

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

4 juni 2009

HOORZITTINGEN

over de zorgtrajecten

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
DE HEER **Luc GOUTRY**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

4 juin 2009

AUDITIONS

Les trajets de soins

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
M. **Luc GOUTRY**

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Muriel Gerkens

A. — Vaste leden / Titulaires:

CD&V	Luc Goutry, Nathalie Muylle, Inge Vervotte
MR	Daniel Bacquelaine, Jean-Jacques Flahaux, Jacques Otlet
PS	Marie-Claire Lambert, Sophie Pécriaux
Open Vld	Yolande Avontroodt, Katia della Faille de Leverghem
VB	Koen Bultinck, Rita De Bont
sp.a	Maya Detiège, Christine Van Broeckhoven
Ecolo-Groen!	Muriel Gerkens
cdH	Véronique Salvi
N-VA	Flor Van Noppen

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

Sonja Becq, Mia De Schamphelaere, Lieve Van Daele, Mark Verhaegen
Valérie De Bue, Olivier Destrebecq, Denis Ducarme, Florence Reuter
Colette Burgeon, Jean Cornil, Linda Musin
Maggie De Block, Sofie Staelraeve, Carina Van Cauter
Guy D'haeseleer, Barbara Pas, Bruno Valkeniers
Dalila Douifi, Meryame Kitir, Ludwig Vandenhove
Thérèse Snoy et d'Oppuers, Tinne Van der Straeten
Georges Dallemagne, Marie-Martine Schyns
Sarah Smeyers

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

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>	
<i>DOC 52 0000/000:</i>	<i>Parlementair document van de 52^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>	<i>DOC 52 0000/000:</i>	<i>Document parlementaire de la 52^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
<i>QRVA:</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	<i>QRVA:</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>
<i>CRIV:</i>	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>	<i>CRIV:</i>	<i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)</i>
<i>CRABV:</i>	<i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>	<i>CRABV:</i>	<i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>
<i>CRIV:</i>	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)</i>	<i>CRIV:</i>	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)</i>
<i>PLEN:</i>	<i>Plenum</i>	<i>PLEN:</i>	<i>Séance plénière</i>
<i>COM:</i>	<i>Commissievergadering</i>	<i>COM:</i>	<i>Réunion de commission</i>
<i>MOT:</i>	<i>Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)</i>	<i>MOT:</i>	<i>Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>

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

INHOUD	Blz.
I. Procedure	4
II. Algemeen overzicht van de zorgtrajectregeling	4
A. Context	4
1. Gemeenschappelijke beginselen	4
2. Zorgtrajecten bij chronische nierinsufficiëntie	5
B. Doelstellingen	7
C. Toepassingsgebied	7
D. Evaluatie	9
III. Positie van de betrokken partijen	11
A. Positie van de huisarts	11
B. Positie van de specialist	14
C. Positie van de patiënt	16
D. Positie van andere professionele zorgverstrekkers	18
IV. De zorgtrajecten in de huidige geneeskunde ..	18
A. De holistische opvolging van de patiënt	18
B. De bestaande zorgstructuren	20
1. Overeenkomsten	20
2. Zorgpad / <i>Chemin de soins</i>	21
3. Geïntegreerde dienst voor thuiszorg	22
C. Het risico van administratieve overlast	22
D. Mogelijkheid om de regeling tot alle aandoeningen uit te breiden	24
V. Opmerkingen van de leden	25
A. Algemeen	25
B. Ten gronde	25
C. Reacties van het RIZIV en van het kabinet van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	28
D. Laatste replieken	29
VI. Follow-up van de hoorzittingen	30

SOMMAIRE	Pages
I. Procédure	4
II. Un aperçu général du régime des trajets de soins	4
A. Contexte	4
1. Principes communs	4
2. Cas des insuffisances rénales chroniques	5
B. Objectifs	7
C. Champ d'application	7
D. Évaluation	9
III. La position des parties	11
A. Position du médecin généraliste	11
B. Position du médecin spécialiste	14
C. Position du patient	16
D. Position d'autres professionnels de soins	18
IV. Les trajets de soins au sein de la médecine actuelle	18
A. Le suivi holistique du patient	18
B. Les structures de soins existantes	20
1. Conventions	20
2. «Zorgpad» ou «chemin de soins»	21
3. Service intégré de soins à domicile	22
C. Le risque de surcharge administrative	22
D. L'opportunité de généraliser le système à chaque pathologie	24
V. Réactions des membres	25
A. Généralités	25
B. Quant au fond	25
C. Réactions du cabinet de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'INAMI	28
D. Dernières répliques	29
VI. Suivi des auditions	30

DAMES EN HEREN,

I. — PROCEDURE

Uw commissie heeft haar vergadering van 12 mei 2009 gewijd aan uitgebreide hoorzittingen over de zorgtrajecten.

De volgende personen werden gehoord:

- de heer Ri De Ridder, directeur-generaal van het RI-ZIV, die de krachtlijnen van de regeling heeft toegelicht;
- twee vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen: mevrouw Carine Serano (*Ligue des usagers des soins de santé* - LUSS) en mevrouw Ilse Weeghmans (*Vlaams patiëntenplatform* - VPP);
- verschillende vertegenwoordigers van de huisartsen: mevrouw Anne Gillet (Vereniging der Belgische Omnipratici - VBO), de heer Herman Moermans (*Syndicaat van Vlaamse huisartsen* - SVH), de heer Jean-François Soupart (*Forum des associations de généralistes* - FAG) en de heer Johan Sterkendries (*Fédération liégeoise des associations de médecins généralistes* - FLAMG);
- een vertegenwoordiger van de ziekenhuizen, de heer Patrick Biston (Réseau PHISOP);
- de heer Robert Rutsaert (Algemeen syndicaat van geneeskundigen van België - ASGB), die het standpunt heeft uiteengezet van een multidisciplinaire vakvereniging die de belangen van de huisartsen en de specialisten verdedigt.

De BVAS werd uitgenodigd, maar is wegens een te drukke agenda niet op de uitnodiging kunnen ingaan. Die vereniging heeft haar standpunt per brief ter kennis gebracht van de commissie.

II. — ALGEMEEN OVERZICHT VAN DE ZORGTRAJECTREGELING

A. Context

1. Gemeenschappelijke beginselen

De heer Ri De Ridder (RIZIV) geeft aan dat de zorgtrajecten, die bij koninklijk besluit van 21 januari 2009¹ tot stand zijn gekomen, het resultaat zijn van een samenwerkingsproject tussen de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen², tussen de zorgverleners, huisartsen en specialisten, én de patiënten.

¹ Koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten, Belgisch Staatsblad van 6 februari 2009 (hierna «het koninklijk besluit» genaamd).

² Hierna «de commissie artsen-ziekenfondsen» genaamd.

MESDAMES, MESSIEURS,

I. — PROCÉDURE

Votre commission a consacré sa réunion du 12 mai 2009 à des auditions élargies sur le thème des trajets de soins.

Les différentes personnes auditionnées ont été:

- M. Ri De Ridder, directeur général de l'INAMI, qui a présenté les grandes lignes du système;
- deux représentants des organisations de patients: Mme Carine Serano (*Ligue des usagers des soins de santé* — LUSS) et Mme Ilse Weeghmans («*Vlaams patiëntenplatform*» — VPP);
- plusieurs représentants des médecins généralistes: Mme Anne Gillet (Groupement belge des omnipraticiens — GBO), M. Herman Moermans («*Syndicaat van vlaamse huisartsen*» — SVH), M. Jean-François Soupart (*Forum des associations de généralistes* — FAG) et M. Johan Sterkendries (*Fédération liégeoise des associations de médecins généralistes* — FLAMG);
- un représentant de structures hospitalières, M. Patrick Biston (Réseau PHISOP);
- M. Robert Rutsaert («*Algemeen syndicaat van geneeskundigen van België*» — ASGB), qui a répercuté le point de vue d'un syndicat multidisciplinaire, défendant les intérêts des généralistes et des spécialistes.

L'ABSyM avait été invitée mais a dû décliner l'invitation pour des raisons d'agenda. Cette association a fait connaître son point de vue par courrier à la commission.

II. — UN APERÇU GÉNÉRAL DU RÉGIME DES TRAJETS DE SOINS

A. Contexte

1. Principes communs

M. Ri De Ridder (INAMI) informe que les trajets de soins, institués par un arrêté royal du 21 janvier 2009¹, sont le résultat d'un projet de collaboration entre la commission nationale médico-mutualiste² et les prestataires de soins, médecins généralistes et spécialistes, ainsi qu'avec les patients.

¹ Arrêté royal portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins, M.B., 6 février 2009 (ci-après, «l'arrêté royal»).

² Ci-après, la «commission médicomut».

Die trajecten beogen geïntegreerde zorg voor te stellen voor chronische patiënten die voor die regeling in aanmerking komen.

Als gevolg van de uitvaardiging van het koninklijk besluit werd op 16 maart 2009 een consensus bereikt in de commissie artsen-ziekenfondsen. Het Verzekeringscomité van het RIZIV heeft op 6 april 2009 de bestanddelen bepaald van het zorgcontract betreffende diabetes en van het contract met betrekking tot de chronische nierinsufficiëntie. De regeling treedt in werking op 1 juni 2009.

Tegelijk is een project aan de gang inzake het concept «multidisciplinair zorgnetwerk». De onderliggende strategische doelstelling van dit project is de versterking van de eerste lijn in het kader van de zorgtrajecten. Dat netwerk is facultatief en is in handen van de huisartsenkring (in samenwerking met de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging – GDT). Er wordt een netwerkbeheerder ingesteld die de operationalisering van de zorgtrajecten zou steunen op lokaal niveau. Zijn rol zou erin bestaan toe te zien op de goede samenwerkingsovereenkomsten tussen de vereiste disciplines, te zorgen voor de beschikbaarheid van het materieel, de expertises aan te moedigen en de evaluaties te steunen.

De heer Jean-François Soupart (FAG) attendeert op het belang van de multidisciplinaire lokale netwerken. Die zullen op minimum 75.000 inwoners betrekking hebben. De financiering ervan zal worden verzekerd voor vier jaar en zal een vergoeding van de administrateurs van de kring omvatten om de netwerkbeheerder te coachen. 90% van de subsidie zal binnen de maand moeten worden betaald.

Dat netwerk is een logistieke en administratieve structuur ten dienste van de huisartsen die het wensen. Het zou de huidige en de toekomstige zorgtrajecten steunen en zou de communicatie en de contacten tussen de zorgverleners bevorderen. Zo zullen de lokale noden worden geanalyseerd en zou er worden op ingespeeld. Op die manier kunnen de kringen de derde pijler tot stand brengen; die bestaat erin de zorgkwaliteit, de contacten en de nascholing te verbeteren.

2. Zorgtrajecten bij chronische nierinsufficiëntie

De heer Robert Rutsaert (ASGB) wijst erop hoe belangrijk het kan zijn ingrijpend in te werken op de cardiovasculaire risicofactoren, zelfs voor de lichtste nierinsufficiënties. De eerstelijnsartsen en de nefrologen moeten worden betrokken bij de behandeling van de chronische insufficiënties om de voortgang van de ziekte echt af te remmen.

Ils visent à proposer des soins intégrés pour des patients bénéficiaires, atteints d'affections chroniques.

Suite à l'adoption de l'arrêté royal, un consensus a été atteint à la commission médicomut en date du 16 mars 2009. Le comité de l'assurance de l'INAMI a déterminé les composantes du contrat de soins relatif au diabète et ceux du contrat relatif à l'insuffisance rénale chronique en date du 6 avril 2009. L'entrée en vigueur du système est prévue le 1^{er} juin 2009.

Parallèlement, un projet est en cours concernant le concept de réseau de soins multidisciplinaires. L'objectif stratégique qui sous-tend ce projet est le renforcement de la première ligne dans le cadre des trajets de soins. Ce réseau est facultatif et aux mains du cercle de médecins généraliste (en collaboration avec le service intégré de soins à domicile — SISD). Un gestionnaire de réseau est institué, qui soutiendrait l'opérationnalisation des trajets de soins au niveau local. Son rôle sera de veiller aux bons accords de collaboration entre les disciplines requises, d'organiser la disponibilité des matériels, d'encourager les expertises et de soutenir les évaluations.

M. Jean-François Soupart (FAG) souligne l'intérêt des réseaux locaux multidisciplinaires. Ceux-ci couvriront au minimum 75.000 habitants. Leur financement sera garanti pour quatre ans et comprendra une indemnisation des administrateurs du cercle pour coacher le manager de réseau. 90% du subside devra être payé dans le mois.

Structure logistique et administrative au service des médecins généralistes qui le souhaitent, ce réseau soutiendrait les trajets de soins actuels et à venir et favoriserait la communication et les contacts entre les prestataires. Les besoins locaux seront ainsi analysés et une réponse y sera donnée. Les cercles pourront ainsi développer le troisième pilier, à savoir améliorer la qualité des soins, les contacts et la formation continue.

2. Cas des insuffisances rénales chroniques

M. Robert Rutsaert (ASGB) souligne toute l'importance qu'il peut y avoir à agir de manière agressive sur les facteurs de risques cardiovasculaires même pour les insuffisances rénales les plus légères. Dès lors, le traitement des insuffisances chroniques ne peut qu'associer les médecins de première ligne et les néphrologues en vue de ralentir la progression de la maladie de manière convaincante.

5% van de bevolking lijdt aan nieraandoeningen, die te wijten zijn aan de vergrijzing, diabetes en zwaarlijvigheid. Patiënten met een lichte nierinsufficiëntie hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Het risico neemt toe naarmate de insufficiëntie verergert. Als de nierinsufficiëntie ernstig wordt, neemt de levensverwachting fors af. Bovendien is de verzorging zeer duur.

Vroegdetectie en het opsporen van de risicogroepen voor nierinsufficiëntie zijn zeer belangrijk. Het is even belangrijk een onderscheid te kunnen maken tussen de patiënten die zullen evolueren naar een stabiele insufficiëntie en zij die specifieke zorg nodig zullen hebben. De spreker geeft een overzicht van de wetenschappelijke medische gegevens aangaande de behandeling van de patiënten.

De huisarts moet een goede basiskennis hebben van de aandoening. Hij moet de patiënt snel doorverwijzen naar een nefroloog en met die laatste overleggen om een perfecte samenwerking tot stand te brengen. Vandaag is de optimale samenwerking tussen huisarts en specialist er vaak niet. De huisartsen hebben de indruk dat ze een naar een specialist doorverwezen patiënt niet meer kunnen volgen, terwijl de nefrologen klagen dat de patiënten te laat worden doorverwezen (al te vaak als een dialyse nodig is en de kansen om de voortgang van de ziekte te stoppen aanzienlijk beperkt zijn). De spreker geeft wetenschappelijke details over de medische gevolgen van een late doorverwijzing.

Er werd een concreet voorstel van samenwerking en taakverdeling tussen de huisartsen en de nefrologen uitgewerkt in overleg met de zorglijnen. De chronische nierinsufficiëntie werd gekozen als zorgtraject dat moet worden uitgewerkt in het kader van het nationaal akkoord 2006-2007.

De heer Patrick Biston (PHISOP) geeft toe het betrokken zorgtraject de centrale rol van de toegetreden huisartsen bevordert, door onder meer de bezorgdheden van de nefrologen daarin te integreren en door de toegankelijkheid en de kwaliteit van de tenlasteneming te verbeteren.

De spreker wenst niettemin dat de criteria inzake kwalitatieve evaluatie vóór de aanvang worden bepaald. Hij legt de nadruk op de evaluatie van de weerslag, op de termijn van tenlasteneming van vroegtijdige complicaties en op de toepassing van de maatregelen om de evolutie van de ziekte te vertragen.

Pas moins de 5% de la population souffre d'affections rénales. Le vieillissement de la population, le diabète, l'obésité, sont des facteurs d'apparition. Les patients qui ont une insuffisance rénale légère présentent un risque accru de maladie cardiovasculaire. Si l'insuffisance s'aggrave, le risque augmente. Si l'insuffisance rénale devient grave, l'espérance de vie est fortement réduite. Les coûts des soins sont en outre importants.

La détection précoce et le dépistage des groupes à risque d'insuffisance rénale sont essentiels. Il est tout aussi important de pouvoir distinguer ceux qui vont évoluer vers une insuffisance stable de ceux qui auront besoin de soins spécifiques. L'intervenant propose un aperçu des données médicales scientifiques concernant le traitement des patients.

Le médecin généraliste doit avoir une bonne connaissance de base de l'affection. Il doit rapidement renvoyer le patient vers un néphrologue et se coordonner avec lui pour organiser une parfaite collaboration. Aujourd'hui, bien souvent la coopération entre généralistes et spécialistes n'est pas optimale. Les médecins généralistes ont l'impression de ne plus pouvoir suivre le patient renvoyé chez un spécialiste, alors que les néphrologues se plaignent d'un renvoi tardif (bien souvent lorsqu'une dialyse est nécessaire et que les chances d'arrêter la progression de la maladie sont nettement réduites). L'intervenant fournit des détails scientifiques sur les conséquences médicales d'un renvoi tardif.

Une proposition concrète de collaboration et de répartition des tâches entre les médecins généralistes et les néphrologues a été élaborée, en concertation entre les lignes de soins. L'insuffisance rénale chronique a été retenue comme trajet de soins à développer dans le cadre de l'accord national 2006-2007.

M. Patrick Biston (PHISOP) reconnaît que le trajet de soins concerné promeut le rôle central des médecins généralistes qui s'y inscrivent, en intégrant par ailleurs les préoccupations des néphrologues et en améliorant l'accessibilité et la qualité de la prise en charge.

Toutefois, l'orateur voudrait que les critères qualitatifs d'évaluation soient définis avant le démarrage. Il insiste sur l'évaluation de l'impact, sur le délai de prise en charge des complications précoces et sur la mise en œuvre des mesures destinées à retarder l'évolution de la maladie.

B. Doelstellingen

De heer Ri De Ridder (RIZIV) preciseert dat de doelstelling van de zorgtrajecten erin bestaat aan de patiënten geïntegreerde en op wetenschappelijke bewijzen gesteunde zorg voor te stellen. Daartoe wordt de actieve samenwerking tussen de patiënten, de huisartsen en de specialisten geïntegreerd in een model dat hun rollen duidelijk afbakt. De Nationale raad voor kwaliteitspromotie (NRKP) stelt de wetenschappelijke bewijzen vast en valideert ze voor België. De trajecten zijn gericht op een aantal frequente chronische aandoeningen. Er wordt gezorgd voor de beschikbaarheid van de nodige zorgelementen.

De kwaliteit van de zorg wordt gegarandeerd door de evaluatie van de inspanningen en de maatregelen inzake klinische resultaten. Inzake de lokale en nationale praktijk wordt een evaluatie uitgevoerd en wordt voor *feedback* gezorgd.

Bijzondere aandacht gaat naar het globaal medisch dossier. De geleidelijke veralgemening van het elektronisch medisch dossier (EMD) wordt aangemoedigd. De administratieve drempels voor de zorgtoegang worden afgeschaft, in het bijzonder door de ondertekening van een samenwerkingscontract tussen de verschillende partijen op grond van een aantal interventies. De eerste lijn wordt structureel versterkt; de huisarts krijgt een centrale rol. De regeling staat het *empowerment* van de patiënt door educatie en zelfcontrole voor.

Het EMD zal met het oog op de informatisering in 2009 gelabeld worden. De elektronische verzending van de administratieve gegevens die in de vorm van een document kunnen worden overgezonden, zou in 2010 een feit moeten zijn. De gegevensuitwisseling tussen de betrokken zorgverleners en de beveiligde verzending van gegevens voor de evaluatie maken deel uit van de prioritaire dossiers.

De heer Jean-François Soupart (FAG) stipt aan dat de zorgtrajecten berusten op internationale experimenten om het partnerschap tussen de eerste en de tweede lijn zo goed mogelijk te organiseren. Ze beantwoorden aan de noodzaak van een algemene proactieve tenlasteneming, waarvan de educatie en een geïntegreerd multidisciplinair optreden deel uitmaken, en die aan de huisarts een rol van zorgcoördinator van de patiënt toekent.

C. Toepassingsgebied

De heer Ri De Ridder (RIZIV) merkt op dat inclusiecriteria worden bepaald. Als een zorgtraject wordt gesloten, moet de patiënt krachtens artikel 3 van het

B. Objectifs

M. Ri De Ridder (INAMI) précise que l'objectif des trajets de soins est de proposer aux patients des soins intégrés et basés sur des preuves. Pour ce faire, la collaboration active des patients, des médecins généralistes et des spécialistes est intégrée dans un modèle qui délimite clairement leurs rôles. La Commission nationale de la promotion de la qualité (CNPQ) détermine les preuves scientifiques et les valide pour la Belgique. Les trajets sont orientés sur une série d'affections chroniques fréquentes. La disponibilité des éléments de soins nécessaires est organisée.

La qualité des soins est garantie par l'évaluation des efforts et les mesures de résultats cliniques. Au niveau de la pratique, locale et nationale, une évaluation est réalisée et un feedback est organisé.

Le dossier médical global fait l'objet d'une attention particulière. La généralisation progressive du dossier médical informatisé (DMI) est promue. Les seuils administratifs pour l'accès aux soins sont supprimés, spécialement par le biais de la signature d'un contrat de collaboration entre les différentes parties, sur la base d'une série d'interventions. La première ligne est renforcée de manière structurelle; le médecin généraliste se voit attribuer un rôle central. Par l'éducation et l'auto-contrôle, le régime prône l'*empowerment* du patient.

Dans l'optique de l'informatisation, le DMI sera labellisé en 2009. La transmission électronique des données administratives susceptibles d'être communiquées sous la forme d'un document devrait être effective en 2010. Les échanges de données entre les dispensateurs de soins concernés et la transmission sécurisée de données pour l'évaluation font partie des dossiers prioritaires.

M. Jean-François Soupart (FAG) indique que les trajets de soins s'appuient sur des expériences internationales en vue d'organiser au mieux le partenariat entre la première et la deuxième ligne. Ils répondent à la nécessité d'une prise en charge globale proactive, intégrant l'éducation, et une action multidisciplinaire intégrée, octroyant au médecin généraliste le rôle d'un coordinateur des soins du patient.

C. Champ d'application

M. Ri De Ridder (INAMI) relève que des critères d'inclusion sont définis. Au moment de conclure un trajet de soins, le patient doit être atteint, aux termes de l'article 3

koninklijk besluit hetzij aan diabetes mellitus type 2, hetzij aan chronische nierinsufficiëntie lijden. De spreker geeft aan wat de meer precieze medische voorwaarden zijn; hij schat het aantal betrokken patiënten op 72 500 voor diabetes en op 6 000 voor chronische nierinsufficiëntie. Er moet een contract worden ondertekend, dat de spreker voorlegt.

Mevrouw Carine Serano (LUSS) vraagt wat moet worden verstaan onder «verbintenissen en gepersonaliseerde doelstellingen die gestoeld zijn op evidence based aanbevelingen van goede praktijk», zoals wordt aangegeven in artikel 2 van het koninklijk besluit, om de inhoud van de te sluiten overeenkomst te bepalen.

De principes van *evidence based medicine* zijn immers relevant voor normale patiënten, maar niet voor patiënten die niet meewerken. Zelfs al is het risico geringer als gevolg van de aard van de aandoeningen, toch geeft de spreekster uiting aan haar bezorgdheid dat met bepaalde patiënten geen rekening wordt gehouden. De artsen dreigen alleen patiënten die zich naar de aanbevelingen schikken of wier symptomen duidelijk zijn, in de regeling te doen stappen. Volgens mevrouw Serano wordt dat risico bevestigd door onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg naar de «*Pay for Quality*»-regeling. De artsen beklagen zich al over het gebrek aan tijd voor hun patiënten.

Behalve inclusiecriteria ziet de spreekster in artikel 4, tweede lid, van het koninklijk besluit ook uitsluitingscriteria. De commissie artsen-ziekenfondsen kan die definiëren. Op welke basis zal men die kiezen? Aan hun keuze moet overleg met alle partners voorafgaan.

De spreekster vestigt de aandacht op twee soorten gegevens die volgens artikel 5, § 1, tweede lid, van hetzelfde koninklijk besluit in het contract moeten staan:

– «de rechten van de patiënt verbonden aan het zorgtraject» (punt 3°). Wat zijn de aldus genoemde rechten? Gaat het om de rechten die zijn erkend bij de wet van 22 augustus 2002 op de patiëntenrechten?

– «het akkoord van de rechthebbende met het inzamen, meedelen en verwerken van gezondheidsgegevens in verband met zijn zorgtraject, in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer» (punt 9°). Kan de patiënt weigeren dat bepaalde gegevens van de ene zorgverstreker aan de andere worden doorgegeven? Wat zijn de gevolgen van een weigering? Kan de patiënt van het zorgtraject worden uitgesloten?

Artikel 6, § 1, tweede lid, van hetzelfde koninklijk besluit bepaalt: «De ondertekenende huisarts maakt het door de drie partijen ondertekende zorgtrajectcontract over aan de verzekeringsinstelling van de

de l'arrêté royal, soit d'un diabète sucré de type 2, soit d'une insuffisance rénale chronique. L'orateur précise les conditions médicales plus précises et estime le nombre de patients concernés à 72 500 pour le diabète et à 6 000 pour l'insuffisance rénale chronique. Un contrat doit être signé, que l'orateur présente.

Mme Carine Serano (LUSS) s'interroge sur ce qu'il convient d'entendre par «des engagements et des objectifs personnalisés s'appuyant sur des recommandations *evidence-based* de bonne pratique» comme indiqué à l'article 2 de l'arrêté royal en vue de définir le contenu de la convention à signer.

En effet, les principes de l'*evidence-based medicine* sont pertinents pour les patients normaux mais pas pour des patients réfractaires. Même si le risque est moindre en raison de la nature des affections, l'oratrice exprime la préoccupation que certains patients soient laissés pour compte. Les médecins risquent de vouloir faire rentrer dans le système des patients qui se conforment aux recommandations ou dont les symptômes sont clairs. Selon l'intervenante, les études du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur le système «*Pay for Quality*» confirment ce risque. Les médecins se plaignent déjà du manque de temps à consacrer à leurs patients.

Outre les critères d'inclusion, l'oratrice voit aussi des critères d'exclusion dans l'article 4, alinéa 2, de l'arrêté royal. La commission medicomut peut les définir. Sur quelles bases seront-ils choisis? Leur choix doit être précédé d'une concertation avec tous les partenaires.

L'oratrice relève deux données qui doivent, conformément à l'article 5, § 1^{er}, alinéa 2, de l'arrêté royal, être contenues dans le contrat:

– Le 3° mentionne «les droits du patient liés au trajet de soins». Quels sont les droits ainsi désignés? S'agit-il des droits reconnus par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient?

– Le 9° cite «l'accord du bénéficiaire avec la collecte, la communication et le traitement de données de santé relatives à son trajet de soins, conformément à la législation sur le respect de la vie privée». Le patient peut-il refuser que certaines informations soient communiquées d'un prestataire de soins à l'autre? Quelles sont les conséquences du refus? Le patient peut-il être exclu du trajet de soins?

Conformément à l'article 6, § 1^{er}, alinéa 2, de l'arrêté royal, «Le médecin généraliste qui signe transmet le contrat 'trajet de soins' signé par les trois parties à l'organisme assureur du bénéficiaire, par voie électronique

rechthebbende, ofwel elektronisch ofwel op papier.». Op die wijze worden de persoonlijke gegevens van de patiënt aan de verzekeringsinstelling doorgegeven: is dat veilig?

De spreekster vraagt zich ten slotte af of de zorgtrajecten zullen gelden in medische huizen of in andere zorginstellingen. Het is essentieel alle soorten patiënten te bereiken, teneinde de zorgtoegankelijkheid optimaal te maken.

Mevrouw Ilse Weeghmans (VPP) onderstreept het risico dat patiënten ongelijk worden behandeld. Als het remgeld wordt afgeschaft en de geneesmiddelen beter worden terugbetaald, geldt dit met betrekking tot de diabetespatiënten alleen voor wie door type 2 ijsgetroffen en bij wie de ziekte al ver is gevorderd. Evaluatie is echter al van bij de aanvang van de aandoening nodig.

Wie al lang is getroffen, heeft veeleer belang bij aangepast materiaal dan een controleraadpleging. De aandoening moet trouwens vroeg worden opgespoord. Andere patiënten met chronische ziekten zouden, tot slot, ook over de voordelen van het programma willen beschikken.

Ook *de heer Patrick Biston (PHISOP)* maakt zich in verband met de bepaling van de patiënten die recht hebben op gratis verzorging, zorgen over een ongelijke behandeling zonder objectieve verantwoording. Hij vindt het bijvoorbeeld onduidelijk dat de diabetespatiënten die verscheidene inspuitingen of zelfs een pomp nodig hebben (soms reeds als kind) en door een gespecialiseerd team worden gevolgd, er geen recht op hebben. Door zo te werk te gaan, kadert het project in een geneeskunde met twee snelheden.

D. Evaluatie

De heer Ri De Ridder (RIZIV) merkt op dat de zorgtrajectregeling algemeen in 2012 door de commissie artsen-ziekenfondsen zal worden geëvalueerd. Er moet aangaande beide betrokken chronische aandoeningen een beperkt aantal van medische gegevens worden doorgezonden. De procedure van doorzending, alsook de periode waarin die inlichtingen zullen worden geregistreerd en de frequentie van doorzending, zullen uiterlijk 1 december 2011 worden vastgesteld.

Mevrouw Carine Serano (LUSS) heeft het moeilijk met de snelheid en zelfs de overhaasting in verband met de tenuitvoerlegging van het programma. Er is vooraf geen overleg geweest. De sensibilisering moet worden opgevoerd: een aantal professionals uit de gezondheidszorg blijft zich tegen die regeling verzetten. De specialisten en huisartsen zijn van tevoren niet gewonnen voor een gedwongen samenwerking.

ou sur papier». Les données personnelles du patient sont ainsi transmises à l'organisme assureur: est-ce sécurisant?

L'intervenante se demande enfin si les trajets de soins seront applicables en maison médicale ou dans d'autres structures de soins. Il est essentiel de toucher tous les types de patients afin d'optimiser l'accessibilité aux soins.

Mme Ilse Weeghmans (VPP) souligne le risque de discriminations entre les patients. En ce qui concerne les diabétiques, si le ticket modérateur est supprimé et si les médicaments sont mieux remboursés, ceci ne vaut toutefois que pour les patients atteints d'un diabète de type 2 dans un état déjà avancé. Or, le besoin d'une évaluation existe dès le début de l'affection. Les personnes déjà atteintes depuis longtemps ont plutôt besoin d'un matériel adapté que d'une consultation de contrôle. Il faudrait par ailleurs une détection précoce de l'affection. Enfin, d'autres personnes atteintes de maladies chroniques voudraient également disposer des avantages prévus par le programme.

M. Patrick Biston (PHISOP) s'inquiète lui aussi de discriminations sans justification objective dans la détermination des patients bénéficiant de la gratuité des soins. Par exemple, il trouve inadmissible que les patients diabétiques traités par plusieurs injections voire une pompe, parfois depuis l'enfance, suivis par une équipe spécialisée, n'en bénéficient pas. En procédant de la sorte, le projet s'inscrit dans une médecine à deux vitesses.

D. Évaluation

M. Ri De Ridder (INAMI) remarque que le régime des trajets de soins sera évalué de manière globale par la commission medicomut en 2012. Un nombre limité de données médicales doivent être transmises, concernant les deux affections chroniques concernées. La procédure de transmission, ainsi que la période pendant laquelle ces informations seront enregistrées et la fréquence de transmission, seront fixées au plus tard le 1^{er} décembre 2011.

Mme Carine Serano (LUSS) s'interroge sur la rapidité voire la précipitation entourant la mise en place du programme. La concertation n'a pas été un préalable. La sensibilisation doit être intensifiée: des professionnels des soins de santé restent réfractaires à ce régime. Les spécialistes et les généralistes ne sont pas gagnés d'avance à une collaboration contrainte.

Mevrouw Ilse Weeghmans (VPP) herinnert eraan dat men in Europa almaar meer bezorgd is om de respons op chronische aandoeningen zo goed mogelijk te structureren. Die bezorgdheid is des te meer gewettigd, omdat almaar meer mensen aan een of meer chronische aandoeningen lijden.

Er moet een grondige evaluatie worden uitgevoerd om te bepalen of het programma kwaliteitszorg ondersteunt (levenskwaliteit, gezondheidswinst en verstrekte gezondheidszorg), de doelgroep bereikt, de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn verbetert en voor de patiënt financieel toegankelijk blijft. Het programma beantwoordt *a priori* aan de driedubbele doelstelling om te zorgen voor een snelle doorverwijzing naar de specialist, de vlotte aflevering van informatie aan de patiënt en overleg tussen de zorglijnen.

Met de zorgtrajecten is er daarentegen de neiging aan alle patiënten dezelfde zorg of dezelfde zorgstructuur te bieden. Die is dus niet langer op de individuele aandoening van de patiënt afgestemd. Met zijn eigen behoeften wordt blijkbaar geen rekening meer gehouden.

Mevrouw Anne Gillet (VBO) wenst dat de doeltreffendheid van de zorgtrajecten wordt nagegaan in het licht van de centrale plaats die de huisarts inneemt, de algemene zorg voor de patiënt, het belang om een omgekeerde echelonnering te voorkomen en de erkenning van de bestaande netwerken en teams, alsook van de universitaire en voortgezette opleidingen. In tegenstelling tot de gespecialiseerde geneeskunde laat de algemene geneeskunde geen verticale aanpak per aandoening toe. Het risico is dan dat het opvolgen van een weinig volgzame of weinig mobiele patiënt met verscheidene ziekten niet mogelijk is.

De heer Patrick Biston (PHISOP) erkent dat het met zorgtrajecten theoretisch mogelijk is de zorgkwaliteit voor de patiënten te verbeteren. Hij steunt de vorige spreker echter in haar bezorgdheid om geen verholen echelonnering in te voeren. De verschillende zorglijnen moeten toegankelijk blijven en de keuze van de arts moet gegarandeerd zijn.

In de eerste plaats moet men blijven streven naar een verbetering van de zorgkwaliteit. In die regeling moet men de wetenschappelijke en internationale aanbevelingen opnemen, zonder te overdrijven in formalisering en normalisering. Geregelde en nauwe *follow-up* van de kwaliteitsinvloed voor de patiënt is onontbeerlijk. Overleg en een brede consensus tussen de zorglijnen zijn hier noodzakelijk. Het zorgtraject in verband met diabetes zou moeten worden bijgestuurd, met medewerking van alle vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers.

Mme Ilse Weeghmans (VPP) rappelle qu'il existe une préoccupation de plus en plus forte en Europe de structurer au mieux la réponse aux affections chroniques. Cette préoccupation est d'autant plus légitime que de plus en plus de personnes souffrent d'une ou de plusieurs affections chroniques.

Une évaluation sérieuse devra être réalisée afin de déterminer si le programme soutient la qualité des soins (qualité de vie, gains en termes de santé, de qualité des soins prodigués), atteint le groupe-cible, améliorer la collaboration entre la première et la seconde ligne et reste financièrement accessible pour le patient. *A priori*, le programme répond au triple objectif d'organiser un renvoi rapide vers le spécialiste, de délivrer promptement des informations aux patients et d'organiser la concertation entre les lignes de soins.

Par contre, les trajets de soins ont tendance à offrir à tous les patients les mêmes soins ou la même structure de soins. Ceux-ci ne sont donc plus vraiment construits sur mesure et sur la base de l'affection du patient individuel. Ses besoins propres ne semblent plus pris en considération.

Mme Anne Gillet (GBO) souhaite la vérification de l'efficacité des trajets de soins au regard de la place centrale du médecin généraliste, de la prise en charge globale du patient, de l'importance d'éviter un échelonnement à l'envers et de la reconnaissance des réseaux et des équipes existantes ainsi que des formations universitaires et continuées. Contrairement à la médecine spécialisée, la médecine généraliste n'autorise pas une prise en charge verticale par pathologie. Le risque est alors de ne pas savoir gérer un patient multipathologique, peu docile ou peu mobile.

M. Patrick Biston (PHISOP) reconnaît qu'en théorie, les trajets de soins permettent d'améliorer la qualité des soins dans la prise en charge des patients. Toutefois, il soutient la précédente oratrice dans la préoccupation de ne pas introduire d'échelonnement déguisé. Les différentes lignes de soins doivent rester accessibles et le choix de son médecin, garanti.

La préoccupation première doit rester l'amélioration de la qualité des soins. Il faut que ce régime intègre les recommandations scientifiques et internationales, en évitant les excès de formalisation et de normalisation. Un suivi régulier et étroit de l'impact qualitatif pour le patient est indispensable. La concertation et un consensus large entre les lignes de soins sont ici nécessaires. Le trajet de soins relatif au diabète devrait être revu en présence de tous les représentants des prestataires de soins.

De heer Jean-François Soupart (FAG) vraagt zich af waarom er achtereenvolgens zes of zeven versies van de zorgtrajectcontracten zijn voorgesteld en of men daar lobbywerk in moet zien. Is gezondheidsopvoeding overigens wel een bevoegdheid van de Federale Staat?

Er moeten voorts nog talrijke details worden gepreciseerd. Het project is overhaast uitgewerkt, zonder echt voorafgaand overleg. Het project is voor verbetering vatbaar, zelfs al bevestigt het de centrale rol van de huisarts als zorgcoördinator van de chronische patiënt. Het welslagen van het project zal afhangen van de multidisciplinaire lokale netwerken. Men zal rekening moeten houden met de opmerkingen van testerkringen.

Om het project te vervolmaken moet men rekening houden met de ervaringen in het veld. De spreker vraagt daartoe de Federale raad voor de Huisartsenkringen te betrekken.

III. — POSITIE VAN DE BETROKKEN PARTIJEN

A. Positie van de huisarts

De heer Ri De Ridder (RIZIV) deelt mee dat de huisarts een *incentive* krijgt die overeenstemt met 80 euro per jaar. De huisarts moet als tegenprestatie een partnerschap sluiten met de specialist of een andere betrokken zorgverstrekker, de patiënt tijdig naar de specialist doorverwijzen, het zorgplan opstellen, coördineren en opvolgen, met de specialist overleggen en communiceren, gebruik maken van zowel de individuele als collectieve gegevens en de nodige gegevens opsturen.

Mevrouw Carine Serano (LUSS) vindt dat men de huisartsen met een goede *incentive* kan sensibiliseren voor de betrokken ziekten en ze aandachtiger kan maken voor de preventie van verwikkelingen of voor verergeringssymptomen. Men zal de symptomen ook sneller kunnen opsporen: aldus wordt ziekenhuisopname voorkomen, wat resulteert in een besparing voor de patiënt en voor het budget gezondheidszorg. De spreker heeft echter vragen bij de geringe terugbetaling. Het bedrag van 80 euro per jaar is kennelijk ontoereikend om de zorgverstrekkers ertoe aan te zetten een zorgtraject voor te stellen.

Mevrouw Ilse Weeghmans (VPP) onderstreept de beperkingen van de vrije keuze van zorgverstrekker. De patiënt sluit met de huisarts (en de specialist) een overeenkomst voor vier jaar voor zijn zorgtraject in verband met diabetes. Zelfs al wordt aldus de continuïteit van de zorg voortgezet, dan nog is het niet zeker dat

M. Jean-François Soupart (FAG) se demande pourquoi six ou sept versions ont été successivement proposées pour les contrats de trajets de soins et se demande s'il faut y voir l'œuvre de lobbies. Il se demande aussi si l'éducation à la santé relève bien des compétences de l'État fédéral.

De nombreux détails restent en outre à préciser. Le projet a été élaboré dans la précipitation, sans réelle concertation préalable. Le projet est perfectible, même s'il confirme le rôle central du médecin généraliste comme coordinateur des soins du patient chronique. La réussite du projet dépendra des réseaux locaux multidisciplinaires. Les remarques des cercles testeurs devront être prises en compte.

Il faut tenir compte des expériences de terrain pour parfaire le projet. L'orateur demande d'associer à cet effet le Conseil fédéral des Cercles de médecins généralistes.

III. — LA POSITION DES PARTIES

A. Position du médecin généraliste

M. Ri De Ridder (INAMI) informe qu'un incitant est donné au médecin généraliste, correspondant à 80 euros par an. Le médecin généraliste doit en contrepartie conclure un partenariat avec le spécialiste ou un autre dispensateur de soins concerné, envoyer le patient à temps au spécialiste, planifier, coordonner et suivre le plan de soins, se concerter et communiquer avec le spécialiste, utiliser des données tant individuelles que collectives et envoyer les données nécessaires.

Mme Carine Serano (LUSS) estime qu'un bon incitant offert aux médecins permet de les sensibiliser aux pathologies concernées et d'être plus attentifs à la prévention des complications ou aux symptômes d'aggravation. Les symptômes pourront aussi être détectés plus tôt: des hospitalisations seront évitées et des économies seront réalisées pour le patient et pour le budget des soins de santé. Toutefois, l'oratrice s'interroge sur la faiblesse du défraiement. La somme de 80 euros par an ne paraît pas suffisante pour inciter les soignants à proposer un trajet de soins.

Mme Ilse Weeghmans (VPP) souligne les limitations au libre choix du prestataire de soins. Le patient conclut un contrat pour quatre ans avec le médecin généraliste (et le médecin spécialiste) pour son trajet de soins relatif au diabète. Même si la continuité des soins est ainsi poursuivie, il n'est pas acquis qu'une telle limitation au

een dergelijke beperking van de vrije keuze verantwoord is in het licht van de wet van 22 augustus 2002 op de patiëntenrechten.

Mevrouw Anne Gillet (VBO) onderstreept het belang van de centrale plaats van de huisarts, in nauwe samenwerking met de specialist. De huidige zorgtrajecten erkennen te weinig zijn eigen bevoegdheden. De algemene zorg die de huisarts verstrekt, is specifiek voor wat hij doet. Door de behandeling van de ziekte verticaal op te splitsen komt dat algemeen karakter in gevaar.

Als de aanpak van de huisartsen volstaat, moet worden voorkomen dat de patiënt voor een complex perspectief moet kiezen. De echelonnering van de zorg zou zo niet langer terzake doende zijn. De verplichte doorverwijzing naar een specialist kost de gemeenschap veel geld. Men moet de huisarts integendeel de middelen geven om zonder anderen de diabetici van type 2 toereikend te verzorgen. De autonomie van de huisarts mag niet in gevaar komen. Een regeling waarbij een premie wordt gegeven als een patiënt naar een specialist wordt gezonden, is contraproductief.

De bekwaamheid van de huisartsen – gewaarborgd door universitaire en voortgezette opleidingen - moet worden onderkend. Hoewel die opleidingen volgens de spreekster volstaan, verzoekt zij de leiding van universitaire centra voor huisartsgeneeskunde en de wetenschappelijke verenigingen voor huisartsgeneeskunde de opleidingen te versterken. Tevens vraagt zij om een financiële opwaardering van de huisartsgeneeskunde, via de organisatie van de zorgtrajecten.

De heer Herman Moermans (SVH) beklemtoont dat de huisarts de hoeksteen is van het huidige gezondheidszorgstelsel, alsook dat de eerstelijnsarts terecht vraagt dat men hem een centrale rol in dat stelsel toebedeelt. Een behoorlijke echelonnering is één van de belangrijkste voorwaarden voor een consistent zorgaanbod.

Het subsidiariteitsbeginsel, dat aan de echelonnering ten grondslag ligt, impliceert dat de meest adequate zorg wordt verleend op het meest adequate niveau. In de huidige stand van zaken worden de eerstelijnsartsen evenwel nauwelijks bevoordeeld, in tegenstelling tot de specialisten, die beschikken over een structurele ondersteuning die patiënten direct tot bij hen voert. De patiënt is daar nauwelijks bij gebaat. Met het oog op de inachtneming van het subsidiariteitsbeginsel vragen de eerstelijnsartsen dat zij een op zijn minst gelijke structurele omkadering krijgen.

libre choix soit justifiée au regard de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Mme Anne Gillet (GBO) souligne l'importance d'une place centrale du médecin généraliste, en collaboration étroite avec le médecin spécialiste. Les trajets de soins actuels ne reconnaissent pas assez ses compétences propres. La prise en charge globale est spécifique au médecin généraliste. Par un découpage vertical de la pathologie, cette globalité est mise en péril.

Si l'approche des médecins généralistes est suffisante, il convient d'éviter que le patient soit contraint de rentrer dans une perspective complexe. L'échelonnement des soins ne serait ainsi plus pertinent. Le renvoi obligatoire auprès d'un médecin spécialiste est onéreux pour la collectivité. Il faut au contraire offrir au médecin généraliste les moyens de soigner seul les diabétiques de type 2 de manière pertinente. L'autonomie du médecin généraliste ne peut être mise en péril. Un système où une prime est donnée lorsqu'un patient est renvoyé à un spécialiste est contre-productif.

Il convient de reconnaître les compétences des médecins généralistes, assurées par des formations universitaires et continuées. L'oratrice estime celles-ci suffisantes, mais demande aux responsables de centres universitaires de médecine générale et aux sociétés scientifiques de médecine générale de renforcer les formations. Elle demande aussi une revalorisation financière de la médecine générale, par le biais de l'organisation des trajets de soins.

M. Herman Moermans (SVH) souligne que le médecin généraliste est la pierre angulaire du système actuel des soins de santé et que le médecin de première ligne demande, à juste titre, de se voir reconnaître un rôle central dans ce système. Un bon échelonnement est une des premières conditions d'une offre de soins pertinente.

Le principe de subsidiarité, qui est à la base de l'échelonnement, implique que les soins les plus adéquats soient prodigués au niveau le plus adapté. Or, dans le contexte actuel, les médecins de première ligne ne sont guère avantagés, au contraire des spécialistes qui disposent d'un appui structurel consistant à mener des patients directement auprès d'eux. Le patient n'en est guère mieux aidé. Pour respecter le principe de subsidiarité, les médecins de première ligne sollicitent un encadrement structurel au moins égal à leur profit.

De bestaande zorgtrajectregeling voorziet niet in een evenredige vergoeding voor de huisartsen en de specialisten. Hoewel deze laatsten slechts een vierde van de werkzaamheden in het kader van de zorgtrajecten voor diabetespatiënten voor hun rekening nemen en de huisartsen in dat verband veel meer administratief en medisch werk verrichten, worden ze gelijkkelijk vergoed.

Het systeem wordt nog niet elektronisch beheerd.

Mevrouw Anne Gillet (GBO) en de heer Herman Moermans (SVH) wensen een tienmaal hogere vergoeding voor de huisartsen dan voor de specialisten. De heer Moermans wijst er ook op dat een vergelijkbare vervolgccontrole reeds bestaat, dank zij de diabetespaspoorten. De vergoeding voor die paspoorten is geringer, hoewel ze gelijkwaardig zou moeten zijn aan de zorgtrajecten.

De heer Jean-François Soupart (FAG) is ingenomen met het forfait van 80 euro, ook al is dat volgens hem bijkomstig. Veel belangrijker is de steun van het lokale multidisciplinaire netwerk die de huisarts krijgt om zijn administratieve taken te verrichten. De huisarts moet eraan denken zijn patiënten terug te roepen en hen te vertellen wat hen te doen staat. Men moet zich tevens over een actieplan beraden.

De heer Johan Sterkendries (FLAMG) merkt op dat niet alleen in de zorgtrajecten multidisciplinair wordt overlegd. De huisartsen doen dat reeds elke dag; zij spelen in op elke individuele patiënt. Zij verwijzen reeds door naar de specialist telkens als dat nodig blijkt. De spreker betwijfelt dat de via een zorgtraject begeleide patiënten slecht worden verzorgd.

De huisarts zal niet alleen tijd verliezen door de administratieve besommeringen, maar ook door de uitleg die hij aan de patiënt moet verlenen. In 2011 zullen de informaticaproblemen alleen maar erger worden, aangezien de artikelen 12 en 13 van het koninklijk besluit bepalen dat de gegevens moeten worden doorgespeeld. Als een overeenkomst wordt ondertekend, houdt dat meteen in dat dit document verloren kan gaan. De zorgverleners zouden verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor de uitvoering van die overeenkomst.

De arts moet een onbegrijpelijk administratief vocabularium onder de knie zien te krijgen. Een en ander is dermate ingewikkeld dat in nieuwe structuren – de multidisciplinaire lokale netwerken – moet worden voorzien. Er worden de huisartsen veel meer verplichtingen opgelegd dan de specialisten en de adviserend geneesheren. Ook het aantal actoren neemt toe.

Le système actuel des trajets de soins ne rémunère pas de manière proportionnée les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Alors que les seconds n'assument qu'un quart du travail dans le cadre des trajets de soins pour les patients diabétiques, et que le travail administratif et médical du médecin généraliste est bien plus important, la rétribution est la même.

Il n'existe pas encore de voie électronique dans l'administration du système.

Mme Anne Gillet (GBO) et M. Herman Moermans (SVH) demandent une rétribution dix fois plus importante pour les médecins généralistes que pour les spécialistes. M. Moermans relève aussi qu'un suivi comparable existe déjà grâce aux «passeports du diabète». La rétribution de ces passeports est plus faible, alors qu'elle devrait être similaire aux trajets de soin.

M. Jean-François Soupart (FAG) apprécie le forfait de 80 euros, même s'il le qualifie d'accessoire. Bien plus essentiel est le soutien du réseau local multidisciplinaire dans les tâches administratives du médecin généraliste. Celui-ci doit penser à rappeler ses patients et à les éduquer. Un plan d'action doit également être réfléchi.

M. Johan Sterkendries (FLAMG) remarque que les concertations multidisciplinaires ne sont pas l'apanage des trajets de soins. Les médecins généralistes réalisent déjà ces concertations quotidiennement en les adaptant à chaque patient unique. Ils réfèrent déjà aux médecins spécialistes chaque fois que cela s'avère nécessaire. L'orateur doute que les patients visés par les trajets de soins seraient mal soignés.

Outre les contraintes administratives, le médecin généraliste perdra du temps dans les explications à fournir au patient. En 2011, les difficultés informatiques vont s'intensifier avec l'obligation de communication des données inscrite aux articles 12 et 13 de l'arrêté royal. Signer un contrat signifie une perte de document possible. La responsabilité des prestataires pourrait être engagée dans l'exécution de ce contrat.

Le médecin doit apprivoiser un vocabulaire administratif abscons. La complexité est telle que de nouvelles structures, les réseaux locaux multidisciplinaires, doivent voir le jour. Les obligations du généraliste par rapport aux spécialistes et aux médecins-conseil se multiplient. Les intervenants se multiplient aussi.

De medische taak van de huisarts wordt bijzaak. De kosteloze geneeskundige verzorging wordt geweigerd als de huisarts de patiënt op zijn eentje verzorgt, en zelf de coördinatie met andere eerstelijnsactoren (verpleegkundigen, kinesitherapeuten enzovoort) regelt. De spreker had graag gezien dat in de criteria van de zorgtrajecten voor de betrokken aandoening wordt vastgelegd dat de huisarts vaker moet worden geraadpleegd dan de specialist.

B. Positie van de specialist

De heer Ri De Ridder (RIZIV) geeft mee dat ook aan de specialisten een stimulans wordt verleend, die eveneens 80 euro per jaar bedraagt. Als tegenprestatie moet de specialist er zich toe verbinden een partnerschap aan te gaan met de huisarts of een andere betrokken zorgverlener, de patiënt te verwijzen naar de huisarts, overleg te plegen en te communiceren met de huisarts, alsook de huisartsen en de andere leden van het team waartoe hij behoort, te steunen (of te coachen).

Met betrekking tot de zorgtrajecten voor chronische nierinsufficiëntie geeft de heer Robert Rutsaert (ASGB) aan dat de patiënt in twee gevallen naar de nefroloog moet worden doorverwezen:

- wanneer de huisarts een *nierdysfunctie* vaststelt. Nadat de spreker dat begrip medisch heeft gedefinieerd, preciseert hij dat die doorverwijzing gegrond is omdat de nefroloog kan helpen bij het stellen van de diagnose, om de aandoening beter in te schatten, aangepaste behandelingen voor te stellen en een efficiënte strategie te bepalen, teneinde het vorderen van de ziekte af te remmen. In de meeste gevallen is één enkel consult voldoende; vervolgens wordt de patiënt doorverwezen naar zijn huisarts. Mochten nog meer interventies van een nefroloog aangewezen zijn, dan overlegt de specialist met de huisarts om het vervolg van de gemeenschappelijke *follow-up* te regelen;

- wanneer de huisarts een *geleidelijke afname van de nierfunctie* vaststelt. Bij deze patiënten bestaat het risico dat die functie uiteindelijk volledig uitvalt, met alle risico's op complicaties van dien. In dit geval is een gemeenschappelijke *follow-up* noodzakelijk, net als de verdeling van de taken tussen de specialisten en de huisartsen.

In bepaalde gevallen moet de patiënt vaker bij de nefroloog op consult komen. Zodra de nierfunctie onder een bepaald niveau terugvalt, moet men zich beraden over de voorbereiding op een therapie die de nierfunctie moet vervangen, of zelfs erger. In dat geval moet de patiënt veelvuldig contact onderhouden met de nefroloog en diens multidisciplinair team. Bepaalde complicaties vereisen niet alleen de zorg van een specialist, maar ook

Le rôle médical du généraliste devient secondaire. La gratuité des soins est refusée si le médecin généraliste soigne seul le patient et organise lui-même la coordination avec d'autres acteurs de la première ligne (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.). L'orateur demande d'inscrire dans les critères des trajets de soins que les consultations du spécialiste restent inférieures à celles du généraliste pour la pathologie concernée.

B. Position du médecin spécialiste

M. Ri De Ridder (INAMI) informe qu'un incitant est également donné au médecin spécialiste, correspondant ici aussi à 80 euros par an. Le spécialiste doit en contrepartie s'engager à conclure un partenariat avec le généraliste ou un autre dispensateur de soins concerné, renvoyer le patient au médecin généraliste, se concerter et communiquer avec le généraliste et soutenir (ou coacher) les médecins généralistes et les autres membres de l'équipe dont il fait partie.

En ce qui concerne les trajets de soins pour l'insuffisance rénale chronique, M. Robert Rutsaert (ASGB) indique que le renvoi vers le néphrologue devrait être décidé dans deux hypothèses:

- Lorsque le médecin généraliste constate une *dysfonction rénale*. L'orateur précise, après avoir défini cette situation d'un point de vue médical, que le renvoi se justifie afin d'obtenir du néphrologue une aide au diagnostic, de mieux évaluer l'affection, de proposer des thérapies adaptées et de déterminer une stratégie efficace afin de ralentir la progression de la maladie. Une seule consultation est dans la plupart des cas suffisante, le patient étant renvoyé chez son généraliste par après. Si d'autres interventions d'un néphrologue se justifient, le spécialiste se concertera avec le généraliste pour organiser les suites du suivi commun.

- Lorsque le médecin généraliste constate une *détérioration progressive de la fonction rénale*. Ces patients présentent un risque d'évolution vers un échec terminal de cette fonction, avec risques de complications. Un suivi commun est ici indispensable. La répartition des tâches entre les spécialistes et les généralistes est tout aussi indispensable.

Dans certains cas, le patient doit être suivi plus fréquemment par le néphrologue. À partir d'un certain niveau d'insuffisance rénale, il doit être réfléchi à la préparation à une thérapie de remplacement de la fonction rénale, voire pire. Le patient doit alors avoir des contacts fréquents avec le néphrologue et son équipe pluridisciplinaire. Certaines complications nécessitent à la fois les soins d'un spécialiste, et du généraliste. Ce dernier

die van de huisarts. Deze laatste wordt nooit buiten de «*complexe*» zorg gehouden. Kwaliteitszorg kan alleen door een efficiënte samenwerking tot stand worden gebracht.

Volgens de heer Patrick Biston (PHISOP) wordt de specialist door de zorgtrajecten met bijkomende werklust opgezeadeld. Er worden hem administratieve verplichtingen opgelegd, aangezien hij de zorgtrajecten moet inleiden en beëindigen. Het coachen en opleiden van de huisartsen, alsook het opstellen en elektronisch ter beschikking stellen van verslagen telkens als een huisarts om advies vraagt, neemt veel tijd in beslag.

Het feit dat een specialist om advies wordt gevraagd over een welbepaalde patiënt zonder dat hij die heeft ondervraagd of onderzocht, doet volgens de spreker vragen rijzen, niet alleen van deontologische aard, maar ook inzake de gerechtelijk-geneeskundige verantwoordelijkheid van de arts.

De heer Jean-François Soupart (FAG) stelt vast dat men verplicht bij een erkend diabeteseducator langs moet gaan om teststrips en het autotestmateriaal te krijgen. Die educator wordt opgeleid en betaald door het ziekenhuis.

Die doorverwijzing naar de tweedelijnszorg doet vragen rijzen. Waarom zou het multidisciplinair lokaal netwerk niet zijn eigen educator kunnen opleiden? Voor iemand die al jarenlang diabetes heeft, valt die doorverwijzing wetenschappelijk geenszins nog te verantwoorden.

De educatie zou multidisciplinair kunnen worden georganiseerd. De huisarts stemt de insulinedoses af op de bloedsuikerwaarden. De verpleegkundige hanteert het materiaal. De maatschappelijk werker geeft aanwijzingen over de wetgeving op het rijbewijs. De kinesitherapeut ziet toe op het behoud van de spiermassa. De diëtist let op de voeding, en de podoloog op de toestand van de voeten.

De heer Johan Sterkendries (FLAMG) heeft bedenkingen bij de verplichting om zich in het kader van een zorgtraject tot een specialist te wenden. Hij ziet daarin een blijk van wantrouwen van de bedenker van het stelsel ten aanzien van de huisarts, ook al behandelt die de ziekte correct en op zijn eentje. De verplichte doorverwijzing houdt een risico in, aangezien de gespecialiseerde geneeskunde nu al met zeer lange wachttijden kampt.

n'est jamais écarté des soins complexes. Ce n'est que par une collaboration efficace que des soins de qualité pourront être prodigués.

M. Patrick Biston (PHISOP) estime que les trajets de soins enferment pour le spécialiste des charges supplémentaires. Des contraintes administratives lui sont infligées, puisqu'il doit gérer les entrées et les sorties du trajet de soins. Le coaching et la formation des médecins traitants, de même que la disponibilité informatique et la rédaction de rapports à chaque demande d'avis du médecin généraliste, sont chronophages.

L'orateur estime par ailleurs que des questions de responsabilité médico-légale et déontologiques se posent face à un avis qu'un spécialiste doit donner sans avoir interrogé ni examiné un patient déterminé.

M. Jean-François Soupart (FAG) constate un passage obligé vers un éducateur agréé pour obtenir des tigettes et le matériel d'autocontrôle. Cet éducateur est formé et payé par l'hôpital.

Ce renvoi vers une deuxième ligne pose question. Le réseau local multidisciplinaire ne pourrait-il pas former son propre éducateur? Scientifiquement, ce renvoi ne se justifie plus d'aucune manière après plusieurs années de diabète.

L'éducation pourrait devenir multidisciplinaire. Le médecin généraliste adapte les doses d'insuline en fonction des glycémies. L'infirmier manipule les matériels. L'assistant social donne des indications concernant la législation sur le permis de conduire. Le kinésithérapeute veille au maintien de la masse musculaire. Le diététicien surveille l'alimentation et le podologue, les pieds.

M. Johan Sterkendries (FLAMG) s'interroge sur l'obligation de se référer à un médecin spécialiste dans le cadre des trajets de soins et y voit une méfiance de l'auteur du régime par rapport aux médecins généralistes, même si ce dernier gère seul et correctement la pathologie. L'obligation de référence est un risque alors que la médecine spécialiste est déjà confrontée à des délais d'attente très longs.

C. Positie van de patiënt

De heer Ri De Ridder (RIZIV) onderkent in de zorgtrajectenregeling talloze stimuli voor de patiënt. Het consult bij de huisarts die het zorgtraject heeft ingeleid of die in teamverband werkt (na registratie of in het kader van Impulso II) wordt volledig terugbetaald. Ook het consult bij een specialist in de bedoelde aandoening wordt integraal terugbetaald.

Het zorgtraject verleent toegang tot autocontrole- en educatiemateriaal, alsook tot specifieke zorg. Diabetespatiënten hebben toegang tot de educatie en het materiaal (meer bepaald de teststrips en de bloedsuikerwaardemeters) op voorschrift van de huisarts, tot een podoloog en de diëtietiek, en kunnen een (in bepaalde situaties soms vereiste) educator raadplegen. De patiënten met chronische nierinsufficiëntie hebben toegang tot de diëtietiek en een bloeddrukmeter. Het materiaal wordt verdeeld door de apotheken, de thuiszorgwinkels en de patiëntenverenigingen. De spreker herinnert aan de krachtlijnen van het zelfbeheer- en educatieprogramma dat buiten de zorgtrajectenregeling om wordt gehanteerd.

De patiënt moet er zich evenwel tot verbinden minstens tweemaal per jaar bij de huisarts op consult te gaan, en eenmaal per jaar bij de specialist.

Mevrouw Carine Serano (LUSS) is verheugd dat in het programma is bepaald dat de behandeling kosteloos is. Zij hoopt dat de patiënten die aan die beide aandoeningen lijden, beter zullen worden opgevangen en dat ze makkelijker toegang krijgen tot de zorg.

Mevrouw Ilse Weeghmans (VPP) is gekant tegen het opleggen van sancties aan patiënten die een echelon in hun zorgtraject over het hoofd zien (bijvoorbeeld door een bloedafname te vergeten). Men zou beter het vertrouwen van de patiënt in zijn behandeling aanwakken door hem naar behoren te informeren.

Dat de diabetespatiënten op voorschrift van de huisarts toegang hebben tot het vereiste materiaal, is volgens de heer Patrick Biston (PHISOP) een aanzienlijke verbetering. Desondanks zou de algemene balans wel eens negatief kunnen uitvallen.

Uit een kwalitatief oogpunt onderkent de spreker diverse risico's:

- het project beoogt een deel van de bevoegdheden van de specialist over te dragen aan de huisarts. De spreker betwijfelt of die overdracht wel samenhangend

C. Position du patient

M. Ri De Ridder (INAMI) voit plusieurs incitants pour le patient dans le système des trajets de soins. La consultation auprès du médecin généraliste qui a conclu le trajet de soins ou qui pratique son art en groupe (après enregistrement ou dans le cadre d'Impulso II) est totalement remboursée. La consultation auprès d'un spécialiste, concernant la pathologie visée, est également totalement remboursée.

Le trajet de soins donne accès à des matériels d'auto-surveillance, d'éducation et de soins spécifiques. Les patients diabétiques ont accès à l'éducation et au matériel (notamment les tigettes et les lecteurs de glycémie) sur prescription du médecin généraliste, à un éducateur (qui est parfois exigé dans certaines situations), à la podologie et à la diététique. Les patients en insuffisance rénale chronique ont accès à la diététique et à un tensiomètre. Les matériels sont distribués par les pharmacies, les magasins de soins à domicile et les organisations de patients. L'orateur rappelle les grandes lignes du programme d'autogestion et d'éducation prévalant hors du régime des trajets de soins.

Le patient doit toutefois s'engager à consulter au moins deux fois par an le médecin généraliste et une fois par an le spécialiste.

Mme Carine Serano (LUSS) salue la gratuité inscrite dans le programme. Pour les deux pathologies, elle espère une meilleure prise en charge et un accès facilité aux soins.

Mme Ilse Weeghmans (VPP) s'oppose à ce que des sanctions soient infligées au patient qui oublierait un échelon dans son trajet de soins (exemple: oubli d'une prise de sang). Il convient au contraire d'augmenter la confiance thérapeutique par une bonne information des patients.

M. Patrick Biston (PHISOP) reconnaît que l'accès au matériel des patients diabétiques, sur prescription du médecin généraliste, est une amélioration significative. Toutefois, le bilan global pourrait être négatif.

D'une part, d'un point de vue qualitatif, l'intervenant discerne plusieurs risques:

- Le projet voudrait transmettre au médecin généraliste une partie des compétences du médecin spécialiste. L'orateur doute de l'homogénéité de ce transfert,

en objectiveerbaar gebeurt. Niet alle huisartsen zullen zich daar even hard voor inzetten, noch zullen alle specialisten bereid zijn andere artsen te coachen.

- Het zorgtraject is gericht op patiënten in een vergevorderde ziektefase. In een dergelijke fase vereisen complicaties doorgaans gespecialiseerde zorg. Bepaalde ernstige complicaties van diabetes zouden een criterium moeten vormen voor uitsluiting van het zorgtraject.

- De evaluatiecriteria weerspiegelen niet alle parameters waarmee de geconventioneerde diabetescentra werken.

- Een patiënt die jarenlang gratis werd behandeld en opgevolgd, zal mogelijkerwijze moeten betalen omdat zijn ziekte geëvolueerd is. De diabetespatiënt bijvoorbeeld zal het aantal dagelijkse insulinedosissen moeten verhogen. Dergelijke financiële overwegingen kunnen meespelen in de therapeutische keuzes.

Wat de zorgtoegankelijkheid betreft, is de spreker bezorgd over het tekort aan opgeleide paramedische eerstelijnsactoren in het Waals Gewest. Bovendien kan de eerste lijn bijlange niet dezelfde zorgtoegankelijkheid bieden als wanneer de medische en paramedische activiteiten worden ondergebracht in één centrum, dat voldoet aan de logistieke vereisten van de diabetes-overeenkomst.

De heer Jean-François Soupart (FAG) herinnert aan de diverse voordelen die de zorgtrajecten voor de diabetespatiënt hebben. Hij vraagt zich evenwel af waarom het huisbezoek over het hoofd werd gezien. Bovendien zullen veel patiënten onder insulinebehandeling die geen diabetesovereenkomst hebben gesloten, nooit op consult komen (met name ingevolge hun beperkte mobiliteit). Het was verstandiger geweest het remgeld voor zowel consult op de praktijk als voor huisbezoek te verminderen dan alleen het remgeld volledig af te schaffen voor de consulten.

Bovendien zijn er altijd patiënten die geen zelfdiscipline hebben, of de voorwaarden niet nakomen. Zij dreigen van de diabetesovereenkomsten te worden geschrapt omdat ze de statistieken van de betrokken structuren negatief beïnvloeden. Met die specifieke omstandigheden zal rekening moeten worden gehouden wanneer men de resultaten van de overeenkomsten en de zorgtrajecten zal vergelijken.

De heer Johan Sterkendries (FLAMG) meent dat de patiënt, doordat de zorg gratis is, sneller geneigd zal zijn in een zorgtraject te stappen, zelfs als dat niet echt nodig is. Er zal geen maat staan op het aantal raadplegingen bij huisartsen en specialisten, wat de kans op misbruik

et de son caractère objectivable. Tous les médecins généralistes ne vont pas s'investir dans une même mesure. Tous les médecins spécialistes ne vont pas vouloir coacher leurs homologues.

- Le trajet de soins vise des patients à un stade avancé de la maladie. A ce stade, des complications nécessitent bien souvent une prise en charge spécialisée. Certaines complications graves du diabète devraient constituer un critère d'exclusion du trajet de soins.

- Les critères d'évaluation ne couvrent pas tous les paramètres pris en compte dans les centres conventionnés du diabète.

- Un patient traité et suivi gratuitement depuis plusieurs années pourrait perdre le bénéfice de la gratuité en raison de l'évolution de sa maladie. Notamment, un patient diabétique pourrait devoir augmenter le nombre de doses quotidiennes d'insuline. Ces considérations financières pourraient inférer sur les choix thérapeutiques.

D'autre part, du point de vue de l'accessibilité, l'orateur s'inquiète d'un manque d'acteurs paramédicaux de première ligne formés en Région wallonne. Par ailleurs, le regroupement des activités médicales et paramédicales dans un centre unique, soumis à des contingences logistiques déduites de la convention relative au diabète, offre une accessibilité aux soins que la première ligne aura beaucoup de mal à offrir.

M. Jean-François Soupart (FAG) rappelle les différents avantages pour le patient dans le cadre des trajets de soins pour le diabète. Il se demande toutefois pourquoi la visite à domicile a été oubliée. De plus, nombre de patients sous insuline et hors convention ne viendront jamais en consultation, notamment en raison d'une mobilité réduite. Il eut été plus judicieux de diminuer le ticket modérateur sur la consultation et la visite à domicile plutôt que supprimer entièrement le ticket modérateur pour la consultation.

En outre, certains patients sont indisciplinés ou hors normes. Ils courent le risque d'être rejetés des conventions car ils sont mauvais pour les statistiques des structures concernées. Ces conditions spécifiques doivent être prises en considération lorsqu'il s'agira de comparer les résultats des conventions et des trajets de soins.

M. Johan Sterkendries (FLAMG) estime que la gratuité des soins va stimuler le patient à demander d'entrer dans les trajets de soins, même si ce n'est pas nécessaire. Les limites aux consultations des généralistes et des spécialistes s'effacent, ce qui multiplie les risques

fors doet toenemen. De begeleiding zal optimaal blijven voor de gemotiveerde en gedisciplineerde patiënten, maar doordat de zorg gratis is, zullen de anderen hun gedrag niet snel bijsturen.

Alleen consulten op de praktijk worden in aanmerking genomen. De patiënt verliest elk voordeel als hij om medische of persoonlijke redenen niet meer naar de praktijk kan komen. Doordat de zorg gratis is, valt ook misbruik terzake niet uit te sluiten.

D. Positie van andere professionele zorgverstrekkers

Mevrouw Carine Serano (LUSS) vindt het een goede zaak dat verpleegkundigen zouden worden ingezet om de professionele zorgverstrekkers in hun werk bij te staan en de patiënten op het zorgbeheer voor te bereiden. Men mag evenwel niet vergeten dat er thans een tekort is aan verpleegkundigen. Er is veel te weinig mankracht om aan de eisen van de diabetesovereenkomst tegemoet te kunnen komen. Men zal dus heel wat middelen moeten vrijmaken, anders zullen de vooropgestelde doelen niet worden gehaald.

IV. — DE ZORGTRAJECTEN IN DE HUIDIGE GENEESKUNDE

A. De holistische opvolging van de patiënt

Mevrouw Carine Serano (LUSS) onderstreept dat de LUSS altijd geijverd heeft voor een alomvattende zorgbegeleiding van de patiënt. Het lijkt haar een goede zaak dat de interactie tussen specialisten en huisartsen wordt aangemoedigd. De patiënt wordt bij de communicatie betrokken. Het zorgtraject verloopt via hem en speelt zich niet boven zijn hoofd af. De toekomst van de gezondheidszorg schuilt in het voorkomen van aandoeningen en de complicaties ervan.

De spreekster treedt ook op als spreekbuis van de *Association de défense des insuffisants rénaux (ADIR)*, die het koninklijk besluit toejuicht en meent dat de zorgtrajectregeling niet alleen een antwoord biedt op bepaalde moeilijkheden inzake zorgbegeleiding en diagnose, maar ook de artsen meer van het vraagstuk bewustmaakt.

Mevrouw Anne Gillet (VBO) wijst op het belang van een goede zorgscheloning, zodat er een doeltreffende samenwerking tussen specialisten en huisartsen kan ontstaan. Die samenwerking zou stelselmatig moeten zijn, zodat de beste zorgverstrekker op de beste plaats de beste zorg kan verstrekken.

d'abus. La prise en charge du patient restera efficace pour les patients motivés et disciplinés et non les autres, surtout en raison de la gratuité.

Seules les consultations au cabinet médical sont prises en compte. Le patient perd ses avantages lorsqu'il n'est plus en état de se déplacer à la consultation soit pour raisons médicales, soit pour raisons personnelles. Des demandes abusives éventuelles, liées à la gratuité des soins, ne sont pas non plus à exclure.

D. Position d'autres professionnels de soins

Mme Carine Serano (LUSS) approuve l'intervention prévue d'infirmiers pour aider les professionnels de soins dans leurs tâches et pour préparer les patients à gérer leurs soins. Il convient toutefois de rappeler que la profession d'infirmier fait face à une pénurie sur le terrain. Le manque de personnel est flagrant pour la convention diabète. Il faudra donc débloquer des moyens importants sous peine de passer à côté de l'objectif du programme.

IV. — LES TRAJETS DE SOINS AU SEIN DE LA MÉDECINE ACTUELLE

A. Le suivi holistique du patient

Mme Carine Serano (LUSS) souligne que la LUSS a toujours milité pour une prise en charge globale du patient. Il lui semble positif de favoriser les échanges entre les spécialistes et les généralistes. Le patient est intégré dans la communication. Le trajet de soins se passe avec lui et non au dessus de lui. L'avenir des soins de santé réside dans la prévention des affections et de leurs complications.

L'oratrice se fait la porte-parole de l'*Association de défense des insuffisants rénaux (ADIR)*, qui se réjouit de l'arrêté royal et estime que le régime répond à des difficultés de prise en charge et de diagnostic, de même qu'il permet une plus grande sensibilisation des médecins.

Mme Anne Gillet (GBO) note l'importance d'un bon échelonnement des soins, qui organise une collaboration effective entre les spécialistes et les généralistes. Cette collaboration aurait dû être systématique et permettre de procurer les meilleurs soins au meilleur endroit par le prestataire le plus adéquat.

De huidige regeling leidt evenwel tot een omgekeerde echelonnering, tégen de centrale rol van de huisarts en diens alomvattende benadering van de patiënt in, en tégen het subsidiariteitsprincipe in de zorgverstrekking in. De spreekster betreurt aldus dat wordt gekozen voor een systeem van referentiecentra, dat door de terugbetalingsregeling voor de geneesmiddelen stelselmatig een beroep moet worden gedaan op specialisten en dat meetstrips alleen via de referentiecentra worden terugbetaald.

De helft van de diabetici weet niet eens dat ze diabetespatiënt zijn. Het duurt veel te lang vooraleer type 2-diabetici een insulinebehandeling krijgen, soms omdat ze niet weten dat ze ziek zijn, maar vaak wachten ze er zelf te lang mee. Diabetes neemt hoe langer hoe meer epidemische vormen aan. De patiënten die zich bewust zijn van de draagwijdte van de aandoening, raadplegen hun huisarts. Die kan vervolgens een zorgtraject aanbieden.

De organisatie van de spreekster steunt een dergelijk systeem, zolang de huisarts, in het raam van een alomvattende ziektebenadering, kan uitmaken dat het om een complexe zorg vereisende patiënt gaat. Bovendien is het aangewezen bepaalde financiële voordelen te erkennen en voor het globaal medisch dossier meer geld uit te trekken.

Het statuut van complexe zorg vereisende patiënt past binnen de holistische, alomvattende benadering die eigen is aan de huisartsengeneeskunde.

De heer Patrick Biston (PHISOP) bevestigt het belang van een multidisciplinaire aanpak en ziet de huisarts als de spil daarvan. De zorgtrajecten zijn evenwel ziektegebonden en werken daardoor een sectorgebonden visie op de patiënt in de hand. Bovendien zullen sommige patiënten op meer dan één zorgtraject intekenen.

De zorgtrajecten kunnen evenwel bijdragen tot een betere algemene zorgbegeleiding van de patiënt, mits de voorwaarden worden geschapen voor een multidisciplinaire aanpak waarbij alle zorgverstrekkers, uit welke lijn ook, worden betrokken. Als een dergelijke regeling aanzet tot een debat over de standaardisering van de zorgbegeleiding en ertoe leidt dat de huisarts een volwaardige plaats krijgt in de multidisciplinaire benadering, zal zij de kloof tussen de algemene geneeskunde en de ziekenhuisgeneeskunde mee helpen dichten.

De heer Jean-François Soupart (FAG) is erover verontrust dat de patiënt slechts wordt benaderd per gediagnosticeerde aandoening. Daardoor dreigt de

Or, le système des soins de santé actuel organise un échelonnement à l'envers, qui nie le rôle central du médecin généraliste et son approche globale du patient et qui nie le principe de subsidiarité des soins. L'oratrice déplore ainsi le système des centres de référence, les remboursements de médicaments contraignant au recours systématique aux médecins spécialistes et le remboursement des tiges glycémiques réservé aux centres de référence.

Un diabétique sur deux s'ignore. Les diabétiques de type 2, par ignorance ou volontairement, tardent à être mis sous insuline. Le diabète a de plus en plus les caractéristiques d'une épidémie. Les patients qui prennent conscience de l'ampleur de l'affection se tournent vers leur médecin généraliste. Celui-ci peut dès lors se fonder sur le trajet de soins.

L'organisation de l'oratrice soutenait un tel système aussi longtemps qu'il appartenait au médecin généraliste de déterminer un statut du patient, nécessitant des soins complexes, dans une vue globalisée des pathologies. Il convenait en outre que des avantages financiers soient reconnus et que le dossier médical global soit mieux rémunéré.

Un statut de patient nécessitant des soins complexes soutient la démarche holistique et globale, spécifique à la médecine générale.

M. Patrick Biston (PHISOP), confirme l'importance de la multidisciplinarité et voudrait faire du médecin généraliste le pivot de celle-ci. Or, les trajets de soins sont organisés par pathologie: ils promeuvent donc une vision sectorisée du patient. Certains patients vont d'ailleurs émarger simultanément à plusieurs trajets de soins.

Les trajets de soins peuvent toutefois contribuer à améliorer une prise en charge globale du patient, à condition de créer les conditions d'une prise en charge multidisciplinaire associant tous les prestataires des soins, quelle que soit la ligne dont il font partie. Si ce régime encourage une réflexion sur la standardisation des prises en charge et s'il permet d'intégrer au mieux le généraliste dans une approche disciplinaire, il s'inscrit alors dans le décroisement souhaité entre la médecine générale et la médecine hospitalière.

M. Jean-François Soupart (FAG) s'inquiète du découpage du patient en différentes pathologies. Ceci pourrait remettre en cause l'approche globale, spécificité du

alomvattende benadering, waarvoor de huisarts zorgt, verloren te gaan. Er moet evenwel plaats zijn voor een alomvattende benadering, met de steun van het lokale multidisciplinaire netwerk.

De heer Johan Sterkendries (FLAMG) meent dat de zorgtrajecten een afkooksel zijn van de tweedelijnszorg. De patiënten worden verzorgd per aandoening en niet volgens een alomvattende aanpak. De huisarts weet niet altijd op voorhand wat hij bij de patiënt zal ontdekken. Er kan sprake zijn van verscheidene aandoeningen. Het wordt moeilijk als voor één patiënt verscheidene zorgtrajecten moeten worden beheerd.

B. De bestaande zorgstructuren

1. Overeenkomsten

Volgens *mevrouw Carine Serano (LUSS)* heeft het *Maison des diabétiques* (MDD) vragen bij de wildgroei aan programma's met betrekking tot diabetes. Deze organisatie stelt voor de bestaande overeenkomst uit te breiden tot de patiënten die in aanmerking komen voor een zorgtraject, en die regeling uit te proberen voor aandoeningen waarvoor nog geen specifieke steunmaatregelen zijn uitgewerkt.

De heer Patrick Biston (PHISOP) vreest dat het diabeteszorgtraject het werk van de diabetescentra in de ziekenhuizen doorkruist. Zij leveren al jaren goed werk.

De verpleegkundigen en de medewerkers van de geconventioneerde centra hebben het echter heel moeilijk de aan de educatoren toevertrouwde taken in het raam van een zorgtraject uit te voeren. In het Waals Gewest is het niet makkelijk die educatoren te vinden en de eerstelijnsverpleegkundigen die als tussenpersoon moeten optreden, te coachen.

De werkingsmiddelen van de geconventioneerde centra zijn beperkt. Onder een kritiek volume zullen de centra niet langer kunnen voldoen aan de vereisten die de diabetesovereenkomsten stellen inzake medische en paramedische ondersteuning en zorgcontinuïteit. Een diabeteszorgtraject zou dus ook nadelig kunnen uitvalen voor de diabeticus die erop intekent.

De heer Jean-François Soupart (FAG) vraagt zich af waarom de zorgtrajecten en de bestaande overeenkomsten tegenover elkaar worden geplaatst. Het was beter geweest als ze elkaar zouden aanvullen of als de zorgtrajecten voorbehouden zouden zijn voor nieuwe gediagnosticeerde gevallen (en de overeenkomsten «op natuurlijke wijze» zouden uitdoven).

médecin généraliste. L'approche globale doit être permise avec le soutien du réseau local multidisciplinaire.

M. Johan Sterkendries (FLAMG) estime que les trajets de soins sont une copie des soins opérés en deuxième ligne. On y soigne les patients par pathologie et non dans sa globalité. Le médecin généraliste ne sait pas toujours à l'avance ce qu'il va découvrir chez le patient. Plusieurs pathologies peuvent coexister. Plusieurs trajets de soins chez le même patient sont difficilement gérables.

B. Les structures de soins existantes

1. Conventions

Selon *Mme Carine Serano (LUSS)*, la Maison des diabétiques (MDD) s'interroge sur la multiplication de programmes concernant cette affection. L'organisation suggérerait d'élargir la convention existante aux patients rentrant dans le champ d'application des trajets de soins et de tester ce régime sur des pathologies non encore visées par des mesures d'aide spécifiques.

M. Patrick Biston (PHISOP) souligne sa crainte que le trajet de soins relatif au diabète désorganise les centres intrahospitaliers de prise en charge de cette affection. Ceux-ci fonctionnent depuis de nombreuses années de manière performante.

Les infirmières et le personnel des centres conventionnés ont toutefois de graves difficultés à remplir les tâches confiées dans le trajet de soins aux éducateurs. En Région Wallonne, il n'est pas facile de trouver ces éducateurs et de coacher les infirmières relais de première ligne.

Les moyens alloués pour le fonctionnement des centres conventionnés sont restreints. En dessous d'un volume critique, les centres ne pourront plus satisfaire valablement aux contraintes des conventions relatives au diabète en termes d'assurances médicale et paramédicale et de continuité des soins. L'instauration du trajet de soins diabète pourrait donc nuire aux patients diabétiques qui auraient pu y être inscrits.

M. Jean-François Soupart (FAG) se demande pourquoi les trajets de soins ont été mis en concurrence avec les conventions existantes. Il eut été préférable d'organiser leur complémentarité, ou de confier aux trajets de soins les nouveaux cas diagnostiqués (en laissant les conventions s'éteindre «naturellement»).

De heer Johan Sterkendries (FLAMG) verwijst naar een ander soort overeenkomst. De Luikse ziekenhuizen en de FLAMG hebben een charter voor samenwerking tussen huisartsen en specialisten ondertekend om het werk tussen beide lijnen optimaal te laten verlopen. Dat charter is goedgekeurd door de Orde van geneesheren.

2. «Zorgpad» of «chemin de soins»

Volgens mevrouw Ilse Weeghmans (VPP) moet een onderscheid worden gemaakt tussen twee fundamenteel verschillende begrippen, die in het Frans onveranderlijk door «*trajet de soins*» worden weergegeven: het «*zorgtraject*» versus het «*zorgpad*»³.

Het zorgpad bestaat al lang en is ruimer: het gaat om een complexe interventie om te komen tot een gemeenschappelijke besluitvormingsprocedure en tot zorgprocedures voor een specifieke groep van patiënten binnen een bepaald tijdsbestek.

Het zorgpad maakt expliciet melding van de doelstellingen en de sleutelinterventies, daarbij uitgaande van wetenschappelijke bewijzen, de beste praktijken, de verwachtingen van de patiënten en hun specifieke kenmerken. Het zorgpad vergemakkelijkt de communicatie tussen de beroepsmensen, de patiënten en hun familie. De zorgprocedure verloopt gecoördineerd, want eenieders rol is welomschreven en de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun entourage zijn ingebed in een raamwerk. De evolutie van de resultaten wordt gedocumenteerd, gevolgd en geëvalueerd. Er wordt nagegaan welke middelen kunnen worden ingezet.

De spreekster vindt dat de zorgpadmethode als inspiratiebron kan dienen voor de toekomstige evolutie van het zorgtraject. Kan er niet aan worden gedacht dat zorgtraject uit te breiden met de aspecten die kenmerkend zijn voor het zorgpad? Zou het aldus niet mogelijk zijn heuse zorg op maat te verstrekken?

Mevrouw Anne Gillet (VBO) vraagt om erkenning van het optreden binnen een netwerk en van de reeds bestaande multidisciplinaire teams. Het is zaak andere zorgverleners niet over het hoofd te zien, zoals de verpleegkundigen of de kinesisten, die zich soms al lang om de patiënt bekommeren. In het nieuwe voorstel betreffende de lokale multidisciplinaire netwerken wordt gesteld dat de huisartsenkringen en de geïntegreerde diensten voor thuiszorg zullen samenwerken.

³ Dat in het Frans als «*chemin de soins*» zou kunnen worden vertaald.

Un autre type de conventions est cité par M. Johan Sterkendries (FLAMG). En effet, afin d'optimiser le travail entre les lignes, les hôpitaux liégeois et la FAMLG ont signé une charte de collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialistes. Elle a été approuvée par l'Ordre des médecins.

2. «Zorgpad» ou «chemin de soins»

Pour Mme Ilse Weeghmans (VPP), il convient de distinguer deux notions fondamentalement différentes, indistinctement traduites par «*trajet de soins*» en français: d'une part le «*zorgtraject*» et d'autre part le «*zorgpad*»³.

Le second existe depuis longtemps et est plus large: il s'agit de l'intervention complexe en vue de réaliser une procédure de décision commune et d'organiser des procédures de soins pour un groupe spécifique de patients pendant un cadre temporel déterminé.

Le «*zorgpad*» mentionne explicitement les objectifs et les interventions-clefs fondées sur l'évidence, les meilleures pratiques, les attentes des patients et leurs caractéristiques. Il facilite la communication entre les professionnels, les patients et leur famille. La procédure de soins est coordonnée puisque les rôles sont définis et les activités de l'équipe multidisciplinaire, des patients et de leur entourage sont inscrites dans un cadre. Les évolutions des résultats sont documentés, suivis et évalués. Les moyens justifiés sont identifiés.

L'oratrice estime que la méthodologie du «*zorgpad*» pourrait utilement inspirer les évolutions à venir du «*zorgtraject*». Ne pourrait-on imaginer d'étendre le second aux dimensions du premier? De cette manière, ne permettrait-on pas d'organiser des soins vraiment sur mesure?

Mme Anne Gillet (GBO) demande la reconnaissance du travail en réseau et des équipes pluridisciplinaires déjà existantes. D'autres prestataires de soins ne peuvent être oubliés comme les infirmiers ou les kinésithérapeutes qui s'occupent parfois du patient de longue date. Dans la nouvelle proposition concernant les réseaux multidisciplinaires locaux, les cercles de médecins généralistes et les services intégrés de soins à domicile vont travailler de concert.

³ On pourrait le traduire par «chemin de soins».

3. Geïntegreerde dienst voor thuiszorg

Volgens *de heer Jean-François Soupart (FAG)* houden Vlaanderen en Wallonië er een verschillende visie op de GDT's op na. In het Waals Gewest wil men niet afstappen van de vage scheidslijn tussen zorgcoördinatie en thuiszorg.

Op 4 mei 2005 vaardigde het Waals Gewest een circulaire uit⁴. Overigens wordt momenteel gedebatteerd over een decreet met betrekking tot de centra voor coördinatie van thuisverzorging en thuisdiensten (CCTT). Dat decreet zou de ziekenfondsen heel wat meer macht geven. Bovendien wordt tussen die centra een klimaat van concurrentie gecreëerd. Het heeft weinig zin zorgcircuits méér te willen organiseren dan netwerken.

De heer Johan Sterkendries (FLAMG) bevestigt dat de ziekenfondsen in die diensten een soort alleenrecht hebben, zeker in Luik, waar de *Groupement pluraliste liégeois des services et soins à domicile* door de meeste zorgkringen wordt gemeden. Het blijkt moeilijk om per zorgzone binnen de kring een eenvoudig en eenvormig systeem uit te werken.

De GDT's spitsen zich vooral toe op hulp aan en verzorging van mensen met een verminderde autonomie, dus niet op eigenlijke medische zorg. Het psychiatrisch overleg daarentegen lijkt op de zorgtrajecten, behalve dat de aanwezigheid van een huisarts niet vereist is. De GDT's zouden kunnen helpen met het opstellen van een lijst per zonekring van alle medische en paramedische interveniënten, met het oog op de verzorging van de desbetreffende chronische aandoeningen.

C. De kans op administratieve overlast

Verskillende sprekers nemen de administratieve rompslomp op de korrel, ofwel omdat die de artspraktijk vandaag de dag complex maakt, ofwel omdat zulks een uitloper is van de zorgtrajecten.

Mevrouw Anne Gillet (VBO) houdt een pleidooi voor administratieve vereenvoudiging. Volgens haar kan men daar niet omheen, wil men garanderen dat het programma van de zorgtrajecten in de praktijk slaagt.

De heer Herman Moermans (SVH) stelt vast dat het zogenaamde globaal medisch dossier (GMD) een centrale rol speelt in de zorgtrajectregeling. Dat dossier

⁴ «Circulaire modifiant la circulaire du 22 avril 2004 relative à la répartition des tâches entre le centre de coordination de soins et de services à domicile agréé et le service intégré de soins à domicile et à l'agrément des services intégrés de soins à domicile (SISD) », *Belgisch Staatsblad*, 23 mei 2005.

3. Service intégré de soins à domicile

Selon *M. Jean-François Soupart (FAG)*, la Flandre et la Wallonie soutiennent une vision différente des SISD. En Région wallonne, une confusion serait entretenue entre la coordination des soins et des services à domicile.

Une circulaire de la Région wallonne a été adoptée le 4 mai 2005⁴. Par ailleurs, un décret est en discussion sur les Centres de coordination des soins et services à domicile (CCSSD). Celui-ci donnerait un pouvoir bien plus important aux mutuelles. Une concurrence est par ailleurs introduite entre ces centres. Il n'est guère pertinent d'organiser des filières de soins plus que des réseaux.

M. Johan Sterkendries (FLAMG) confirme le monopole des mutuelles dans ces services, spécialement à Liège. Dans la région liégeoise, le «Groupement pluraliste Liégeois des services et Soins à domicile» (GLS) est fui par la majorité des cercles. La difficulté réside dans la mise en œuvre d'un système simple et unique par zone de soins du cercle.

Les SISD s'occupent essentiellement de l'aide et des soins aux personnes en perte d'autonomie, et non des soins médicaux proprement dits. Les concertations psychiatriques, par contre, ressemblent aux trajets de soins à l'exception de la présence d'un médecin généraliste qui n'est pas obligatoire. Les SISD pourraient aider à établir un listing, par zone de cercle, de tous les intervenants médicaux et paramédicaux pour les soins des pathologies chroniques concernées.

C. Le risque de surcharge administrative

Plusieurs orateurs ont critiqué la surcharge administrative, soit comme élément rendant la pratique actuelle des médecins complexe, soit comme conséquence négative des trajets de soins.

Mme Anne Gillet (GBO) revendique la simplification administrative, essentielle à ses yeux pour garantir la réussite du programme des trajets de soins sur le terrain.

M. Herman Moermans (SVH) constate le rôle central du dossier médical global (DMG) dans le système des trajets de soins. Ce dossier constitue un bon moyen de

⁴ Circulaire modifiant la circulaire du 22 avril 2004 relative à : - la répartition des tâches entre le centre de coordination de soins et de services à domicile agréé et le service intégré de soins à domicile; - l'agrément des services intégrés de soins à domicile (S.I.S.D.), *M.B.*, 23 mai 2005.

is een goed middel ter ondersteuning van de centrale rol van de huisarts. Toch moet de administratieve last die er in het kader van die regeling mee gepaard gaat, worden verlicht.

Op voorstel van het SVH werd het GMD-Plus gelanceerd als preventieproject, dat bovendien de goedkeuring meekreeg van de commissie artsen-ziekenfondsen. Toch konden die administratieve procedures in de praktijk niet rekenen op enige steun. Ze hebben geleid tot bijkomende categorieën van patiënten die een remgeldvrijstelling genieten. De derdebetalersregeling werd dus ingewikkelder gemaakt. De gegevens moeten aan de ziekenfondsen worden bezorgd, zonder dat terzake enige garantie wordt geboden. Hier valt een parallel te trekken met het eHealth-platform, dat aan hetzelfde euvel zou lijden.

De heer Jean-François Soupart (FAG) wenst dat de artsen meer vrijheid zouden krijgen om taken die niet écht tot de geneeskunst en tot hun specifieke capaciteiten behoren, te delegeren. Het is van belang dat de huisartsen zich op hun kerntaak kunnen toelagen, te weten complexe gevallen medisch begeleiden. De huisarts treedt aldus op zorgcoördinator in een multidisciplinaire omgeving.

Het moet mogelijk zijn op vereenvoudigde wijze gegevens uit de gelabelde informaticaprogramma's van het globaal medisch dossier te halen. Een en ander zou concreet gestalte kunnen krijgen via een specifiek voor de huisartsen bestemde server die wordt beheerd door de kring en ingebed in het Waalse gezondheidsnetwerk. In de praktijk is daartoe de steun van het multidisciplinair lokaal netwerk onontbeerlijk. In de zones zonder een dergelijk netwerk kan een te ruim opgevatte toegankelijkheid van de gegevens nadelig zijn voor de kwaliteit van de zorgverlening.

De heer Johan Sterkendries (FLAMG) beklaagt zich erover dat de jongste vijf jaar onophoudelijk wijzigingen zijn aangebracht aan de regels inzake terugbetaling van de geneesmiddelen, alsook over het hoge aantal administratieve documenten, het ene al ingewikkelder dan het andere. De arts wordt op die manier een administratief beheerder, terwijl zijn curatieve functie in de verdrukking komt.

Voorts overloopt de spreker de overeenkomst in verband met het zorgtraject en stelt hij een grote administratieve rompslomp vast. Er moeten dossiers worden bijgehouden, rapporten worden verzonden naar specialisten, bovenop allerhande andere verplichtingen.

soutenir le rôle central du médecin généraliste. Toutefois, la charge administrative y associée doit être réduite dans ce système.

Sur suggestion du SVH, le DMG-Plus a été installé en tant que projet de prévention approuvé par la commission medicomut. Toutefois, en pratique, ces procédures administratives n'ont pas été accompagnées d'un soutien. Elles ont créé des catégories supplémentaires de patients bénéficiant d'une exemption du ticket modérateur. Le paiement du tiers payant a donc été rendu plus complexe. Les données doivent être transmises aux mutualités, sans aucune garantie. Un parallèle est ici tracé avec la plate-forme eHealth, qui présenterait ce même risque.

M. Jean-François Soupart (FAG) demande au profit des médecins une plus grande latitude de déléguer des tâches qui ne requièrent pas leur art et leurs facultés spécifiques. Les médecins généralistes doivent pouvoir se consacrer à leur fonction essentielle, à savoir gérer médicalement les cas complexes. Le médecin généraliste est ainsi le coordinateur des soins dans une approche multidisciplinaire.

L'extraction simplifiée des données dans les logiciels labellisés du dossier médical global est nécessaire. Un serveur informatique de médecine générale géré par le cercle et intégré dans le Réseau Santé Wallon pourrait y pourvoir. Ce n'est réalisable en pratique qu'avec le soutien du réseau local multidisciplinaire. Dans les zones où un tel réseau n'existe pas, une publicité trop large pourrait nuire à la qualité de la prise en charge.

M. Johan Sterkendries (FLAMG) se plaint des modifications aux règles de remboursement des médicaments et du nombre de documents administratifs (tous plus complexes les uns que les autres) qui se sont succédés ces cinq dernières années. Le médecin devient un manager administratif alors que son rôle curatif s'efface.

En ce qui concerne le trajet de soins, l'orateur parcourt le contrat et y voit nombre de surcharges administratives: tenue de dossiers, envoi de rapports aux médecins spécialistes, obligations multiples.

D. Mogelijkheid om de regeling tot alle aandoeningen uit te breiden

Verschillende sprekers gaan dieper in op de vraag of het aangewezen is de zorgtrajectregeling tot alle aandoeningen uit te breiden.

Mevrouw Carine Serano (LUSS) stipt aan dat er heel wat chronische ziekten bestaan. Daarenboven zijn er ook zieken die niet alle symptomen van één specifieke chronische aandoening vertonen; de symptomen verschillen, of de behandelingen genereren uiteenlopende reacties. De arts moet vertrouwd zijn met een groot aantal ziekten.

Het is bovendien best mogelijk dat atypische patiënten geen toegang krijgen tot dat soort programma's – laat staan dat zij er gratis aan mogen deelnemen. Bijgevolg zouden de artsen moeten worden opgeleid opdat de regeling kan worden veralgemeend; daartoe kunnen met name specifieke cursussen of postuniversitaire opleidingen worden georganiseerd. Tevens kan worden gewerkt met accreditaties.

Mevrouw Anne Gillet (VBO) pleit voor een precieze evaluatie van de financiële stromen naar de algemene en naar de gespecialiseerde geneeskunde binnen de eerste twee trajecten, vooraleer nieuwe trajecten worden uitgestippeld.

De heer Jean-François Soupart (FAG) onderstreept dat de veralgemening van de regeling tot elke aandoening vereist dat een evenredig aantal educatoren wordt aangewezen. De eerste zorgtrajecten zullen moeten worden geëvalueerd en de lokale multidisciplinaire netwerken moeten worden uitgebreid tot een maximum van kringen, vooraleer andere aandoeningen tot die trajecten kunnen worden toegelaten.

De heer Johan Sterkendries (FLAMG) verwerpt het idee om de regeling tot alle aandoeningen uit te breiden. Hoe ouder patiënten worden, aan hoe meer kwalen ze lijden. Die evolutie zou dus verschillende zorgtrajecten impliceren. De verscheidenheid daarvan zou niet te beheren zijn, behalve als men de toetreding tot de Impulseprogramma's (II of III) wil opleggen of als men de geneeskundige verstrekkingen forfaitiseert via cijferquota die moeten worden gehaald. De artsen dreigen dan op termijn een soort administratieve bedienden te worden, wat hun beroep minder aantrekkelijk maakt.

D. L'opportunité de généraliser le système à chaque pathologie

Plusieurs intervenants ont examiné la question de savoir s'il était opportun de généraliser le système des trajets de soins à chaque pathologie.

Mme Carine Serano (LUSS) relève qu'il existe une multitude de maladies chroniques. En outre, il existe des malades qui ne présentent pas les mêmes formes d'une affection chronique déterminée. Les symptômes sont différents ou les traitements appellent des réactions distinctes. Le médecin devrait être familiarisé avec un nombre important de maladies.

Les patients «hors normes» pourraient par ailleurs se voir refuser l'accès à ce genre de programmes. Ceux-ci ne pourraient pas avoir accès à la gratuité. Les médecins devraient dès lors être formés dans l'optique d'une généralisation du système, notamment par des cours spécifiques, des formations post-universitaires ou sous forme d'accréditation.

Mme Anne Gillet (GBO) revendique une évaluation précise des flux financiers vers la médecine générale et vers la médecine spécialiste au sein des deux premiers trajets, avant toute mise en œuvre d'autres trajets.

M. Jean-François Soupart (FAG) souligne que, si l'on généralise le système à chaque pathologie, il conviendra de désigner autant d'éducateurs. Les premiers trajets de soins devront être évalués et les réseaux locaux multidisciplinaires devront être étendus à un maximum de cercles, avant d'ouvrir ces trajets à d'autres pathologies.

M. Johan Sterkendries (FLAMG) rejette l'idée de multiplier ce système à chaque pathologie. Avec l'âge croissant des patients, de plus en plus souffrent de multiples pathologies. Ceci signifierait plusieurs trajets de soins. La multiplicité serait ingérable, sauf s'il s'agit d'imposer d'entrer dans les programmes Impulseo (II ou III) ou de forfaitiser la médecine avec des quotas chiffrés à atteindre. Les médecins deviendront à terme des employés administratifs, ce qui nuit à l'attractivité de la profession.

V. — OPMERKINGEN VAN DE LEDEN

A. Algemeen

De heer Luc Goutry (CD&V) vindt het jammer dat een aantal sprekers van zo weinig onpartijdigheid getuigt. Hij heeft van hen vooral een corporatistisch standpunt gehoord, dat ver verwijderd is van de belangen van de patiënt. Die heeft nood aan geïntegreerde zorg, die coherent en doeltreffend over de eerste en de tweede lijn wordt gespreid.

Bovendien komt het hem voor dat de betogen van de gehoorde personen nogal verschillen naar gelang van het gewest waaruit zij komen. De Vlamingen waren bondiger en brachten meer eerbied op voor de patiënt.

De heer Jacques Otlet (MR) betwist die laatste bewering.

De heer Josy Arens (cdH) wijst erop hoe belangrijk het is de mening van de mensen in het veld te hebben gehoord. Hij brengt in herinnering dat hij over dit onderwerp verschillende mondelinge vragen heeft gesteld aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

De heer Koen Bultinck (VB) heeft niet alleen duidelijke verschillen gehoord tussen de sprekers uit Vlaanderen en Wallonië, maar ook binnen de meerderheid zelf.

Voorzitter Gerkens erkent dat er verschillen bestaan tussen 's lands gewesten, maar onderstreept dat ook een aantal gemeenschappelijke vragen ter sprake zijn gebracht, over de gewestgrenzen heen.

B. Ten gronde

De heer Jacques Otlet (MR) wijst erop dat de financiering en de organisatie van de gezondheidszorg voor chronische patiënten een grote uitdaging betekenen. Chronische ziekten brengen belangrijke financiële en economische lasten teweeg en kosten niet alleen geld aan het gezondheidszorgsysteem, maar ook aan de patiënt en zijn familie. De behandeling van een chronische aandoening overstijgt het niveau van behandeling van de huisarts.

Het is mogelijk dat het zorgtraject een beter alternatief is voor de organisatie van de gezondheidszorg voor de chronische patiënt dan wel voor een zuivere echelonnering.

De MR blijft echter principieel voorstander van de versterking van de rol van de huisarts en van de

V. — RÉACTIONS DES MEMBRES

A. Généralités

M. Luc Goutry (CD&V) regrette le manque d'impartialité de plusieurs orateurs, qui auraient selon lui exprimé des points de vue corporatistes, s'écartant de l'intérêt du patient. Celui-ci nécessite des soins intégrés, répartis d'une manière cohérente et efficace entre la première et la deuxième ligne.

En outre, les interventions des personnes auditionnées auraient été fort différentes selon leur région d'origine, les flamands ayant été plus courts et plus respectueux des patients.

M. Jacques Otlet (MR) conteste cette dernière affirmation.

M. Josy Arens (cdH) souligne l'intérêt de recueillir l'avis du terrain et rappelle avoir posé plusieurs questions orales sur le thème à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

M. Koen Bultinck (VB) estime que les différences de tonalités étaient perceptibles non seulement entre les orateurs invités de Flandre et de Wallonie, mais aussi au sein de la majorité elle-même.

Mme Muriel Gerkens, présidente, reconnaît les différences entre les deux régions du pays, mais souligne qu'un ensemble de questions communes ont été posées, sans considération géographique aucune.

B. Quant au fond

M. Jacques Otlet (MR) relève que le financement et l'organisation de soins de santé à l'intention des patients chroniques représentent un défi de taille. Les maladies chroniques engendrent des charges financières et économiques considérables et ont un coût non seulement pour le système de soins de santé, mais aussi pour le patient et sa famille. Le traitement d'une pathologie chronique dépasse le niveau du généraliste.

Il se peut que le trajet de soins offre une alternative préférable à un simple échelonnement pour organiser les soins de santé du patient chronique.

Le MR reste toutefois favorable, en principe, au renforcement du rôle du généraliste et de la médecine

buurtgeneeskunde, waarbij kwaliteitsgeneeskunde wordt verzekerd met voor de patiënt een vrije keuze van de arts en voor de arts het behoud van zijn vrijheid van diagnose en therapie. De MR verkiest aansprekende boven dwingende maatregelen voor het bereiken van een doelstelling.

In het zorgtraject behoudt de eerstelijnszorg een centrale rol in de opvolging van de chronische aandoening. De huisarts heeft een belangrijke coördinerende rol, maar daar staat een zeer lage vergoeding van 80 euro tegenover. Dit bedrag moet worden herzien.

Zowel de patiënt als de arts moeten op vrijwillige basis deelnemen aan zorgtrajecten. De vrije keuze moet een pijler van het gezondheidszorgsysteem blijven. Deze vrije keuze van arts en zorgverstreker door de patiënt is een fundamenteel recht, een noodzakelijke garantie voor het verlenen van kwaliteitszorg, evenals voor het ondersteunen van de vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt.

Een aantal van de voorgestelde maatregelen doen vragen rijzen:

- Er wordt een contract van vier jaar opgesteld tussen de arts en de patiënt. Het moet echter mogelijk zijn om dit contract te herzien.
- Door de kosteloosheid ontstaat een discriminatie tussen patiënten die al dan niet in een zorgtraject zitten, evenals tussen patiënten die er al dan niet een beroep op kunnen doen.
- De verplichte elektronische uitwisseling van gegevens zet sommige huisartsen buiten spel.

Voor de MR moet de steun aan chronische patiënten algemeen op grond van hun hoedanigheid van chronisch zieke worden verleend, niet om specifieke redenen.

Bij de zorgverstrekkers is veel tegenstand tegen het systeem; het RIZIV heeft nog veel werk aan de winkel om hen over de brug te krijgen voor het systeem. Er moet alvorens het systeem duurzaam in de structuren in te bedden, een grondige evaluatie worden uitgevoerd. De evaluatiecriteria moeten nu reeds worden vastgelegd om een objectivering van de resultaten te waarborgen.

De heer Koen Bultinck (VB) verduidelijkt dat zijn fractie het standpunt over het zorgtraject nog niet heeft bepaald. Er is voor het ogenblik nog veel tegenstand van de actoren voor de toepassing van het systeem. De minister zal zich er in ieder geval nog over moeten uitspreken.

de proximité, qui garantit une médecine de qualité et permet au patient de choisir librement son médecin et au médecin de conserver sa liberté diagnostique et thérapeutique. Pour réaliser cet objectif, le MR préfère des mesures incitatives à des mesures coercitives.

Dans le trajet de soins, les soins de première ligne conservent un rôle central dans le suivi de la pathologie chronique. Le généraliste joue un rôle de coordination important mais il ne perçoit, en contrepartie, qu'une très faible rétribution financière de 80 euros. Ce montant doit être revu.

Le patient comme le médecin doivent participer aux trajets de soins sur base volontaire. La liberté de choix doit rester un pilier du système de soins de santé. Cette liberté du patient de choisir son médecin et son dispensateur de soins est un droit fondamental, une liberté indispensable pour prodiguer des soins de qualité et encourager la relation de confiance entre le médecin et son patient.

Une série des mesures proposées suscitent des questions:

- Un contrat de quatre ans est établi entre le médecin et son patient. Il doit toutefois être possible de revoir ce contrat.
- La gratuité fait naître une discrimination entre le patient qui suit un trajet de soins et celui qui n'en suit pas, de même qu'entre les patients qui peuvent y recourir et ceux qui ne le peuvent pas.
- L'échange électronique obligatoire de données met certains médecins généralistes hors jeu.

Pour le MR, le soutien aux patients chroniques doit être accordé, de manière générale, en fonction de leur qualité de malade chronique, et non pas pour des raisons spécifiques.

Il y a beaucoup d'opposition à l'égard du système chez les prestataires de soins et l'INAMI a encore beaucoup à faire pour les décider à adopter le système. Avant d'intégrer durablement le système dans les structures, il convient de réaliser une évaluation approfondie. Les critères d'évaluation doivent déjà être fixés maintenant afin de garantir une objectivation des résultats.

M. Koen Bultinck (VB) précise que son groupe n'a pas encore pris position à propos du trajet de soins. Pour le moment, les acteurs sont encore très réticents à appliquer le système. La ministre devra en tous cas encore se prononcer sur le sujet.

De volgende pijnpunten kunnen in ieder geval reeds naar voren worden gebracht. De centrale rol van de huisarts wordt onvoldoende geregeld en er is nog teveel doorverwijzing naar de specialist. Het is juist de bedoeling, zeker in Vlaanderen, om de huisarts centraler te plaatsen. Het zorgtraject gaat nog meer administratieve overlast teweegbrengen voor de huisarts. Er moet net meer ondersteuning voor zijn intellectuele handelingen en relatie met de patiënt komen. Verder is er een belangrijke rol weggelegd voor de ziekenfondsen. Worden zij er beter van? Wat is voor diabetici de relatie met de diabetespas? Moet deze niet eerst worden geëvalueerd? Er ontstaat een discriminatie tussen de diabetici type I en II. Kan een dergelijk verschil door de wetgever worden getolereerd?

In sommige gevallen wordt geen remgeld meer gevraagd en tegelijkertijd is de minister niet bereid om de derdebetalersregeling versneld in te voeren. De vraag is of een laag remgeld toch niet opportuun is om aan te zetten tot een meer rationele houding en medische overconsumptie te voorkomen. Ten slotte is het debat over de defederalisering van de gezondheidszorg zeker ook aan de orde.

Voorzitter Muriel Gerkens merkt ook op dat de organisatie van de gezondheidszorg in Vlaanderen verschilt van die in Wallonië.

Voor mevrouw Gerkens roepen de zorgtrajecten vooral bedenkingen over de volgende punten op. Bepaalde categorieën van patiënten worden uitgesloten op grond van hun aandoeningen, complicaties, al dan niet naleven van de bewoordingen van de overeenkomst. Wat zijn de consequenties voor de patiënt als hij niet alle aspecten van de overeenkomst naleeft?

Er is een verplichte doorverwijzing naar de specialist. De vraag rijst of dit wel nodig is. Is het niet net de bedoeling om de eerstelijnszorg te ondersteunen?

Het systeem brengt een aanzienlijke administratieve last mee.

De rol van de huisarts wordt gewijzigd. Hij wordt veeleer coördinator in plaats van verlener van een alomvattende aan de patiënt aangepaste zorg.

Zal er nog overleg zijn met het terrein om tot eventuele aanpassingen te komen? Het zou immers interessant zijn om verschillende zorgverstrekkers bij een patiënt samen te kunnen brengen.

Les problèmes suivants peuvent en tous cas déjà être soulevés. Le rôle central du médecin généraliste est réglé de façon insuffisante et le renvoi vers le spécialiste est encore trop fréquent. Le but est précisément, en Flandre certainement, de donner au médecin généraliste une place plus centrale. Le trajet de soins entraînera une surcharge administrative encore plus importante pour le médecin généraliste. Il faut précisément soutenir davantage ses actes intellectuels et sa relation avec le patient. Un rôle important est en outre réservé aux mutualités. Leur situation s'en trouvera-t-elle améliorée? Quelle est la relation des diabétiques avec le passeport du diabète? Celui-ci ne devrait-il pas d'abord être évalué? Une discrimination naît entre les patients diabétiques de type I et de type II. Le législateur peut-il tolérer une telle différence?

Dans certains cas, plus aucun ticket modérateur n'est demandé et en même temps, la ministre n'est pas disposée à instaurer le système du tiers payant de façon accélérée. La question se pose de savoir si un ticket modérateur peu élevé ne serait tout de même pas opportun pour encourager un comportement plus rationnel et éviter la surconsommation. Enfin, le débat sur la défédéralisation des soins de santé est certainement aussi à l'ordre du jour.

La présidente, Mme Muriel Gerkens, fait également observer que l'organisation des soins n'est pas la même en Flandre qu'en Wallonie.

Pour Mme Gerkens, les trajets de soins appellent principalement les réserves suivantes: certaines catégories de patients sont exclus, en termes de pathologies, de complications, de respect ou non des termes de la convention. Quelles sont les conséquences pour le patient du non-respect de tous les termes de la convention?

Il y a un renvoi obligatoire chez le spécialiste. Reste à savoir si cela est bien nécessaire. Le but n'est-il pas de soutenir les soins de première ligne?

Le système génère une charge administrative considérable.

Le rôle du médecin généraliste est modifié. Il devient le coordinateur plutôt que le dispensateur de soins globalement adaptés au patient.

Une concertation aura-t-elle encore lieu avec les acteurs de terrain afin d'apporter d'éventuelles adaptations? Il serait en effet intéressant de pouvoir réunir plusieurs prestataires de soins auprès d'un patient.

C. Reacties van het RIZIV en van het kabinet van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

De heer Schetgen, vertegenwoordiger van de minister, wijst erop dat het systeem gebaseerd is op gelijkaardige in andere landen bestaande systemen voor de behandeling van chronische patiënten. Er werd overleg gepleegd binnen de commissie artsen-ziekenfondsen waar vertegenwoordigers van huisartsen, specialisten en ziekenfondsen aanwezig zijn. De tekst die werd aangenomen is een compromistekst.

Het zorgtraject gaat uit van twee basisprincipes: de huisarts neemt de zorg voor de patiënt op zich en hij werkt samen met alle specialisten en andere zorgverstrekkers.

Het overleg met de vertegenwoordigers van het terrein zal worden voortgezet. Maar het is nu reeds duidelijk dat het zorgtraject niet zal worden uitgebreid tot andere aandoeningen vooraleer de reeds opgezette zorgtrajecten geëvalueerd werden. Er zal nog meer communicatie zijn met het terrein, ook voor het voorstellen van de eventuele noodzakelijke aanpassingen. Er kan eventueel aan worden gedacht om sneller evaluaties uit te voeren en dan mogelijke vergissingen weg te werken.

De heer Schetgen is van oordeel dat de toename van administratieve taken in de afgelopen jaren wordt overdreven. Er is meer administratie in het ziekenhuis dan voor de huisarts. Er zijn nog een aantal initiatieven in voorbereiding om deze overlast nog meer te beperken.

Het Impulso II- en III-Fonds zullen in dit opzicht trouwens ook een goede hulp zijn door het verlenen van een mogelijke administratieve hulp voor de huisartsen. Bovendien is de rol van de huisartsenkring ook zeer belangrijk.

De huisarts zal niet alleen zijn en hij zal worden ondersteund door de multidisciplinaire zorgnetwerk. 50 tot 60% van de patiënten zouden in een zorgtraject kunnen worden opgenomen. Dit is een viertal patiënten per huisarts. Dit zal de administratieve last niet zo erg doen toenemen. De huisarts moet blijven deelnemen aan het gezondheidssysteem in België met behoud van zijn vrijheid. De rol van de patiënt moet centraal blijven.

De heer Ri De Ridder (RIZIV) wijst op het belang van communicatie. Verder herinnert hij eraan dat de gegevens zullen worden doorgegeven aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en niet aan de verzekeringsinstellingen. Het koninklijk besluit voorziet

C. Réactions du cabinet de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'INAMI

M. Schetgen, représentant de la ministre, fait observer que le système se base sur des systèmes similaires pour le traitement de malades chroniques qui sont déjà opérationnels dans d'autres pays. Une concertation a eu lieu au sein de la commission médico-mutualiste, qui réunit des représentants des médecins généralistes, des spécialistes et des mutualités. Le texte adopté est le résultat d'un compromis.

Le trajet de soins se fonde sur deux principes de base, à savoir que le généraliste se charge des soins à apporter au patient et qu'il collabore avec l'ensemble des spécialistes et des autres prestataires de soins.

La concertation avec les représentants du terrain sera poursuivie. Mais d'ores et déjà, il est clair que le trajet de soins ne sera pas étendu à d'autres pathologies, avant que les trajets de soins déjà mis en place n'aient été évalués. La communication avec le terrain sera encore renforcée, aussi en vue de proposer les adaptations nécessaires éventuelles. On peut éventuellement envisager de procéder plus rapidement à des évaluations et de remédier dès lors aux erreurs éventuelles.

M. Schetgen estime que l'on exagère l'augmentation des tâches administratives ces dernières années. Le travail administratif est plus lourd à l'hôpital que pour le médecin. Un certain nombre d'initiatives visant à réduire encore davantage cette surcharge sont en préparation.

Les fonds Impulso II et III seront d'ailleurs d'une grande aide à cet égard en octroyant une aide administrative éventuelle aux médecins généralistes. En outre, le rôle du cercle de médecins généralistes est également essentiel.

Le médecin généraliste ne sera pas seul et il sera soutenu par le réseau de soins multidisciplinaires. Cinquante à soixante pour cent des patients pourraient être intégrés dans un trajet de soins. Cela représente environ quatre patients par médecin généraliste, ce qui n'alourdira pas tellement sa charge administrative. Le médecin généraliste doit continuer à participer au système de santé en Belgique en conservant sa liberté. Le rôle du patient doit rester central.

M. De Ridder, INAMI, souligne l'importance de la communication. Il rappelle en outre que les données seront transmises à l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) et non aux organismes assureurs. L'arrêté royal ne prévoit pas que les données devront

niet in een verplichting om vanaf 2011 de gegevens langs elektronische weg door te geven; het koninklijk besluit regelt enkel wanneer de huisarts de gegevens elektronisch wenst door te sturen en op welke wijze dit moet gebeuren.

Het is voor het RIZIV een prioriteit om belangrijke informatie tijdig bij de artsen te krijgen.

Het gaat om een nieuw model voor het organiseren van de gezondheidszorg. Momenteel geldt het zorgtraject enkel voor een beperkte groep van patiënten en het zal worden geëvalueerd. Voor deze evaluatie heeft men gegevens nodig en daarom zal de evaluatie in 2012 gebeuren.

Een belangrijk gevolg van de zorgtrajecten voor diabetici is dat ongeveer 42 500 patiënten die vandaag in een conventie door de tweede lijnszorg worden behandeld naar de eerstelijnszorg worden overgeheveld. De keuze is dat patiënten die momenteel door de tweedelijnszorg worden verzorgd, opnieuw naar de eerstelijnszorg worden overgeheveld; daarvoor worden voldoende middelen aan de huisartsen gegeven. Men kan met deze keuze van de nationale commissie akkoord gaan of niet.

In de zorgtrajecten is de huisarts de spilfiguur en geen enkele beslissing wordt zonder zijn akkoord genomen. De vraag is of dit in België mogelijk is.

D. Laatste replieken

De heer Jacques Otlet (MR) merkt op dat artikel 12, tweede lid, van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering van geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in verband met de zorgtrajecten bepaalt dat de gegevens elektronisch moeten worden meegedeeld.

De heer Maroy (RIZIV) verduidelijkt dat artikel 12, tweede lid, niet bepaalt dat de gegevens elektronisch moeten worden overgemaakt maar stelt enkel dat, indien het zo gebeurt het door middel van een protocol moet zijn. De bedoeling van het koninklijk besluit is dat er een principe van overmaking van gegevens wordt gesteld, waarvan de parameters door de nationale commissie worden bepaald. Nadien zijn er twee wijzen om de gegevens door te geven: ofwel elektronisch ofwel niet elektronisch.

De heer Jacques Otlet (MR) neemt er nota van dat de doorzending van de gegevens niet verplichtend langs elektronische weg moet gebeuren.

obligatoirement être transmises par voie électronique à partir de 2011. L'arrêté royal règle uniquement les modalités de la transmission, si le médecin généraliste souhaite transmettre les données par voie électronique

Pour l'INAMI, la priorité est d'obtenir des informations importantes en temps utile auprès des médecins.

Il s'agit d'un nouveau modèle d'organisation des soins de santé. Pour l'heure, le trajet de soins ne concerne qu'un groupe limité de patients et il sera évalué. Pour précéder à cette évaluation, il est nécessaire de disposer de données, c'est la raison pour laquelle cette évaluation aura lieu en 2012.

Une conséquence notable des trajets de soins pour les diabétiques est qu'environ 42 500 patients qui sont actuellement traités, dans le cadre d'une convention, par la deuxième ligne de soins, seront transférés en première ligne. L'option retenue est de ramener en première ligne les patients qui sont actuellement soignés en deuxième ligne de soins, et d'octroyer à cet effet des moyens suffisants aux généralistes. On peut être d'accord ou pas avec ce choix de la commission nationale.

Les généralistes jouent un rôle-clé dans les trajets de soins et aucune décision n'est prise sans leur accord. Reste à savoir si c'est possible en Belgique.

D. Dernières répliques

M. Jacques Otlet (MR) fait observer que l'article 12, alinéa 2, de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit, concernant les trajets de soins, que les données doivent obligatoirement être communiquées par voie électronique.

M. Maroy, de l'INAMI, explique que l'article 12, alinéa 2, ne prévoit pas que les données doivent être transmises par voie électronique mais qu'il dispose uniquement que, si tel est le cas, la transmission doit être effectuée conformément à un protocole. L'objectif de l'arrêté royal est de poser le principe de la transmission des données, dont les paramètres sont définis par la commission nationale. Pour le reste, il existe deux manières d'envoyer les données: par voie électronique ou non.

M. Jacques Otlet (MR) prend note du fait que l'envoi des données ne doit pas obligatoirement se faire par voie électronique.

VI. — FOLLOW-UP VAN DE HOORZITTINGEN

De *follow-up* van deze hoorzittingen kwam aan bod tijdens een vergadering waar mondelinge vragen werden gesteld (zie CRIV 52 COM 562, blz. 1 tot 13).

De vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft op die vragen geantwoord.

De rapporteur,

Luc GOUTRY

De voorzitter,

Muriel GERKENS

VI. — SUIVI DES AUDITIONS

Une réunion a été consacrée au suivi de ces auditions, au cours de laquelle des questions orales ont été posées (CRIV 52 COM 562, p. 1 à 13).

La vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique y a répondu.

Le rapporteur,

Luc GOUTRY

La présidente,

Muriel GERKENS