

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

20 augustus 2025

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende de bevordering
van de interdisciplinaire samenwerking
door middel van digitale hulpmiddelen
voor het voorschrijven, afleveren en
opvolgen van medicatie
in de eerstelijnsgezondheidszorg**

(ingediend door de dames Petra De Sutter en
Rajae Maouane c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

20 août 2025

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**visant à promouvoir
la coopération interdisciplinaire
à l'aide d'outils numériques
dans le cadre de la prescription,
de la délivrance et du suivi de la médication
dans les soins de santé de première ligne**

(déposée par Mmes Petra De Sutter et
Rajae Maouane et consorts)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-Indépendant

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toezpraken (met de bijlagen)	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	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)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Tien jaar geleden, op 19 juni 2015, werd de tweede Ronde Tafel eGezondheid afgesloten door twee consolidatiesessies met de *stakeholders*, waarop de resultaten van zeven werksessies gevalideerd werden. Op basis daarvan werd het Actieplan eGezondheid 2013-2018 geactualiseerd tot het Actieplan eGezondheid 2015-2018 (V2.0), dat aanleiding gaf tot een protocolakkoord tussen de federale overheid en de gefedereerde entiteiten.¹

1. Het VIDIS-project

In Actiepunt 3 “Medicatieschema” werd een werkpakket 2 opgenomen: VIDIS – geïntegreerd beheerssysteem voor alle aspecten van de medicamenteuze behandeling. Datzelfde jaar werd de governancestructuur en de conceptualisatie opgestart vanuit het RIZIV met participatie van alle *stakeholders*, te weten huisartsen, apothekers en de gewestelijke eerstelijnskluizen: BruSafe; Intermed en Vitalink. In de daarop volgende actieplannen van 2019² en 2022³ werd het VIDIS-project telkens hernomen met voortschrijdende doelstellingen. Het huidige Interfederaal Actieplan eGezondheid 2025-2027 werd aangekondigd op de website van het RIZIV⁴ en de website van het eHealth-platform⁵ waar ook de status van de verschillende projecten en hun KPI's raadpleegbaar is. Daaruit blijkt dat er nog steeds gewerkt wordt aan het VIDIS-project. Op 21 mei jongstleden organiseerde het RIZIV zelfs een conferentie met alle betrokken actoren.⁶ VIDIS staat voor *Virtually Integrated Drug Information System*. Het project had van meet af aan de ambitie om de data van verschillende e-gezondheidsdiensten met betrekking tot medicatie te integreren in één view,

¹ Protocolakkoord Actualisering van het Actieplan eGezondheid – Actieplan 2015-2018 (V2.0), https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid-fr/2015_10_19_ehealth_fr.pdf

² Protocolakkoord – Actieplan eGezondheid 2019-2021, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/actieplan_2019-2021_e-gezondheid.pdf

³ Protocolakkoord van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid houdende het actieplan e-Gezondheid 2022-2024, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/actieplan_egezondheid_2022-2024_protocolakkoord.pdf

⁴ Interfederaal actieplan eGezondheid 2025-2027 (RIZIV)

⁵ <https://www.ehealth.fgov.be/nl/page/actieplan-egezondheid-2025-2027>, <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/egezondheid/interfederaal-actieplan-egezondheid-2025-2027>

⁶ VIDIS-conferentie: Naar een betere kwaliteit van zorg door uitgebreide en actuele gezondheidsgegevens van patiënten (RIZIV), <https://www.riziv.fgov.be/nl/nieuws/vidis-conferentie-naar-een-betere-kwaliteit-van-zorg-door-uitgebreide-en-actuele-gezondheidsgegevens-van-patienten>

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Il y a dix ans, le 19 juin 2015, la deuxième Table ronde eSanté s'est clôturée par deux sessions de consolidation réunissant les différentes parties prenantes, au cours desquelles les résultats de sept sessions de travail ont été validés. Le Plan d'actions e-Santé 2013-2018 a été actualisé sur cette base pour devenir le Plan d'actions e-Santé 2015-2018 (V2.0), qui a ensuite donné lieu à la conclusion d'un protocole d'accord entre l'autorité fédérale et les entités fédérées.¹

1. Le projet VIDIS

Un paquet de travail 2 intitulé “VIDIS – système de gestion intégré de tous les aspects du traitement médicamenteux des patients” a été inséré dans le point d'action 3 “Schéma de médication”. La même année, la mise en place de la structure de gouvernance et la conceptualisation ont été initiées par l'INAMI avec la participation de toutes les parties prenantes, à savoir les médecins généralistes, les pharmaciens et les coffres-forts régionaux de première ligne: BruSafe, Intermed et Vitalink. Les plans d'actions suivants, datant de 2019² et 2022³, ont chaque fois repris le projet VIDIS en faisant évoluer ses objectifs. Le Plan d'action interfédéral eSanté actuel (2025-2027) a été annoncé sur le site web de l'INAMI⁴ et sur celui de la plateforme eHealth⁵, où l'état d'avancement des différents projets et leurs KPI peuvent également être consultés. Il en ressort que le projet VIDIS est toujours en cours d'évolution. Le 21 mai dernier, l'INAMI a même organisé une conférence réunissant tous les acteurs concernés.⁶ L'acronyme VIDIS fait référence au *Virtually Integrated Drug Information System*. Le projet visait dès le départ à intégrer, en une vue unique, les données

¹ Protocole d'accord Actualisation du plan d'actions e-Santé – Plan d'actions 2015-2018 (V2.0), https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/interministeriele_conferentie_volksgezondheid-fr/2015_10_19_ehealth_fr.pdf

² Protocole d'accord – Plan d'actions e-Santé 2019-2021, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/actieplan_2019-2021_e-gezondheid.pdf

³ Protocole d'accord de la Conférence Interministérielle Santé Publique portant sur le plan d'actions e-Santé 2022-2024, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/actieplan_egezondheid_2022-2024_protocolakkoord.pdf

⁴ Plan d'action interfédéral eSanté 2025-2027 | INAMI

⁵ <https://www.ehealth.fgov.be/fr/page/plan-d-action-esante-2025-2027>, <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/esante/plan-d-action-interfederal-esante-2025-2027>

⁶ Conférence VIDIS: Vers des soins de meilleure qualité grâce à des données de santé du patient complètes et à jour (INAMI), <https://www.inami.fgov.be/fr/actualites/conference-vidis-vers-des-soins-de-meilleure-qualite-grace-a-des-donnees-de-sante-du-patient-completes-et-a-jour>

d.w.z. op een scherm voor de eindgebruiker. Het gaat om de (elektronische) voorschriften uit Recip-e, de medicatieschema's uit de eerstelijnskluizen BruSafe, Intermed en Vitalink, de afgeleverde medicatie uit het Gedeeld Farmaceutisch Dossier (hierna: GFD) en de terugbetalingsvoorwaarden uit MyCareNet. Het tussentijds resultaat is raadpleegbaar op *MijnGezondheid.belgie.be*, beheerd door de FOD Volksgezondheid en in de mobiele applicatie *MijnGeneesmiddelen*, uitgebracht door het RIZIV.⁷

Sinds 2017 is de dienst “huisapotheker” beschikbaar voor gepolymediceerde patiënten: wie het afgelopen jaar, vijf verschillende terugbetaalde geneesmiddelen nam, waarvan minstens één chronisch (langer dan 160 dagen), kan een huisapotheker kiezen. Die huisapotheker maakt een correct, volledig en up to date medicatieschema op en deelt het via de gekijkte platformen voor gegevensuitwisseling zoals de eerstelijnskluizen of de ziekenhuisnetwerken.⁸ Anderhalf miljoen Belgen maken al gebruik van deze dienst (Bron: IFEB).

De integratie van de verschillende diensten, de interoperabiliteit van de verschillende systemen en de implementatie in de eindgebruikerssoftware laat echter nog veel te wensen over en aan de integratie van het medicatiebeheer in de ziekenhuizen is nog niet eens begonnen. Wel werden elektronisch voorschriften veralgemeend en behoudens enkele uitzonderingen zelfs verplicht: de zogenaamde dematerialisatie van het elektronisch voorschrift.⁹ Recent werden de gegevens uit het GFD toegankelijk gemaakt voor patiënten en toegang tot dezelfde gegevens voor bevoegde zorgverleners werd gerealiseerd via de webtoepassing ProGezondheid¹⁰ van het RIZIV. Het is uiteraard begrijpelijk dat een project van dergelijke omvang stoot op weerstand van *stakeholders*, technische problemen en uitdagingen op het vlak van *governance*. Erger is dat er reglementaire barrières zijn voor het optimaliseren van de processen in dit project.

relatives à la médication provenant de différents services de santé en ligne, c'est-à-dire sur un seul écran pour l'utilisateur final. Sont visées en l'espèce les prescriptions (électroniques) de Recip-e, les schémas de médication provenant des coffres-forts de première ligne BruSafe, Intermed et Vitalink, les médicaments délivrés figurant dans le Dossier Pharmaceutique Partagé (ci-après: DPP) et les conditions de remboursement contenues dans MyCareNet. Le résultat intermédiaire peut être consulté sur le site *MaSante.belgique.be*, qui est géré par le SPF Santé publique, ainsi que sur l'application mobile “Mes médicaments” lancée par l'INAMI.⁷

Depuis 2017, le service “pharmacien de référence” est disponible pour les patients polymédiqués: toute personne ayant pris cinq médicaments remboursés différents au cours de l'année écoulée, dont au moins un de façon chronique (plus de 160 jours), peut choisir un pharmacien de référence. Celui-ci établit un schéma de médication correct, complet et à jour et le partage via les plateformes d'échange de données appropriées, telles que les coffres-forts de première ligne ou les réseaux hospitaliers.⁸ Un million et demi de Belges utilisent déjà ce service (Source: IPHEB).

Cependant, l'intégration des différents services, l'interopérabilité des différents systèmes et l'implémentation dans les logiciels destinés aux utilisateurs finaux laissent encore beaucoup à désirer, et le processus d'intégration de la gestion de la médication dans les hôpitaux n'a même pas encore été entamé. Les prescriptions électroniques ont toutefois été généralisées – et même rendues obligatoires à quelques exceptions près. On parle à cet égard de dématérialisation de la prescription électronique.⁹ Récemment, les données contenues dans le DPP ont été rendues accessibles aux patients et l'accès à ces mêmes données a été accordé aux dispensateurs de soins autorisés par le biais de l'application web ProSanté¹⁰ de l'INAMI. Il est bien entendu compréhensible qu'un projet d'une telle ampleur se heurte à la résistance des parties prenantes, à des problèmes techniques et à des défis en matière

⁷ Mijn Geneesmiddelen: Raadpleeg uw medicatieschema en beheer uw voorschriften online, <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/mijn-geneesmiddelen-raadpleeg-uw-medicatieschema-en-beheer-uw-voorschriften-online>

⁸ <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/apothekers/begeleiden-van-chronische-patienten-als-huisapotheker>

⁹ <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geneesmiddelen/geneesmiddel-voorschrijven/de-dematerialisatie-van-het-geneesmiddelenvoorschrift>

¹⁰ <https://www.riziv.fgov.be/nl/webtoepassingen/progezondheid>

⁷ Mes Médicaments: Consultez votre schéma de médication et gérez vos prescriptions en ligne <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/medicaments/mes-medicaments-consultez-votre-schema-de-medication-et-gerez-vos-prescriptions-en-ligne>

⁸ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/pharmaciens/accompagner-les-patients-chroniques-en-tant-que-pharmacien-de-reference>

⁹ <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/medicaments/prescrire-un-medicament/la-dematerialisation-de-la-prescription-electronique>

¹⁰ <https://www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/prosante>

Na tien jaar werken zijn de beoogde doelstellingen duidelijk nog niet gerealiseerd.

2. Overbelasting van huisartsen

De toenemende druk op onze gezondheidszorg door de vergrijzing en het tekort aan zorgverleners noopt de overheid ertoe zorgprocessen maximaal te automatiseren en te optimaliseren met behulp van digitale toepassingen. Met name het tekort aan huisartsen en tandartsen leidt tot minder toegang tot essentiële zorg door een gebrek aan beschikbaarheid. De quota die destijds werden opgelegd om overconsumptie te vermijden, dreigen het omgekeerde effect te bereiken, te meer daar de subquota voor artsen te weinig en te laat voorzien waren op het vermijden van een tekort aan huisartsen (en andere specialismen). De overbelasting van de huisartsen wordt nog verder in de hand gewerkt door allerlei administratieve opdrachten die niet tot hun kerntaken behoren, zoals het afleveren van afwezigheidsattesten voor banale aandoeningen die op zich geen artsenbezoek vereisen en de ziekteverzekering doen opdraaien voor een verantwoordelijkheid van de werkgevers en de arbeidsgeneeskunde.

De digitalisering van het voorschrijfproces voor geneesmiddelen is nu vervolledigd en kan dus geoptimaliseerd worden in functie van administratieve vereenvoudiging. De wet- en regelgeving voor het voorschrijven van geneesmiddelen dateert echter nog uit het papieren tijdperk. Het koninklijk besluit tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten van 1 februari 2018 voorziet in verschillende mogelijkheden:

a) “naar rata van één enkele verpakking per voorschriftbriefje worden aangerekend” (sic), wat voor elke benodigde verpakking een nieuwe handeling van de voorschrijver vereist;

b) “voor de bij toepassing van vergoedingsgroep A-11 vergoedbare insulines [is], per voorschriftbriefje, de hoeveelheid die de verzekering mag worden aangerekend beperkt tot maximum 3000 eenheden voor het geheel van de voorgeschreven vergoedbare insulines”, wat bij

de gouvernance. Mais force est de constater qu’il existe également des obstacles réglementaires à l’optimisation des processus mis en œuvre dans le cadre de ce projet, ce qui est bien plus préoccupant. Après dix ans de travail, les objectifs visés ne sont manifestement pas encore atteints.

2. Surcharge des médecins généralistes

La pression croissante exercée sur notre système de soins de santé par le vieillissement de la population et la pénurie de dispensateurs de soins contraint les pouvoirs publics à automatiser et à optimiser autant que possible les processus de soins au moyen d’applications numériques. La pénurie de médecins généralistes et de dentistes, en particulier, réduit l’accès aux soins essentiels en raison d’un manque de disponibilité. Les quotas imposés à l’époque pour éviter la surconsommation risquent d’avoir l’effet inverse, d’autant que la mise en place de sous-quotas pour les médecins s’est avérée insuffisante et trop tardive pour éviter une pénurie de médecins généralistes (et de médecins ayant opté pour certaines autres spécialisations). La surcharge de travail des médecins généralistes est encore aggravée par toutes sortes de tâches administratives qui ne font pas partie de leurs missions essentielles. Nous songeons notamment à la délivrance de certificats d’absence pour des affections banales qui ne nécessitent pas en soi une consultation médicale, l’assurance maladie devant assumer en l’espèce une responsabilité qui incombe en réalité aux employeurs et à la médecine du travail.

La numérisation du processus de prescription des médicaments est désormais achevée et peut donc être optimisée à des fins de simplification administrative. Cependant, la législation et la réglementation relatives à la prescription des médicaments datent encore de l’ère du papier. L’arrêté royal du 1^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques prévoit différentes possibilités:

a) “ne peuvent être portées en compte qu’à concurrence d’un seul conditionnement par ordonnance”, ce qui signifie qu’une nouvelle intervention du prescripteur est requise chaque fois que le patient a besoin d’un nouveau conditionnement;

b) “pour les insulines remboursables en application du groupe de remboursement A-11 et par ordonnance, la quantité pouvant être portée en compte à l’assurance est limitée à maximum 3000 unités pour l’ensemble des insulines remboursables prescrites”, ce qui signifie qu’il

elk voorschrift een berekening van het aantal eenheden per voorgeschreven verpakking vergt;

c) “wanneer een geneesmiddel op algemene benaming wordt voorgeschreven... met dien verstande dat de voorgeschreven behandelingsduur maximaal 3 maanden kan bedragen”, wat voorschrijven in posologie en behandelingsduur mogelijk maakt voor een beperkte groep geneesmiddelen en een beperkte behandelingsduur.

Wanneer een voorschrijver één van de eerste twee mogelijkheden kiest, moet die de behandelingsduur – die in principe op elk voorschrift vermeld moet worden – bovendien apart invoeren.

Artsen zijn voor het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen (en alle andere e-gezondheidstoepassingen) afhankelijk van de integratie in hun software en de gebruiksvriendelijkheid die hun softwareontwikkelaar realiseert. Softwarebedrijven zijn echter weinig gemotiveerd om diensten aangeboden door de overheid snel en gebruiksvriendelijk te integreren, want dat levert hen weinig concurrentieel voordeel op. Zelfs verplichte integraties, zoals elektronisch voorschrijven en het gebruik van SAM v2, de authentieke bron van geneesmiddelen in België, verliepen moeizaam en onvolledig, waardoor huisartsen belemmerd worden in het gebruik ervan.

3. Onbeschikbaarheid van geneesmiddelen

Sinds vele jaren en in toenemende mate is er een probleem met de beschikbaarheid van geneesmiddelen op de Belgische markt en dat ondanks de leveringsplicht van zowel de vergunninghouder als de groothandelaars-verdelers. De oorzaken zijn complex en vaak internationaal: productieproblemen voor grondstoffen waarvan de productiecapaciteit al te geconcentreerd is, contingentering van originele geneesmiddelen gecombineerd met parallellexport, toenemende vraag en weinig flexibele productiecapaciteit en oneigenlijk gebruik van beschikbare voorraden, zoals recent met semaglutide en andere GLP-1-analogen.

Op de website www.farmastatus.be houdt het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) een overzicht bij van de actuele beschikbaarheid en van de ontbrekende geneesmiddelen. Op het moment van schrijven zijn er 736 verpakkingen of 7,36 % van alle gecommercialiseerde verpakkingen tijdelijk onbeschikbaar. Voor bijna een kwart van de gevallen is er een belangrijke impact, in 3 % van de gevallen zelfs een kritische, bijvoorbeeld

faut calculer pour chaque ordonnance le nombre d'unités par conditionnement prescrit;

c) “lorsqu'un médicament est prescrit en dénomination commune (...), pour autant que la durée de traitement prescrite est limitée à 3 mois”, ce qui permet d'établir une prescription sur la base d'une posologie et d'une durée de traitement pour un groupe limité de médicaments et pour une durée de traitement limitée.

Lorsqu'un prescripteur choisit l'une des deux premières options, il est également tenu d'indiquer séparément la durée du traitement, qui doit en principe être mentionnée sur chaque ordonnance.

Les médecins dépendent, pour la prescription électronique de médicaments (et pour toutes les autres applications de santé en ligne), de l'intégration des services dans leur logiciel et de la convivialité offerte par le développeur. Les éditeurs de logiciels sont toutefois peu motivés à intégrer rapidement et de manière conviviale les services proposés par les pouvoirs publics, car cela ne leur procure guère d'avantage concurrentiel. Même les intégrations obligatoires, concernant par exemple la prescription électronique et l'utilisation de SAM v2 – la source authentique des médicaments en Belgique –, se sont avérées laborieuses et incomplètes, ce qui entrave l'utilisation de ces outils par les médecins généralistes.

3. Indisponibilité des médicaments

La disponibilité des médicaments sur le marché belge pose problème depuis de nombreuses années et la situation ne cesse de s'aggraver, malgré l'obligation de livraison qui incombe tant au titulaire de l'autorisation de mise sur le marché qu'aux grossistes-distributeurs. Les causes sont complexes et souvent liées à des facteurs internationaux: on peut citer à cet égard les problèmes de production de matières premières dus à une concentration trop importante de la capacité de production, le contingentement des médicaments originaux combiné à des exportations parallèles, la demande croissante, le manque de flexibilité de la capacité de production et l'utilisation inappropriée des stocks disponibles, comme cela a été le cas récemment avec le semaglutide et d'autres analogues du GLP-1.

Sur le site web www.pharmastatut.be, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) tient à jour une liste des médicaments actuellement disponibles et des médicaments manquants. Au moment de rédiger la présente proposition de résolution, 736 conditionnements, soit 7,36 % de tous les conditionnements commercialisés, étaient temporairement indisponibles. L'impact est important dans près d'un quart des cas et il est critique dans 3 % des cas, par exemple parce qu'il

omdat er geen alternatieven zijn en soms levensnoodzakelijke behandelingen onderbroken zullen moeten worden. Deze cijfers zijn bovendien een onderschatting van de werkelijkheid op het terrein omdat enkel door de vergunninghouder genotificeerde onbeschikbaarheden opgenomen worden. De tijdelijke onbeschikbaarheden door contingentering en export van geneesmiddelen zijn nog steeds niet transparant. Vooral apothekers verliezen wekelijks uren tijd aan het zoeken naar adequate oplossingen. Voorschrijvers zijn vaak niet op de hoogte dat de behandeling die ze voorgeschreven hebben niet zonder meer kan opgestart of voortgezet worden en patiënten moeten wachten of van het kastje naar de muur lopen.

Wanneer een chronische behandeling over een langere periode kan voorgeschreven worden, bijvoorbeeld zes maanden tot één jaar, kunnen tijdelijke onbeschikbaarheden vroegtijdiger en eenvoudiger opgevangen worden.

4. Overconsumptie, verspilling en vervuiling

Het is een bekend fenomeen dat chronische medicatie vaak zonder reden verder gezet wordt. In sommige gevallen is dat ondoelmatig, in andere zelfs schadelijk. Bekende voorbeelden zijn protonpompinhibitoren (hierna: PPI's), die de productie van maagzuur remmen, en statines, die de cholesterolemie verlagen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) publiceerde in 2019 al een kritisch rapport over het overmatig en ondoelmatig gebruik van statines.¹¹ Van PPI's is al langer geweten dat langdurig gebruik (langer dan acht weken), behoudens voor enkele specifieke indicaties, overbodig of zelfs schadelijk kan zijn.¹²

Ook voor andere therapeutische klassen zoals psychofarmaca (antidepressiva, antipsychotica, slaap- en kalmeermiddelen, ...) en bepaalde pijnstillers wordt geregeld gemeld dat er overconsumptie is in België.

Tegelijk kan de overmatige aflevering van verpakkingen vermeden worden wanneer er nog voorraad is bij de patiënt thuis. Een combinatie van de posologie en het aantal afgeleverde verpakkingen maakt het immers mogelijk om die voorraad in te schatten. Vandaag wordt al te vaak vastgesteld, bijvoorbeeld bij een overlijden,

n'existe pas d'alternatives et que certains traitements vitaux devront être interrompus. Il s'agit en outre d'une sous-estimation de la réalité sur le terrain, car seules les indisponibilités notifiées par le titulaire de l'autorisation sont prises en compte. On constate toujours à l'heure actuelle un manque de transparence au niveau des indisponibilités temporaires dues au contingentement et à l'exportation de médicaments. Les pharmaciens sont particulièrement affectés par cette situation: ils perdent plusieurs heures chaque semaine à rechercher des solutions adéquates. Les prescripteurs ignorent souvent que le traitement qu'ils ont prescrit ne peut pas être entamé ou poursuivi immédiatement, et les patients doivent attendre ou se faire renvoyer d'un intervenant à l'autre.

L'instauration de la possibilité de prescrire un traitement chronique pour une durée plus longue – par exemple de six mois à un an – permettrait d'anticiper et de gérer plus aisément les indisponibilités temporaires.

4. Surconsommation, gaspillage et pollution

Chacun sait que la prise de médicaments chroniques se poursuit souvent sans raison valable. Si, dans certains cas, cette pratique est simplement inefficace, dans d'autres, elle peut se révéler nocive. Les inhibiteurs de la pompe à protons (ci-après: IPP), qui freinent la production d'acide gastrique, et les statines, qui réduisent la cholestérolémie, en sont des exemples bien connus. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) avait déjà publié en 2019 un rapport critique sur l'utilisation excessive et inefficace des statines.¹¹ On sait depuis longtemps que le recours prolongé (pendant plus de huit semaines) à des IPP peut être inutile, voire nocif, sauf pour quelques indications spécifiques.¹²

Une surconsommation est par ailleurs régulièrement rapportée en Belgique pour d'autres classes thérapeutiques telles que les psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, somnifères, tranquillisants, etc.) et certains analgésiques.

La délivrance excessive de conditionnements devrait également pouvoir être évitée lorsque le patient dispose encore d'un stock à domicile. En effet, la combinaison de la posologie et du nombre de conditionnements délivrés permet d'estimer ce stock. Aujourd'hui, on constate trop souvent, par exemple lors d'un décès,

¹¹ Cordon A, De Meester C, Gerkens S, Roberfroid D, De Laet C. Statins for the primary prevention of cardiovascular events. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 306. D/2019/10.273/07.

¹² Ongewenste effecten van protonpompinhibitoren (PPI's): recente publicaties en stand van zaken. Folia Pharmacotherapeutica november 2016 (BCFI).

¹¹ Cordon A, De Meester C, Gerkens S, Roberfroid D, De Laet C. Statins for the primary prevention of cardiovascular events. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 306. D/2019/10.273/07.

¹² Effets indésirables des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP): publications récentes et situation actuelle. Folia Pharmacotherapeutica novembre 2016 (CBIP).

dat artsen alle actieve medicatie opnieuw voorschrijven bij elke consultatie en patiënten die gaan ophalen in de apotheek zonder rekening te houden met hun voorraad thuis. Dat leidt tot een zeer moeilijk in te schatten maar belangrijke verspilling: jaarlijks moeten tonnen niet gebruikte en vervallen medicatie vernietigd worden. In 2022 ging het om bijna 700 ton volgens een mededeling van *pharma.be* op haar website.¹³ Het is uiteraard bijzonder moeilijk te becijferen hoeveel terugbetaalde geneesmiddelen op deze manier verloren gaan, laat staan hoeveel de overbodige uitgaven van de ziekteverzekering aan die geneesmiddelen bedragen.

Bovendien komt naar schatting de helft van de ongebruikte geneesmiddelen in het milieu terecht omdat ze niet teruggebracht worden naar de apotheek. Analyses in heel Vlaanderen tonen aan dat geneesmiddelen wijd verspreid zijn in het oppervlaktewater. Carbamazepine, gabapentine, irbesartan en sotalol worden in meer dan 90 % van de meetpunten teruggevonden. Op 65 % van de meetpunten worden meer dan 15 verschillende geneesmiddelen teruggevonden. De concentraties in oppervlaktewater zijn voor onder meer diclofenac en clarithromycine soms hoger dan de *predicted no-effect concentration* (PNEC).¹⁴

5. Doelmatig gebruik van geneesmiddelen

In onze reactieve gezondheidszorg richt een patiënt zich met een klacht tot een arts die dan al dan niet een behandeling voorschrijft, vaak een geneesmiddel. Daardoor komen er vlot medicatielijnen bij in het medicatieschema van een patiënt, maar er is geen systematische opvolging of de opgestarte medicatie nog verder gezet moet worden. Nochtans bestaan er wetenschappelijk onderbouwde methodes om aan *deprescribing* te doen, zoals de internationale STOPP-START¹⁵ en de GheOP3S tool van de UGent.¹⁶

Sinds 1 april 2023 kan de huisapotheker een medicatienazicht uitvoeren voor patiënten die chronisch minstens vijf terugbetaalde geneesmiddelen nemen. De dienstverlening medicatienazicht wordt vergoed door het RIZIV en kadert in de medisch-farmaceutische

que les médecins établissent systématiquement, à chaque consultation, une nouvelle prescription pour l'ensemble de la médication active et que les patients vont chercher ces médicaments à la pharmacie sans tenir compte de leur stock à domicile. Cela entraîne un gaspillage très difficile à estimer, mais conséquent: chaque année, des tonnes de médicaments non utilisés et périmés doivent être détruits. Le site web *pharma.be* évoque près de 700 tonnes pour l'année 2022.¹³ Il est bien entendu très difficile de chiffrer la quantité de médicaments remboursés qui sont perdus de cette manière. Il est encore plus compliqué d'évaluer le montant des dépenses superflues exposées par l'assurance maladie pour ces médicaments.

On estime en outre que la moitié des médicaments non utilisés finissent par se retrouver dans l'environnement parce qu'ils ne sont pas rapportés à la pharmacie. Des analyses réalisées sur l'ensemble du territoire flamand révèlent que les médicaments sont largement répandus dans les eaux de surface. La présence de carbamazépine, de gabapentine, d'irbésartan et de sotalol a été détectée dans plus de 90 % des points de mesure. Plus de 15 médicaments différents ont été détectés dans 65 % des points de mesure. Les concentrations de diclofénac et de clarithromycine, par exemple, dans les eaux de surface sont parfois supérieures à la concentration prédite sans effet (PNEC).¹⁴

5. Une utilisation rationnelle des médicaments

Dans notre système de soins de santé réactif, le patient se rend chez son médecin lorsqu'il a un problème de santé. Le médecin décide alors de lui prescrire ou non un traitement, généralement médicamenteux. Cela entraîne rapidement l'ajout de nouvelles lignes de médication au schéma de médication du patient, mais il n'y a pas de suivi systématique pour déterminer si le traitement doit être poursuivi. Il existe pourtant des méthodes scientifiquement fondées pour pratiquer la déprescription, telles que la méthode internationale STOPP-START¹⁵ et l'outil GheOP3S de l'UGent.¹⁶

Depuis le 1^{er} avril 2023, le pharmacien de référence peut effectuer une revue de médication des patients qui prennent au moins cinq médicaments remboursés de manière chronique. Ce service est remboursé par l'INAMI et s'inscrit dans le cadre de la collaboration

¹³ Vervallen of ongebruikte geneesmiddelen? Breng ze naar uw apotheek! *Pharma.be* 2023.

¹⁴ Medicijnen in de waterketen: Resultaten verkennend onderzoek in de periode 2014-2016, Vlaamse Milieumaatschappij (2017).

¹⁵ STOPP-START v.3 – Screening Tool Of Older People's Prescriptions (STOPP) – Screening Tool to Alert to Right Treatment (START): <https://www.cgakit.com/stopp-start-v3>

¹⁶ GheOP3S tool versie 2 (update): <https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheop3s-tool-versie-2>

¹³ Médicaments périmés ou non utilisés? Rapportez-les chez votre pharmacien! *Pharma.be*, 2023.

¹⁴ Medicijnen in de waterketen: Resultaten verkennend onderzoek in de periode 2014-2016, Vlaamse Milieumaatschappij (2017).

¹⁵ STOPP-START v.3 – Screening Tool Of Older People's Prescriptions (STOPP) – Screening Tool to Alert to Right Treatment (START): <https://www.cgakit.com/stopp-start-v3>

¹⁶ GheOP3S tool versie 2 (update): <https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheop3s-tool-versie-2>

samenwerking, zoals de andere begeleidingsgesprekken voor “goed gebruik van geneesmiddelen” (GGG).¹⁷ Het is een project dat kan bijdragen aan doelmatig gebruik van geneesmiddelen, maar de dienst wordt vandaag nog slechts in beperkte mate toegepast. Essentiële voorwaarde is het beschikken over volledige, correcte en up to date informatie over de al dan niet voorgeschreven medicatie die een patiënt neemt, inclusief de posologie, de behandelingsduur en de indicatie. Ook op dat vlak zou de algemene mogelijkheid om in posologie en behandelingsduur voor te schrijven en stap in de goede richting zijn. Er zijn overigens verschillende kwaliteitsbevorderende programma's voor medisch-farmaceutische overleg (MFO) over medicatienazicht goedgekeurd en beschikbaar voor lokale samenwerking tussen voorschrijvers en apothekers.¹⁸

Wanneer een geneesmiddel als behandeling wordt voorgeschreven kan dat voorschrift ook automatisch omgezet worden in een medicatielijnen en in het medicatieschema. Diezelfde medicatielijnen wordt vervolgens door de apotheker, die het voorschrift uitvoert, vervolledigd met de gegevens van het geneesmiddel dat wordt afgeleverd en eveneens toegevoegd aan dat VIDIS-medicatieschema. Koppeling van de data uit de verschillende bronnen die betrokken zijn bij het VIDIS-project laten ook toe om een “teller” te ontwikkelen: uit het aantal te nemen eenheden per dag en de behandelingsduur kan het aantal benodigde eenheden berekend worden. Dat aantal kan vergeleken worden met het aantal effectief afgeleverde eenheden, dat in het GFD beschikbaar is. Een vergelijking tussen beide laat een inschatting van de therapietrouw en desgevallend de aflevering van een overmatig aantal verpakkingen toe. Dat kan een belangrijk hulpmiddel zijn om de medicatie van een patiënt op te volgen en voor patiënten een motivatie om hun behandeling uit te voeren zoals voorgeschreven.

Naast een potentiële besparing is verdere ontwikkeling van dit systeem ook nuttig voor de kwaliteit van de zorg en de ervaren zorg. Uit een recent rapport van het *Patient-Reported Indicators Surveys* (PaRIS) project van de OESO bleek dat België het goed doet voor een aantal indicatoren zoals persoonsgerichte zorg en ervaren

médico-pharmaceutique, tout comme les autres entretiens d'accompagnement pour le “bon usage des médicaments” (BUM).¹⁷ Il s'agit d'un projet qui peut contribuer à une utilisation rationnelle des médicaments, mais ce service n'est encore que peu utilisé à l'heure actuelle. Il est essentiel pour cela de disposer d'informations complètes, correctes et actualisées sur les médicaments pris par le patient – qu'ils lui aient été prescrits ou non –, y compris sur la posologie, la durée de traitement et l'indication. À cet égard également, il serait intéressant de prévoir de manière générale la possibilité d'établir une prescription sur la base d'une posologie et d'une durée de traitement. Il existe d'ailleurs différents programmes de promotion de la qualité pour la concertation médico-pharmaceutique (CMP) sur la revue de médication, qui ont été approuvés et sont disponibles en vue d'une collaboration locale entre prescripteurs et pharmaciens.¹⁸

Lorsqu'un médicament est prescrit en tant que traitement, cette prescription peut également être automatiquement convertie en une ligne de médication et intégrée dans le schéma de médication. Cette même ligne de médication est ensuite complétée par le pharmacien chargé d'exécuter la prescription, qui y inscrit les données du médicament délivré. Elles sont aussi ajoutées à ce schéma de médication VIDIS. Le couplage des données provenant des différentes sources impliquées dans le projet VIDIS permet également de développer un “compteur”: à partir du nombre d'unités à prendre par jour et de la durée du traitement, il est possible de calculer le nombre d'unités nécessaires. Ce nombre peut être comparé au nombre d'unités effectivement délivrées, qui est disponible dans le DPP. Cette comparaison permet d'évaluer l'observance thérapeutique et, le cas échéant, de détecter la délivrance d'un nombre excessif de conditionnements. Cela peut constituer un outil important de suivi de la médication des patients et motiver ces derniers à prendre leur traitement tel qu'il a été prescrit.

Outre les économies potentielles qu'il est susceptible de générer, le développement de ce système permettrait d'améliorer la qualité des soins et l'expérience des patients. Un rapport récent du projet *Patient-Reported Indicators Surveys* (PaRIS) de l'OCDE a montré que la Belgique obtenait de bons résultats pour un certain

¹⁷ Medicatienazicht door de huisapotheker: een nieuw initiatief (BCFI): <https://www.bcfi.be/nl/medicatie-nazicht-door-de-huisapotheker-een-nieuw-initiatief/>,

<https://pharma.be/nl/media/nieuws/vervallen-of-ongebruikte-geneesmiddelen-breng-ze-naar-uw-apotheek>

¹⁸ Medisch-farmaceutisch overleg – Goedgekeurde kwaliteitsbevorderende programma's (RIZIV): <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/kwaliteitszorg/geneesmiddelen/medisch-farmaceutisch-overleg/goedgekeurde-kwaliteitsbevorderende-programma-s>

¹⁷ Revue de médication par le pharmacien de référence: nouvelle initiative (CBIP): <https://edu.cbip.be/fr/articles/4063?folia=4050&matches=revue%7Cm%C3%A9dication%7CRevue%7Cplacement%7Cm%C3%A9decin%7Cplacement>, <https://pharma.be/fr/medias/actualites/medicaments-perimes-ou-non-utilises-rapportez-les-chez-votre-pharmacien>

¹⁸ Concertation médico-pharmaceutique: Programmes de promotion de la qualité approuvés (INAMI): <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/medicaments/concertation-medico-pharmaceutique/programmes-de-promotion-de-la-qualite-approuves>

kwaliteit van zorg, maar ook dat er op vlak van zorgcoördinatie en zelfredzaamheid van patiënten ruimte voor verbetering is.¹⁹ Op beide vlakken kan multidisciplinair beheer van de medicamenteuze behandelingen van een patiënt met behulp van digitale toepassingen én actieve betrokkenheid van de patiënt een meerwaarde betekenen. Het is dan ook een opdracht voor de federale overheid, de gewesten en de betrokken e-gezondheidsdiensten om stappen vooruit te blijven zetten in dit traject.

Petra De Sutter (Ecolo-Groen)
 Rajae Maouane (Ecolo-Groen)
 Staf Aerts (Ecolo-Groen)
 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen)
 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen)
 Dieter Vanbesien (Ecolo-Groen)
 Matti Vandemaele (Ecolo-Groen)
 Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen)
 Stefaan Van Hecke (Ecolo-Groen)

nombre d'indicateurs tels que les soins personnalisés et la qualité perçue des soins, mais aussi qu'il existait une marge de progression en matière de coordination des soins et d'autonomie des patients.¹⁹ La gestion multidisciplinaire des traitements médicamenteux d'un patient à l'aide d'applications numériques et l'implication active du patient pourraient apporter une valeur ajoutée dans ces deux domaines. Il incombe donc à l'autorité fédérale, aux Régions et aux services d'e-santé concernés de continuer à progresser dans ce trajet.

¹⁹ Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Belgium, 2025 (OECD): https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver-results-from-the-patient-reported-indicator-surveys-paris_748c8b9a-en/belgium_d4ba0ccc-en.html

¹⁹ Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Belgium, 2025 (OECD): https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver-results-from-the-patient-reported-indicator-surveys-paris_748c8b9a-en/belgium_d4ba0ccc-en.html

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op artikel 27 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, dat de voorwaarden bepaalt waaraan een voorschrift van een gezondheidszorgbeoefenaar voor de aflevering van geneesmiddelen aan een patiënt moet voldoen;

B. gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, Titel III – verzekering voor geneeskundige verzorging (zie artt. 29*bis*, 34, 35, 35*bis*, 35*ter*, 37, 56, 69 § 5, 72, 72*bis*, 77), het koninklijk besluit tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten van 1 februari 2018 (zie artt. 123, 124, 125 en 126) en het koninklijk besluit houdende vaststelling van de modaliteiten inzake het voorschrift voor menselijk gebruik van 10 augustus 2005;

C. overwegende dat het veralgemeend en, behoudens enkele uitzonderingen, verplicht elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen aan ambulante patiënten sinds 1 januari 2020 geldt;

D. overwegende dat het relatieve tekort aan huisartsen en de feitelijke werkdruk van de huisartsen blijft toenemen;

E. overwegende dat de aanhoudende onbeschikbaarheid van geneesmiddelen de werkdruk voor apothekers doet toenemen en de toegang tot soms kritische medicatie ondermijnt;

F. overwegende dat het VIDIS-project tien jaar geleden op niveau van het RIZIV werd opgestart en dat de data van de afleveringshistoriek van geneesmiddelen in de voor het publiek toegankelijke officina-apotheken beschikbaar zijn geworden voor secundair gebruik;

G. overwegende dat de digitalisering van huisartsenpraktijken en voor het publiek toegankelijke officina-apotheken quasi voltooid is en dat verschillende overheden, m.n. de federale overheid en de gewesten, e-gezondheidsdiensten aanbieden die toelaten het administratieve proces voor het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen volledig te digitaliseren en in grote mate te automatiseren;

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. vu l'article 27 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, qui fixe les conditions auxquelles doit satisfaire une prescription établie par un professionnel des soins de santé pour la délivrance de médicaments à un patient;

B. vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, titre III – De l'assurance soins de santé (articles 29*bis*, 34, 35, 35*bis*, 35*ter*, 37, 56, 69, § 5, 72, 72*bis* et 77), l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques (articles 123, 124, 125 et 126) et l'arrêté royal du 10 août 2005 fixant des modalités de la prescription à usage humain;

C. considérant que depuis le 1^{er} janvier 2020, la prescription électronique de médicaments aux patients ambulatoires s'est généralisée et est devenue obligatoire, à quelques exceptions près;

D. considérant que la pénurie relative de médecins généralistes et la charge de travail effective de ces derniers continuent d'augmenter;

E. considérant que l'indisponibilité persistante de certains médicaments alourdit la charge de travail des pharmaciens et compromet l'accès à des médicaments parfois critiques;

F. considérant que le projet VIDIS a été lancé il y a dix ans au niveau de l'INAMI et que les données relatives à l'historique de délivrance de médicaments dans les pharmacies d'officine accessibles au public sont désormais disponibles pour une utilisation secondaire;

G. considérant que la numérisation des cabinets de médecins généralistes et des pharmacies d'officine accessibles au public est pratiquement achevée et que différents niveaux de pouvoir, à savoir l'autorité fédérale et les Régions, proposent des services d'e-santé qui permettent de numériser entièrement et d'automatiser dans une large mesure le processus administratif de prescription et de délivrance des médicaments;

H. overwegende dat een substantiële hoeveelheid afgeleverde geneesmiddelen niet gebruikt wordt en moet worden ingezameld en vernietigd, dan wel in het milieu terecht komt;

I. overwegende dat optimale digitale gegevensstromen tussen patiënten en hun zorgteam de *empowerment* van die patiënten en de opvolging door hun zorgverleners bij een medicamenteuze behandeling kunnen verbeteren en zo de interdisciplinaire samenwerking in de eerste-lijnsgesondheidszorg, de therapietrouw van de patiënten en op termijn de resultaten van de behandeling kunnen bevorderen.

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, zodanig aan te passen dat de voorschrijver alle geneesmiddelen kan voorschrijven als een behandeling, d.w.z. op basis van een posologie en een behandelingsduur i.p.v. per verpakking, zoals dat nu al het geval is wanneer een geneesmiddel wordt voorgeschreven op algemene benaming;

2. in samenwerking met de gemeenschappen, het RIZIV, het eHealth-platform, de e-gezondheidsdiensten Recip-e, GFD, MyCareNet en de eerstelijnskluizen en de leveranciers voor eindgebruikerssoftware voor huisartsen en voor het publiek toegankelijke apotheken ervoor te zorgen dat een elektronisch voorschrift in posologie en behandelingsduur automatisch en correct opgeladen wordt in het medicatieschema van de patiënt, desnoods door het te verplichten;

3. de ontwikkeling te overwegen van een teller die de voorgeschreven hoeveelheid (de posologie in aantal eenheden per dag vermenigvuldigd met de behandelingsduur in dagen) vergelijkt met de afgeleverde hoeveelheid (het aantal eenheden per verpakking vermenigvuldigd met het aantal verpakkingen), zodat zowel de patiënten als hun zorgteam de behandeling adequater kunnen uitvoeren dan wel opvolgen;

4. een maximale voorgeschreven behandelingsduur van één jaar in te voeren, gekoppeld aan een maximale afleveringshoeveelheid in functie van de behandelingsduur en de aard van het geneesmiddel;

5. richtlijnen en incentives te ontwikkelen voor patiënten, voorschrijvers en apothekers om de genoemde

H. considérant qu'une part substantielle des médicaments délivrés n'est pas utilisée et doit être collectée et détruite, ou finit par se retrouver dans l'environnement;

I. considérant que la mise en place de flux de données numériques optimaux entre les patients et leur équipe soignante pourrait promouvoir l'autonomisation de ces patients et le suivi réalisé par leurs prestataires de soins dans le cadre d'un traitement médicamenteux, et ainsi influencer positivement la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé de première ligne, l'observance thérapeutique des patients et, à terme, les résultats du traitement;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. d'adapter l'arrêté royal du 1^{er} février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques de manière à ce que le prescripteur puisse prescrire tous les médicaments en tant que traitement, c'est-à-dire sur la base d'une posologie et d'une durée de traitement plutôt que par conditionnement, comme c'est déjà le cas lorsqu'un médicament est prescrit en dénomination commune;

2. de veiller, en collaboration avec les Communautés, l'INAMI, la plateforme eHealth, les services d'e-santé, Recip-e, le DPP, MyCareNet, les coffres-forts de première ligne et les fournisseurs de logiciels destinés aux utilisateurs finaux dans les cabinets de médecine générale et les pharmacies ouvertes au public, à ce que les prescriptions électroniques établies sur la base de la posologie et de la durée de traitement soient automatiquement et correctement enregistrées dans le schéma de médication du patient, si nécessaire en rendant cette mesure obligatoire;

3. d'envisager le développement d'un compteur destiné à comparer la quantité prescrite (la posologie en nombre d'unités par jour multipliée par la durée du traitement en jours) à la quantité délivrée (le nombre d'unités par conditionnement multiplié par le nombre de conditionnements), afin que le traitement puisse être mis en œuvre et suivi de façon plus adéquate par les patients et leur équipe soignante;

4. de limiter la durée de traitement prescrite à un an et de fixer une quantité maximale à délivrer en fonction de la durée de traitement et de la nature du médicament;

5. d'élaborer des lignes directrices et des mesures incitatives à l'intention des patients, des prescripteurs et

digitale hulpmiddelen optimaal te benutten in functie van rationeel geneesmiddelengebruik en therapietrouw en daar afdoende sensibilisering rond te voeren naar die doelgroepen.

16 juli 2025

Petra De Sutter (Ecolo-Groen)
Rajae Maouane (Ecolo-Groen)
Staf Aerts (Ecolo-Groen)
Meyrem Almaci (Ecolo-Groen)
Sarah Schlitz (Ecolo-Groen)
Dieter Vanbesien (Ecolo-Groen)
Matti Vandemaele (Ecolo-Groen)
Tinne Van der Straeten (Ecolo-Groen)
Stefaan Van Hecke (Ecolo-Groen)

des pharmaciens afin d'optimiser l'utilisation des outils numériques précités pour promouvoir une utilisation rationnelle des médicaments et l'observance thérapeutique, et de mener une politique de sensibilisation efficace auprès de ces groupes cibles.

16 juillet 2025