faire par le pharmacien dans la pharmacie ou sous pli cacheté.

Dans ce contexte, la vente exclusive des médicaments sans prescription ou médicaments «OTC» (*over the counter*) dans une pharmacie reste la meilleure garantie de la qualité des médicaments, mais aussi de la qualité de l'information délivrée avec le médicament.

5.6. Vestiging van de apotheken

Het huidige moratorium inzake de opening van een nieuwe apotheek loopt af op 8 december 2009. Het verlengen van dit moratorium zal gepaard gaan met een analyse van de reglementering betreffende de apotheken, teneinde de best mogelijke verdeling te garanderen op het grondgebied en onder meer de toegankelijkheid in de landelijke zones. Het kadaster van de apotheken waarover het Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten beschikt zal benut worden om een beleid van optimale toegankelijkheid voor de apotheken in te voeren. De opvolging van de jurisprudentie alsook van de Europese regelgeving zou een impact op deze nieuwe regels kunnen hebben.

5.7. Wetenschappelijke informatie steeds meer onafhankelijk

Er zullen uitvoeringsbesluiten genomen worden teneinde te verplichten dat op de documenten die verdeeld of getoond worden door de artsenbezoekers van de farmaceutische bedrijven wanneer ze artsen bezoeken, er een aantal inlichtingen staan over de relatieve prijs van het geneesmiddel en, op basis van onafhankelijke informatiebronnen, over de therapeutische positionering van het geneesmiddel en over de bestaande therapeutische alternatieven.

Een betere zelfregulering van de sector inzake objectieve informatieverstrekking zal worden aangemoedigd.

Bovendien zal de belangrijke versterking van de middelen toegekend aan de onafhankelijke artsenbezoekers van Farmaka het mogelijk maken om praktisch dubbel zoveel artsen te bereiken. Ook al slaat België een bleek figuur in vergelijking vergeleken met de buurlanden, toch kan een gedurende enkele jaren volgehouden inspanning snel tot twee bezoeken per jaar en per huisarts leiden. Deze onafhankelijke bezoekers, die als opdracht hebben een rationeel en kwalitatief verantwoord gebruik van geneesmiddelen te bevorderen, door middel van het individuele onderhoud tusmet voorschrijvende arts, zijn de beste garantie opdat de artsen op een manier die compatibel is met hun werklast toegang kunnen hebben tot objectieve en onafhankelijke informatie die voor hen relevant is.

In 2009 zullen informatiecampagnes gevoerd worden voor zowel de voorschrijvers als de patiënten over het doelmatig gebruik van antibiotica en over de gelijke kwaliteit van de generieke geneesmiddelen. Beide boodschappen moeten ondersteund worden door een objectieve wetenschappelijke motivering vanwege de overheden.

5.6. Implantation des pharmacies

Le moratoire actuel sur l'ouverture d'une nouvelle pharmacie prend fin le 8 décembre 2009. La reconduction de ce moratoire sera accompagnée d'une analyse de la réglementation en matière d'implantation de pharmacies afin de garantir la meilleure répartition possible sur le territoire et notamment un accès dans les zones rurales. Le cadastre des pharmacies dont dispose l'Agence des Médicaments et des produits de santé sera mis à profit pour établir une politique d'accès optimal aux pharmacies. Le suivi de la jurisprudence, voir de la réglementation européenne, pourra avoir un impact sur les nouvelles règles.

5.7. Information scientifique de plus en plus indépendante

Les arrêtés d'exécution seront pris afin d'imposer que figurent sur les documents distribués ou montrés par les délégués médicaux des firmes pharmaceutiques lorsqu'ils ou elles visitent les médecins, un certain nombre d'informations sur le prix relatif au médicament, et sur les sources d'information indépendantes, concernant le positionnement thérapeutique du médicament et sur les alternatives thérapeutiques existantes.

Une meilleure autorégulation du secteur en matière d'information objective sera encouragée.

Par ailleurs, le renforcement important des moyens accordés aux visiteurs indépendants de Farmaka permettra de toucher pratiquement le double de médecins. Même si la Belgique fait encore pâle figure par rapport à ces voisins, un effort soutenu quelques années peut nous amener rapidement à une à deux visites par an et par médecin généraliste. Ces visiteurs indépendants dont l'objectif est de promouvoir un usage rationnel et de bonne qualité par la technique de l'entretien individuel entre le médecin visiteur et le médecin prescripteur sont la meilleure garantie que les médecins accèdent d'une manière compatible avec leur charge de travail à l'information objective et indépendante pertinente pour eux.

En 2009, des campagnes d'information à l'attention tant des prescripteurs que des patients seront menées sur la consommation prudente des antibiotiques et sur la qualité équivalente des médicaments génériques. Ces deux messages ont en effet besoin d'être soutenus par un message scientifique objectif des autorités.

5.8. Een rechtvaardige bijdrage van de farmaceutische industrie

Op voorstel van de regering besloot de Algemene Raad van het RIZIV om besparingsmaatregelen voor een bedrag van 120 miljoen euro te nemen. Deze correctie maakt het mogelijk om terug te keren naar een neutrale situatie, na de overschrijding die voor 2008 op 120 miljoen euro wordt geraamd.

De 120 miljoen besparingen in 2009 zijn verdeeld over de verschillende maatregelen die hierna meer in detail worden uitgelegd:

5.8.1. Optrekken van het percentage «goedkope» voorschriften door de artsen: 42,5 miljoen euro;

5.8.2. Vermindering van de enveloppe voor de geforfaitariseerde geneesmiddelen in het ziekenhuis: 5 miljoen euro;

5.8.3 Progressiviteit en versnelling van de referentietrugbetaling: 20 miljoen euro;

5.8.4. Prijsverlaging van alle geneesmiddelen met 1,95%, moduleerbaar door de firma: 50 miljoen euro;

5.8.5. Aanpassing van de verpakkingen en/of de tarifiering (oncologie en weesgeneesmiddelen): 2,5 miljoen euro;

De taks op het zakencijfer van de terugbetaalde farmaceutische specialiteiten zal behouden blijven op het niveau van 2008.

Naast deze maatregelen wordt de aanvullende veiligheid die geboden wordt door de «buffer», die elke overschrijding van het budget tot een maximum van 100 miljoen euro zal dekken, hernieuwd worden. Deze modaliteiten zullen echter aangepast worden, teneinde het mogelijk te maken deze bijdrage van 100 miljoen pas effectief op te vragen wanneer de technische ramingen in september 2009 op een overschrijding van de budgettaire doelstelling van de sector wijzen.

5.9. Instelling van een medisch-farmaceutisch beleid (CRA, farmaceutisch formulier, verdeling van de geneesmiddelen,...) in rusthuizen en verzorgingshuizen

Als gevolg van het rapport van het Kenniscentrum (KCE) over het verbruik van geneesmiddelen in de Belgische rusthuizen, zullen er impulsen gegeven worden aan een nieuw medisch-farmaceutisch beleid, teneinde over te gaan van een beleid gericht op de verpakking

5.8. Une contribution juste de l'industrie pharmaceutique

Des mesures d'économie à hauteur de 120 millions d'euros ont été décidées par le Conseil général de l'INAMI sur proposition du Gouvernement. Cette correction permet de revenir à une situation neutre après le dépassement estimé à 120 millions d'euros en 2008.

Les 120 millions d'euros d'économie en 2009 se répartissent sur les différentes mesures expliquées plus en détail ci-dessus comme suit:

5.8.1. Relèvement des pourcentages de prescriptions de «moins chers» par les médecins: 42.5 millions d'euros;

5.8.2. Diminution de l'enveloppe des médicaments forfaitarisés à l'hôpital: 5 millions d'euros;

5.8.3. Progressivité et accélération du remboursement de référence: 20 millions d'euros;

5.8.4. Baisse de prix de tous les médicaments de 1,95% modulable par la firme: 50 millions d'euros;

5.8.5. Adaptation des conditionnements et/ou de la tarification (oncologie et orphelins): 2,5 millions d'euros;

La taxe sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursées sera maintenue à son niveau 2008.

Outre ces mesures, la sécurité additionnelle offerte par le tampon ou «buffer» qui couvrira tout dépassement du budget jusqu'à un maximum de 100 millions d'euros est renouvelée. Ces modalités seront néanmoins adaptées afin de permettre de ne lever effectivement cette contribution de 100 millions d'euros que si les estimations techniques de septembre 2009 annoncent un dépassement de l'objectif budgétaire du secteur.

5.9. Mise en place d'une politique médico-pharmaceutique (CRA, le formulaire pharmaceutique, la distribution des médicaments,...) en maisons de repos et en maisons de soins

Suite au rapport du Centre d'expertise (KCE) sur la consommation des médicaments dans les maisons de repos belges, des impulsions seront données à une nouvelle politique médico-pharmaceutique afin de passer d'une politique axée sur le conditionnement à une

naar een beleid van rationeel geneesmiddelengebruik gericht op de bewoners. Het is inderdaad belangrijk dat de bewoners het juiste geneesmiddel krijgen, in de juiste dosis, op de juiste manier en op het juiste moment... In deze optiek zullen er in 2009 6 proefprojecten worden gelanceerd. Ze zullen drie doelstellingen nastreven.

De eerste doelstelling is de verbetering van de kwaliteit van de verschillende etappes van het medicatieproces: van het voorschrijven tot het uiteindelijk verdelen van het geneesmiddel aan de bewoner. Het gebruik van de diverse verdeelmethodes bij de proefprojecten zal erkend worden als de voornaamste hefboom, onder meer bij de toepassing van een digitaal medicatieplan en het gebruik van het formulier voor de geneesmiddelen. De nodige wettelijke aanpassingen zullen in samenwerking met het FAGG geanalyseerd en voorbereid worden.

Er bestaat ook een belangrijke interactie tussen het medicatieproces en het zorgproces van de instelling. De tweede doelstelling betreft dus de rol van de geneesheer, van de Geneesheer Coördinator en Adviseur (CRA), van de apotheker en van de verpleegkundige, die duidelijker moet omschreven worden. De versterking van de rol van de Geneesheer Coördinator en Adviseur in het geneesmiddelenbeleid moet passen in het ruimere debat over de opdrachten van de Geneesheer Coördinator en Adviseur in de rust- en verzorgingstehuizen. Er zal binnen de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen in overleg met de overeenkomstencommissie rusthuizen en verzorgingstehuizen en met de overeenkomstencommissie apothekers een initiatief worden genomen. De rol van de apotheker moet verder gaan dat alleen maar het afleveren van de geneesmiddelen «aan de deur» van het rusthuis. Hij is een essentiële geneesmiddelenexpert voor het team van verzorgers in de instelling en een ondersteuning voor de coördinerende geneesheer, onder meer op het vlak van het toezicht op de geneesmiddelen, de evaluatie van de kwaliteit van de farmaceutische zorg en van het toezicht op het formulier van de geneesmiddelen. Deze proefprojecten hebben een bijkomend belang, omdat ze vorm geven aan het begrip «farmaceutische zorgen» en het begrip «referentieapotheker». Tot slot moet ook de rol van de hoofdverpleegkundige herbekeken en geherwaardeerd worden. Dit aspect zal hernomen worden in het plan voor de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige.

Het medicatiebeleid is een belangrijk onderdeel van het globale zorgbeleid van de instelling. De manier om de dagelijkse verzorging van de ouderen aan te passen aan hun individuele behoeften aan zorg en begeleiding, veeleer dan aan de organisatie van de instelling, heeft een invloed op het gebruik van geneesmiddelen in die instelling. Ook dit aspect zal aan bod komen in de projecten.

politique de consommation rationnelle des médicaments axée sur les résidents. Il est en effet important que les résidents reçoivent le bon médicament, bien dosé, de la bonne manière et au bon moment. Dans cette optique, en 2009, 6 projets pilotes seront lancés. Ils viseront 3 objectifs.

Le premier objectif est l'amélioration de la qualité des différentes étapes du processus de médication, de la prescription à la distribution finale du médicament au pensionnaire. L'utilisation de divers systèmes de distribution de médicaments dans des projets pilotes sera reconnue comme le principal levier dans, notamment, l'application d'un plan de médication digital et dans l'utilisation du formulaire pour les médicaments. Les adaptations légales nécessaires seront analysées et préparées en collaboration avec l'AFMPS.

Il existe une interaction importante entre le processus de médication et le processus des soins de l'institution. Le deuxième objectif concerne donc le rôle du médecin, du Médecin Coordinateur et Conseiller (MCC), du pharmacien et de l'infirmier qui doivent être décrits de manière plus claire. Le renforcement du rôle du Médecin Coordinateur et Conseiller dans la politique de médication doit s'inscrire dans le débat plus large sur les missions du Médecin Coordinateur et Conseiller dans les maisons de repos et de soins. Une initiative sera prise au sein de la Commission nationale medico-mutualiste, en concertation avec la commission de conventions maisons de repos et maisons de repos et de soins, ainsi qu'avec la commission de conventions des pharmaciens. Le rôle du pharmacien doit aller au-delà de la livraison de médicaments «devant la porte» de la maison de repos. Il est un expert en médicaments essentiel pour l'équipe des soignants de l'institution et un soutien au Médecin Coordinateur sur le plan, notamment, de la surveillance des médicaments, de l'évaluation de la qualité des soins pharmaceutiques, et du formulaire des médicaments. Les projets pilotes sont donc également intéressants parce qu'ils façonnent la notion des soins pharmaceutiques et du «pharmacien de référence». Enfin, le rôle d'infirmier en chef doit aussi être réécrit et doit être revalorisé. Cet aspect sera repris dans le plan d'attractivité pour les infirmiers.

La politique de médication est une sous-partie importante de la politique globale des soins dans l'institution. La façon d'adapter les soins quotidiens des personnes âgées à leurs besoins individuels de soins et d'accompagnement, plutôt qu'à l'organisation de l'institution, a une influence sur la consommation des médicaments dans l'institution. Cet aspect sera également repris dans les projets.

De derde doelstelling zal betrekking hebben op de eventuele besparingen, zowel voor de bewoner als voor de ziekteverzekering en over het verhogen van de levenskwaliteit van de bewoner. Men zal moeten onderzoeken in welke mate een betere organisatie van het medicatieproces, gekoppeld aan het op maat afleveren en het factureren van unitaire dosissen en/of multidosissen tot een vermindering zal leiden van het overschot in de medicatie, tot minder voorraadbeheer, tot een vermindering van het aantal ziekenhuisopnames als gevolg van fouten, tot het verminderen van het onder- of oververbruik van geneesmiddelen en inzake polyfarmacie. Dit experiment zal bovendien nuttig zijn in het kader van de thuisverzorging voor de ouderen die nog thuis wonen en aan wie men een op maat aangepaste verdeling van geneesmiddelen moet aanbieden.

5.10. Een performant Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten

Na de benoeming eind 2008 van 3 nieuwe directeurs, elke verantwoordelijk voor de eigen afdeling, namelijk pre-registratie, post-registratie en inspectie, zal het Agentschap voor geneesmiddelen zich in zijn nieuwe structuur kunnen ontwikkelen. Men zal allereerst de nog niet afgehandelde dossiers moeten behandelen, zoals de backlogdossiers en daarna waken over het respect van de wettelijke vastgelegde registratietermijnen.

Het FAGG besloot om een pro-actief vigilantiebeleid te ontwikkelen om er, binnen enkele jaren, een van de excellentiedomeinen van het FAGG van te maken. De proactieve vigilantie kan gedefinieerd worden als het geheel van acties bedoeld om incidenten en ongewenste effecten te vermijden bij het gebruik van geneesmiddelen voor humaan en diergeneeskundig gebruik en van gezondheidsproducten (medische hulpmiddelen, bloed, cellen en weefsels) en dit tijdens hun hele levenscyclus.

Het FAGG zal meerdere acties moeten opzetten om deze doelstelling te bereiken. Het zal allereerst belangrijk zijn om de vigilantie-expertise binnen het FAGG te ontwikkelen, alsmede de samenwerking met de externe experts. Bewustwordingsacties voor de gezondheidszorgbeoefenaars inzake vigilantie zullen ook door het FAGG moeten worden uitgevoerd. Tot slot zal het FAGG moeten investeren in het ter beschikking stellen van de gezondheidszorgbeoefenaars van werktuigen die het mogelijk maken het meedelen van incidenten en ongewenste effecten te vergemakkelijken (*online*-mededeling) en in het verbeteren van de *feedback* naar de gezondheidszorgbeoefenaars en het publiek inzake vigilantie.

Le troisième objectif concernera les économies éventuelles, tant pour le résident que pour l'assurance maladie, et l'augmentation de qualité de la vie du résident. Il faudra examiner dans quelle mesure une meilleure organisation du processus de médication, couplé à la délivrance sur mesure et à la facturation en doses unitaires et/ou en multidoses, entraînera une diminution des surplus dans la médication, moins de gestion de stocks, une diminution des hospitalisations à cause d'erreurs, la diminution de la sous ou sur consommation de médicaments et de la polypharmacie. Cette expérience sera en outre utile dans le cadre des soins à domicile, pour les personnes âgées qui vivent encore chez elles et à qui il faut offrir une distribution adaptée et sur mesure de médicaments.

5.10. Une Agence des médicaments et des produits de santé performante

Après la nomination fin 2008 de 3 nouveaux directeurs, responsables chacun de leur section respective, à savoir le pré-enregistrement, le post-enregistrement et l'inspection, l'Agence des médicaments pourra se développer dans sa nouvelle structure. Il faudra en tout premier lieu traiter les dossiers en souffrance, comme les *back-log* dossiers et ensuite veiller au respect des délais d'enregistrement fixés légalement.

L'AFMPS a décidé de développer une politique de vigilance proactive afin d'en faire, d'ici quelques années, un des domaines d'excellence de l'AFMPS. La vigilance proactive peut se définir comme l'ensemble des actions destinées à prévenir l'apparition d'incidents et d'effets indésirables liés à l'utilisation de médicaments à usage humain et vétérinaire et de produits de santé (dispositifs médicaux, sang, cellules et tissus), et ceci tout au long de leur cycle de vie.

Plusieurs actions devront être entreprises par l'AFMPS pour atteindre cet objectif. En premier lieu, il sera important de développer l'expertise en vigilance au sein de l'AFMPS et de développer les collaborations avec des experts externes. Des actions de sensibilisation des professionnels de la santé à l'importance de la vigilance devront aussi être menées par l'AFMPS. Enfin, l'AFMPS devra investir dans la mise à disposition des professionnels de la santé d'outils permettant de faciliter la notification d'incidents et d'effets indésirables (notification en ligne) et dans l'amélioration du *feed-back* aux professionnels de la santé et au public en matière de vigilance.

6. ZIEKENHUISBELEID

Meerdere maatregelen zullen genomen worden voor het verbeteren van de kwaliteit en de performantie van de zorg.

6.1. De referentiebedragen

Het systeem van de referentiebedragen werd ingevoerd door de wet van 22 augustus 2002. Dit systeem beoogt het afschaffen van de ongerechtvaardigde praktijkverschillen voor bepaalde medische en chirurgische prestaties in de ziekenhuissector.

Het systeem voorziet de – *a posteriori* – berekening voor elke weerhouden prestatie van een referentiebedrag, gerealiseerd op basis van een nationaal gemiddelde van de reële uitgaven. Het RIZIV vordert nadien, als boete, bij de ziekenhuizen de honoraria terug die een bepaalde drempel «boven het referentiebedrag» overschrijden.

Het systeem werd inmiddels reeds meerdere malen gewijzigd. Het regeerakkoord van 20 maart 2008 voorziet dat «*de regering zal haar inspanningen verder zetten om gelijke verstrekkingen op gelijke wijze te vergoeden, evenwel met aanpassing van het stelsel van de referentiebedragen*».

Deze maatregelen zijn geïntegreerd in de gezondheidswet, die voorziet dat een gereviseerd systeem zal ingesteld worden voor de verblijven vanaf 2009. Het is de bedoeling om de discrepanties te doen verdwijnen, met een verbetering van de performantie en de kwaliteit van de zorg, onder meer door het systeem meer pro-actief en kwalitatiever te maken en meer in lijn met de aanbevelingen die gedaan werden door de multipartite-structuur tijdens haar advies van februari 2008. Zo zullen bijvoorbeeld de pre-operatieve onderzoeken die ambulante gebeurden vanaf nu deel uitmaken van de vergelijkingen voor de toepassing van de referentiebedragen.

Anderzijds zou een *feedback* in de loop van het jaar de ziekenhuizen moeten toelaten te weten waar ze staan en «de zaken recht te zetten».

Ik wens dus een cultuur te bevoordelen inzake de monitoring van de kwaliteit en van de performantie in de ziekenhuisinstellingen, onder meer:

- door het instellen van positieve maatregelen die de «goede praktijken» bevoordelen en belonen, gelijklopend met een systeem van beperking en bestraffing van de «slechte praktijken».

6. POLITIQUE HOSPITALIÈRE

Plusieurs mesures seront prises pour améliorer la qualité et performance des soins.

6.1. les montants de référence

Le système des montants de référence a été introduit par la loi du 22 août 2002. Ce système vise à éliminer les différences non fondées entre les pratiques des prestataires médicaux au sein des hôpitaux pour certaines pathologies médicales ou chirurgicales.

Le système prévoit le calcul – *a posteriori* – pour chaque pathologie retenue, d'un montant de référence réalisé sur base d'une moyenne nationale des dépenses réelles. L'INAMI récupère ensuite auprès des hôpitaux, à titre de pénalité, les honoraires situés un certain seuil «au-delà du montant de référence».

Le système a déjà subi plusieurs modifications intermédiaires. L'accord de gouvernement du 20 mars 2008 prévoit que «*Le Gouvernement poursuivra ses efforts en vue de réduire les différences de pratiques médicales à pathologie égale, à condition néanmoins de revoir le système des montants de référence*».

Ces mesures sont intégrées dans la loi santé qui prévoit un système révisé qui sera mis en œuvre pour les séjours à partir de 2009. L'objectif est la suppression des disparités avec une amélioration de la performance et de la qualité des soins, notamment en rendant le système plus proactif, plus qualitatif et plus en phase avec les recommandations émises par la structure multipartite dans son avis de février 2008. Ainsi, par exemple, les examens pré-opératoires réalisés en ambulatoire feront-ils désormais partie des comparaisons pour l'application des montants de référence.

D'autre part, une *feed-back* en cours d'année devrait permettre aux hôpitaux de se situer et «de réajuster le tir».

Je souhaite donc favoriser une culture du monitoring de la qualité et de la performance au sein des établissements hospitaliers, notamment:

- par la mise en place des mesures positives qui favorisent et récompensent «les bonnes pratiques» parallèlement au système de limitation et de pénalisation des «mauvaises pratiques».

– Door het aan de diverse organen of diensten mogelijk te maken om bij te dragen tot de analyse van de praktijkverschillen, teneinde de ziekenhuizen en de zorgverstrekkers te helpen bij het echt begrijpen van deze verschillen en van daaruit het wijzigen van deze handwijze; zonder het te houden bij een analyse die zich alleen vertaalt in financiële impact, bijvoorbeeld door de Commissie van de «Ziekenhuisprofielen» op het niveau van het RIZIV te heractiveren.

6.2. Project «impactindicatoren» voor een proactieve opvolging van de ziekenhuisinstellingen

In het kader van de multidimensionele geïntegreerde feedback (MGF), ook BSC (balanced score card) genoemd, heeft de FOD Volksgezondheid reeds een bepaald aantal indicatoren ontwikkeld en onder meer volgende ratios:

- Financiële onafhankelijkheid;
- *Cash flow* hoofdzakelijk samengesteld uit de winst en de afschrijvingen. Hij moet in samenhang gebracht worden met de financiering van de investeringen en van de schulden op lange termijn;

- De *acid test*, of liquiditeitsratio in de beperkte zin van het woord, wat staat voor het dekken van de schulden op korte termijn door de meest liquide rubrieken van de vlottende activa.

Reeds van bij de eerste uitgave van de MGF heeft de dienst boekhouding van de ziekenhuizen 3 bijkomende ratios ontwikkeld, bedoeld voor de specifieke opvolging van de algemene ziekenhuizen:

- Een ratio inzake de turnover van het personeel;
- Twee ratios betreffende de continuïteit van de investeringen.

Ik wens verder te gaan met de ontwikkeling van dergelijke indicatoren, teneinde een begeleidingsstructuur van de ziekenhuizen in te stellen. Het instellen van «knipperlichten» zou het mogelijk maken om sneller de situaties te voorkomen die op termijn onomkeerbaar kunnen worden. Het gaat er nooit om tussen te komen in het beheer van de ziekenhuizen, maar wel ze te informeren aangaande een situatie en een begeleiding voor te stellen.

- Rekening houdend met de parameters «duurzame ontwikkeling» bij de financiering van de ziekenhuizen.

Op basis van lopende studies over de ontwikkeling van indicatoren om de instellingen die afhangen van het federale niveau aan te zetten om een leefmilieuvriendelijk beleid te voeren, zullen we maatregelen

– en permettant aux divers organes ou services de contribuer à l'analyse des différences de pratiques afin d'aider les hôpitaux et les prestataires à une réelle de compréhension de ces différences et de là à modifier les comportements, sans en rester à une analyse traduite seulement en impacts financiers, par exemple en réactivant la Commission des profils «Hôpitaux» au niveau de l'INAMI.

6.2. projet «indicateurs d'impact» pour suivi proactif des institutions hospitalières

Dans le cadre du *feed-back* multidimensionnel intégré (FBI) appelé aussi BSC (balanced score card) des hôpitaux, le SPF Santé publique a déjà développé un certain nombre d'indicateurs et notamment, les ratios suivants:

- Indépendance Financière;
- le *Cash Flow* constitué essentiellement du bénéfice et des amortissements. Il doit être mis en rapport avec le financement des investissements et des dettes à long terme;

- l'*Acid test*, ou *ratio* de liquidité au sens restreint du terme, qui exprime la couverture des dettes à court terme par les rubriques les plus liquides des actifs circulants.

Dès la première édition du FBI, le service *comptabilité des hôpitaux* a développé 3 ratios supplémentaires destinés au suivi spécifique des hôpitaux généraux:

- un ratio de turnover du personnel
- deux ratios relatifs à la continuité des investissements.

Je souhaite poursuivre le développement de tels indicateurs afin de mettre en place une structure d'accompagnement des hôpitaux. La mise en place de «clignotants», permettrait de prévenir plus rapidement les situations qui à terme peuvent devenir irréversibles. Il ne s'agit jamais d'interférer dans la gestion des hôpitaux mais d'informer d'une situation et proposer un accompagnement.

- Prise en compte des paramètres «développement durable» dans le financement des hôpitaux.

Sur base d'étude qui sont en cours sur le développement d'indicateur pour inciter les établissements qui dépendent du fédéral à instaurer une politique environnementale, nous élaborerons des mesures permettant

uitwerken die het mogelijk maken om deze parameters te integreren in het ziekenhuisbeleid, via incentives of voordelen toegekend aan instellingen die investeren in projecten die het leefmilieu respecteren.

Zo zal bijvoorbeeld de energie opgewekt met fotovoltaïsche panelen worden aangemoedigd.

6.3. Patiëntveiligheid

Mijn voorganger heeft in het Budget van financiële middelen (BFM) een bedrag voor kwaliteit en patiëntveiligheid voorzien. Dit was innovatief. Het heeft nieuwe impulsen gegeven aan onze ziekenhuizen. Om dit te realiseren werd op vrijwillige basis een convenant met de ziekenhuizen afgesloten. Het is verheugend dat heel wat ziekenhuizen tot dit convenant zijn toegetreden. Dit toont aan dat de instellingen effectief nood hebben aan een gestructureerd beleid ten aanzien van patiëntveiligheid. Ik wijs er graag op dat het de Nationale Raad zelf is geweest die dit thema heeft naar voor geschoven. Patiëntveiligheid staat ook hoog op de agenda van allerlei internationale organisaties, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, de Europese Unie, de Raad van Europa en de Organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling.

Tijdens het eerste jaar van het convenant werd een patiëntveiligheidscultuurmeting uitgevoerd met anonieme benchmarking. Niet minder dan 52.000 verstrekkers namen eraan deel, wat zonder voorgaande is. Binnenkort verschijnt er een rapport met de resultaten van deze meting. Als de analyse gebeurd is, zal de Overheidsdienst in samenwerking met de ziekenhuizen een aantal richtlijnen formuleren om de patiëntveiligheid in het ziekenhuis te verbeteren.

De FOD Volksgezondheid wil nog een aantal andere instrumenten aanreiken om de ziekenhuizen in hun patiëntveiligheidsbeleid te ondersteunen. Zo wordt gewerkt aan een intern rapporteringsstelsel voor ziekenhuizen. De bedoeling is incidenten of bijna -incidenten binnen het ziekenhuis te melden en hieruit lessen te trekken om deze in de toekomst te vermijden. Met een wetenschappelijke equipe werden tevens een twintigtal indicatoren van patiëntveiligheid ontworpen op basis van beschikbare gegevensbanken. De bedoeling van deze indicatoren is een proces van reflectie op gang te trekken en op die manier ook bij te dragen tot meer patiëntveiligheid.

Ten slotte moet men ook pro-actief incidenten proberen te vermijden. Na studie van de wetenschappelijke literatuur, neemt onze Overheidsdienst het initiatief om zogenaamde zorgbundels te ontwikkelen. Eén van de eerste zorgbundels is het leren werken met een intern

d'intégrer ces paramètres dans la politique hospitalière par le biais d'incitant ou de d'avantages octroyé aux institutions qui s'engagent dans des projets respectueux de l'environnement.

Ainsi, par exemple, l'équipement en énergie photovoltaïque sera-t-il encouragé.

6.3. Sécurité du Patient

Mon prédécesseur a prévu dans le Budget des moyens financiers (BMF) un montant pour la qualité et la sécurité du patient. C'était une nouveauté. Ce qui a donné une nouvelle impulsion à nos hôpitaux. Pour ce faire, une convention avec les hôpitaux a été conclue sur base volontaire. Il est réjouissant de constater que les hôpitaux ont été nombreux à adhérer à cette convention. Cela prouve que les établissements ont effectivement besoin d'une politique structurée en termes de sécurité du patient. Je rappelle volontiers que c'est le Conseil National lui-même qui a mis en exergue ce thème. La sécurité des patients est un point prioritaire à l'agenda de nombreuses organisations internationales, comme l'Organisation mondiale de la santé, l'Union européenne, le Conseil de l'Europe et l'Organisation de coopération et de développement économique.

Lors de la première année de la convention, la mesure de la culture de sécurité du patient a été prise par benchmarking anonyme. Pas moins de 52.000 prestataires y ont participé, ce qui est sans précédent. Un rapport va paraître d'ici peu avec les résultats de cette mesure. Quand l'analyse sera faite, le SPF, en collaboration avec les hôpitaux, formulera une série de directives pour améliorer la sécurité du patient dans les hôpitaux.

Le SPF Santé publique veut encore développer une série d'autres instruments pour soutenir les hôpitaux dans leur politique en termes de sécurité du patient. L'objectif est de signaler les incidents ou les quasi-incidentes dans les hôpitaux et d'en tirer les leçons pour les éviter à l'avenir. Une équipe scientifique a conçu aussi une vingtaine d'indicateurs de la sécurité du patient sur la base des banques de données disponibles. L'objectif de ces indicateurs est de mettre en place un processus de réflexion et de contribuer à offrir plus de sécurité au patient.

Enfin, il faut essayer d'éviter des incidents de manière pro-active. Après étude de la littérature scientifique, notre SPF a pris l'initiative de développer ce qu'on appelle les «recueils de soins». Un de ces premiers recueils concernera la mise sur pied d'une équipe d'urgence interne

urgentieteam dat snel en doeltreffend kan optreden wanneer zich een incident of bijna-incident voordoet dat een vitale bedreiging vormt voor de patiënt. Uit de literatuur blijkt dat deze «*Medical emergency teams*» een impact kunnen hebben op de kwaliteit van de zorg, de ligduur, de morbiditeit en de mortaliteit. Ik heb de intentie om ook in ons land dit concept onder de vorm van pilootprojecten te introduceren en te evalueren.

6.4. Er zullen ook initiatieven genomen worden inzake de rechten van de patiënt

De diverse aanbevelingen die geformuleerd werden door de federale ombudsdienst «rechten van de patiënt» in haar rapport 2007 zullen in overweging worden genomen, in het bijzonder:

- de vraag over de verplichte informatieverstrekking inzake de financiële gevolgen van een tussenkomst;
- de prijs van de kopie van het dossier: er zal een circulaire opgesteld worden inzake de interpretatie en de toepassing van het koninklijk besluit van 2 februari 2007;
- Het bepalen van de personen die een klacht kunnen indienen bij een ombudsdienst.

De kwestie van de onafhankelijkheid van de ombudsman en het juridisch kader waarin die werkt zal eveneens uitgediept worden met de FOD Volksgezondheid en met de federale Commissie Rechten van de Patiënt.

6.5. Herziening van de normen betreffende de zorgprogramma's cardiologie

De analyse van de mogelijkheden tot **herziening van het zorgprogramma cardiologie**, onder meer het deelprogramma «B», zal opgestart worden, met als doelstelling om enerzijds te bepalen welke de behoeften van de bevolking zijn en anderzijds hoe er op te antwoorden en hierbij tegelijk rekening te houden met wetenschappelijk gefundeerde eisen inzake kwaliteit van zorgen en patiëntveiligheid.

Het zorgprogramma «cardiale pathologie» B is onderverdeeld in drie delen:

- B1: coronarografische diagnostiek
- B2: interventionele coronarografie
- B3: cardiochirurgie.

De huidige reglementering laat niet toe om geïsoleerde B2-centra te creëren. Het is dus niet mogelijk om interventionele coronarografie uit te voeren buiten een volledig B-centrum, of met andere woorden buiten de ziekenhuizen die erkend zijn voor de cardiochirurgie.

qui puisse agir vite et efficacement si un incident ou un quasi-incident se passe et qui constitue une menace vitale pour le patient. Il ressort de la littérature que ces «*Medical emergency teams*» peuvent avoir un impact sur la qualité des soins, la durée de l'hospitalisation, la morbidité et la mortalité. J'ai l'intention d'introduire et d'évaluer aussi ce concept dans notre pays sous la forme de projets pilotes

6.4. Des initiatives seront également prises relativement aux droits du patient

Les diverses recommandations formulées par le service de médiation fédéral «Droits du patient» dans son rapport 2007 seront prises en considération, et en particulier:

- la question de l'obligation d'informations sur les répercussions financières d'une intervention;
- le prix de la copie du dossier: une circulaire sera rédigée relativement à l'interprétation et à l'application de l'arrêté royal du 2 février 2007
- la détermination des personnes pouvant introduire une plainte auprès d'un service de médiation

La question de l'indépendance du médiateur et du cadre juridique dans lequel celui-ci opère sera également approfondie avec le SPF Santé publique et la Commission fédérale droit du patient.

6.5. Révision des normes relatives au programme de soins en cardiologie

L'analyse des possibilités de **révision du programme de soins cardiologiques**, notamment du programme de soins «B», sera initiée avec pour objectif de déterminer, d'une part, quels sont les besoins de la *population* et d'autre part, comment y répondre, tout en maintenant des exigences scientifiquement étayées en terme de qualité des soins et de sécurité des patients.

Le programme de soins «pathologie cardiaque» B est divisé en trois sous parties:

- Le B1: coronarographie diagnostic
- Le B2: coronarographie interventionnelle
- Le B3: chirurgie cardiaque.

La réglementation actuelle ne permet pas de créer des centres B2 isolés. Il n'est donc pas possible de pratiquer de la coronarographie interventionnelle en dehors d'un centre B complet, c'est à dire en dehors des hôpitaux agréés pour la chirurgie cardiaque.

Recente wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat het verbod op het uitvoeren van B2-verstrekkingen buiten de ziekenhuizen die een erkenning hebben voor hartchirurgie, de snelheid waarmee de patiënt kan behandeld worden, ten goede kan komen; hierbij moet men uiteraard een kader scheppen voor samenwerking tussen de hartcentra en de geïsoleerde B2-centra, en aandacht hebben voor minimale activiteitsnormen zodat een waarborg geboden wordt voor de kwaliteit van de zorgen.

6.6. Er zullen ook maatregelen genomen worden in het domein van de medische beeldvorming

6.6.1. Magnetische Resonance Imaging (RMN)

Momenteel is het aantal RMN-apparaten in België beperkt door een programmering. Deze programmering werd in 2006 herzien om 40 bijkomende RMN's toe te laten. Men stelt echter vast dat de activiteit constant toeneemt en dat de bijkomende programmering niet toeliet om aan alle aanvragen te voldoen.

De programmering is momenteel gebaseerd op een criterium van het aantal opgenomen patiënten in het ziekenhuis. Dit lijkt een logisch criterium te zijn, gelet op het feit dat de financieringsmodaliteiten via het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen gaan, maar het beantwoordt niet aan de realiteit, aangezien 70% van de onderzoeken betrekking hebben op ambulante patiënten.

In haar studie van 2007 heeft het Kenniscentrum pistes ontwikkeld inzake de aanpassing van de financiering. Er is een nieuwe studie bezig, die een grondige analyse zal geven van het financieringssysteem van de RMN.

Op basis van deze studie zal men de mogelijkheid analyseren om de programmering uit te breiden, teneinde te beantwoorden aan de meest recente wetenschappelijke *guidelines*, en dit tegelijk met een wijziging van de financiering.

6.7. Petscan

Momenteel zijn er 13 erkende PET-diensten in België, verdeeld over de universitaire ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen.

Er zijn ook ziekenhuizen die een niet-erkende PET uitbaten. Dit kan afgeleid worden uit het gebruik van radioactief FDG. De verstrekkingen van deze niet-erkende PET-diensten worden terugbetaald door de zogenaamde assimilatie van nomenclatuur die oorspronkelijk voor andere scintigrafische verstrekkingen is bedoeld.

Les études scientifiques récentes montrent que, pour améliorer la rapidité de prise en charge des patients, cette interdiction devrait être supprimée moyennant la mise en place de collaboration entre les centres de cardiologie et les centres B isolés et le respect de critères d'activité minimale afin de garantir la qualité des soins aux patients. Le CNEH, dans son avis de 2006, avait déjà souhaité que cette possibilité soit prévue par la réglementation.

6.6. Des mesures seront également prises dans le domaine de l'imagerie médicale

6.6.1. Résonance Magnétique Nucléaire (RMN)

Actuellement le nombre de d'appareils RMN est limité en Belgique par une programmation. Cette programmation a été revue en 2006 afin d'autoriser 40 RMN supplémentaires. On constate cependant que l'activité est en constante augmentation et que la programmation supplémentaire n'a pas permis de satisfaire toutes les demandes.

Actuellement, la programmation est basée sur un critère de nombre d'admissions hospitalières. Ce critère paraît logique compte tenu des modalités de financement via le budget des moyens financiers des hôpitaux mais ne répond pas à une réalité de l'activité puisque 70% des examens concernent des patients ambulatoires.

Dans son étude de 2006, le Centre d'expertise a dégagé les pistes quant à l'adaptation du financement. Une nouvelle étude est en cours qui fournira une analyse approfondie du système de financement de RMN.

Sur cette base, nous analyserons les possibilités d'élargissement de la programmation pour répondre aux *guidelines* scientifiques les plus récentes parallèlement à une modification du financement.

6.7. Petscan

Il y a aujourd'hui 13 services PET en Belgique, répartis entre les hôpitaux universitaires y compris Bordet, et les hôpitaux généraux.

Il y a aussi des hôpitaux qui exploitent des Pet non agréés. On peut le déduire de l'utilisation du FDG radioactif. Ces services PET non agréés se font rembourser les prestations en assimilant une nomenclature qui vise à l'origine d'autres prestations de scintigraphie.

De wet van 27 april 2005 en de wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 7 augustus 1987 worden gepercipieerd als een verbod op het installeren en exploiteren in België van PET-scanners die geen deel uitmaken van het maximumaantal van 13 PET-scanners die in toepassing van voormelde bepalingen kunnen erkend worden. Dit verbod komt neer op een belemmering op het vrije verkeer van deze medische hulpmiddelen tussen Lidstaten. Er werd terzake een klacht ingediend bij de Europese Commissie.

Op 31 januari 2008 heeft de Europese Commissie besloten om deze zaak te klasseren, na een voorstel van aanpassingen aan de regelgeving door België.

De voorgestelde aanpassingen omvatten in essentie het volgende:

De regels inzake programmering worden aangepast opdat beter rekening kan worden gehouden met de evolutie van de behoeften. De Europese Commissie verweet België namelijk dat de programmering statisch is vastgelegd op 13 en niet evolutief is. De bedoeling is nu de programmering te koppelen aan de kankerregistratie en het aantal PET-scanners te laten afhangen van het aantal kankers waarvoor het doelmatig gebruik van een PET-scanner wetenschappelijk bewezen is. Daarnaast zouden we in de toekenning van de PET-scanners voorkeur mogen blijven verlenen aan de universitaire ziekenhuizen en het monodisciplinair ziekenhuis Bordet zoals dat vandaag al bestaat, maar enkel onder de voorwaarde dat deze instellingen kunnen aantonen dat zij meer (wetenschappelijke) activiteit verrichten op het vlak van kankerbehandelingen dan andere ziekenhuizen. De criteria dienen om de vier jaar te worden herzien.

De Europese Commissie verweet België verder ook een gebrek aan consistentie omdat tot op heden steeds de ogen gesloten werden voor die ziekenhuizen die de wetgeving overtreden en die niet-aangegeven PET-scanners uitbaten. Deze ziekenhuizen geven bovendien de prestaties verricht met dergelijke niet erkende PET-scanners aan onder nomenclatuurnummers van zware medische apparatuur waarvoor ze wel erkend zijn en bekomen aldus op frauduleuze wijze een (partiële) vergoeding. België heeft zich in het kader van een compromis bereid verklaard om de illegale PET-scanners definitief te sluiten en om te stoppen met de terugbetaling van de prestaties en de producten die hiertoe worden gebruikt. De Commissie vroeg, om redenen van proportionaliteit, eveneens dat de bepaling, die een gevangenisstraf voorziet voor degene die «in het zwart» een PET-scan uitbaat, uit de wetgeving zou worden gehaald.

Tenslotte, zullen de initiatieven met betrekking tot de programmering en de normen voor de PET-scan,

La loi du 27 avril 2005 et la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 ont été perçues comme une interdiction à l'installation et à l'exploitation en Belgique de PET scanners qui ne font pas partie du nombre maximum des 13 PET scanners qui peuvent être agréés en application des dispositions précitées. Cette interdiction signifie une entrave à la libre circulation de ce matériel médical entre des États membres. Une plainte à ce sujet a été déposée à la Commission européenne

Le 31 janvier 2008, la Commission européenne a décidé de classer cette affaire; la Belgique ayant proposé des adaptations à la réglementation

Les adaptations proposées comprennent essentiellement ce qui suit:

Les règles en matière de programmation sont adaptées pour qu'il soit mieux tenu compte de l'évolution des besoins. La Commission reprochait à la Belgique notamment d'avoir fixé la programmation, de manière statique et non évolutive, à 13. L'objectif, aujourd'hui, est d'associer la programmation à l'enregistrement des cancers et de faire dépendre le nombre de scanners au nombre de cancers pour lesquels l'utilisation efficace d'un pet scanner est démontrée scientifiquement. Nous devrions aussi dans l'attribution des PET scanners continuer à préférer les hôpitaux universitaires et l'hôpital monodisciplinaire de Bordet comme c'est le cas aujourd'hui, mais seulement à la condition que ces établissements puissent prouver qu'ils mènent plus d'activités (scientifiques) dans le domaine des traitements de cancers que d'autres hôpitaux. Les critères doivent être revus tous les 4 ans.

La Commission a aussi reproché à la Belgique d'avoir toléré les hôpitaux qui ont enfreint la législation et qui ont exploité ces PET scanners non déclarés. Ces hôpitaux ont facturé des prestations avec des PET non agréés avec des numéros de nomenclature d'appareils médicaux lourds pour lesquels il y a un agrément, ils ont donc obtenu un remboursement (partiel) d'une manière frauduleuse. La Belgique s'est dite prête, dans le cadre d'un compromis, à fermer définitivement les PET scanners illégaux et d'arrêter le remboursement de la prestation et des produits utilisés à cette fin. La Commission a demandé également, pour des raisons de proportionnalité, que la disposition qui prévoit une peine de prison pour celui qui exploite un PET scan «en noir» soit supprimée de la législation.

Enfin, les initiatives concernant la programmation et les normes pour le PET scan seront prises dans

genomen worden in de context van het Nationaal Kankerplan en in functie van de studie die het KCE voert over medische beeldvorming met magnetische resonantie tomografie.

7. MEERJARENPLAN VOOR DE VERSTERKING VAN DE AANTREKKELIJKHEID VAN HET VERPLEEGKUNDIG BEROEP

Het plan voor de aantrekkelijkheid van het verpleegkundig beroep is voorzien in het regeringsakkoord en beoogt het aanbrengen van oplossingen voor de algemene en constante problemen die men heeft om gekwalificeerde verpleegkundigen te vinden voor de verschillende sectoren van de gezondheidszorg.

Dit plan is geïnspireerd op de voorstellen die gedaan werden door de adviesorganen en door de vertegenwoordigers van representatieve groepen en verenigingen van het beroep en van de betrokken sectoren. Het vertolkt eveneens de bezorgdheden en eisen van de vakverenigingen van deze gezondheidswerkers. Het houdt rekening met de nationale en internationale studies, evenals met de evoluties die men zag in de organisatie van de gezondheidsdiensten, meer bepaald binnen Europa.

Het plan steunt op hetgeen bestaat, maar heeft de ambitie om de verpleegkundige zorgen naar een nieuwe visie te brengen, aangepast aan de huidige en toekomstige behoeften van de patiënten en van de bevolking in het algemeen, binnen een herziene en resoluut interdisciplinaire organisatie.

De toenemende complexiteit van de opvang, te wijten aan de vergrijzing en de toenemende afhankelijkheid, aan polyopathieën en technologische bio-medische evoluties, vereist aangepaste opleidingen die constant worden geüpdatet. De zorgtrajecten, van preventie tot dringende hulpverlening, de acute zorg, de revalidatie, de chronische en palliatieve verzorging, ze vereisen verschillende kwalificaties, waarbij polyvalentie en specialisering, interactie en coördinatie met elkaar verbonden zijn.

Vertrekkend van de behoeften van de patiënten en van de gezondheidsdoelstellingen, moeten de vereiste kwalificaties herbekeken worden en moeten de zorgteams gereorganiseerd worden zodat men er betere werkvoorwaarden schept en tegelijk de kwaliteit van de verzorging verbetert.

Het plan heeft betrekking op 3 sectoren: ziekenhuizen – inclusief psychiatrische en inzake revalidatie –, rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Het telt

le contexte du Plan national du cancer et en fonction de l'étude que le Centre d'expertise (KCE) mène sur l'imagerie médicale avec la tomographie à résonance magnétique.

7. PLAN PLURIANNUEL VISANT A RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

La Plan d'attractivité pour la profession infirmière, prévu dans l'Accord de gouvernement, vise à apporter des solutions aux difficultés généralisées et constantes de recruter des infirmiers qualifiés dans les différents secteurs de la santé.

Ce Plan s'inspire des propositions émises par les organes d'avis et les groupes et associations représentatifs de la profession et des secteurs concernés; il relaie également les préoccupations et revendications des organisations syndicales relatives aux conditions de travail de ces professionnels de la santé. Il prend en compte les études nationales et internationales ainsi que les évolutions observées dans l'organisation des services de santé, européens en particulier.

Il s'appuie sur les socles existants mais il a pour ambition d'amener les soins infirmiers dans une vision nouvelle, adaptée aux besoins actuels et futurs des patients et de la population en général, dans une organisation révisée, résolument interdisciplinaire.

La complexité croissante des prises en charge, due au vieillissement et aux dépendances accrues, aux polyopathologies et aux évolutions technologiques biomédicales exige des formations adaptées et constamment mises à jour; les trajets de soins, de la prévention aux soins urgents, aigus, de réadaptation, chroniques et palliatifs, réclament des qualifications diverses, alliant polyvalence et spécialisations, interactions et coordination constantes.

À partir des besoins des patients et des objectifs de santé, il faut redessiner les qualifications requises et réorganiser les équipes de soins en sorte d'y créer de meilleures conditions de travail dans le même temps qu'on y améliore la qualité des soins.

Le Plan concerne 3 secteurs: hôpitaux – y compris psychiatriques et de réadaptation –, Maisons de repos et Maisons de repos et de soins, soins à domicile. Il compte

4 actiedomeinen: vermindering van de werklust en de stress, kwalificaties, bezoldiging, sociale erkenning en betrokkenheid bij het besluitvormingsproces.

In grote lijnen kan men dit als volgt weergeven: vermindering van de administratieve en logistieke last, die de verpleegkundigen weg houdt van de zorgverstrekking, adequate financiering om te zorgen voor de effectieve aanwezigheid op het terrein van het voorziene aantal personeelsleden, verhoging van het aantal personeelsleden dat toegewezen is voor de zorgverstrekking.

Maar ook: titel van verpleegkundige voorbehouden voor een geherwaardeerd competentieniveau, de wijze waarop de titel verworven wordt behoort tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Aanmoedigen van specialiseringszodat men tegemoet kan komen aan de zorgvereisten die steeds complexer worden, aan de differentiatie van de functies, en aan de versterkte en uitgebreide verantwoordelijkheden.

Om de bezoldigingen te verbeteren: uitbreiding van de oncomfortabele prestaties die recht geven op salaristoelagen, bezoldiging van de specialisaties volgens niveau, maar ook versterkte valorisatie van de omkaderingsfuncties.

De sociale erkenning en de betrokkenheid bij de besluitvorming zijn onontbeerlijk: via een cursus hogere opleiding, inclusief van universitair niveau, dank zij een verhoogde officiële en versterkte zichtbaarheid en via een systematisch gestructureerde betrokkenheid bij de besluitvorming die hen aanbelangen.

Het plan voor de aantrekkelijkheid is een meerjarenplan: de voorgestelde maatregelen hebben een financiële impact die in de tijd wordt gespreid, maar ook impact op het vlak van de organisatie en ze zullen progressief worden georganiseerd en ingevoerd worden.

Dit over 5 jaar lopende meerjarenplan zal gerealiseerd worden vanaf 2009.

Hierbij zijn gepland:

De financiering van een salaristoelagen aan de hand van nadere regels die moeten onderhandeld worden met de vakverenigingen, voor de oncomfortabele uren tussen 20 en 22 uur en dit zowel voor de verpleegkundigen in de ziekenhuizen als voor die welke in een ROB-RVT werken. Hiervoor is een enveloppe van 7 miljoen euro uitgetrokken.

4 axes d'actions: allègement de la charge de travail et du stress, qualifications, rémunérations, reconnaissance sociale et implication dans le processus décisionnel.

En synthèse, on peut relever: diminution de la charge administrative et logistique qui détourne les infirmiers des soins, financement adéquat pour assurer la présence effective sur le terrain des effectifs prévus, augmentation des effectifs affectés aux soins.

Mais aussi: titre d'infirmier réservé à un niveau de compétences réévalué, les voies pour accéder à ce titre étant du ressort des Communautés; spécialisations encouragées en sorte de rencontrer les exigences des soins, de plus en plus complexes, différenciations des fonctions, responsabilités renforcées et élargies.

Pour améliorer les rémunérations: extension des prestations inconfortables donnant droit à sursalaire, rémunération des spécialisations, selon leur niveau mais aussi valorisation renforcée des fonctions d'encadrement.

La reconnaissance sociale et association à la prise de décision sont indispensables: au travers d'un cursus de formation supérieur, y compris universitaire, au travers d'une meilleure rémunération, grâce à une visibilité officielle renforcée et par une implication de la profession structurée et systématique dans les processus décisionnels qui la concerne.

Le Plan d'attractivité est pluriannuel: les mesures proposées ont des impacts financiers qui sont ainsi étalés dans le temps, mais aussi des impacts organisationnels, orchestrés et implantés progressivement.

Ce plan pluriannuel à 5 ans commencera à être mis en œuvre dès 2009.

Sont ainsi prévus:

Le financement d'un sursalaire selon des modalités à négocier avec les syndicats, pour les horaires inconfortables de 20h à 22h et ce, tant pour les infirmières travaillant à l'hôpital qu'en MRPA-MRS. Une enveloppe de 7 millions d'euros est prévue à cet effet.

Een bijkomende financiering voor de permanente opleiding van ziekenhuisverpleegkundigen (1 miljoen euro).

– Het terug lanceren en het duurzaam maken van het project 600: op 23 mei 2008 heeft de Ministerraad aanvaard om het project 600 terug te lanceren, zowel inzake de openbare als inzake de private sector: 163 VTE (openbare sector) en 200 VTE (private sector) zorgkundigen konden zich op deze manier inschrijven voor de 3-jarige opleiding A1 of A2 die in september 2008 begon. Vanaf 2009 zullen 350 nieuwe voltijds equivalenten (150 openbare sector en 200 private sector) elk jaar van start kunnen gaan met studies verpleegkundige A1/A2 of die afronden.

De financiering van de representatieve organisaties van de verpleegkundigen, ten laste van de administratiekosten van het RIZIV, zoals dat het geval is voor de representatieve organisaties van de artsen, de tandartsen en de kinesisten (360.000 euro/jaar).

De lancering in de lente van 2009 van een promotiecampagne voor dit noble beroep.

De wetgeving zal eveneens aangepast worden om te voorzien in de gegarandeerde vertegenwoordiging van het verpleegkundig beroep in de Raad van Bestuur van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), evenals in de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

8. VERBETERING VAN DE DRINGENDE GENEESKUNDIGE HULPVERLENING

De dringende geneeskundige hulpverlening (DGH) is een van de prioriteiten van het gezondheidsbeleid die in het kader van deze regering worden opgestart. Deze prioriteit vertaalde zich in het budget 2008 door een verhoging met 20% van de afdeling Incidenten- en Crisisbeheer. Deze inspanningen zullen in 2009 worden voortgezet.

8.1. Dispatching DGH

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

Un financement supplémentaire pour la formation permanente des infirmières hospitalières (1 millions d'euros).

– La relance et la pérennisation du projet 600: le 23 mai 2008 le Conseil des ministres a accepté de relancer le projet 600 tant en ce qui concerne le secteur public que le secteur privé: 163 ETP (secteur public) et 200 ETP (secteur privé) aide-soignants ont ainsi pu s'inscrire à la formation de 3 ans A1 ou A2 qui a commencé en septembre 2008. Dès 2009, 350 nouveaux équivalents temps plein (150 secteur public et 200 secteur privé) pourront chaque année entamer ou finaliser des études d'infirmier/infirmière A1/A2.

Le financement des organisations représentatives des infirmières à charge des frais d'administration de l'INAMI, à l'instar des organisations représentatives des médecins, des dentistes et des kinés (360.000 euros/an).

Le lancement d'une campagne de promotion de ce noble métier au printemps 2009.

La législation sera également adaptée afin de prévoir une représentation garantie de la profession infirmière au Conseil d'Administration du Centre fédéral d'Expertise pour les soins de santé (KCE), à la structure Multipartite en matière de politique hospitalière, ainsi qu'au Conseil national des établissements hospitaliers

8. AMÉLIORATION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

L'aide médicale urgente (AMU) est une des priorités de la politique de santé qui est mise en œuvre dans le cadre de ce gouvernement. Cette priorité s'est traduite dans le budget 2008 par une augmentation de 20% du budget de la division Gestion d'Incidents et de Crises. Ces efforts seront poursuivis en 2009.

8.1. Dispatching de l'AMU

Au cours des dernières années, une prise de conscience a eu lieu sur le besoin essentiel d'améliorer le dispatching des moyens de l'AMU et de la Vigilance sanitaire. Ce premier maillon de la chaîne des secours, qui constitue aussi le premier acte médical, conditionne toute la réussite des secours. La Loi-programme du 4 juillet 2004 a créé l'agence 112 et le dispatching médical spécialisé.

De nieuwe versie van de gids voor de medische regulatie werd gepubliceerd. Die maakt het mogelijk de kwaliteit van het beantwoorden van de noodoproepen door de aangestelden van de 100 te verbeteren.

Er werd intensief en multidisciplinair samengewerkt met de vertegenwoordigers van de politie en de civiele veiligheid, wat tot een akkoord over een gemeenschappelijke visie leidde.

Die moet dus in werking worden gebracht door:

Verder te werken aan de uitbouw van de medische dispatching;

Het agentschap 112 operationeel te maken door het creëren van de management- en administratieve structuur, maar ook door het organiseren van de respectievelijke behandeling van de oproepen tot de politie en tot de brandweer of de medische diensten, zoals bepaald in de artikelen 205 en 206 van de programmawet.

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

8.2. Dispatching van de wachtdiensten huisartsen (Project «1733»)

Er zal een pilootstudie inzake dispatching en regeling van de oproepen naar de wachtdiensten van de huisartsen door de oproepcentrales 100, via een uniek oproepnummer met 4 cijfers uitgevoerd worden:

Momenteel moeten de oproepcentrales 100 de noodoproepen schiften en kiezen uit 2 mogelijke reacties: een ziekenwagen of een MUG sturen, zelfs wanneer het sturen van een ziekenwagen of een MUG niet de meest adequate oplossing is. Deze strategie, die neerkomt op het quasi automatisch en overdreven laten uitrukken van ziekenwagens, leidt tot meerkosten voor de DGH, zorgt voor een minder goede opvang en is mee verantwoordelijk voor de verzadiging van de urgentiediensten in de ziekenhuizen.

De overdracht van een beperkt aantal van deze oproepen, via een medische regulering naar de wachtdienst van de huisartsen, zou het mogelijk moeten maken om althans gedeeltelijk dit nutteloze beroep doen op de ziekenwagens van de dienst 100 te verminderen.

De continuïteit van de zorg aangeboden door de wachtdiensten van de huisartsen wordt op het terrein georganiseerd door het instellen van dispatchingcentrales en van lokale unieke oproepnummers. Een

La nouvelle version du guide de la régulation médicale a été publiée. Elle permet d'améliorer la qualité de la prise d'appels à l'aide par les Préposés 100.

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

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

Poursuivant la création du dispatching médical

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

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

8.2 Dispatching de la garde de médecine générale (Projet «1733»)

Une étude pilote de dispatching et de régulation des appels à la garde de médecine générale, par les centres d'appel unifié 100, via un numéro d'appel unique à 4 chiffres va être mise en œuvre:

Actuellement, les Centres d'appel unifié 100 doivent qualifier les appels à l'aide reçus et choisir parmi les 2 options possibles de réponse: envoi d'une Ambulance ou envoi d'un SMUR, même lorsque l'envoi d'une ambulance ou d'un SMUR n'est pas la réponse la plus adéquate. Cette stratégie d'envoi quasi-automatique entraîne un surcoût de l'AMU, par l'utilisation excessive des ambulances, génère une moins bonne prise en charge et contribue à la saturation des services d'urgence des hôpitaux.

Le transfert d'un nombre limité de ces appels, à travers une régulation médicale, vers la garde de médecine générale devrait permettre de réduire partiellement ce recours inutile aux ambulances 100.

La continuité des soins offerte par la garde de médecine générale s'organise sur le terrain par la mise en place de centrales de dispatching et de numéros d'appel uniques locaux. Un nombre indéterminé d'appels

onbepaald aantal van de oproepen naar deze wachtdienst is bestemd voor de Dringende Geneeskundige Hulpverlening, terwijl andere oproepen, die aantonen dat er overmatig een beroep gedaan wordt op de wachtdienst van de huisartsen, toch door deze wachtdienst moeten opgevolgd worden, als gevolg van de verplichting voor de dokter van wacht om op alle oproepen te antwoorden.

Om al deze redenen wordt het essentieel dat er projecten uitgevoerd worden om de haalbaarheid, de risico's en de voorwaarden voor het aanwenden van een meer dynamische integratie van de wachtdiensten van de huisartsen in de medische regulatie die verzekerd wordt door de 100-centra, te evalueren.

Hiertoe zullen twee proefprojecten gelanceerd worden in het Noorden (regio Brugge) en het Zuiden (regio Henegouwen) van het land, in samenwerking met de huisartsenkringen en de 100-centrales.

8.3. Organisatie en uitrusting

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

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

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

Sinds 2007 zijn 10 PIT-projecten operationeel. Deze projecten worden voortgezet en er zullen 6 nieuw projecten worden opgestart (hiervoor is 960.000 euro voorzien in 2009). Er zal ook meer geïnvesteerd worden in de contacten tussen het PIT en de referentiearts.

Een gecertificeerde opleiding ALS (*Advanced life support*) zal aangeboden worden aan de verpleegkundigen die deelnemen aan de PIT.

à cette garde relève de l'Aide Médicale Urgente, tandis que d'autres appels, qui traduisent un recours abusif à la garde de médecine générale, doivent néanmoins être pris en charge par cette garde suite à l'obligation qu'a le médecin de garde de répondre à tous les appels.

Pour ces différentes raisons, il devient essentiel de mener des projets permettant d'évaluer la faisabilité, les risques et les conditions de mise en œuvre d'une intégration plus dynamique des services de garde de médecine générale au sein de la Régulation médicale assurée par les C100.

Pour ce faire, deux projets pilotes seront lancés au nord (dans la région de Bruges) et au sud du pays (dans le Hainaut), avec la collaboration des cercles de Médecine Générale et des centrales 100.

8.3. Organisation et équipement

Depuis 2006, plusieurs projets essentiels pour une nouvelle organisation de l'Aide médicale urgente ont été lancés:

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

Le PIT est également une plateforme technologique médicale pour demain.

Depuis 2007, 10 projets PIT sont opérationnels. Ces projets seront poursuivis et six nouveaux projets seront créés (960.000 euros sont prévus à cet effet en 2009). On investira plus avant dans la connexion entre le PIT et le médecin référent.

Une formation certifiante ALS (*Advanced life support*) sera offerte aux infirmiers participant aux PIT.

Project MUG-P:

Het is duidelijk dat het instellen van een PIT het beroep doen op een MUG vermindert. In de huidige context van het tekort aan spoedartsen zal dit proefproject de mogelijkheden uittesten van de aanwending van een nieuwe manier van interventie van de DGH die, op basis van de indicatie van de regulering, zal gebruikt worden als MUG (ziekenhuisteam bestaande uit een spoedarts en een verpleegkundige spoedgevallenzorg) voor de meest ernstige interventies of als een PIT (ziekenhuisteam bestaande uit een verpleegkundige spoedgevallenzorg) voor de middelmatig ernstige interventies, met als gevolg dat de MUG veel minder vaak zal moeten uitrukken en de arts bijgevolg meer tijd zal kunnen wijden aan de spoedgevallendienst.

– Gelijktijdig hiermee is een programmering van de inzetbare middelen essentieel, samen met de vastlegging van criteria voor de erkenning van de ambulancediensten. In dit kader en in dat van de hervorming van de civiele veiligheid, moeten de opdrachten op het vlak van de volksgezondheid die worden uitgevoerd door de brandweerdiensten, een nieuwe en duurzame plaats krijgen binnen deze visie.

– De projecten voor het registreren van de interventies SMUREG en PITREG maken het mogelijk de overheid beter te informeren over de reële werking van de DGH. Deze projecten zullen in 2009 aangevuld worden met de automatische gegevensopvang van bepaalde registratiegegevens en met studies over de specifieke pathologiegroepen hartstilstand, pijn in de borstkas en ernstig trauma. Deze studies zullen gebeuren in samenwerking met het College Kwaliteit Urgentiegeneeskunde en voor de hartstilstand in het kader van een studie van het European Resuscitation Council (ERC).

– Het creëren van een wettelijke basis voor de registratie van de interventies van de ziekenwagens zal het mogelijk maken het registratieproject AMBUREG op te starten. De definitieve uitwerking van de UREG-registratie in 2009 zal deze registraties vervolledigen en een grotere reactivering van de gezondheidsbewaking mogelijk maken.

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

Projet SMUR-P:

Il est clair que la mise en œuvre d'un PIT diminue le recours au SMUR. Dans le contexte actuel de pénurie de médecins urgentistes, ce projet pilote va tester les possibilités de mise en œuvre d'un nouveau moyen d'intervention de l'AMU qui, sur base de l'indication de la régulation, sera utilisé comme SMUR (équipe hospitalière composée d'un médecin et d'un infirmier urgentistes) pour les missions les plus graves ou comme PIT (équipe hospitalière composée d'un infirmier urgentiste) pour les interventions de gravité modérée, avec, pour conséquence, une réduction du nombre de sorties SMUR et, par conséquent, une augmentation du temps que le médecin peut consacrer au service des urgences.

– Parallèlement, une programmation des moyens ambulanciers est essentielle, ainsi que la fixation des critères d'agrément des services ambulanciers. Dans ce cadre et dans celui de la réforme de la sécurité civile, les missions de santé publique effectuées par les services d'incendie doivent trouver une place nouvelle et durable dans cette vision.

– Les projets d'enregistrement de l'activité, SMUREG et PITREG permettent d'éclairer l'autorité sur le fonctionnement réel de l'AMU. Ces projets seront complétés, en 2009, par une saisie automatisée de certaines données de l'enregistrement et par des études des groupes spécifiques de pathologie que sont l'arrêt cardiaque, la douleur thoracique, le stroke et le traumatisme sévère. Ces études se feront avec la collaboration du Collège Qualité de Médecine d'Urgence et, pour l'arrêt cardiaque, dans le cadre d'une étude de l'European Resuscitation Council (ERC).

– La création d'une base légale à l'enregistrement de l'activité des ambulances permettra d'initier le projet d'enregistrement AMBUREG. La finalisation de l'enregistrement UREG, en 2009, complétera ces enregistrements et permettra une plus grande réactivité de la veille sanitaire.

– La mise en œuvre des systèmes radio ASTRID doit être achevée pour mars 2009. Cela signifie non seulement l'équipement des moyens d'intervention, mais aussi des centrales 100 en attendant une solution définitive dans le cadre du CAD Astrid mis en place avec le soutien de la Santé publique par le SPF Intérieur.

– Een deelname aan de organisatie van de DGH in de provincies Vlaams-Brabant, Waals-Brabant en Luxemburg, met de bedoeling om tot een betere dekking te komen van het grondgebied, onder meer via een vermindering van de interventietijd van de hulpdiensten van de DGH.

Tot slot zal het forfaitaire honorarium van de wachtdienst Directeur van de geneeskundige hulpverlening geherwaardeerd worden en van 60 euro naar 100 euro gebracht worden (146.000 euro zijn voorzien in 2009).

8.4. Competenties

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

De inschrijving van de hulpverleners-ambulanciers bij de gezondheidsberoepen zal het mogelijk maken de wettelijke basis te verschaffen waarmee ze bepaalde handelingen kunnen uitvoeren die voorbehouden zijn aan de gezondheidszorgberoepen: dit is voorzien in het ontwerp van gezondheidswet dat in de Kamer in onderzoek is.

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

8.5. eCall

Diverse projecten, zowel afkomstig van de verzekeringsmaatschappijen als van de autoconstructeurs, stellen voor om, vanuit een voertuig dat in moeilijkheden verkeert, een bepaald alarmsignaal naar een oproepcentrale te sturen die het, na validatie, eventueel kan verder sturen naar een van de oproepcentrales van het land (100-centrales).

Zowel op het niveau van de dringende geneeskundige hulpverlening als van dat van de politiediensten, is er een consensus inzake de interesse voor een dergelijk project dat zeker toekomst heeft en waarmee de hulpverlening aan de burger op een andere manier kan gebeuren.

Hiertoe moet echter het wettelijk kader gecreëerd worden en moet men definiëren hoe de oproepen zullen behandeld worden, onder meer door integratie van de automatische oproep, de interventie van een intermediair

– Une participation à l'organisation de l'AMU dans les provinces du Brabant Flamand, du Brabant Wallon et du Luxembourg dans le but de permettre une meilleure couverture du territoire, notamment par une diminution des délais d'intervention des secours de l'AMU.

Enfin, l'honoraire forfaitaire de la garde Directeur de l'Aide médicale sera revalorisé pour passer de 60 euros à 100 euros (146.000 euros sont prévus en 2009).

8.4. Compétences

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

L'inscription des secouristes-ambulanciers dans les professions de la santé permettra d'offrir la base légale leur permettant de pratiquer les certains actes réservés aux professions des soins de la santé: c'est prévu dans le projet de loi santé en cas d'examen à la Chambre.

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

8.5. eCall

Divers projets, qui émanent tant des sociétés d'assurance que des constructeurs automobiles, proposent de déclencher, à partir d'un véhicule en difficulté, une alarme-événement vers une centrale d'appel qui, après validation, peut conduire à un appel vers l'un des centres d'appel unifié du pays (centres 100).

Tant au niveau de l'Aide médicale urgente, que de la Sécurité civile ainsi que des services de Police, un consensus existe pour marquer son intérêt face à un tel projet, certainement porteur d'avenir et d'une nouvelle approche du secours au citoyen.

Il convient de créer le cadre légal et de définir l'organisation du traitement des appels, en intégrant notamment l'automatisation de l'appel, l'intervention d'un centre de traitement intermédiaire, la validation de l'alarme et la

behandelingscentrum, de validatie van de alarmoproep en de bescherming van de private levenssfeer, vooraleer *eCall* in werking kan komen.

Deze automatisering geldt eveneens voor het in dienst stellen van de AED (Automatische Externe Defibrilators) die toegankelijk zijn voor het publiek en die gekoppeld zijn met de oproep naar de Dringende Geneeskundige Hulpverlening via het eengemaakt oproepnummer 100/112.

9. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Het beleid in de geestelijke gezondheidszorg dient gebaseerd te worden op de noden van de patiënt en zijn familie. Zij vormen immers de spil voor de verdere uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg. beter te doen aansluiten bij de behoeften.

In het Regeerakkoord wordt de klemtoon gelegd op de verdere invulling van de hiaten in het zorgaanbod, zowel voor de bestaande doelgroepen van kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen als voor nieuwe doelgroepen zoals volwassenen met een dubbele diagnostiek (meer bepaald personen met een mentale handicap en gedragsproblemen). Er zullen extra impulsen worden gegeven om te komen tot een herorganisatie van de residentiële geestelijke gezondheidszorg naar meer gemeenschapsgerichte zorg. Via B4-overeenkomsten zullen de psychiatrische ziekenhuizen een deel van hun budget van financiële middelen flexibel kunnen inzetten ter realisatie van artikel 97ter van de ziekenhuiswet en via de ZIV-wet (voor de geneesherenhonoraria). Bovendien zal de herinvestering van de middelen van de uitdovende PVT-bedden een stimulant zijn in de organisatie van zorgvormen die de reïntegratie van de psychiatrische patiënt in de samenleving ondersteunt.

Samenwerking tussen alle actoren op het terrein en tussen de verschillende bevoegde overheden is de sleutel tot de organisatie van een degelijk geïntegreerd vraaggericht zorgaanbod. Om alle partners in de zorgverlening op mekaar af te stemmen is het essentieel elke bevoegde overheid te betrekken bij het uitwerken van een nieuw organisatie-model voor de GGZ. Hiervoor zal een duidelijk raamkader, uitgewerkt door de werkgroep psychiatrie van de NRZV, worden aangeboden aan de sector.

protection de la vie privée, préalablement à la mise en œuvre de l'*eCall*.

Cette automatisation vaut également pour la mise en service de DEA (Défibrillateurs Externes Automatiques) accessibles au public et couplés avec l'appel à l'Aide Médicale Urgente via le système d'appel unifié 100/112.

9. SANTÉ MENTALE

La politique en soins de santé mentale doit se baser sur les besoins du patient et sa famille. C'est l'axe de la mise en place future des soins de santé mentale. En réponse à l'appel de l'OMS, en 2009, des efforts supplémentaires seront aussi consentis pour mieux faire correspondre l'offre des soins de santé mentale (SSM) aux besoins.

Dans l'Accord de Gouvernement, l'accent est mis sur les lacunes de l'offre de soins tant pour les groupes cibles existants des enfants et jeunes, des adultes et des personnes âgées que pour les nouveaux groupes cibles comme les adultes présentant un double diagnostic (plus spécifiquement les personnes avec un handicap mental et des problèmes comportementaux). Des incitants supplémentaires seront donnés pour arriver à une réorganisation de soins de santé en résidence et des soins visant plus le communautaire. Grâce aux conventions B4, les hôpitaux psychiatriques pourront engager une partie de leur budget des moyens financiers en vue d'exécuter l'article 97ter de la loi sur les hôpitaux et aussi de la loi sur l'assurance maladie-invalidité (pour les honoraires de médecins). En outre, le réinvestissement des moyens des lits d'extinction MSP représentera un stimulant pour l'organisation des formes de soins soutenant la réintégration du patient psychiatrique dans la société.

La collaboration entre tous les acteurs sur le terrain et entre les différentes autorités compétentes est la clé pour organiser cette offre intégrée de soins visant la demande. Pour accorder tous les partenaires prestataires de soins, il est essentiel d'impliquer chaque autorité compétente dans la mise en place d'un nouveau modèle organisationnel des soins de santé mentale. Un cadre clair, élaboré par le groupe de travail Psychiatrie du CNEH, sera ainsi proposé au secteur.

Sleutelinterventies:

Doelgroep «volwassenen».

Er verblijft vandaag een grote groep geïnterneerden in de Belgische gevangenissen die nood hebben aan een kwaliteitsvolle opvang buiten de gevangenissen in combinatie met behandeling, verzorging en begeleiding, met het oog op zoveel mogelijk reïntegratie in de maatschappij. Naast de uitbreiding van de reeds bestaande intensieve behandel eenheden voor *medium risk*-geïnterneerden, zal er een verhoogde personeelsomkadering voorzien worden voor specifieke eenheden voor intensieve behandeling van seksueel delinquenten. Dit nieuwe initiatief is een gedeelde verantwoordelijkheid met de minister van Justitie omdat er ook een belangrijk veiligheidsaspect aanwezig is naast de verzorging en behandeling van deze doelgroep. RIZIV budget = 3,8 miljoen euro.

De creatie van een specifiek zorgprogramma voor personen met een mentale handicap en gedragsproblemen wordt samen met de overlegplatforms van de geestelijke gezondheidszorg voorbereid. Hierbij wordt rekening gehouden met het advies dat de werkgroep psychiatrie van de NRZV hieromtrent uitbracht. Tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 13 juni 2008 werden een aantal projecten aangebracht vanuit de Gemeenschappen en Gewesten waarbij de klemtoon werd gelegd op de outreach-opdracht vanuit de psychiatrische ziekenhuizen naar de instellingen voor personen met een mentale handicap.

In samenspraak met de overeenkomstencommissie psychiatrie van het RIZIV en de werkgroep psychiatrie van de NRZV, zal onderzocht worden in welke mate in 2009 kan gestart worden met een aantal projecten.

Voor de initiatieven beschut wonen (IBW) zal de afrekening van het sociaal akkoord 2005 inzake de maatregelen einde loopbaan worden uitgevoerd in 2009.

De projecten psychiatrische zorg in de thuissituatie (PZT) spelen een belangrijke rol in de organisatie en de ondersteuning van de geestelijke gezondheidszorg in de thuissituatie en draagt in belangrijke mate bij tot de reïntegratie van de persoon in de maatschappij.

Om de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van deze projecten in de thuissituatie te vergroten werd een budget voorzien van 0,5 miljoen euro voor de financiering van de werkmiddelen. Bovendien werd conform het advies van de werkgroep psychiatrie van de NRZV van februari 2006, een budget van 1,341 miljoen euro voorzien voor de uitbreiding met 11 projecten.

Interventions clés:

Groupe cible «adultes»

Un groupe assez important d'internés séjourne dans les prisons belges qui devrait pouvoir bénéficier d'un accueil de qualité en dehors des prisons, en combinaison avec des traitements, des soins et un accompagnement, et ce dans l'optique le plus possible d'une resocialisation. En plus de l'extension des unités de traitement déjà existantes pour les internés «*Medium risk*», il faut prévoir une augmentation de l'encadrement pour les unités spécifiques de traitement intensif des délinquants sexuels. Cette nouvelle initiative est une responsabilité partagée avec le Ministre de la Justice parce qu'il y a aussi un aspect important de sécurité en plus des soins et des traitements dispensés à ce groupe, Budget INAMI = 3,8 millions d'euros.

La création d'un programme de soins spécifique pour les personnes présentant un handicap mental et des problèmes comportementaux se prépare avec les plateformes de concertation des soins de santé mentale. Il faudra tenir compte de l'avis émis par le groupe de travail «psychiatrie» du Conseil National des Établissements hospitaliers. Lors de la Conférence interministérielle Santé publique du 13 juin 2008, les Communautés et Régions ont proposé une série de projets où l'accent a été mis sur la mission d'outreaching, venant des institutions psychiatriques vers les institutions de personnes handicapées mentales.

En concertation avec la commission de convention Psychiatrie de l'INAMI et le groupe de travail Psychiatrie du Conseil national des établissements hospitaliers, il sera examiné de quelle manière peut débiter une série de projets en 2009.

Pour les initiatives «habitations protégées», le paiement de l'accord social 2005 concernant les mesures fin de carrière sera exécuté en 2009.

Les projets de soins psychiatriques à domicile jouent un rôle important dans l'organisation et le soutien des soins de santé mentale et contribue dans une large mesure à la réintégration de la personne dans la société.

Pour augmenter l'accessibilité financière et l'accès à ces projets «domicile», un budget de 0,5 million d'euros a été repris pour le financement des frais de fonctionnement. En outre, conformément à l'avis du groupe de travail «psychiatrie» du CNEH de février 2006, un budget de 1,341 millions euros est prévu pour l'extension de 11 projets.

Doelgroep: kinderen en jongeren

In 2006 werd de nieuwe wet op de jeugdbescherming gepubliceerd. Vandaar dat in 2007 en in 2008 extra middelen werden voorzien voor de uitwerking van een zorgprogramma van forensisch jeugdpsychiatrische zorg als onderdeel van de doelgroep kinderen en jongeren. De middelen voor 2008 waren echter onvoldoende om een bijkomend residentieel aanbod voor deze doelgroep op te richten. Vandaar dat in het budget 2009 een complement werd voorzien opdat vanaf 1 januari 2009 6 nieuwe intensieve behandelunits kunnen worden opgestart waardoor een antwoord wordt geboden aan de uitvoering van het artikel 37, § 2, van de wet op de jeugdbescherming.

Doelgroep: ouderen

Naast de doelgroep voor volwassenen en kinderen en jongeren, dienen er zich specifieke uitdagingen aan ten aanzien van ouderen met een probleem inzake geestelijke gezondheid en ouder wordende psychiatrische patiënten. In 2009 kan er werk worden gemaakt om het beleid van zowel ouderenzorg als geestelijke gezondheidszorg dichter bij elkaar te brengen opdat sectoroverschrijdende initiatieven worden opgestart.

Daarnaast kunnen de middelen van de alternatieve zorgvormen binnen ouderenzorg die voorzien zijn in 2009 voor de groep van thuiswonende oudere, ook een psychologische begeleiding worden voorzien voor de mantelzorg. Tot slot kunnen er ook via de uitvoering van artikel 97ter vanuit de psychiatrische ziekenhuizen gezamenlijke projecten worden opgestart met de ouderenzorgvoorzieningen voor die ouderen met een somatische en psychische problematiek.

10. OUDERENZORG

De grootste uitdaging die we vandaag en in de toekomst wensen aan te gaan is de organisatie van kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg voor ouderen met complexe hulpvragen, ongeacht de plaats waar ze verblijven. Vanuit een diep respect voor die mensen die ook jarenlang in de opbouw van onze samenleving hebben geïnvesteerd willen we ook op ons beurt zorg voor hen dragen door bijkomende investeringen te voorzien in de ouderenzorg.

Deze middelen dienen op een efficiënte en effectieve manier te worden ingezet opdat er niet alleen meer en betere zorg kan worden geleverd maar ook de financiële toegankelijkheid van deze zorg niet in het gedrang mag komen. Dit veronderstelt dus niet alleen meer handen aan het bed maar vergt eveneens een betere organisatie

Groupe cible: enfants et jeunes

En 2006, la nouvelle loi sur la protection de la jeunesse a été publiée. Des moyens supplémentaires ont donc été prévus en 2007 et 2008 pour l'élaboration d'un programme de soins de psychiatrie-médico légale pour les adolescents comme sous-partie du groupe cible des enfants et des jeunes. Les moyens pour 2008 étaient cependant insuffisants pour créer une offre résidentielle supplémentaire pour ce groupe. Dans le budget 2009, un complément a donc été prévu pour qu'à partir du 1/1/2009, 6 nouvelles unités de traitement intensif puissent démarrer et donner ainsi une réponse à l'exécution de l'article 37, § 2, de la loi sur la protection de la jeunesse.

Groupe cible: les personnes âgées:

En plus du groupe des adultes, des enfants et des jeunes, des défis spécifiques se posent à l'égard des personnes âgées souffrant de problèmes de santé mentale et devenant des patients psychiatriques. En 2009, il faudra veiller à rapprocher la politique tant des soins aux personnes âgées que des soins de santé mentale pour que des initiatives intersectorielles démarrent.

En plus des moyens prévus pour les projets de soins alternatifs prévus en 2009 pour le groupe des personnes âgées à domicile, on peut prévoir un accompagnement psychologique pour l'aidant informel. Enfin, par l'exécution de l'article 97ter, des projets venant des hôpitaux psychiatriques en faveur des personnes présentant une problématique somatique et psychique peuvent être menés conjointement avec les établissements pour personnes âgées.

10. SOINS AUX PERSONNES AGÉÉES

Le plus grand défi auquel nous souhaitons répondre aujourd'hui et demain est l'organisation de soins de qualité et accessibles pour les personnes âgées, ayant des demandes de soins complexes, quel que soit l'endroit où elles séjournent. Avec un profond respect pour ces personnes qui ont investi dans la société, nous voulons, à notre tour, leur apporter de l'attention, en prévoyant des investissements supplémentaires.

Ces moyens doivent être investis de manière efficace et efficiente pour que non seulement de meilleurs et davantage de soins soient offerts mais aussi pour que l'accès de ces soins ne soit pas entravé sur le plan financier. Cela suppose non seulement plus de personnel mais aussi une meilleure organisation de soins sur mesure,

van de zorg op maat van de oudere, investeren in de kwaliteit van mensen en het stimuleren van een cultuur van samenwerking.

Sleutelinterventies:

Zorg in de thuissituatie:

In het kader van het derde protocolakkoord, wordt in 2009 een extra stimulans gegeven aan de verdere ondersteuning van de oudere en zijn mantelzorger in de thuissituatie. Naast de reeds gekende alternatieve zorgvormen zoals het centrum voor kortverblijf en de centra voor dagverzorging, wordt er gestreefd naar zorgvernieuwing dat vandaag nog niet is ingebed in het huidig regelgevend kader zoals crisisopvang, nachtopvang, verstrekkingen van ergotherapeuten en psychologen in de thuissituatie, samenwerking tussen de verschillende actoren,...

Deze zorgvormen zullen vanaf 1 april 2009 onder de vorm van projecten geoperationaliseerd worden waarvoor een budget van 5,2 miljoen euro werd voorzien.

Zorg in het woon- en zorgcentrum:

De inspanningen die geleverd worden voor een betere omkadering van zwaar zorgbehoevende ouderen in de woon- en zorgcentra worden voortgezet. In het kader van het derde protocolakkoord is een budget van 20,9 miljoen euro in 2009 voorzien voor de reconversie van rusthuisbedden naar plaatsen in het rust- en verzorgingstehuis. Dit betekent een verhoging van het normpersoneel in de zorg met ongeveer 400 voltijds equivalenten.

Daarnaast is er een globaal bedrag voorzien van 24,5 miljoen euro om in 2009 nieuwe initiatieven te financieren dat de kwaliteit van zorg zal verhogen met inbegrip van de mogelijke meerkost van de loonharmonisering van het verzorgend en logistiek personeel. In 2009 zou er ook gestart kunnen worden met een aantal pilootprojecten inzake infectiebeheersing in de woon- en zorgcentra. MRSA is een belangrijke oorzaak van ziekenhuisinfecties (nosocomiale infecties). Aangehouden inspanningen zoals richtlijnen voor een rationeel antibioticagebruik, de antibioticacampagnes en handhygiëncampagnes in de ziekenhuizen hebben geleid tot een duidelijke verbetering op deze gebieden. Deze activiteiten dienen verder gezet en uitgebreid te worden naar de woon- en zorgcentra.

des investissements dans la qualité des personnes et la stimulation d'une culture de coopération.

Interventions clés:

Soins à domicile:

Dans le cadre du troisième protocole d'accord, une impulsion supplémentaire a été donnée au soutien de la personne âgée et aux aides reçues à domicile. En plus des formes de soins alternatives connues, comme le centre de court séjour, les centres de soins de jour, on recherche une nouvelle forme de soins qui aujourd'hui n'a pas encore de place dans l'actuel cadre réglementaire, comme l'accueil de crise, l'accueil de nuit, les prestations des ergothérapeutes et des psychologues à domicile, la collaboration entre les différents acteurs,...

Ces formes de soins seront rendues opérationnelles à partir du 1^{er} avril 2009 sous la forme de projets pour lesquels un budget de 5,2 millions d'euros a été prévu.

Soins dans les centres de séjour et de soins

Les efforts fournis en vue d'un meilleur encadrement des personnes âgées demandant des soins lourds dans les centres de soins et de séjour vont être maintenus. Un budget de 20,9 millions d'euros a été prévu en 2009 pour la reconversion des lits de maison de repos en des lits de maison de repos et de soins.

En outre, un montant global de 24,5 millions d'euros est prévu en 2009 pour financer de nouvelles initiatives qui amélioreront la qualité des soins, y est compris le coût supplémentaire éventuel de l'harmonisation salariale du personnel de soin et logistique. En 2009, une série de projets pilotes va démarrer concernant la gestion des infections dans les centres de séjour et de soins. Le MRSA (staphylocoque doré) est une cause importante d'infections dans les hôpitaux (infections nosocomiales). Des efforts soutenus, comme des directives pour une utilisation rationnelle des antibiotiques, des campagnes sur les antibiotiques et des campagnes sur l'hygiène des mains dans les hôpitaux ont conduit à une amélioration certaine dans ces domaines. Ces activités doivent être poursuivies et élargies aux centres de séjour et de soins.

11. BESTRIJDING VAN DE VERSLAVINGEN

11.1. Bestrijden van het problematisch gebruik van alcohol:

Tijdens de Interministeriële Conferentie van 17 juni 2008, hebben alle ministers van Volksgezondheid van het land besloten om een gezamenlijk standpunt in te nemen in een document getiteld «gemeenschappelijke verklaring betreffende het toekomstige alcoholbeleid». De aanwending van de voorgestelde maatregelen zal het voorwerp zijn van overleg met en in alle regeringen van het land. Dit overleg is bezig op federaal niveau. De nagestreefde doelstelling is uiteraard om ter zake te komen tot een geïntegreerd en overlegd beleid. In het kader van deze gesprekken zal ik bijzondere aandacht hebben voor de sociaal zwakkeren die stoornissen vertonen die te wijten zijn aan overmatig alcoholverbruik, evenals aan de problematiek van binge drinking (snel dronken worden) bij pubers en adolescenten.

Verder lijkt de Cel Gezondheidsbeleid Drugs, die op 30 september 2008 ingesteld werd, mij de ideale plaats te zijn om een discussie te voeren over de invoering van een gecoördineerd en efficiënt beleid tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus.

11.2. Bestrijden van tabaksgebruik:

Zoals aangekondigd heeft het parlement een evaluatie uitgevoerd van het tabaksverbod op openbare plaatsen. Als gevolg van deze evaluatie werd een wetsvoorstel ingediend, dat het verbod op tabaksgebruik in de hele horecasector beoogt. De hele sector werd gehoord en heeft haar standpunt hierover bekend kunnen maken. Het voorstel is momenteel voor advies bij de Raad van State.

De FOD Volksgezondheid heeft van haar kant de controles inzake tabak opgevoerd (er werden 8 nieuwe onderzoekers-controleurs aangeworven) en, gelet op het toenemend aantal rokers bij de jongeren, bijzondere aandacht besteed aan het verbod van verkoop aan de min 16-jarigen.

Men zal dus nog maatregelen moeten nemen om het tabaksverbruik te ontmoedigen. Hiertoe moet een duidelijke boodschap gericht worden aan de tabaksindustrie, die niet aarzelt om talrijke technieken te gebruiken om het verbod, dat van toepassing is inzake reclame en sponsoring van evenementen (zomerfestivals,...), te omzeilen.

11. LUTTE CONTRE LES ASSUÉTUDES

11.1. Lutte contre la consommation problématique d'Alcool:

L'ensemble des ministres de la Santé du pays ont, lors de la Conférence interministérielle du 17 juin 2008, décidé d'adopter une attitude commune dans un document intitulé «déclaration conjointe en matière d'Alcool». La mise en œuvre des mesures proposées fera donc l'objet de concertation avec et dans l'ensemble des Gouvernements du Pays. Ces concertations sont en cours au niveau fédéral. L'objectif poursuivi est bien évidemment d'arriver à mener une politique intégrée et concertée en la matière. Dans le cadre de ces discussions, je serai particulièrement attentive à la situation des personnes socialement défavorisées présentant des troubles liés à la surconsommation d'alcool ainsi qu'à la problématique du binge drinking («biture expresse») chez les pré-ados et ados.

Par ailleurs, la Cellule générale de Politique en matière de Drogues dont la mise en place a eu lieu le 30 septembre 2008, peut être le lieu idéal pour discuter de la mise en œuvre d'une politique coordonnée et efficace entre les différents niveaux de pouvoirs compétents en cette matière.

11.2. Lutte contre le tabac:

Comme annoncé, le Parlement a procédé à l'évaluation de l'interdiction du tabac dans les lieux publics. Suite à cette évaluation, une proposition de loi visant à interdire le tabac à l'ensemble du secteur Horeca a été déposée. L'ensemble du secteur concerné a été auditionné et a pu faire valoir son point de vue sur la question. Cette proposition est, à l'heure actuelle, au Conseil d'État pour avis.

De son côté, le SPF Santé publique a amplifié les contrôles en matière de tabac (8 nouveaux enquêteurs-contrôleurs ont été recrutés) en accordant une attention particulière à l'interdiction de la vente aux moins de 16 ans eu égard à l'augmentation croissante du nombre de fumeurs chez les jeunes.

Il faudra donc continuer à prendre des mesures en vue de décourager le comportement tabagique. Pour ce faire, un message clair doit être adressé à l'Industrie du Tabac qui n'hésite pas à user de nombreuses techniques pour échapper à l'interdiction applicable en matière de publicité et de sponsoring d'événements (festival d'été,...).

11.3. Andere verslavingen:

De oprichting van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs zal het mogelijk maken om niet alleen de gegevensuitwisseling te optimaliseren, maar ook het overleg in alle domeinen die te maken hebben met drugsproblematiek eindelijk te optimaliseren.

De projecten die opgestart werden tijdens de vorige regeerperiode zullen uiteraard worden voortgezet, onder meer en bij wijze van voorbeeld het proefproject waarbij een centrum voor het afleveren van diacetylmorfine onder medisch toezicht in Luik wordt geopend, in samenwerking met de stad, de gerechtelijke autoriteiten, de gemeentelijke autoriteiten en de Universiteit van Luik.

In het kader van het Fonds tot bestrijding van de verslavingen, zal de prioriteit verder uitgaan naar innoverende projecten die tot doel hebben om te beantwoorden aan de behoeften die men op het terrein ervaart.

12. THERAPEUTISCHE RISICO'S

De toepassing van het traditionele stelsel van burgerlijke aansprakelijkheid inzake het domein van de medische fouten en de medische ongevallen is niet meer bevredigend, noch voor de patiënt, noch voor de beoefenaars van een gezondheidsberoep, noch voor de verzekeraars en dit voornamelijk wegens het feit dat het gewone stelsel van de burgerlijke aansprakelijkheid inadequaat is ten aanzien van het medisch risico. Het traditioneel systeem beantwoordt niet meer aan de verwachtingen van het terrein. Bij wijze van voorbeeld:

- Men stelt vast dat er talrijke gevallen zijn waarbij er voor het slachtoffer van een medisch ongeval geen enkele vergoeding bestaat;
- De gerechtelijke procedure duurt vaak lang, is zwaar en duur;
- Gelet op het toenemend aantal rechtszaken ziet men de ontwikkeling van defensieve medische handelingen vanwege het medisch corps;
- De verzekeringspremies stijgen en men stelt vast dat bepaalde verzekeringsmaatschappijen weigeren om de integrale schade te dekken.

De wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg heeft het aanbrengen van een oplossing voor deze verschillende problemen tot doel.

Er wordt voorzien dat het slachtoffer zal vergoed worden voor elke ongeval in verband met een zorgverstrekking. Het slachtoffer zal dus geen fout meer moeten bewijzen in hoofde van de beroepsbeoefenaar. Het zal

11.3. Autres assuétudes:

La mise en place de la Cellule générale de Politique en matière de Drogues permettra enfin d'optimiser l'échange d'informations mais également la concertation dans tous les domaines qui touchent à la problématique des drogues.

Par ailleurs, les projets initiés sous la précédente législature seront bien évidemment poursuivis dont notamment à titre d'exemple, le projet pilote d'ouverture d'un centre de délivrance de diacétylmorphine sous contrôle médical à Liège en collaboration avec la Ville, les autorités judiciaires et l'Université de Liège.

Dans le cadre du Fonds de lutte en matière d'assuétudes, la priorité continuera à être donnée à des projets innovants ayant pour objectif de répondre aux besoins rencontrés sur le terrain.

12. ALÉAS THÉRAPEUTIQUES

L'application du régime traditionnel de la responsabilité civile au domaine des accidents erreurs et des accidents médicaux n'est plus satisfaisante, ni pour le patient, ni pour les professionnels de la santé, ni pour les assureurs et ce, essentiellement, en raison de l'inadéquation du régime ordinaire de la responsabilité civile au risque médical. Le système traditionnel ne répond plus aux attentes du terrain. À titre d'exemples:

- On relève de nombreux cas où aucune indemnisation n'est disponible pour la victime d'un accident médical;
- La procédure judiciaire est souvent longue, lourde et coûteuse;
- On assiste à un développement de pratiques de médecine défensive de la part du corps médical vu le nombre croissant d'actions en justice;
- Les primes d'assurance augmentent et on constate des refus de certaines sociétés d'assurance de couvrir l'intégralité du dommage.

La loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé a pour objectif d'apporter une solution à ces différents problèmes.

Il est ainsi prévu que l'indemnisation de la victime sera accordée pour tout accident lié à une prestation de soins. La victime ne devra donc plus démontrer de faute du professionnel de la santé. Elle devra uniquement

uitsluitend moeten aantonen dat het een vergoedbare schade geleden heeft en dat deze schade in verband staat met een verstrekking van zorg. De wet voorziet eveneens de oprichting van een Fonds voor de vergoeding van ongevallen in de gezondheidszorg om, samen met de verzekeringsmaatschappij van de betrokken beroepsbeoefenaar, in de vergoeding tussen te komen.

De wet moest aanvankelijk van kracht worden op 1 januari 2008. Wegens de verlengde periode van lopende zaken die volgde op de federale verkiezingen van juni 2007, werd de datum van inwerkingtreding verdaagd naar 1 januari 2009. Bovendien moesten er voor de inwerkingtreding nog talrijke uitvoeringsbesluiten worden genomen. Hiertoe werd een werkgroep opgericht met daarin de vertegenwoordigers van alle betrokken sectoren (artsen, patiënten, ziekenhuizen, ziekenfondsen, verzekeringen) opgericht door de FOD Volksgezondheid. Deze werkgroep kwam tot de conclusie dat de wet moest geamendeerd worden op bepaalde punten, opdat een soepele en probleemloze inwerkingtreding kan worden gegarandeerd. Op basis van de resultaten van de werkgroep werd op 4 juli 2008 een voorontwerp van wet uitgewerkt en voorgelegd aan de Ministerraad. Bij die gelegenheid wenste de regering dat de denkoefening over meerdere vragen zou worden voortgezet, die daarna het voorwerp waren van een nieuw overleg met de betrokken sectoren.

Uit het overleg blijkt dat er een ruime consensus is ten gunste van een systeem dat soortgelijk is met hetgeen nu van kracht is in Frankrijk, uiteraard met bepaalde varianten en aanpassingen, eigen aan de Belgische context. Deze standpunten bevestigen de trend die reeds naar voor kwam bij het einde van de werkzaamheden van de werkgroep die tijdens de periode van lopende zaken ingesteld werd door de FOD. Het nieuwe element hier is dat er een algemene convergentie is naar het Franse systeem, dat in werking is sedert 2002 en dat sedertdien zijn efficiëntie heeft aangetoond.

Onder die voorwaarden heb ik aan de Ministerraad gevraagd om de wet aan te passen, teneinde rekening te houden met dit algemeen verlangen van de verschillende betrokken actoren.

Ik heb mijn diensten dus reeds belast met het opstellen van een wetsontwerp in die zin. Gelijktijdig werd het federaal kenniscentrum belast met het realiseren van een studie over de budgettaire weerslag die het overzetten zou hebben in België van een systeem dat vergelijkbaar is met het Franse.

Op deze manier zal de effectieve toepassing van het vergoedingsmechanisme kunnen gebeuren met de steun van alle actoren op het terrein, hetgeen natuurlijk een

démontrer qu'elle a subi un dommage indemnifiable et que celui-ci est lié à une prestation de soins. La loi prévoit également la création d'un Fonds d'indemnisation des accidents soins de santé pour intervenir conjointement dans l'indemnisation aux côtés de la compagnie d'assurance du prestataire de soins concerné.

La loi devait initialement entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2008. En raison de la période prolongée d'affaires courantes qui a suivi les élections fédérales de juin 2007, la date d'entrée en vigueur a été reportée au 1^{er} janvier 2009. Par ailleurs, de nombreux arrêtés d'exécution devaient être pris préalablement à l'entrée en vigueur. A cette fin, un groupe de travail reprenant des représentants de l'ensemble des secteurs concernés a été mis sur pied par SPF Santé publique (médecins, patients, hôpitaux, mutuelles, assurances). Ce groupe de travail est arrivé à la conclusion que la loi devait être amendée sur certains points afin d'assurer une entrée en vigueur souple et sans encombre. Sur base des résultats du groupe de travail, un avant-projet de loi a été rédigé et présenté au Conseil des ministres du 4 juillet 2008. A cette occasion, le Gouvernement a souhaité que la réflexion soit poursuivie sur plusieurs questions, qui ont ensuite fait l'objet d'une nouvelle concertation avec les secteurs concernés.

Il ressort des concertations qu'un large consensus existe en faveur d'un système similaire à celui actuellement en vigueur en France, avec bien entendu certaines variantes et adaptations propres au contexte belge. Ces positions confirment la tendance observée à la fin des travaux du groupe de travail mis en place par le SPF pendant la période d'affaires courantes. L'élément neuf est la convergence générale vers le système français, lequel est en vigueur depuis 2002, et a démontré son efficacité depuis lors.

Dans ces conditions, j'ai proposé au Conseil des ministres d'adapter la loi afin de tenir compte de cette aspiration générale des différents acteurs concernés.

J'ai d'ores et déjà chargé mes services de procéder à la rédaction d'un projet de loi en ce sens. Parallèlement, le centre fédéral d'expertise a été chargé de réaliser une étude de l'incidence budgétaire qu'aurait la transposition en Belgique d'un système comparable au système français.

De la sorte, la mise en œuvre effective du mécanisme d'indemnisation pourra être accomplie avec le soutien de l'ensemble des acteurs de terrain, ce qui constitue

zeer belangrijk element is voor de goede voortzetting van het project.

13. ORGAANDONATIE EN TRANSPLANTATIES

Orgaantransplantatie is een op wetenschappelijke evidentie gebaseerde, levensreddende behandeling bij terminale orgaaninsufficiëntie. Niertransplantatie is overigens ook economisch de meest rendabele behandeling voor terminale nierinsufficiëntie.

Er blijft een onevenwicht bestaan tussen het aanbod van organen enerzijds en de vraag naar organen voor transplantatie anderzijds. Dit resulteert in wachtlijsten. Er is tevens een risico op bijkomende morbiditeit en mortaliteit voor patiënten die op de wachtlijst staan en dus per definitie goede kandidaten zijn voor een transplantatie.

De orgaandonatie is gebaseerd op drie principes: altruïsme, anonimiteit en kosteloosheid. Dank zij het «*Opting Out*» systeem, waarbij veronderstelt wordt dat elke burger na overlijden potentieel donor kan zijn, kent België een hoog aantal orgaandonaties.

Mijn voorganger heeft in dit kader de campagne «Beldonor» gelanceerd in 2005. Deze campagne wordt overigens hernomen dit jaar. Het doel van deze campagne is op een objectieve wijze informatie te geven aan de burger over orgaandonatie en hem te sensibiliseren rond donatie. Na de campagne in 2005 heeft men een belangrijke toename gezien van registraties van positieve wilsbeschikking ten aanzien van orgaandonatie. Dit versterkt het maatschappelijk draagvlak ten aanzien van donatie en transplantatiegeneeskunde.

In 2006 werden de GIFT-projecten gelanceerd. Deze projecten zijn gericht op de doelgroep zorgverstrekkers op intensieve zorg en spoedgevallen. In een eerste fase hebben 64 acute ziekenhuizen zonder transplantatiecentrum deelgenomen. Een eerste evaluatie toont dat er nog ruimte is voor een betere detectie van potentiële donoren.

Het beleid inzake orgaandonatie en -transplantatie dient gebaseerd te zijn op de uitgangspunten van de wet inzake het wegnemen en transplanteren van organen van 1986. Men dient vooral een kader te scheppen dat de orgaandonatie bevordert zodat de kloof tussen vraag en aanbod nauwer wordt.

Ik voorzie de volgende initiatieven

Het initiatief **GIFT** in de acute ziekenhuizen heeft een gunstige weerslag gehad op de orgaandonatie en de

bien entendu un élément très important pour la bonne marche du projet.

13. DONS D'ORGANES ET TRANSPLANTATION

La transplantation d'organes est, en cas d'insuffisance terminale d'un organe, un traitement vital, basé sur une évidence scientifique. La transplantation rénale est d'ailleurs, sur le plan économique, le traitement le plus rentable, en cas d'insuffisance rénale terminale.

Il reste un déséquilibre entre l'offre d'organes d'une part et la demande d'organes pour transplantation d'autre part. En résultent des listes d'attente; il y a aussi un risque de morbidité supplémentaire et de mortalité pour des patients qui sont sur des listes d'attente et qui donc, par définition, sont de bons candidats pour un traitement avec transplantation.

Le don d'organe se base sur trois principes: altruïsme, anonymat et gratuité. Grâce au système d'opting out où l'on suppose que chaque citoyen peut être un donneur potentiel après son décès, la Belgique connaît un nombre élevé de don d'organes.

Mon prédécesseur a lancé dans ce cadre la campagne «Beldonor» en 2005. Cette campagne est d'ailleurs reprise cette année. Son objectif est de donner au citoyen, de manière objective, des informations sur les dons d'organes et de le sensibiliser au don. Après la campagne en 2005, on a vu une augmentation considérable du nombre d'enregistrements d'accords volontaires pour le don d'organe. Cela renforce la portée sociale à l'égard du don et de la transplantation.

En 2006, les projets GIFT ont été lancés. Le groupe cible de ces projets sont les prestataires de soins dans les soins intensifs et aux urgences. Dans une première phase, 64 hôpitaux aigus sans centre de transplantation ont participé. Une première évaluation montre qu'il y a encore de l'espace pour une meilleure détection des donneurs potentiels.

La politique concernant le don d'organe et la transplantation doit se baser sur les points de départ de la loi relative au prélèvement et à la transplantation des organes de 1986. Il faut surtout créer un cadre qui avantage le don d'organes pour que le fossé entre la demande et l'offre se réduise.

Je prévois les initiatives suivantes.

L'initiative **GIFT** dans les hôpitaux aigus a eu une répercussion favorable sur le don d'organe et sur les ré-

praktische regelingen die ermee verband houden. In het concept van GIFT is voorzien dat er in elk ziekenhuis een functie orgaandonatiecoördinator bestaat. We moeten ons beleid ter zake verder te zetten en op termijn deze functie van orgaandonatiecoördinator te verankeren in de ziekenhuizen.

Ten eerste, blijkt uit de GIFT projecten dat de detectie en aanmelding van potentiële donoren nog niet optimaal verloopt. Er moet gezocht worden naar een meer performante organisatie van donordetectie in de acute ziekenhuizen. In andere Europese landen verloopt de donordetectie en -aanmelding via gemotiveerde en opgeleide orgaandonorcoördinatoren. Ik vraag de Federale Overheidsdienst na te gaan of deze functie van donatiecoördinator op termijn kan voorzien en gefinancierd worden in de Belgische ziekenhuizen. Dit is in feite de uitvoering van art. 2, § 2, van de wet, dat voorziet dat de Koning nuttige maatregelen neemt om het wegnemen van organen, en de opsporing, de selectie en het beheer van de donoren te verbeteren.

Ten tweede, wil ik een gunstig kader scheppen voor de levende orgaandonatie. Het gaat hier dan vooral over de nierdonatie. Hierbij dient men aandacht te hebben voor de veiligheid van zowel de levende donor als de acceptor. De wet van 25 februari 2007 voorziet een onafhankelijke multidisciplinaire evaluatie van elke levende donor. Deze evaluatie heeft niet alleen betrekking op de medische geschiktheid voor donatie, maar ook op de psychosociale context. Het is ook de bedoeling na te gaan of de levende donatie effectief zonder dwang en onbaatzuchtig gebeurt. Een mogelijke hindernis voor de levende donatie zijn de kosten die dergelijke ingreep met zich mee kan brengen. Het gaat om de kosten inzake screening, de medische onderzoeken, de orgaanprelevatie zelf en het eventuele werkverlet en daarmee gepaard gaande inkomensverlies. Er stelt zich ook het probleem van de verzekeraarbaarheid van personen die een orgaan hebben afgestaan. Ik heb opdracht gegeven aan de bevoegde administraties om de kosten die gepaard gaan met levende donatie, duidelijk in kaart te brengen om vervolgens op een coherente en transparante wijze te voorzien in de financiering ervan. Hierbij mag in geen geval afbreuk gedaan worden van het principe van altruïsme.

Als derde actiepoint wil ik naast de orgaandonatie na hersendood, ook de asystole orgaandonatie aanmoedigen. Ik heb vastgesteld dat er verschillende protocollen gebruikt worden voor asystole orgaandonatie. Het zou goed zijn om te komen tot een nationaal uniform protocol. Ik zal hiertoe advies vragen aan het Federaal Comité voor Bio-ethiek en de Belgische transplantatieraad.

glementations pratiques qui y sont liées. Dans le concept de GIFT, il est prévu de créer une fonction de coordinateur «Don» dans chaque hôpital. Il faut poursuivre notre politique en la matière et ancrer à terme cette fonction de coordinateur «don» dans les hôpitaux.

Premièrement, il ressort des projets GIFT que la détection et l'annonce de donneurs potentiels ne se déroulent pas de manière optimale. Il faut chercher et arriver à une organisation performante de détection des donneurs dans les hôpitaux aigus. Dans d'autres pays européens, la détection des donneurs et leur annonce se fait grâce à des coordinateurs «Don» motivés et formés dans les hôpitaux. Je vais demander au Service public fédéral de voir si cette fonction de «coordinateur Don» peut être prévue et financée à terme dans les hôpitaux belges. C'est en fait l'exécution de l'article 2, § 2, de la loi qui précise que le Roi prend les mesures utiles pour améliorer le prélèvement d'organes, la recherche, la sélection et la gestion des donneurs.

Deuxièmement, je désire créer un cadre favorable pour le don d'organes vivants. Il s'agit surtout du don rénal. Il faut veiller à la sécurité tant du donneur vivant que celle du receveur. La loi du 25 février 2007 prévoit une évaluation multidisciplinaire indépendante de chaque donneur vivant. Cette évaluation ne concerne pas seulement l'aptitude médicale pour le don, mais aussi le contexte psychosocial; l'objectif est aussi de vérifier si le don vivant se passe effectivement sans contrainte et de façon désintéressée. Une entrave éventuelle au don vivant se situe au niveau du coût que cette intervention peut entraîner. Il s'agit des coûts liés au screening, aux examens médicaux, au prélèvement de l'organe lui-même, et à l'éventuel perte du travail, allant de pair avec une perte de revenus. Se pose aussi le problème de l'assurabilité des personnes qui ont donné un organe. J'ai demandé aux administrations compétentes d'identifier clairement les coûts liés au don vivant pour ensuite prévoir une manière cohérente et transparente de ce financement. En aucun cas, il ne peut être dérogé au principe d'altruïsme.

Comme troisième point d'action, je tiens à encourager le don d'organe après la mort cérébrale, le don d'organe asystole. J'ai constaté que différents protocoles sont utilisés pour le don d'organe asystole. Il serait opportun d'arriver à un protocole national uniforme. Je demanderai à ce sujet un avis au Comité fédéral de bioéthique et au Conseil belge de transplantation.

Tenslotte, is het mijn bedoeling om naast de bestaande wijze van registratie via het Rijksregister, de registratie van de wilsbeschikking ten aanzien van orgaandonatie ook op een vlotte wijze via het internet mogelijk te maken.

In de rand van de problematiek van orgaandonatie, wil ik ook wijzen op de problematiek van de weefsels voor transplantatie. De wet die de Europese richtlijn 2004/23 omzet in Belgisch recht wordt momenteel onderzocht in de Kamer van Volksvertegenwoordigers. Ik zal toezien op een spoedige implementatie van de nieuwe wet door het nemen van de noodzakelijke uitvoeringsbesluiten.

14. NUTRITIONEEL BELEID EN EETSTOORNISSEN

14.1. Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan

Ik ben van plan er voor te zorgen dat het «Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan», dat ter herinnering loopt tot 2010, meer vorm krijgt en uitgevoerd wordt. Dit plan heeft tot doel de gezondheid van de Belgische bevolking te verbeteren door de voedingsgewoonten en het niveau van de fysieke activiteit bij te sturen. In de nabije toekomst zullen verschillende acties worden gevoerd, waaronder: de verbetering van het promotiebeleid, de bescherming en ondersteuning van borstvoeding in België, het engagement van de private sector voor de herformulering van de voedingsproducten op het niveau van het gehalte aan zout, suikers en vetstoffen en voor het verbeteren, zowel op kwalitatief als kwantitatief vlak, van de marketing van de voedingsproducten die bedoeld zijn voor kinderen, het uitvoeren van studies teneinde het statuut te kennen in microvoedingsstoffen van de doelgroepen (zwangere vrouwen en kinderen) om aangepaste maatregelen te kunnen nemen, het voeren van informatiecampagnes voor de bevolking over onderwerpen die belangrijk zijn voor de gezondheid, zoals minder zout gebruiken en keukenzout vervangen door geïodeerd voedingszout om het tekort aan jodium bij de Belgische bevolking tegen te gaan, het ter beschikking stellen voor de gezondheidswerkers van didactisch materiaal, zoals brochures over het tekort aan vitamine D, calcium en foliumzuur, over de voeding van zuigelingen en jonge kinderen of de creatie van een pedagogisch koffertje betreffende de ondervoeding bij de ouderen, dat instrumenten zal aanreiken voor de opsporing en de aanpak.

14.2. Enquête over de voedingsgewoonten van jongeren

Om het voedingspatroon van schoolkinderen en van jongeren van minder dan 15 jaar te bepalen, is het

Enfin, mon objectif est que l'enregistrement de la volonté d'un citoyen de donner un organe se fasse de manière aisée, par l'intermédiaire d'internet, en plus de la manière actuelle d'enregistrement via le Registre national.

En amont de la problématique du don d'organe, je tiens aussi à souligner la problématique de la transplantation des tissus. La loi transposant la directive européenne 2004/23 en droit belge est en cours d'examen à la Chambre des Représentants. Je veillerai à une implémentation rapide de la nouvelle loi en prenant les arrêtés d'exécution nécessaires.

14. POLITIQUE NUTRITIONNELLE ET TROUBLES ALIMENTAIRES

14.1. Plan national de nutrition santé

J'entends faire en sorte que le «Plan National Nutrition et Santé», qui, pour rappel est établi jusqu'en 2010, soit davantage concrétisé et exécuté. Ce plan a pour but d'améliorer la santé de la population belge en améliorant les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique. Différentes actions seront menées dans un avenir proche parmi lesquelles: l'amélioration de la politique en faveur de la promotion, de la protection et du soutien de l'allaitement maternel en Belgique, l'engagement du secteur privé pour la reformulation des produits alimentaires au niveau du contenu en sel, en sucres et en graisses et pour améliorer le marketing des denrées alimentaires destinées aux enfants tant du point de vue qualitatif que quantitatif, la conduite d'études visant à connaître le statut en micro-nutriments de groupes cibles (femmes enceintes et enfants) pour adopter des mesures appropriées, la mise en place de campagnes d'information pour la population sur des sujets importants pour la santé comme l'importance de consommer moins de sel et de remplacer le sel de cuisine par du sel iodé pour lutter contre la carence en iode de la population belge, la mise en place de matériels didactiques pour les professionnels de la santé comme des brochures sur les carences en vitamine D et Calcium et en acide folique, iode et fer, sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ou encore la création d'une mallette pédagogique sur la dénutrition de la personne âgée qui fournira des outils pour le dépistage et la prise en charge.

14.2. Enquête de consommation alimentaire chez les jeunes

Afin de déterminer le profil alimentaire des enfants scolarisés et des jeunes de moins de 15 ans, il est

noodzakelijk dat men een nationale enquête organiseert over deze specifieke doelgroepen. België beschikt tot nu toe inderdaad niet over nationale gegevens voor deze leeftijdsgroepen. Dit is een belangrijke leemte voor het voeren van een aangepast en efficiënt nutritioneel beleid. Gelet op de continue toename van obesitas bij onze jongeren en het feit dat dit zich, in één geval op twee, verder zet op latere leeftijd, is het cruciaal om te investeren in een dergelijke enquête, zodat men de voedingsgewoonten van dit deel van de bevolking beter leert kennen.

Ik vestig uw aandacht op het nationale karakter van de enquête, die in samenwerking met de gemeenschappen en de gewesten zal uitgevoerd worden bij de schoolgaande kinderen en bij de jeugd.

14.3. Anorexia-boulimie – sociale en therapeutische benadering

De medische en psychologische problemen verbonden aan eetstoornissen moeten niet meer worden aangetoond.

In de Senaat werd in die zin in juli 2008 een resolutie goedgekeurd die de bestrijding van anorexia beoogt. Men weet dat het lichaamsbeeld, zoals dat door bepaalde media overgebracht wordt, een nefaste rol kan spelen, net zoals het tot het uiterste gedreven naar voor brengen van een graatmager beeld van de vrouw. Bepaalde studies hebben eveneens aangetoond dat er een sterke link is tussen anorexia en zelfmoord en dat er ook ander ernstige gezondheidsproblemen bij komen kijken (anemie, problemen met de spieren, beschadiging van de vitale organen en ernstige hartproblemen,...).

Voor wat obesitas betreft, is dit niet alleen in getallen te vatten. Het zijn mannen, vrouwen en kinderen die lijden, die dag na dag proberen om een gewoon familiaal, professioneel en sociaal leven te leiden. Ze worden vaak geconfronteerd met zowel materiële als psychologische obstakels, ze zijn het slachtoffer van discriminaties, uitsluiting, dagelijkse vernederingen die soms zichtbaar en overduidelijk zijn, maar net zo vaak geniepig of in de vorm van «geestige» opmerkingen of van grappen die nochtans kwetsend zijn en die onuitwisbare sporen nalaten.

Om een rem te zetten op de onweerlegbare rol van de media op de vaak negatieve perceptie van het lichaamsbeeld, onder meer bij de adolescenten, zullen in de loop van de komende maanden verschillende acties gevoerd worden, waaronder:

– Op het niveau van het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan werken aan een campagne die zich

nécessaire d'organiser une enquête nationale sur ces groupes-cibles spécifiques. En effet, la Belgique ne dispose pas, à ce jour, de données nationales pour ces groupes d'âge. Ceci constitue un manque important pour établir des politiques nutritionnelles adaptées et efficaces. Au vu de l'augmentation incessante de l'obésité chez nos jeunes et de la persistance de cette dernière à un âge ultérieur, dans un cas sur deux, il est crucial d'investir dans ce genre d'enquête pour mieux connaître les comportements alimentaires de cette population.

J'attire encore votre attention sur le caractère national de l'enquête qui sera menée chez les enfants scolarisés et les jeunes en collaboration avec les Communautés et les Régions.

14.3. Anorexie-boulimie/approche sociale et thérapeutique

Les problèmes médicaux et psychologiques liés aux troubles alimentaires ne sont plus à démontrer.

Une résolution a été adoptée en ce sens en juillet 2008 par le Sénat visant à combattre l'anorexie. On sait que l'image du corps, telle que véhiculée par certains médias, peut jouer un rôle néfaste, de même que la valorisation à outrance d'une image filiforme de la femme. Certaines études ont également démontré un lien fort entre anorexie et suicide ainsi que d'autres répercussions sanitaires graves (anémie, problèmes musculaires, détérioration des organes vitaux et des problèmes cardiaques,...).

L'obésité, quant à elle, ce n'est pas que des chiffres; ce sont des hommes, des femmes et des enfants en souffrance, tentant jour après jour de vivre comme toute personne une vie familiale, professionnelle, sociale. Souvent confrontés à des obstacles tant matériels que psychologiques et victimes de discriminations, d'exclusions, d'humiliations quotidiennes parfois visibles et claires mais souvent sournoises ou sous forme de boutades ou de blagues qui pourtant blessent et laissent des traces indélébiles de souffrances.

Afin d'enrayer le rôle indéniable des médias sur la perception souvent négative de l'image du corps, notamment chez les adolescents, différentes actions seront menées pour les mois à venir parmi lesquelles:

– Travail au niveau du Plan National Nutrition Santé à une campagne destinée aux parents d'une part, pour

enerzijds tot de ouders richt, om hun aandacht te vestigen op het feit dat het belangrijk is dat ze hun kinderen op het «huisdieet» zetten en tot de leerkrachten, turnleeraars, schoolartsen en schoolverpleegkundigen anderzijds, om opmerkingen over het gewicht van kinderen en adolescenten te vermijden. Deze campagne is ook zeer belangrijk zowel om te werken aan het niet-discrimineren op het vlak van het lichaamsgewicht, de grootte of het figuur (de waarde van een mens wordt niet gemeten aan zijn uiterlijk) als om te werken aan zelfachting.

– Samen met de professionelen nadenken over de eventuele goedkeuring van een wet die websites die aanzetten tot anorexia bestraft.

– Met de verschillende actoren uit de professionele sector die betrokken zijn bij deze problematiek, namelijk de vertegenwoordigers van de modewereld, de adverteerders, de media en de communicatieagentschappen een code van zelfregulering afsluiten met het oog op het verspreiden van een beeld van de vrouw dat overeenstemt met dat van een gezonde persoon.

– Nadenken over de instelling van een inspectiedienst op de reclame voor voedingswaren.

– Tot slot, wat de vermageringsproducten betreft, is het voor de toekomst belangrijk dat wij de beweringen die zich op dergelijke producten bevinden kunnen controleren, zodat de fabrikanten ophouden met het uitbuiten van de goedgelovigheid van de mensen die willen vermageren.

Het is bovendien belangrijk om de multidisciplinaire benadering te promoten van de problematiek van de eetstoornissen, als duurzame oplossing voor zowel het behandelen van obesitas als van anorexia. In dit kader zijn reeds meerdere acties aan de gang die worden verlengd, zoals:

– Het contract «*Health Promotion Hospitals*» met het Erasmusziekenhuis, met als voornaamste doelstelling het identificeren, sensibiliseren en ter beschikking stellen van innoverende educatieve stappen van de patiënten. Meer specifiek: zorgen voor opsporing, multidisciplinaire opvang en opvolging van opgenomen patiënten met obesitas.

– Dit project zal tegelijk lopen met de contracten «voedingsteam» waarvoor reeds meer dan 40 ziekenhuizen zich in het kader van de ondervoeding bij ouderen hebben ingeschreven. Men wil hier de actieradius uitbreiden tot obesitas.

– Tot slot moet ik nog een laatste proefproject vermelden dat met 3 jaar zal worden verlengd: «dagbehandeling voor eetstoornissen, mentale anorexia en boulimie», een overeenkomst tussen de vereniging *Le Domaine* – ULB-Erasme in Braine-l'Alleud. De voornaamste doelstelling van dit project is dat het een alternatief is voor ziekenhuisopname, door het gebruiken van twee werkmodules,

attirer leur attention sur l'importance de ne pas mettre les enfants au "régime maison" et aux enseignants, professeurs de gymnastique, médecins et infirmiers de la médecine scolaire, d'autre part, pour éviter les remarques sur le poids des enfants et des adolescents. Cette campagne est très importante pour travailler aussi bien à la non-discrimination à partir du poids, de la taille ou de la silhouette (la valeur d'une personne ne se mesure pas sur son apparence) que pour travailler l'estime de soi

– Réflexion avec les professionnels et adoption éventuelle d'une loi sanctionnant les sites web incitant à l'anorexie.

– Conclure avec les différents acteurs du secteur professionnel concerné par ces questions, à savoir les représentants de la mode, les annonceurs, les médias, les agences de communication, un code d'auto-régulation qui viserait à veiller à véhiculer une image de la femme correspondant à une personne en bonne santé.

– Réflexion quant à la mise en place d'un service d'inspection de la publicité faite à l'égard des denrées alimentaires.

– Enfin, concernant les produits amaigrissants, il est très important qu'à l'avenir nous puissions mieux contrôler les allégations se retrouvant sur ce type de produits afin que les fabricants arrêtent d'exploiter la crédulité des personnes qui veulent maigrir.

De plus, il est important de promouvoir l'approche pluridisciplinaire de la problématique des troubles alimentaires, constituant la solution durable au traitement de l'obésité tout comme de l'anorexie. Dans ce cadre, différentes actions sont déjà mise en place et seront prolongées telles que:

– Le contrat «*Health Promotion Hospitals*», avec l'hôpital Erasme, qui a pour objectif principal d'identifier, de sensibiliser et de mettre à la disposition des patients des démarches éducatives innovantes. Il s'agit plus spécifiquement d'assurer une détection, une prise en charge multidisciplinaire et un suivi des patients obèses hospitalisés;

– Ce projet sera mis en parallèle à celui développé dans le cadre des contrats "équipe nutrition" auquel 40 hôpitaux se sont déjà inscrits, dans le cadre de la dénutrition chez les personnes âgées. La volonté ici est de l'étendre au champ d'action concernant l'obésité.

– Enfin, je me dois de faire mention d'un dernier projet pilote qui sera prolonger pour 3 ans: «le traitement de jour pour les troubles alimentaires, anorexie mentale et boulimie», convention avec l'association *Le domaine-ULB-Erasme* à Braine-l'Alleud. Projet qui a pour objectif principal d'être une alternative à l'hospitalisation, par la mise en place de deux modules de travail tels que

enerzijds een multifamiliale therapeutische benadering van mentale anorexia bij de jonge volwassene en anderzijds een intensief psychotherapeutisch dagprogramma voor de adolescent. Deze dagbehandeling wordt voorgesteld om de schoolse, sociale en vrijetijdsactiviteiten te behouden binnen een familiaal kader, waar men zich ontwikkelt.

15. LEEFMILIEU EN GEZONDHEID

Tijdens de ateliers van de 'lente van het leefmilieu' werden een aantal maatregelen concreet uitgewerkt die de negatieve impact van het leefmilieu op de gezondheid willen beperken.

Voor de GSM antennes is een herziening van de normen, in het licht van de laatste wetenschappelijke informatie, voorzien: ik ben inderdaad van plan om aan mijn collega's voor te stellen om de aanbevelingen te volgen van de Hoge Gezondheidsraad en de maximumnorm terug te brengen naar 3 V/m, in voorkomend geval met een overgangperiode die moet bepaald worden in overleg met de GSM-operatoren.

In het kader van de lopende NEHAP-projecten, zal er speciale aandacht gegeven worden aan:

de problematiek van kinderleukemie in het kader van chronische blootstelling aan extreem laag frequente magnetische velden.

De gestandaardiseerde observatie en normering van de kwaliteit van de binnenlucht

Het identificeren en opvolgen van de invloed van het leefmilieu en de klimaatveranderingen op de gezondheid in België, door een indicatorenlijst op te stellen. Deze eerste indicatoren zullen voornamelijk te maken hebben met de problematiek rond ademhalingsziekten en kankers.

De ervaringen naar aanleiding van het incident in Fleurus hebben ons gewezen op bepaalde punten die in de nucleaire noodplannen verbeterd kunnen worden.

Zo moeten de zorgverleners in de getroffen zone altijd zo snel mogelijk op de hoogte gebracht worden van wat er is gebeurd alsook van de raad die zij aan hun patiënten kunnen geven.

Ik heb aan het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid opdracht gegeven om een epidemiologische studie te lanceren betreffende de mogelijke

d'une part, une approche thérapeutique multifamiliale de l'anorexie mentale chez l'adolescent, et d'autre part, mise en place d'un programme psychothérapeutique intensif de jour pour adolescent. Cette approche de jour est proposée afin de préserver les activités scolaire, sociales et de loisirs dans un cadre développemental, c'est-à-dire familial.

15. ENVIRONNEMENT ET SANTÉ

Lors des ateliers du 'Printemps de l'environnement', une série de mesures a été développée de manière concrète en vue de limiter l'impact négatif de l'environnement sur la santé.

Une révision des normes pour les antennes GSM, à la lumière des dernières informations scientifiques, est prévue: en effet, j'ai l'intention de proposer à mes collègues, de suivre les recommandations du Conseil supérieur de la santé et de ramener la norme maximale à 3 V/m, le cas échéant, avec une période transitoire à déterminer en concertation avec les opérateurs de téléphonie mobile.

Dans le cadre des projets du NEHAP, le Plan National d'Action Environnement Santé belge, une attention particulière sera apportée à:

La problématique des leucémies chez les enfants dans le cadre des l'expositions chronique aux champs magnétiques de fréquences extrêmement basses.

L'observation standardisée et la normalisation de la qualité de l'air intérieur.

L'identification et le suivi de l'influence de l'environnement et des changements climatiques sur la santé en Belgique, en dressant une liste d'indicateurs. Ces premiers indicateurs concerneront principalement la problématique des maladies respiratoires et des cancers.

Les expériences à la suite de l'incident à Fleurus ont montré que certains points dans les plans d'urgence nucléaire devaient être améliorés.

Les prestataires de soins dans la zone touchée devraient toujours être mis au courant le plus vite possible de ce qui s'est passé, et aussi des conseils qu'ils peuvent donner à leurs patients.

J'ai donné mission à l'Institut scientifique de santé publique de lancer une étude d'épidémiologie quant aux effets possibles sur la santé des riverains des centrales

gevolgen voor de gezondheid van de omwonenden van de kerncentrales, gsm-masten, enz. De methodologie zou begin november 2008 moeten gepreciseerd worden.

16. NIET-CONVENTIONELE PRAKTIJKEN

De wet van 29 april 1999 heeft de registratie tot doel van de niet-conventionele praktijken enerzijds en van de individuele beoefenaars ervan anderzijds en dit via de organisatie van een structuur en een procedure. Vier zogenaamd «niet-conventionele praktijken» zijn rechtstreeks erkend door de wet. Het betreft homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur. De Koning kan ook nog voorwaardelijk andere praktijken erkennen.

De wet voorziet eveneens de oprichting van een paritaire commissie, belast met het verlenen van adviezen over algemene vragen inzake alle niet-conventionele praktijken en de oprichting van kamers, voor de adviezen over de vragen die eigen zijn aan elke specifieke praktijk. Deze instanties zijn paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de academische wereld en van de betrokken praktijken.

Men stelt vast dat de wet tot op heden slechts zeer gedeeltelijk werd uitgevoerd sedert de publicatie ervan in juni 1999. Tot nu toe werden alleen bepaalde beroepsorganisaties erkend. Maar zolang de paritaire commissie en de kamers niet samengesteld zijn, heeft deze erkenning voornamelijk een symbolische waarde.

In mei 2008 hebben twee representatieve organisaties van osteopathen de Belgische Staat voor de rechter gedaagd wegens het niet-uitvoeren van de wet.

Er werd daarna overlegd met de vertegenwoordigers van de 4 niet-conventionele praktijken die bedoeld worden in de wet. Na dit overleg bleek dat de situatie van elke professionele praktijk verschillend is en geëvolueerd is.

Tussen 1999 en nu, zijn we immers bijna 10 jaar verder. Deze praktijken hebben zich verspreid en evolueerden. Zo wordt acupunctuur nu onderwezen in bepaalde faculteiten geneeskunde. De *Université Libre de Bruxelles* is trouwens dit jaar gestart met een volledige opleidingscyclus (5 jaar) in osteopathie. Bovendien worden bepaalde prestaties door de ziekenfondsen terugbetaald in het kader van de aanvullende verzekering.

Onder deze omstandigheden en vooraleer eender welke beslissing te nemen aangaande de uitvoering van

nucléaires, d'antennes GSM, etc. La méthodologie devrait être précisée pour début novembre 2008.

16. PRATIQUES NON CONVENTIONNELLES

La loi du 29 avril 1999 a pour but d'enregistrer les pratiques non conventionnelles d'une part, et les praticiens individuels d'autre part, et ce par l'organisation d'une structure et d'une procédure. Quatre pratiques dites «non conventionnelles» sont directement reconnues par la loi. Il s'agit de l'homéopathie, de la chiropraxie, de l'ostéopathie et de l'acupuncture. Le Roi peut également en reconnaître d'autres, sous conditions.

La loi prévoit également la création d'une commission paritaire chargée d'émettre des avis sur les questions de nature générale relatives à l'ensemble des pratiques non conventionnelles, et de chambres, pour les avis sur les questions propres à chaque pratique particulière. Ces instances sont composées paritairément des représentants du monde académique et des pratiques concernées.

Force est de constater aujourd'hui que la loi n'a connu qu'une exécution très partielle depuis sa publication en juin 1999. Seules certaines organisations professionnelles ont été reconnues jusqu'à présent. Or tant que la commission paritaire et les chambres n'ont pas été constituées, cette reconnaissance a essentiellement une valeur symbolique.

En mai 2008, deux organisations représentatives des ostéopathes ont cité l'État belge en Justice en raison de l'absence d'exécution de la loi.

Une concertation a ensuite été menée avec des représentants des 4 pratiques non conventionnelles visées par la loi. A l'issue de celle-ci, il s'avère que la situation de chaque pratique professionnelle est différente, et a évolué.

Entre 1999 et maintenant, presque 10 ans se sont en effet écoulés. Ces pratiques se sont répandues et ont évolué. C'est ainsi que l'acupuncture est aujourd'hui enseignée dans certaines facultés de médecines. L'Université Libre de Bruxelles a par ailleurs initié cette année un cycle de formation complet (5 ans) en ostéopathie. En outre, certaines prestations sont remboursées par les mutuelles dans le cadre de l'assurance complémentaire.

Dans ces conditions, préalablement à toute prise de décision quant à l'exécution de la loi, ou son éventuelle

de wet of de eventuele aanpassing ervan, blijkt het nodig te zijn te beschikken over een analyse van de huidige situatie. Het is in het bijzonder noodzakelijk te weten hoeveel beoefenaars van non-conventionele praktijken er in België zijn, welke de diverse opleidingen voor deze praktijken zijn, hoe vaak de bevolking een beroep doet op deze praktijken, een samenvatting te hebben van de voornaamste studies over het al dan niet efficiënt zijn ervan en een evaluatie van de eventuele ongevallen of neveneffecten die aan deze praktijken te wijten zijn.

Ik heb bijgevolg het Federaal Kenniscentrum belast met het uitvoeren van een studie in die zin. Dit zal het de regering en het parlement mogelijk maken om de maatregelen te nemen die het best overeenstemmen met de behoeften van de bevolking en bij het voeren van een efficiënt en relevant beleid inzake volksgezondheid.

17. PLASTISCHE CHIRURGIE EN COSMETOVIGILANCE

De geestdrift waarmee plastische chirurgie toegepast wordt moet niet meer aangetoond worden en is voornamelijk te wijten aan waarden die overgebracht worden door onze maatschappij, waar het constant zoeken naar «jeugd» en lichamelijke «perfectie» uiteindelijk een doel op zich worden voor heel wat van onze medeburgers.

De overdrijvingen die vastgesteld werden in deze specialiteit zijn een realiteit. Vandaar de noodzaak om wetgevend op te treden, teneinde een antwoord te bieden aan de problemen die ontstaan zijn door gebrek aan de reglementering ter zake.

Ik zal alle initiatieven steunen die het Parlement, dat in het verleden reeds heeft nagedacht over deze problematiek, overweegt te nemen.

Ook de cosmetovigilance (een bewakingsstelsel voor ongewenste reacties veroorzaakt door cosmetische producten) zal in 2009 volledig operationeel zijn. Dit stelsel zal het voor de gezondheidswerkers mogelijk maken om elk ernstig of relevant ongewenst effect van cosmeticaproducten te melden. De FOD Volksgezondheid zal deze informatie behandelen om te bepalen welke maatregelen er moeten ingesteld worden om de gebruiksveiligheid van cosmetische producten te verhogen.

adaptation, il apparaît nécessaire de disposer d'une analyse de la situation actuelle. En particulier, il apparaît nécessaire de connaître le nombre de praticiens non conventionnels en Belgique, les diverses formations amenant à ces pratiques, l'importance du recours à celles-ci par la population, un résumé des principales études prouvant ou non leur efficacité et une évaluation des éventuels accidents ou effets secondaires engendrés par ces pratiques.

J'ai en conséquence chargé le Centre Fédéral d'expertise des soins de santé de mener une étude en ce sens. Celle-ci permettra au Gouvernement et au Parlement de prendre les mesures qui correspondront au mieux aux besoins des citoyens et à l'accomplissement d'une politique de Santé publique efficace et pertinente.

17. CHIRURGIE ESTHÉTIQUE ET COSMÉTUVIGILANCE

L'engouement pour la médecine esthétique n'est plus à démontrer et résulte essentiellement des valeurs véhiculées par notre société où la recherche incessante de la «jeunesse» et de la «perfection» physique constituent une finalité en soi pour bon nombre de nos concitoyens.

Les débordements constatés dans cette spécialité sont une réalité. Il est donc nécessaire de légiférer afin de répondre aux problématiques engendrées par l'absence de réglementation en la matière.

Je soutiendrai toutes les initiatives que le Parlement, qui a déjà par le passé, réfléchi à cette problématique, envisagerait de prendre.

De même, la cosmétovigilance (système de vigilance pour les réactions indésirables provoquées par des produits cosmétiques) sera pleinement opérationnelle en 2009. Ce système permettra aux professionnels de la santé de rapporter tout effet indésirable grave ou pertinent lié à un produit cosmétique. Le SPF Santé publique traitera ces informations pour déterminer les mesures adéquates à mettre en œuvre afin d'augmenter la sécurité d'utilisation des produits cosmétiques.

18. DIERENWELZIJN

18.1. Erkenningsvoorwaarden voor honden en kattenkwekerijen, dierenhandelszaken, dieren-asielen en pensions.

Vanaf 1 januari 2009 zal de wet van 11 mei 2007 ten volle van kracht zijn en zullen dierenhandelszaken niet langer honden en katten mogen verhandelen; enkel de verkoop door kwekers is toegestaan, dit om het aantal impulsieve aankopen te doen afnemen.

Een herziening van de momenteel geldende regelgeving wordt bestudeerd in overleg met de dierenbescherming en de sector van de handel in dieren, teneinde die aan te passen aan deze nieuwe realiteit.

De belangrijkste pijlers zijn de volgende:

Voorwaarden vastleggen voor de kweker aangepast aan het type kweekactiviteit (hobbykweker, professionele kweker, kweker die niet alleen zijn eigen nesten verkoopt).

Maatregelen nemen voor de uitvoering van het plan ter preventie van hondenbeten door de honden socialer te maken en het veterinair toezicht te versterken.

Ervoor zorgen dat dezelfde Belgische vereisten inzake welzijn worden nageleefd voor geïmporteerde honden en katten.

Om te voldoen aan de wens van de wetgever overweeg ik momenteel schikkingen te treffen voor de omkadering van gelegenheidskwekers.

Gezien de bijkomende werklast zal de dienst dierenwelzijn versterking krijgen (+4 technische hulpen).

18.2. Proefdieren

Ik kondigde u reeds in april jongstleden aan dat de dienst dierenwelzijn op mijn verzoek van start ging met het herzien van het koninklijk besluit van 14 november 1993 betreffende de bescherming van proefdieren.

Het doel van deze herziening was het snel aanpassen van de Belgische wetgeving inzake de huisvesting van de laboratoriumdieren en prioritair de huisvesting van de meest gebruikte diersoorten, evenals die van de honden, katten, fretten en apen. Hiervoor hebben mijn diensten zich geïnspireerd op de aanbevelingen van de Raad van Europa die op de meest recente en relevante wetenschappelijke gegevens gebaseerd zijn. Naast de huisvestingsvoorwaarden zal het ontwerp van koninklijk

18. BIEN-ÊTRE ANIMAL

18.1. Conditions d'agrément pour les élevages de chiens et de chats, établissements commerciaux pour animaux, refuges et pensions.

A partir du 1^{er} janvier 2009, la loi du 11 mai 2007 entrera pleinement en vigueur et les établissements commerciaux pour animaux ne pourront plus commercialiser de chiens et de chats, seule la commercialisation par les éleveurs étant autorisée, ceci afin de diminuer les achats impulsifs.

Une révision de la réglementation actuellement en vigueur est examinée en concertation avec la protection animale et le secteur de commercialisation des animaux afin de l'adapter à cette nouvelle réalité.

Les principaux axes sont les suivants:

Déterminer un degré d'exigence adapté au type d'activité de l'élevage (éleveur amateur, éleveur professionnel, éleveur qui commercialise d'autres nichées que les siennes).

Prendre des mesures d'application du plan de prévention contre les morsures canines en renforçant la socialisation des chiens et la surveillance vétérinaire.

S'assurer que des conditions de bien-être équivalentes aux exigences belges ont été respectées vis-à-vis des chiens et chats importés.

Par ailleurs, afin de répondre au souhait du législateur, j'envisage de prendre des dispositions pour l'encadrement des éleveurs occasionnels.

Vu la charge de travail supplémentaire, le service bien-être animal sera renforcé (+4 auxiliaires techniques)

18.2. Animaux d'expérience

Je vous annonçais en avril dernier que le service bien-être animal a entrepris à ma demande un travail de révision de l'arrêté royal du 14 novembre 1993 relatif à la protection des animaux d'expérience.

Le but de cette révision était d'adapter rapidement la législation belge en ce qui concerne l'hébergement des animaux de laboratoire et en considérant avec priorité l'hébergement des espèces les plus utilisées ainsi que celui des chiens, chats, furets et singes. Pour ce faire, mes services se sont inspirés des recommandations du Conseil de l'Europe qui représentent les données scientifiques les plus récentes et les plus pertinentes disponibles. Outre les conditions d'hébergement, le

besluit de onafhankelijkheid versterken van de ethische comités die elk laboratorium superviseren. De definitieve tekst zal voor het einde van het jaar in tweede lezing voorgelegd worden aan de Ministerraad. Voorheen zullen de proefdieren echter reeds genieten van versterkte beschermingsmaatregelen, aangezien de Ministerraad op 12 september twee koninklijk besluiten goedkeurde die enerzijds het verbod beogen van het gebruik van mensapen in de laboratoria en anderzijds het verbod op het uitvoeren van experimenten op dieren in het kader van de ontwikkeling van tabaksproducten. Deze twee maatregelen zullen voor het einde van het jaar in werking treden, weliswaar met een overgangperiode van twee jaar voor de maatregel in verband met de experimenten aangaande de tabaksproducten.

18.3. Nieuwe gezelschapsdieren

De laatste jaren is het houden van nieuwe gezelschapsdieren steeds populairder geworden. Talrijke diersoorten, vooral reptielen, stellen echter zeer specifieke eisen voor hun huisvesting en verzorging. Er bestaat dus een groot risico dat hun welzijn in gevaar komt indien de eigenaar geen specifieke kennis heeft van de betrokken diersoort. Daarom ben ik van plan om, net zoals voor de zoogdieren waarvan het houden sedert 2002 gereguleerd is, in de loop van 2009 eindelijk een lijst op te stellen van de reptielsoorten die geen specifieke eisen stellen en die bijgevolg gemakkelijk te houden zijn. Deze diersoorten zullen door iedereen vrij kunnen gehouden worden. Zoals in de wet op het dierenwelzijn is voorzien, zal degene die een diersoort wenst te houden die op de lijst voorkomt, voorafgaandelijk een erkenning moeten aanvragen.

18.4. Gevaarlijke honden

Ik ben van mening dat het nodig is om de gegevens waarover men beschikt inzake hondenbeten te actualiseren en het preventieplan dat mijn voorganger in 2003 heeft uitgewerkt te evalueren. In samenwerking met de beheerders van de databank voor de identificatie van de honden, zal er door mijn diensten in 2009 hieraan bijzondere aandacht geschonken worden en zal de rechtmatigheid en de haalbaarheid onderzocht worden van een kadaster van gevaarlijke honden.

18.5. CITES

In juni laatstleden lanceerde ik een informatiecampaagne om de Conventie van Washington en de handel in bedreigde dier- en plantensoorten beter te doen kennen via een brochure «Een zeldzaam dier is geen souvenir». In 2009 zullen de dienst dierenwelzijn en CITES

projet d'arrêté royal renforcera l'indépendance des comités d'éthique qui supervisent chaque laboratoire. Le texte définitif sera soumis en deuxième lecture au Conseil des ministres avant la fin de l'année. Auparavant, les animaux d'expériences bénéficieront déjà de mesures de protection renforcée puisque le Conseil des Ministres a approuvé le 12 septembre dernier deux arrêtés royaux qui visent d'une part à interdire l'utilisation des singes anthropoïdes dans les laboratoires et d'autre part, à interdire les expériences sur animaux dans le cadre du développement de produits du tabac. Ces deux mesures entreront en vigueur avant la fin de l'année, avec toutefois une période transitoire de deux années pour la mesure liée aux expériences concernant les produits du tabac.

18.3. Nouveaux animaux de compagnie

Ces dernières années, la détention de nouveaux animaux de compagnie (nac) est devenue de plus en plus populaire. Néanmoins, de nombreuses espèces, en particulier de reptiles, nécessitent des exigences très spécifiques quant à leur hébergement et leurs soins. Par conséquent, le risque que leur bien-être soit mis en péril est très grand si leur propriétaire ne possède pas une connaissance spécifique de l'espèce concernée. Pour cette raison, j'ai l'intention, au même titre que les mammifères dont la détention est réglementée depuis 2002, d'enfin établir dans le courant de l'année 2009 une liste d'espèces de reptiles ne nécessitant pas d'exigences spécifiques et par conséquent faciles à détenir. Ces espèces pourront être détenues librement par tout le monde. Comme prévu dans la loi sur le bien-être animal, celui qui veut détenir une espèce non reprise sur la liste, devra demander au préalable un agrément.

18.4. Chiens dangereux

Je suis d'avis qu'il est nécessaire d'actualiser les données que l'on dispose en matière de morsures canines et d'évaluer le plan de prévention établi en 2003 par mon prédécesseur. Un souci particulier sera apporté à ces tâches par mes services en 2009 en collaboration avec les gestionnaires de la base de données d'identification des chiens qui étudieront le bien-fondé et la faisabilité d'un cadastre des chiens dangereux.

18.5. CITES

En juin dernier, j'ai lancé une campagne d'information visant à mieux faire connaître la Convention de Washington et le commerce des espèces d'animaux et de plantes menacés par l'intermédiaire d'une brochure «Laissez un avenir à votre souvenir». En 2009, le service Bien-être

doorgaan met het ontwikkelen van deze informatie door het verbeteren van het luik CITES van de website van de FOD Volksgezondheid, door er onder meer de principes van CITES op voor te stellen, maar ook specifieke informatie aan te bieden over de reglementering bestemd voor handelaars die planten of levende dieren verkopen of producten en afgeleiden die al dan niet bestemd zijn voor menselijk verbruik, voor de kwekers, voor de privépersonen en ook nog een hele reeks aanbevelingen. Er zullen ook links opstaan naar andere interessante websites, zoals eu-wildlifetrade.org en de website van de douane.

Bovendien zullen mijn diensten ook waken over de aanwending van de akkoorden die in het kader van de Lente van het Leefmilieu gesloten werden, onder meer inzake sensibilisatie en informatie van het publiek over CITES, dat wordt uitgebreid tot andere domeinen die verband houden met het behoud van de biodiversiteit.

19. INTERNATIONAAL

Zoals voorheen, blijft de uitdaging op Europees vlak het verdedigen van onze sociale dimensie en van onze systemen van gezondheidszorg. Onze systemen van gezondheidszorg worden immers geregeld in vraag gesteld door een Europese Commissie die volgens de zuivere logica van de vrije markt en van het vrij verkeer in de Unie handelt. Zoals we wel hadden voorzien, houdt het voorstel van richtlijn van de Europese Commissie betreffende de toepassing van de grensoverschrijdende rechten van de patiënt onvoldoende rekening met de noodzaak voor de nationale systemen om te kunnen doorgaan met het plannen van hun medisch aanbod. Deze dimensie werd net nog bevestigd door een beslissing van het Europees Hof van Justitie. België zal zich inspannen om deze tekst te laten voortgaan in de zin van een evenwicht tussen het recht van de patiënt op mobiliteit en het behoud van de mogelijkheid voor de lidstaten om een universele toegang aan te bieden voor kwalitatieve zorg en met een duurzame financiering. België zal zich eveneens inspannen om een richtlijn te verkrijgen die de rechtszekerheid versterkt voor de grensoverschrijdende actoren van de gezondheidszorg, die rekening houdt met de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie en geen averechtse effecten met zich meebrengt, zoals wachtlijsten of verzorging «met twee snelheden» naargelang de origine van de patiënten. België heeft een gebrek aan bondgenoten bij deze inspanning en de kwaliteit van ons nationaal systeem geeft ons een niet te verwaarlozen geloofwaardigheid in dit debat.

Een andere werf waarop België waakzaam en constructief actief zal zijn betreft het informeren van de pati-

des animaux et CITES continuera à développer cette information en améliorant le volet CITES du site web du SPF Santé publique en y présentant notamment les principes de la CITES mais également des informations spécifiques sur la réglementation destinées aux commerçants en plantes ou animaux vivants, ou en produits et dérivés destinés ou non à la consommation humaine, aux éleveurs, aux personnes privées, de même que toute une série de recommandations. Il mentionnera également des liens avec d'autres sites web d'intérêt tel que le site eu-wildlifetrade.org et le site web de la douane.

Par ailleurs, mes services veilleront également à mettre en œuvre les accords passés dans le cadre du Printemps de l'Environnement notamment en matière de sensibilisation et d'information du public sur la CITES élargi à d'autres domaines relatifs à la sauvegarde de la biodiversité.

19. INTERNATIONAL

Sur le plan européen, le défi reste, comme précédemment, de défendre la dimension sociale des systèmes de soins de santé. Nos systèmes de soins de santé se voient en effet régulièrement mis en cause par une Commission européenne opérant dans la pure logique du marché et de la libre-circulation dans l'Union. Ainsi, comme anticipé, la proposition de Directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers par la Commission européenne ne prend pas suffisamment en compte la nécessité pour les systèmes nationaux de pouvoir continuer à planifier leurs offres de services médicaux. Or, cette dimension vient d'être confirmée par une décision de la Cour européenne de Justice. La Belgique devra s'efforcer de faire progresser ce texte dans le sens d'un équilibre entre le droit légitime du patient à la mobilité et la préservation de la capacité des États à offrir l'accès universel à des soins de qualité, et avec un financement durable. La Belgique s'efforcera également d'obtenir une Directive qui renforce la sécurité juridique pour les acteurs de soins transfrontaliers, qui prenne en compte la jurisprudence de la Cour européenne de Justice, et qui n'entraîne pas des effets pervers tels que listes d'attente ou soins à deux vitesses selon l'origine de la patientèle. La Belgique ne manque pas d'alliés dans cet effort, et la qualité de son système national lui confère une crédibilité non négligeable dans ce débat.

Un autre chantier sur lequel la Belgique sera vigilante et constructive est celui de l'information au patient, sin-

ent, in het bijzonder informatie over de geneesmiddelen die op voorschrift zijn. Men mag er zich over verheugen dat de Europese Unie zich bekommert over de toegang van de patiënt tot kwalitatieve informatie: de ontwikkeling van een reeks communicatiemiddelen vergroot nog de toegang door de patiënten tot niet-gecontroleerde informatie, zelfs tot gevaarlijke en bedrieglijke informatie. Het is de plicht van de overheid om een inspanning te leveren om informatie over geneesmiddelen toegankelijk te maken waarvan door haar bevestigd wordt dat ze objectief is en vrij van elke vorm van reclame. Deze bekommernis komt tegemoet aan het recht van de patiënt op objectieve informatie.

De voorbereidingen voor het Europees voorzitterschap gaan goed vooruit, des te meer omdat de organisatie van het presidentschap in een trio van landen verplicht tot vervroegd overleg met de twee andere leden van het trio, teneinde onder meer te bepalen welke thema's deze trio's als prioritair naar voor willen schuiven. Er werden contacten gelegd met Spanje en Hongarije en die zullen nog intenser worden naarmate het jaar vordert. Intern is er een evaluatie gemaakt van de supplementaire noden om het hoofd te kunnen bieden aan het presidentschap in 2010 en de budgetten zijn geëvalueerd.

Buiten de context van de EU, zal België verder zijn constructieve en solidaire rol spelen op de internationale scène, onder andere binnen de WGO, maar in voorkomend geval eveneens via een bilaterale politiek.

*De Minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid,*

Laurette ONKELINX

gulièremment pour ce qui concerne l'information sur les médicaments sous prescription. Il y a lieu de se réjouir que l'Union européenne s'inquiète de l'accès du patient à une information de qualité: le développement d'une série de moyens de communication accentue l'accès des patients à une information non contrôlée, voire dangereusement trompeuse. Il est du devoir de l'autorité publique de s'efforcer de rendre accessible une information sur les médicaments qui soit attestée par elle comme objective et libre du sceau de la publicité. Ce souci rencontre le droit du patient à une information objective.

Les préparatifs pour la présidence européenne vont bon train, d'autant que l'organisation de présidences en trios de pays impose une concertation précoce avec les deux autres membres du trio aux fins de déterminer entre autres les thématiques que ces trios souhaitent mettre en avant comme prioritaires. Des contacts sont pris avec l'Espagne et la Hongrie, qui vont aller s'intensifiant au fil de l'année. En interne, une évaluation des besoins supplémentaires pour faire face à la présidence en 2010 a d'ores et déjà été réalisée, et des budgets évalués.

En dehors du contexte de l'UE, la Belgique poursuivra son rôle constructif et solidaire sur la scène internationale, entre autres dans les enceintes de l'OMS, mais aussi le cas échéant à travers la politique bilatérale.

*La Ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique,*

Laurette ONKELINX