

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2006-2007

25 AVRIL 2007

La problématique de la simplification administrative pour les médecins

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES
PAR
MME DE SCHAMPHELAERE

I. INTRODUCTION

La commission des Affaires sociales a organisé le 6 décembre 2006 une série d'auditions consacrées à la problématique de la simplification administrative pour les médecins.

Les personnes suivantes ont été entendues :

— M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI;

— le docteur Marc Moens, président de l'Association belge des syndicats médicaux;

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2006-2007

25 APRIL 2007

De problematiek van de administratieve vereenvoudiging voor artsen

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW DE SCHAMPHELAERE

I. INLEIDING

De commissie voor de Sociale Aangelegenheden organiseerde op 6 december 2006 een hoorzitting over de problematiek van de administratieve vereenvoudiging voor artsen.

De volgende personen werden gehoord :

— de heer Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV;

— dr. Marc Moens, voorzitter van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten;

Composition de la commission / Samenstelling van de commissie :

Présidente / Voorzitter : Annemie Van de Casteele.

Membres / Leden :

SP.A-SPIRIT	Jacinta De Roeck, Christel Geerts, Fatma Pehlivan.
VLD	Nele Lijnen, Annemie Van de Casteele, Patrik Vankrunkelsven.
PS	Sfia Bouarfa, Jean Cornil, Marie-José Laloy.
MR	Jihane Annane, Jacques Brotchi, Marc Wilmots.
CD&V	Wouter Beke, Mia De Schampheleere.
Vlaams Belang	Frank Creyelman, Wim Verreycken.
CDH	Clotilde Nyssens.

Suppléants / Plaatsvervangers :

Mimount Bousakla, Bart Martens, Myriam Vanlerberghe, André Van Nieuwkerke.
Stéphanie Anseeuw, Margriet Hermans, Jeannine Leduc, Stefaan Noreilde.
Pierre Galand, Joëlle Kapompolé, Philippe Mahoux, Olga Zrihen.
Marie-Hélène Crombé-Berton, Christine Defraigne, Alain Destexhe, François Roelants du Vivier.
Etienne Schoupe, Jan Steverlynck, Elke Tindemans.
Yves Buysse, Nele Jansegers, Karim Van Overmeire.
Christian Brotcorne, Francis Delpérée.

— le docteur Reinier Hueting, membre du conseil d'administration de l'*Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België*;

— le docteur Michel Meganck, président de la Société scientifique de médecine générale;

— le docteur Jos De Smedt, délégué de Domus Medica;

— MM. De Villers et Cools, délégués du Collège intermutualiste national.

Ces auditions ont eu lieu en présence de M. Renaud Witmeur, délégué de M. Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de M. Eduard Roossens, délégué de M. Van Quickenborne, secrétaire d'État à la Simplification administrative.

II. AUDITIONS

M. Marc Moens. — Le 5 décembre 2006, il y a eu une manifestation devant les portes de l'INAMI contre la surcharge administrative dans la politique des médicaments. Cette surcharge est évidemment beaucoup plus importante dans le monde médical et dans le monde social qui y est étroitement lié.

Dans son ouvrage intitulé *Meneer Dokter*, Peter Vandekerckhove donne un très bon aperçu de la charge administrative: auparavant, un seul et même petit papier reprenant les coordonnées du médecin pouvait être utilisé pour tout: prescrire des médicaments, rédiger un certificat d'incapacité de travail ou de décès, etc. Aujourd'hui, il existe 57 sortes de formulaire.

Pour l'ABSyM, la simplification administrative consiste en une approche multidisciplinaire visant à supprimer une série de formulaires, à simplifier et à rendre plus efficaces des procédures administratives et des actes de soins de santé. Cela concerne la réglementation dans le sens médico-social le plus large, l'utilisation de technologies de communication uniformes avec une sécurisation concluante ou e-government, des procédures plus efficaces et une meilleure information des patients et des citoyens.

— dr. Reinier Hueting, lid van de raad van bestuur van het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België;

— dr. Michel Meganck, voorzitter van de Société Scientifique de Médecine Générale;

— dr. Jos De Smedt, afgevaardigde van Domus Medica;

— de heren De Villers en Cools, afgevaardigden van het Nationaal Intermutualistisch College.

Deze hoorzitting vond plaats in aanwezigheid van de heer Renaud Witmeur, afgevaardigde van de heer Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van de heer Eduard Roossens, afgevaardigde van de heer Van Quickenborne, staatssecretaris voor administratieve Vereenvoudiging.

II. HOORZITTING

De heer Marc Moens. — Op 5 december 2006 werd er voor de deuren van het RIZIV betoogd tegen de administratieve waanzin in het geneesmiddelenbeleid. Alhoewel de geneesmiddelensector ongetwijfeld de kroon spant, is de administratieve overlast in de medische en de er nauw mee verweven sociale wereld natuurlijk veel ruimer.

Onderstaand citaat uit *Meneer Dokter*, een boek van Peter Vandekerckhove uit 2006 vat de administratieve last kernschetsend samen: « In het begin hadden we één papiertje waarop bovenaan onze naam en adres stonden, ons telefoonnummer, onze consultatie-uren en ons rekeningnummer. Dat papiertje gebruikten we voor alles: een voorschrift voor medicamenten, een attest van werkonbekwaamheid, een overlijdenscertificaat, alles! Alles konden wij op dit ene papiertje schrijven. Een blaadje met ons briefhoofd volstond voor alle getuigschriften en voorschriften. We ondertekenden dat en het was een geldig document. Ik geloof dat er nu 57 zijn: 57 verschillende soorten formulieren die de dokters moeten hebben. Voor 57 verschillende doeleinden. Vroeger gebeurde alles met dit ene papier. Ik ondergetekende Dokter X, verklaar dat meneer ... een natuurlijke dood is gestorven. Zo was dat. (Dr. René Vroonen) ».

Voor de BVAS bestaat de administratieve vereenvoudiging in een multidisciplinaire aanpak om een reeks formulieren af te schaffen en om administratieve procedures en handelingen met betrekking tot de gezondheidszorg eenvoudiger en efficiënter te maken. Het betreft de regelgeving in de ruimste medisch-sociale zin, het inzetten van eenvormige communicatietechnologie met een sluitende beveiliging of e-government, het efficiënter maken van procedures en het beter informeren van patiënten en burgers.

Nous savons que, dans une société qui évolue vite, il faut recueillir correctement et rapidement des données et les enregistrer de manière à ce qu'elles soient utilisables. Une administration bien huilée est nécessaire si nous voulons pouvoir comparer des données et faire des calculs sur la base de celles-ci afin de fournir une médecine de qualité. Nous souhaitons y collaborer.

Il doit cependant y avoir un équilibre entre les mesures administratives imposées et l'avantage que le patient, le citoyen en général, le système social et le dispensateur de soins, en l'occurrence le médecin, peuvent en tirer. Un tel équilibre ne peut être atteint que lorsque le dispensateur de soins est sérieusement associé au débat.

1. Médicaments

Ces dernières années, il semble que la politique des médicaments — surtout l'indication et les conditions de remboursement à la Commission de remboursement des médicaments (CRM) — vise uniquement à compliquer la tâche des médecins de telle sorte qu'ils renoncent à prescrire des médicaments qui auraient pourtant pu être prescrits selon les règles de l'art. Pour des raisons budgétaires, en Belgique, un certain nombre de médicaments ne sont pas remboursés pour certaines indications prouvées. Les professeurs de médecine et les médecins des mutualités ne se rendent pas compte de la difficulté pour les médecins traitants d'expliquer à leurs patients pourquoi un médicament n'est pas remboursé en Belgique alors qu'il l'est dans d'autres pays.

Pour colmater la ligne de rupture entre la théorie et la pratique et maîtriser la surcharge administrative — ou les tracasseries telle la confirmation de l'âge d'un patient qui a une carte SIS —, nous proposons que, dans la Commission de remboursement des médicaments et moyennant concertation préalable, il y ait au sein de la Commission nationale médico-mutualiste une parité entre, d'une part, les médecins praticiens et, d'autre part, les universitaires et les représentants des organismes assureurs.

Nous apprécions qu'après les discussions qui ont eu lieu voici trois semaines avec le cabinet et M. De Cock, la Commission nationale médico-mutualiste lance prochainement un groupe de travail où on pourra discuter de l'effet des prescriptions sur la pratique des médecins.

Nous n'apprécions pas l'élargissement de la CRM avec un seul représentant du ministre du Budget, comme le prévoit le projet de loi-programme. Ce représentant est sans aucun doute important pour pouvoir traiter à temps un dossier de médicaments au

Wij weten dat in een snel evoluerende maatschappij de noodzaak bestaat om correct en snel gegevens te verzamelen en op bruikbare manier te registreren. Er is een goed geoliede administratie nodig willen wij gegevens kunnen vergelijken en er berekeningen mee uitvoeren om kwalitatieve geneeskunde te verstrekken. Wij willen daar graag aan meewerken.

Er moet echter een evenwicht bestaan tussen de opgelegde administratieve maatregelen en het voordeel dat uit deze maatregel kan worden gehaald voor de patiënt, de burger in het algemeen, het sociaal systeem en de zorgverstrekker, *in casu* de arts. Dergelijk evenwicht kan maar worden bereikt wanneer de zorgverstrekker op een ernstige manier bij het debat wordt betrokken.

1. Geneesmiddelen

De laatste jaren lijkt het erop dat het geneesmiddelenbeleid — vooral de indicatiestelling en de terugbetalingsvoorwaarden in de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) — er louter op gericht is om het de artsen dermate moeilijk te maken dat ze afzien van het voorschrijven van geneesmiddelen die nochtans volgens de regels van de kunst hadden kunnen worden voorgeschreven. Om budgettaire redenen wordt in België voor een aantal bewezen indicaties een aantal geneesmiddelen niet terugbetaald. De academici en de ziekenfondsartsen geven er zich geen rekenschap van hoe moeilijk het is voor behandelende artsen om hun patiënten uit te leggen waarom ze in België een geneesmiddel niet terugbetaald krijgen, terwijl dat in andere landen wel het geval is.

Om de breuklijn tussen theorie en praktijk te dichten en de administratieve overlast — of zijn het pesterijen, zoals het bevestigen van een leeftijd van een patiënt die over een SIS-kaart beschikt — ongedaan te maken en te beheersen, stellen wij voor dat in de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen en, mits voorafgaand overleg, in de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen, een pariteit komt tussen, enerzijds, de praktiserende artsen en, anderzijds, de artsen-academici en vertegenwoordigers van de verzekeraars.

We waarderen het dat, na de gesprekken een drietal weken geleden met het kabinet en met de heer De Cock, de Nationale Commissie artsen-ziekenfondsen eerstdaags een werkgroep zal starten waar het effect van de voorschriften op de praktijk van de artsen zal kunnen worden besproken.

Wij nemen geen genoegen met de uitbreiding van de CTG met alleen een vertegenwoordiger van de minister van Begroting, zoals het ontwerp van programmawet bepaalt. Die vertegenwoordiger is ongetwijfeld van belang om een geneesmiddelendos-

sein de l'Union européenne, mais cela n'offre aucune plus-value directe pour le patient et le médecin traitant. Nous préférons qu'un certain nombre de médecins praticiens soient associés à la commission.

2. Transparence dans le financement des hôpitaux

En 2002, une modification fondamentale a été opérée dans le financement des hôpitaux. Cela ne signifie malheureusement pas que la transparence a aussi été instaurée. Au contraire. Dans notre pays, il n'y a presque plus d'experts en financement des hôpitaux et encore moins de médecins praticiens capables de comprendre ces règles complexes. Dès lors, il n'est pas étonnant que ces dernières engendrent des frictions entre les médecins et les gestionnaires des hôpitaux. Il n'y a que deux manières de combler les lacunes dans les cliniques privées: par le biais des patients ou des médecins.

Dans l'arrêté royal du 10 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, publié dans le *Moniteur belge* du 24 novembre 2006, le financement de l'hôpital par le biais du budget de l'hôpital est, dans quatre cas, lié au respect des tarifs de l'accord. Les médecins perdent ainsi leur liberté de souscrire ou non à l'accord. Cette mesure punit tant les hôpitaux que les médecins.

Moyennant deux conditions essentielles, le financement des hôpitaux peut se faire de manière plus transparente et plus honnête.

Premièrement, la réglementation ne peut pas être décrite en fonction de certains groupes d'intérêt. Seul l'intérêt général peut être pris en considération. Ceux qui sont au courant du problème bruxellois avec les cliniques privées et les hôpitaux du CPAS savent bien de quoi je parle.

Deuxièmement, les pouvoirs publics doivent cesser de faire un amalgame entre, d'une part, les règles relatives à l'adhésion à l'accord médico-mutualiste de la loi du 14 juillet 1994 relative aux soins de santé et indemnités, la loi SSI, et, d'autre part, les conditions relatives au financement des hôpitaux, lesquelles sont réglées dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Les deux législations sont différentes et la confusion entre les deux matières conduit à un manque de transparence chez les médecins et les gestionnaires des hôpitaux qui veulent définir une politique hospitalière de qualité.

sier tijdig binnen de EU-norm te kunnen behandelen, maar voor de patiënt en de behandelende arts biedt dat geen directe meerwaarde. We zouden liever zien dat een aantal praktiserende artsen bij de commissie worden betrokken.

2. Transparantie in de financiering van de ziekenhuizen

In 2002 werd een fundamentele wijziging doorgevoerd in de ziekenhuisfinanciering. Dat betekent jammer genoeg niet dat ook doorzichtigheid werd gecreëerd. Integendeel. Er zijn nog nauwelijks experts in ziekenhuisfinanciering in ons land, laat staan praktiserende artsen die in staat zijn om de ingewikkelde regels te begrijpen. Het wekt dan ook geen verbazing dat die ondoorzichtige regels aanleiding geven tot wrijvingen tussen artsen en beheerders van ziekenhuizen. Er bestaan maar twee manieren om tekorten in privéziekenhuizen aan te zuiveren: via de patiënten of via de artsen.

In het laatste financieringsbesluit van 10 november 2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen, gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* van 24 november 2006, wordt de financiering van het ziekenhuis via het budget van het ziekenhuis in vier gevallen gekoppeld aan het volgen van de tarieven van het akkoord. De artsen verliezen aldus hun vrijheid om het akkoord al dan niet te onderschrijven. Zowel ziekenhuizen als artsen worden met deze maatregel gestraft.

Mits twee essentiële voorwaarden kan de ziekenhuisfinanciering transparanter en eerlijker verlopen.

Om te beginnen mag de regelgeving niet geschreven worden op maat van belangengroepen die goed in de markt liggen bij de op dat ogenblik bevoegde minister. Alleen het algemeen belang mag in aanmerking worden genomen. Voor wie vandaag op de hoogte is van het Brusselse probleem met de privé- en de OCMW-ziekenhuizen, is het duidelijk waarover ik praat.

Ten tweede moet de overheid ophouden de regels betreffende de toetreding tot het akkoord artsen — ziekenfondsen uit de wet van 14 juli 1994 betreffende de geneeskundige verzorging en uitkeringen, de Gvu-wet, te vermengen met de voorwaarden betreffende de financiering van ziekenhuizen, die worden geregeld in de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. Beide wetgevingen zijn verschillend en het door elkaar haspelen van beide materies leidt tot ondoorzichtigheid en verwarring bij artsen en ziekenhuisbeheerders die een degelijk ziekenhuisbeleid willen uitstippelen.

3. La réglementation fédérale face au niveau communautaire et régional

Nous constatons que les médecins sont souvent confrontés à différentes réglementations aux niveaux fédéral, régional ou communautaire. Je prends comme exemple le décret flamand relatif au système d'information santé du 16 juin 2006. Par analogie avec le projet Be-Health concernant le traitement et l'informatisation des données médicales, nous avons rebaptisé ce décret flamand Fla-Health. La réalisation de dossiers médicaux est réglée différemment par les autorités fédérale et flamande. Les médecins flamands devront-ils bientôt faire tout en double? La subsidiarisation des associations est également différente au niveau fédéral et au niveau flamand.

Cette distinction dans la réglementation est souvent inspirée par des abus de compétence, les autorités flamande et fédérale s'estimant compétentes pour régler certaines matières. En tant qu'association professionnelle représentative de médecins, nous nous voyons souvent contraints d'entamer des procédures devant les tribunaux compétents et les autorités administratives en vue d'obtenir l'uniformité.

En outre, on demande aux hôpitaux et aux médecins des données qui figurent déjà à l'un des niveaux concernés. L'enquête fédérale annuelle relative aux données hospitalières et l'enquête flamande IZAG — *Informatiestroom tussen ziekenhuizen en de administratie Gezondheidszorg*, Flux d'informations entre les hôpitaux et l'administration de la Santé publique — font pratiquement les mêmes demandes. La recherche de ces données coûte environ quatre semaines de temps de travail à un employé spécialisé. Pour arriver à une simplification administrative, nous proposons que les autorités élaborent un registre reprenant les obligations administratives qui reposent sur les médecins et les hôpitaux aux niveaux communautaire et fédéral. Pour toute décision au niveau fédéral ou communautaire montrant d'éventuels points communs avec des compétences déjà existantes, le test de Kafka doit être réalisé. Toute nouvelle proposition soumise au Conseil des ministres doit être contrôlée sur le point des charges administratives, mais en outre tout éventuel abus de compétence doit être mentionné.

4. Nomenclature des prestations de santé et du service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM)

L'INAMI a consenti d'importants efforts pour mieux informer les médecins en matière de nomenclature des prestations de santé. Les médecins s'en réjouissent. Vu la complexité de la nomenclature, de nombreux médecins ne s'y retrouvent plus. Cela vaut également pour la recherche d'informations sur les médicaments. Il faut trouver des moyens accessibles pour tenir les

3. Regelgeving federaal versus gemeenschaps- en gewestelijk niveau

We stellen vast dat artsen op het federale en het gewestelijke of gemeenschapsniveau vaak worden geconfronteerd met verschillende regelgevingen. Als voorbeeld neem ik het Vlaams decreet betreffende het gezondheidsinformatiesysteem van 16 juni 2006. Naar analogie met Be-Health, betreffende de verwerking en informatisering van de gezondheidsgegevens, hebben we dit Vlaams decreet omgedoopt tot Fla-Health. Het aanleggen van — medische — dossiers wordt door de federale en de Vlaamse overheid anders geregeld. Moeten Vlaamse artsen straks alles in duplo doen? Ook de subsidiëring voor samenwerkingsverbanden is verschillend op federaal en Vlaams niveau.

Dit onderscheid in regelgeving is vaak ingegeven door bevoegdheidsoverschrijdingen, omdat de Vlaamse overheid en de federale overheid zich gelijk bevoegd achten tot het regelen van bepaalde materies. Vaak zien wij ons als representatieve beroepsvereniging van artsen genoodzaakt procedures in te spannen bij de bevoegde rechtbanken en administratieve overheden teneinde eenvormigheid te verkrijgen.

Daarnaast worden aan de ziekenhuizen en de artsen gegevens gevraagd die al bij een van de betrokken niveaus te vinden zijn. De jaarlijkse federale enquête betreffende de ziekenhuisgegevens en de Vlaamse IZAG enquête — *Informatiestroom tussen ziekenhuizen en de administratie Gezondheidszorg* — bevragen nagenoeg dezelfde onderwerpen. Het opzoeken van deze gegevens kost één deskundige bediende ongeveer vier weken werktijd. Om te komen tot een administratieve vereenvoudiging stellen wij voor dat de overheid een register uitwerkt dat de administratieve verplichtingen opneemt die op het niveau van de gemeenschappen en de federale overheid op ziekenhuizen en artsen rusten. Bij elk besluit op federaal of gemeenschapsniveau dat mogelijk raakvlakken vertoont met reeds bestaande bevoegdheden, dient de Kafkatest te worden uitgevoerd. Elk nieuw voorstel dat aan de Ministerraad wordt voorgelegd, dient te worden getest op administratieve lasten, maar bovendien moet worden vermeld of er mogelijke bevoegdheidsoverschrijvingen zijn.

4. Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en de dienst Geneeskundige Evaluatie en controle (DGEC)

Het RIZIV heeft de jongste tijd grote inspanningen geleverd om de artsen meer en beter te informeren over de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. De artsen waarderen dat. Omwille van de ingewikkeldheid van de nomenclatuur haken echter nogal wat artsen af. Dat geldt ook voor het opzoeken van informatie over geneesmiddelen. Er dient te

médecins informés des règles et des interprétations — en évolution constante — de la nomenclature des prestations de soins.

Afin de créer une plus grande sécurité juridique pour les médecins et pour d'autres prestataires de soins, nous proposons de publier toutes les décisions des juridictions administratives du SECM sur le site web de l'INAMI, tout en respectant la vie privée du médecin concerné.

Bien que nous ayons été consultés lors de l'élaboration de la loi portant dispositions diverses en matière de santé (Doc. Chambre, n° 51-2594/009), qui entre-temps a été approuvée mais doit encore être publiée, nous continuons à penser que certaines amendes sont trop élevées et que le système aurait pu être plus simple. En cas d'infractions à la loi SSI, les sanctions suivantes seront applicables :

— prestations non exécutées : remboursement plus amende de 50 à 200 %;

— prestations non conformes : remboursement et/ou amende de 5 à 150 %;

— prestations ni curatives ni préventives : remboursement plus amende de 5 à 100 %;

— prestations inutiles ou d'un coût excessif : remboursement plus amende de 5 à 100 %;

— prescriptions inutiles ou d'un coût excessif : amende de 500 à 50 000 euros;

— prescriptions inutiles ou d'un coût excessif de médicaments repris au chapitre II : amende de 500 à 20 000 euros;

— infractions administratives après avertissement par le SECM : amende de 50 à 500 euros;

— incitation à exécuter ou à prescrire des prestations inutiles ou d'un coût exagéré : amende de 1 000 à 250 000 euros.

Bien que le contrôle *a posteriori* figure dans la loi relative aux soins de santé, l'ABSym continue à le rejeter, essentiellement parce que lorsqu'une réglementation est opaque et compliquée au point d'être inexécutable, l'arbitraire risque de s'installer.

5. Points sur lesquels nous ne nous étendrons pas

Les patients — ou leur employeurs, les instances sociales, les écoles, les agences de voyage, les clubs de sport ... — ont aussi besoin de diverses attestations, notamment pour absence (au moins en double exemplaire), incapacité de travail ou inaptitude à

worden gezocht naar toegankelijke manieren om de artsen op de hoogte te brengen en te houden van de zich zeer snel wijzigende regels en interpretaties van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings.

Om meer rechtszekerheid te creëren voor de artsen en ook voor andere zorgverstrekkers, stellen wij voor alle beslissingen van de administratieve rechtscolleges van de DGEC op de website van het RIZIV te publiceren, met respect uiteraard voor de privacy van de betrokken arts.

Hoewel we werden geconsulteerd bij de totstandkoming van de wet houdende diverse bepalingen betreffende gezondheidszorg (stuk Kamer, nr. 51-2594/009), die inmiddels al goedgekeurd is, maar nog moet worden gepubliceerd, blijven we erbij dat sommige boetes te hoog zijn en dat het systeem eenvoudiger had gekund. Bij inbreuken op de GVU-wet zullen volgende sancties gelden :

— Niet-uitgevoerde prestaties : terugbetaling plus boete van 50 tot 200 %;

— Niet-conforme prestaties : terugbetaling en/of boete van 5 tot 150 %;

— noch curatief, noch preventief : terugbetaling plus boete van 5 tot 100 %;

— overbodige of onnodig dure uitgevoerde verstrekkingen : terugbetaling plus boete van 5 tot 100 %;

— overbodige of onnodig dure voorgeschreven verstrekkingen : boete van 500 tot 50 000 euro;

— overbodige of onnodige dure voorgeschreven geneesmiddelen onder Hoofdstuk II : boete van 500 tot 20 000 euro;

— administratieve inbreuken na een verwittiging van de DGEC : boete van 50 tot 500 euro;

— aanzetten tot uitvoeren of voorschrijven van overbodige of onnodige dure verstrekkingen : boete van 1 000 tot 250 000 euro.

Hoewel ze in voornoemde gezondheidswet werd opgenomen, blijft de BVAS de controle *a posteriori* verwerpen, voornamelijk omdat bij een ondoorzichtige en onuitvoerbaar ingewikkelde regelgeving zoals in de geneesmiddelensector, willekeur troef kan worden.

5. Waar we het niet verder zullen over hebben

Patiënten — of hun werkgevers, sociale instanties, scholen, reisbureaus, sportclubs, ... — hebben eveneens allerlei attesten nodig, onder meer in verband met afwezigheden (minstens in duplo), werk- of sportonbekwaamheid, rolstoelen of looprekken, wapenver-

pratiquer un sport, pour les fauteuils roulants ou déambulateurs, le permis de port d'armes, les réductions pour un raccordement téléphonique ou des activités culturelles, l'adoption, le droit aux soins infirmiers, le droit aux soins de kinésithérapie, les divers services publics qui exigent un document approprié, les assurances hospitalisation de toutes sortes, le congé social pour maladie grave d'un parent, le congé de maternité et/ou d'allaitement, pour un décès, les assurances vie, l'euthanasie, le fonds de maladie — chacun avec ses propres systèmes de traitement de l'information —, pour la formation médicale continue et l'accréditation pour les médecins eux-mêmes.

6. Conclusion

Si, dans un proche avenir, nous voulons encore attirer des médecins, en particulier des médecins traitants, plusieurs instances devront veiller ensemble à une diminution drastique des formalités administratives. Le dossier le plus sensible aujourd'hui est celui des prescriptions médicales, mais les autres dossiers sont également importants. L'ABSym veut collaborer de façon constructive à l'élaboration de solutions structurelles. Cependant, les pouvoirs publics doivent nous donner de réelles possibilités en la matière et ne pas nous demander des avis pour des raisons purement formelles.

M. Reinier Hueting. — Je parcourrai la note que nous avons remise, voici environ un an, au secrétaire d'État à la Simplification administrative. Nous avons alors espéré que la situation évoluerait enfin, mais nous constatons à présent que rien n'a changé.

Au contraire, les chambres législatives nous ont imposé une nouvelle charge, la législation sur les armes. Les patients nous présentent des attestations qu'il nous est impossible de signer. Nous ne pouvons juger si une personne est apte à manier une arme. Lorsque je signe une telle attestation, j'y ajoute les mots « du moins en ce moment ». En souhaitant une attestation plus concrète, le législateur demande aux médecins une expertise qu'il nous est impossible d'appliquer à nos propres patients. Ce serait tout à fait incorrect du point de vue déontologique. Si un généraliste doit dire à un patient qu'il doute de son aptitude mentale à circuler avec une arme, cela entravera grandement la relation de confiance. De telles expertises requièrent un comité d'expertise distinct.

Les généralistes s'irritent en premier lieu surtout des attestations d'absence établies par les autorités. Elles ont toutes une forme différente. Le diagnostic doit y être indiqué. Le plus souvent, les patients n'ont pas ces attestations sur eux, de sorte qu'elles doivent être

gunningen, reducties bij telefoonaansluiting of culturele activiteiten, adoptie, recht op verpleegkundige zorg, recht op kinesitherapeutische zorg, allerlei overheidsdiensten die een geëigend document eisen, hospitalisatieverzekeringen allerhande, sociaal verlof bij ernstige ziekte van een verwant, moederschaps- en/of borstvoedingsverlof, overlijden, levensverzekeringen, euthanasie, ziekenfondsen — elk met eigen systemen van informatieverwerking — en de gevolgde permanente medische navorming en de accreditering voor de artsen zelf.

6. Besluit

Als we in de nabije toekomst nog artsen en meer in het bijzonder huisartsen willen aantrekken en behouden, zullen meerdere instanties samen voor een drastische vermindering van de papier- of elektronische winkel moeten zorgen. Het acuutste dossier vandaag is dat van de geneesmiddelenvoorschriften. De andere dossiers zijn echter niet minder belangrijk. BVAS wil constructief meewerken aan structurele oplossingen. De overheid moet ons daartoe echter reële kansen geven en ons niet om louter formele redenen adviezen vragen.

De heer Reinier Hueting. — Ik zal de nota overlopen die we ongeveer een jaar geleden bij de staatssecretaris voor de administratieve Vereenvoudiging ter sprake hebben gebracht. Wij hadden toen gehoopt dat er eindelijk iets zou bewegen. Nu, een jaar later, stellen we vast dat helemaal niets veranderd is.

De wetgevende kamers hebben ons integendeel opgezadeld met een nieuwe last, de wapenwetgeving. Patiënten leggen ons attesten voor die we onmogelijk kunnen ondertekenen. Wij kunnen niet inschatten of iemand geschikt is om een wapen te manipuleren. Als ik een dergelijk attest onderteken, voeg ik eraan toe « althans op dit ogenblik ». Als de wetgever wenst dat dit attest concreter wordt ingevuld, vraagt hij van de artsen een expertise die we onmogelijk bij onze eigen patiënten kunnen toepassen. Deontologisch zou dat zeer incorrect zijn. Als een huisarts aan een patiënt moet zeggen dat hij twijfelt aan de geestelijke geschiktheid van de patiënt om met een wapen rond te lopen, zou dat de vertrouwensrelatie in hoge mate verstoren. Voor dergelijke expertises moet een apart expertisecomité worden opgericht.

Huisartsen ergeren zich in de eerste plaats vooral aan de afwezigheidsattesten van de overheid. Die hebben allemaal een andere vorm. Er moeten diagnoses op worden vermeld. Meestal hebben de patiënten die attesten niet bij zich, zodat ze later tussen twee

remplies plus tard dans le couloir, entre deux consultations, lorsque le médecin ne se souvient plus des données convenues et du diagnostic exact. Cette situation suscite beaucoup d'irritation et donne lieu à des attestations erronées.

On a vu l'an dernier qu'il était possible de s'y prendre autrement. De simples attestations peuvent à présent être délivrées pour les travailleurs de La Poste. On ne peut imaginer à quel point cela réjouit les médecins.

Autre grand point névralgique : le nombre élevé de prescriptions médicamenteuses. Des questions ont récemment été posées à la Chambre sur la Ritaline. Certains médecins doivent établir un nombre incroyable de prescriptions par consultation. Puisque la Ritaline figure sur la liste des stupéfiants, il faut une prescription par dose. Lorsqu'un médecin prescrit plusieurs boîtes sur une seule prescription, seule la première est remboursée.

Cette réglementation date vraisemblablement de l'époque du code-barres unique. Je ne comprends pas pourquoi il n'est toujours pas possible de prescrire plusieurs boîtes d'un même médicament sur la même prescription.

De même, le fait d'indiquer la quantité d'insuline pouvant être prescrite par prescription date encore de l'époque où la concentration était de 40 unités par millilitre, contre 100 unités à présent. De ce fait, on ne peut jamais prescrire plus d'une boîte par prescription, bien que la plupart des patients utilisent au moins deux boîtes.

Le plus souvent, le généraliste prescrit des médicaments pour environ seize semaines. Pour les médicaments comprenant au maximum vingt-huit unités par boîte, quatre prescriptions doivent donc être établies. Le patient vient chercher ces médicaments à la pharmacie en une fois. Nous l'avons signalé l'an passé au secrétaire d'État et nous sommes déçus de ne pas encore avoir reçu de réponse.

Autre grande difficulté, les formulaires 3 et 4. Le patient doit les faire remplir pour obtenir certains avantages. Le généraliste doit y dresser un historique médical détaillé; les rapports sur toutes les affections pertinentes doivent aussi y être ajoutés. Il faut ensuite décrire tout ce que le patient peut ou ne peut pas faire dans la pratique quotidienne. Les assistants sociaux qui se rendent au domicile du patient sont bien mieux à même d'évaluer cela. Nous proposons donc qu'ils remplissent ces formulaires. Les personnes responsables du contrôle peuvent réclamer par la suite les données médicales nécessaires. Il est inutile de demander d'avance au médecin d'établir ces formulaires en double exemplaire.

consulten snel in de gang moeten worden ingevuld, wanneer de arts zich niet meer herinnert welke data waren afgesproken en wat de exacte diagnose was. Dat leidt tot zeer veel ergernis en fout ingevulde attesten.

Het afgelopen jaar werd aangetoond dat het ook anders kan. Voor werknemers van De Post mogen nu gewone attesten worden uitgereikt. Men kan niet begrijpen hoeveel vreugde dat de artsen verschaft.

Een ander groot pijnpunt is het grote aantal voorschriften voor geneesmiddelen. Onlangs werden in de Kamer nog vragen gesteld over Rilatine. Sommige artsen moeten per consult een hoeveelheid voorschriften maken die aan het ongelooflijke grenst. Omdat Rilatine op de lijst van verdovende middelen staat, moet per dosis een voorschrift worden gemaakt. Wanneer een arts op één voorschrift meerdere verpakkingen voorschrijft, wordt alleen de eerste verpakking terugbetaald.

Die regeling dateert waarschijnlijk uit de tijd voor de unieke barcode. Ik zie niet in waarom het nu nog altijd niet mogelijk is om op één voorschrift meerdere verpakkingen van eenzelfde geneesmiddel voor te schrijven.

Ook de bepaling over de hoeveelheid insuline die per voorschrift mag worden voorgeschreven, dateert nog uit de tijd dat er veertig eenheden per milliliter waren, terwijl het er intussen honderd zijn. Hierdoor kan per voorschrift nooit meer dan één verpakking worden voorgeschreven, hoewel de meeste patiënten ten minste twee verpakkingen gebruiken.

Meestal schrijft de huisarts voor ongeveer zestien weken voor. Voor geneesmiddelen met maximum achtentwintig eenheden per verpakking moeten dan vier voorschriften worden opgesteld. De patiënt haalt die vier voorschriften in één keer in de apotheek op. We hebben dat een jaar geleden aan de staatssecretaris gemeld. Het is dan ook teleurstellend dat we nog altijd geen antwoord hebben gekregen.

Een ander groot pijnpunt zijn de formulieren 3 en 4. De patiënt moet die formulieren laten invullen om bepaalde voordelen te krijgen. De huisarts moet op die formulieren een uitgebreide medische geschiedenis schetsen en ook alle directe verslagen van alle relevante kwalen moeten worden toegevoegd. Volgens moet een beschrijving worden gegeven van alles wat de patiënt in de dagelijkse praktijk wel of niet kan. De maatschappelijk assistenten, die bij de patiënt ter plaatse komen, kunnen dergelijke zaken veel beter inschatten. Ons voorstel is dan ook dat zij die formulieren invullen. De personen die instaan voor de controle, kunnen dan achteraf de nodige medische gegevens opvragen. Het is nutteloos om de arts op voorhand te vragen die formulieren in tweevoud op te stellen.

Mon collègue, M. Moens, vient d'évoquer les formulaires concernant les chaises roulantes; ils dépassent tout ce qu'on peut imaginer. Il faut ainsi remplir cinq formulaires pour obtenir le remplacement d'une chaise roulante. Le patient doit obtenir un score sur une échelle encore inconnue jusqu'à présent. C'est plutôt un travail de consultant.

Concernant la réglementation relative à la médication, je me limiterai à demander une présentation uniforme des attestations nécessaires pour le remboursement, Af ou Bf, car le rejet d'une attestation sur la base de la forme est inacceptable. De plus, un formulaire de demande devrait être disponible sur le site de l'INAMI pour tous les médicaments dont la délivrance est soumise à une demande. Certes, l'INAMI fait ce qu'elle peut, mais depuis que nous avons interrogé le secrétaire d'État, voici un an, aucune décision n'a encore été publiée en la matière.

Le système des médecins agréés auprès des services de police requiert aussi beaucoup de paperasserie. Il est insensé — nous l'avons déjà dit — que les travailleurs de la police doivent aller chez un autre médecin pour bénéficier des soins médicaux gratuits, et cela alors que le ministre est partisan du dossier médical global. Si cette personne veut quand même consulter son généraliste, il doit être un médecin agréé, ce qui engendre d'innombrables formalités. Non seulement la présence doit être attestée par le biais de numéros médicaux mais en outre, les documents doivent être établis en double exemplaire à la fin du trimestre et il faut communiquer des montants inscrits à la main. Si on veut octroyer des avantages sociaux aux travailleurs de la police, il faut procéder comme dans d'autres entreprises. Laissons les travailleurs établir eux-mêmes un état récapitulatif et percevoir par la suite leur ticket modérateur auprès du service social ou du service du personnel. Malgré les questions que nous avons posées à ce sujet en janvier, ce système a été élargi en septembre au personnel administratif de la police. Je trouve cela ahurissant.

Une attestation de bonne santé est toujours requise dans l'enseignement. Personne ne sait précisément quelles informations doivent s'y trouver. Cette attestation peut donc également être supprimée.

Il en va de même de l'attestation d'aptitude à pratiquer le sport. Si cette attestation est maintenue, nous aimerions disposer d'un questionnaire spécifique pour chaque sport, un questionnaire auquel nous puissions répondre par oui ou non. Ce n'est en effet que sur la base de questions spécifiques que nous pouvons juger si une personne peut exercer un sport déterminé.

L'absence de signature électronique reste un point névralgique. Cela permettrait de résoudre de nom-

Collega Moens had het net nog over de formulieren voor de rolstoelen, die alle verbeelding tarten. Zo moeten voor de vervanging van een rolstoel van mensen die al jaren in een rolstoel zitten, vijf formulieren worden ingevuld. De patiënt moet een score krijgen in een schaal die tot nog toe onbekend is. Dat lijkt ons eerder werk voor een adviseur.

Wat de regelgeving in verband met de medicatie betreft, beperk ik mij tot de vraag naar een gelijkvormige lay-out voor de attesten die nodig zijn in het kader van de terugbetaling, Af of Bf, want het verwerpen van een attest op basis van de lay-out is toch onaanvaardbaar. Bovendien zou voor ieder medicijn waarvoor een aanvraag vereist is, een aanvraagformulier op de site van het RIZIV moeten staan. Het RIZIV doet weliswaar wat in zijn macht ligt, maar sinds onze vragen aan de staatssecretaris een jaar geleden werden nog steeds geen beslissingen ter zake gepubliceerd.

Het systeem van de aangenomen artsen bij de politie vereist ook veel papierwerk. In het verleden hebben we al aangeklaagd dat, terwijl de minister voorstander is van het globaal medisch dossier van een patiënt bij een huisarts, het niet opgaat de werknemers bij de politie naar een andere arts te laten gaan voor gratis medische verzorging. Wil die persoon toch naar zijn huisarts gaan, dan moet deze laatste een zogenaamde aangenomen arts zijn, waarna voor dit privilege een gigantische papierhandel moet worden afgewerkt. Niet alleen moet de aanwezigheid worden geattesteerd, met medische nummers, maar bovendien moeten de documenten in tweevoud worden opgemaakt aan het eind van het trimester en moeten met de hand geschreven bedragen worden ingeleverd. Als men aan werknemers bij de politie sociale voordelen wil toekennen, moet dat gebeuren zoals bij andere bedrijven. Laat de werknemers zelf een verzamelstaat maken en achteraf hun remgeld bij de sociale dienst of de personeelsdienst innen. Ondanks onze vragen hieromtrent in januari, wordt dit systeem zelfs sinds september uitgebreid tot het administratieve personeel bij de politie. Dat vind ik verbijsterend.

Voor het onderwijs wordt nog steeds een attest van goede gezondheid gevraagd. Niemand weet precies welke inlichtingen daarin moeten worden verstrekt. Dit attest mag dan ook worden afgeschaft.

Idem dito voor het sportattest. Als men dit attest handhaaft, zouden we graag beschikken over een specifieke vragenlijst voor iedere sport, waarop we «ja» of «neen» kunnen antwoorden. Alleen aan de hand van specifieke vragen kunnen we immers beoordelen of iemand een bepaalde sport mag doen.

De uitblijven van de elektronische handtekening blijft een knelpunt. Heel wat problemen zouden

breux problèmes. Il suffit de penser aux demandes de radiologie ou de biologie clinique dans un hôpital. De nombreux généralistes collaborent d'ailleurs avec un laboratoire d'hôpital. De plus, la signature électronique simplifierait aussi la prescription électronique de médicaments, la tarification électronique des prestations, l'établissement des formulaires destinés au médecin en chef, etc.

M. Michel Meganck. — Je suis médecin généraliste. Je suis installé dans la région de Charleroi. Il s'agit de mon activité principale; j'exerce mon activité de président de la Société scientifique de médecine générale à titre bénévole. Je travaille aussi à titre secondaire comme médecin expert pour les tribunaux du travail de Charleroi et de Mons.

J'ai décidé d'axer mon exposé sur des exemples de ma pratique quotidienne en tant que médecin généraliste.

J'ai le souci d'être à la fois un bon médecin et un bon citoyen. C'est la raison pour laquelle j'ai, comme les autres médecins, accepté d'emblée un certain nombre de règles. Nous utilisons le formulaire *ad hoc* pour prescrire nos médicaments, nous délivrons à nos patients les formulaires nécessaires: certificats, prescriptions de soins complémentaires, etc. Nous leur délivrons également une attestation de soins donnés, grâce à laquelle ils peuvent obtenir un remboursement de nos prestations et qui permet aussi à notre contrôleur fiscal de nous assujettir à l'impôt. Je précise au passage que nous payons 0,50 euro à l'INAMI par attestation.

Nous avons donc le souci d'être aussi de bons citoyens, mais les complications deviennent telles que la situation nous énerve sérieusement et que nous en avons assez de toutes ces contraintes administratives qui ne nous laissent plus le temps de pratiquer la médecine.

L'arrêté royal fixant des modalités de la prescription à usage humain est l'une des gouttes qui ont fait déborder le vase et ont amené les généralistes à manifester, hier, dans la rue. Cet arrêté date de 2005, mais l'arrêté d'application est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2006.

L'article 2 de cet arrêté précise tous les renseignements que doivent comporter les prescriptions et, notamment, la mention du nombre d'unités dans le conditionnement. Auparavant, nous indiquions seulement le nom du médicament et, sans autre précision de notre part, le pharmacien était contraint de délivrer le conditionnement le plus petit. Si nous voulions que le conditionnement soit plus important, nous indiquions la mention «grand modèle» sur l'ordonnance. À présent, cela n'est plus autorisé.

hiermee worden opgelost. Denk maar aan aanvragen voor radiologie of klinische biologie in een ziekenhuis. Heel wat huisartsen werken trouwens samen met een laboratorium van een ziekenhuis. Bovendien zou het regelen van de elektronische handtekening ook het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen, de elektronische tarificatie van prestaties, het invullen van de verzamelformulieren voor de hoofdgeneesheer en dergelijke vereenvoudigen.

De heer Michel Meganck. — Ik ben huisarts met een praktijk in de streek van Charleroi. Dat is mijn hoofdactiviteit; het voorzitterschap van de wetenschappelijke vereniging beoefen ik op vrijwillige basis. Ik werk ook als geneesheer- deskundige voor de arbeidsrechtbanken van Charleroi en Bergen.

Mijn uiteenzetting is gebaseerd op voorbeelden uit dagelijkse ervaringen als huisarts.

Ik probeer om tegelijkertijd een goede arts en een goede burger te zijn. Daarom ben ik, net als andere artsen, geconventioneerd. We gebruiken de geëigende formulieren voor het voorschrijven van geneesmiddelen, we bezorgen onze patiënten de nodige documenten, certificaten, voorschriften voor bijkomende zorgen enzovoort. We geven hun de getuigschriften voor verstrekte hulp, waarmee ze terugbetaling kunnen krijgen en op basis waarvan de belastingcontroleur onze belastingen berekenen. We betalen het RIZIV 0,50 euro per getuigschrift.

We willen onze burgerplicht nakomen, maar de situatie wordt zo ingewikkeld dat het ons behoorlijk op de zenuwen begint te werken. We hebben genoeg van al die administratieve rompslomp. Er blijft maar weinig tijd meer over om geneeskunde te beoefenen.

Het koninklijk besluit houdende vaststelling van de modaliteiten inzake het voorschrift voor menselijk gebruik is één van de druppels die de emmer doet overlopen, zodanig zelfs dat huisartsen gisteren op straat zijn gekomen. Dat besluit dateert van 2005, maar het uitvoeringsbesluit trad in werking op 1 oktober 2006.

Artikel 2 van dit besluit geeft een opsomming van de inlichtingen die op de voorschriften moeten worden vermeld, in het bijzonder het aantal eenheden in de verpakking. Vroeger schreven we alleen de naam van het geneesmiddel. Als er geen andere precisering bij stond, was de apotheker verplicht de kleinste verpakking te geven. Als we een grotere verpakking wensten, dan dienden we «groot model» op het voorschrift te noteren. Nu is dat niet meer toegestaan.

Je voudrais illustrer ce qui précède par deux exemples pratiques. Si je décide de mettre un patient sous antibiotiques, en fonction de la molécule que je choisirai, je me trouverai confronté à des boîtes de 16 × 500 mg, 10 ou 20 × 875 mg, 16 × 500 mg, 5 ou 10 × 500 mg, 10, 14, 20 ou 21 × 500 mg, ou encore 16 × 500 mg ou 15 × 500 mg.

Si je souhaite traiter un patient atteint d'hypercholestérolémie, je recourrai aux statines, famille de médicaments bien connue, peu appréciée par notre ministre qui la trouve fort coûteuse ... L'Atorvastatine est conditionnée sous forme de boîtes de 28 ou 84 × 10 ou 20 mg, 10 ou 84 × 40 mg et 98 × 80 mg. La Pravastatine et le médicament générique de la même molécule sont conditionnés sous une forme différente. Il en va de même de la Simvastatine : boîtes de 30 ou 100 ou 28 ou 84 × 20 ou 40 mg.

Il est donc à présent obligatoire d'indiquer sur l'ordonnance le nombre de comprimés contenus dans la boîte de médicaments que l'on prescrit.

Comme vous le savez, les médicaments ne sont pas tous remboursés dans les mêmes proportions. Il existe à cet égard cinq catégories différentes — A, B, C, S et X — qui varient encore selon qu'il s'agit d'un assuré actif ou d'un bénéficiaire VIPO. Nous en sommes donc à dix catégories de remboursement différentes. Mais il faut encore y ajouter les sous-catégories Af, Bf, Cf et Sf, qui impliquent une intervention de l'INAMI dans les mêmes conditions que pour les catégories A, B, C et S, mais après autorisation du médecin-conseil. Nous obtenons donc ainsi un total de vingt catégories de remboursement différentes. Ces données m'intéressent car en tant que médecin généraliste, je tiens à savoir quel coût le médicament prescrit représente pour mon patient.

Il existe quatre catégories de médicaments à remboursement conditionnel. D'après mes calculs, il y avait, pour l'année 2002, 6 502 présentations différentes de médicaments en Belgique. Il faut savoir que 14 % du total des médicaments remboursés par la sécurité sociale nécessitent un remboursement conditionnel, soit un sur quatre.

Certains penseront que ce n'est pas beaucoup, mais les catégories visées par le remboursement conditionnel constituent à elles seules 40 % du budget des médicaments; ce sont les médicaments les plus prescrits. On y retrouve les antihypertenseurs, les antiasthmatiques, les hypolipémiants et toute une série de médicaments régulièrement prescrits.

En outre, si l'on veut prescrire un médicament pour lequel la sécurité sociale intervient, il faut inscrire un seul conditionnement par ordonnance. On vient de dire, à juste titre, que deux sortes d'insuline ne peuvent pas figurer sur la même ordonnance. Prenons un exemple dans ma pratique. Je soigne une patiente

Ik geef twee praktische voorbeelden. Als ik beslis een patiënt antibiotica voor te schrijven dan heb ik, op grond van de molecule die ik wens, de keuze tussen de volgende verpakkingen: 16 × 500 mg, 10 of 20 × 875 mg, 16 × 500 mg, 5 of 10 × 500 mg, 10, 14, 20 of 21 × 500 mg, of ook nog 16 × 500 mg of 15 × 500 mg.

Wanneer ik een patiënt met hypercholesterolemie wil behandelen dan schrijf ik statines voor, matig geapprecieerd door onze minister want hij vindt ze veel te duur ... Atorvastatine komt voor in verpakkingen van 28 of 84 × 10 of 20 mg, 10 of 84 × 40 mg en 98 × 80 mg. Pravastatine en de generische vorm met dezelfde molecule zijn te verkrijgen in verschillende verpakkingen. Hetzelfde geldt voor Simvastatine: dozen van 30 of 100 of 28 of 84 × 20 of 40 mg.

Tegenwoordig moet het aantal tabletten dat een doos geneesmiddelen bevat op het voorschrift vermeld staan.

Zoals u weet worden de geneesmiddelen niet in dezelfde verhouding terugbetaald. Er bestaan vijf verschillende categorieën A, B, C, S en X. Het terugbetalingstarief varieert naargelang het om actieve verzekeren of om WIGW gaat. Naast de tien verschillende terugbetalingcategorieën zijn er nog de subcategorieën Af, Bf, Cf en Sf, die eenzelfde terugbetaling van het RIZIV impliceren als de categorieën A, B, C en S, maar waarvoor de toestemming van de adviserende geneesheer vereist is. Er zijn in totaal twintig verschillende terugbetalingscategorieën. Die gegevens interesseren me, want als huisarts wil ik weten wat mijn patiënt voor het voorgeschreven geneesmiddel moet betalen.

Er bestaan vier categorieën geneesmiddelen met conditionele terugbetaling. Voor het jaar 2002 waren er volgens mijn berekeningen 6502 verschillende geneesmiddelen in België. 14 % van alle terugbetaalde geneesmiddelen ressorteren onder de conditionele terugbetaling; één op vier.

Sommigen vinden dit niet veel, maar de categorieën geneesmiddelen met conditionele terugbetaling vertegenwoordigen 40 % van het geneesmiddelenbudget. Het zijn de geneesmiddelen die het meest worden voorgeschreven. Het gaat onder meer om geneesmiddelen tegen hypertensie, anti-astmatica, hypolipémiaca en een hele reeks geneesmiddelen die regelmatig worden voorgeschreven.

Als men een geneesmiddel wil voorschrijven dat door de sociale zekerheid wordt terugbetaald, moet men één verpakking per voorschrift voorschrijven. Er mogen geen twee soorten insuline op eenzelfde voorschrift staan. Laten we een voorbeeld uit de praktijk nemen. Ik verzorg een patiënte met chroni-

atteinte de polyarthrite chronique rhumatoïde qui doit recevoir, chaque semaine, une injection de 15 milligrammes d'un produit conditionné dans des ampoules de 5 milligrammes, une ampoule par boîte. Je fais donc trois ordonnances par semaine, soit douze par mois.

Pour revenir au remboursement conditionnel, j'avais pris l'initiative de concevoir un formulaire type sur lequel j'inscrivais à la main le nom du médicament, les raisons pour lesquelles je demande le remboursement, etc. Ce procédé ne fut malheureusement pas accepté car plus de 68 substances différentes doivent faire l'objet d'une demande au médecin-conseil, en utilisant le formulaire *ad hoc* que l'on peut naturellement télécharger « facilement » sur le site de l'INAMI, surtout quand on est au domicile du patient. Et si la demande est faite sur un formulaire inadéquat, le remboursement ne sera pas obtenu. Cela représente un total de 128 formulaires différents.

Encore faut-il se réjouir quand il ne faut qu'un seul formulaire par substance, car ce n'est pas toujours le cas. Je prends deux exemples, volontairement les deux extrêmes. L'Aricept, médicament prescrit aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer, nécessite trois formulaires différents: un formulaire A pour la première demande, un formulaire B à conserver dans le dossier du patient et un formulaire C pour la demande de renouvellement. L'Enbrel, médicament prescrit dans cinq pathologies différentes, implique quinze formulaires différents.

Et c'est sans compter sur le zèle de certains médecins-conseils des organismes assureurs. En juillet 2006, on a décidé de simplifier les critères de remboursement d'une certaine formule en supprimant un paragraphe: « J'atteste que le patient mentionné ci-dessus présente une muqueuse de Barrett et je m'engage de ce fait à faire réaliser chez le patient concerné un examen endoscopique régulier, selon les recommandations ... ». Le hasard veut que, durant la première quinzaine de juillet, j'aie été amené à remplir, pour un patient, cette demande de remboursement. Je n'avais pas encore le nouveau formulaire et, pas de chance, mon ordinateur était en panne, ce qui rendait impossible le téléchargement. J'ai donc pris l'ancien formulaire, en barrant simplement le paragraphe désormais supprimé puisqu'il s'agissait de l'unique changement. Le patient a dû revenir chez moi avec le formulaire *ad hoc* que j'ai contresigné, afin qu'il puisse bénéficier du remboursement. La paperasse n'embête pas que les médecins, mais aussi les patients.

Maintenant, pour simplifier prétendument la tâche des médecins — puisque ces médicaments dont je viens de parler et qui nécessitent un accord préalable du médecin-conseil sont classés dans ce qu'on appelle le chapitre IV — on propose deux modifications.

sche reumatoïde polyarthrititis. Ze moet elke week een inspuiting krijgen met 15 milligram van een product dat verpakt is in ampullen van 5 milligram, één ampul per doos. Ik schrijf dus drie voorschriften per week voor; twaalf per maand.

Voor de conditionele terugbetaling gebruik ik een typeformulier waarop ik met de hand de naam van het geneesmiddel invul, alsook de reden waarom ik terugbetaling vraag. Deze werkwijze werd spijtig genoeg niet aanvaard omdat de geneesheer-adviseur voor meer dan 68 verschillende substanties zijn toestemming moet geven. Het geschikte formulier kan men uiteraard gemakkelijk downloaden van de RIZIV-website, maar bij een huisbezoek is dat minder evident. Als voor de aanvraag niet het juiste formulier wordt gebruikt, zal het geneesmiddel niet worden terugbetaald. Het gaat in totaal om 128 verschillende formulieren.

Men mag nog blij zijn als er maar één formulier nodig is per substantie, want dat is niet altijd het geval. Ik neem twee willekeurige, extreme voorbeelden. Aricept is een geneesmiddel dat wordt voorgeschreven voor patiënten met de ziekte van Alzheimer. Hiervoor zijn drie verschillende formulieren vereist: een formulier A voor de eerste aanvraag, een formulier B dat in het dossier van de patiënt moet worden bewaard en het formulier C voor de hernieuwingsaanvraag. Enbrel is een geneesmiddel dat voor vijf verschillende aandoeningen wordt voorgeschreven en waarvoor vijftien verschillende formulieren bestaan.

En dan is er nog de ijver van bepaalde geneesheren-adviseurs bij de verschillende ziekenfondsen. In juli 2006 werden de terugbetalingcriteria vereenvoudigd. De paragraaf « Ik bevestig dat voormelde patiënt lijdt aan de ziekte van Barrett en verbind me ertoe bij de patiënt regelmatig een endoscopie te laten uitvoeren, volgens de aanbevelingen ... » werd geschrapt. Toevallig moest ik voor deze patiënt in de eerste helft van juli een aanvraag tot terugbetaling invullen. Ik beschikte nog niet over het nieuwe formulier en mijn computer was defect, dus kon ik het onmogelijk downloaden. Ik heb dus het oude formulier gebruikt en de paragraaf geschrapt, aangezien dit de enige wijziging was. De patiënt is met zijn *ad hoc* formulier moeten terugkomen. Ik heb het ondertekend, zodat hij terugbetaling kon krijgen. Deze paperassen hinderen niet alleen de artsen, maar ook de patiënten.

Om de taak van de artsen zagezegd te vereenvoudigen — deze geneesmiddelen, waarvoor een voorafgaand akkoord van de adviserende geneesheer vereist is zijn gerangschikt onder hoofdstuk IV — stelt men twee wijzigingen voor.

Tout d'abord, le chapitre II. Dans celui-ci, on ne doit plus rien demander, on prescrit le médicament. On s'engage simplement à ce que la prescription soit faite dans des conditions conformes au prescrit de la nomenclature. On ne change rien aux critères de remboursement en tant que tels, qui sont toujours aussi compliqués, mais on transfère sur le médecin généraliste le rôle qu'avaient à l'époque les médecins-conseils des organismes assureurs, à savoir vérifier l'adéquation de la prescription et voir si le patient peut effectivement bénéficier ou non du remboursement. Si ce n'est pas le cas, c'est le médecin traitant qui doit mentionner sur l'ordonnance de son patient, à l'intention du pharmacien, que le médicament est non remboursable et que le pharmacien doit le «tarifer» au prix plein.

Dans le chapitre IV, on a prévu la même chose mais au lieu de faire une ordonnance sans rien y ajouter, on doit indiquer la mention TPA, ce qui signifie tiers payant applicable.

Je vous invite à consulter le site de l'INAMI. Vous y verrez six fenêtres. Celle située en bas, au centre, est intitulée «Médicaments et autres». Après avoir fait défiler une fenêtre et cliqué sur «Médicaments», vous découvrirez le contenu des chapitres II et IV. Le chapitre II compte 32 pages et le chapitre IV, 918 pages de réglementation. J'attire l'attention sur le fait que, dans le cadre du chapitre II, un texte est actuellement en préparation. Il serait momentanément «mis au frigo» en attendant une concertation. Ce texte sera constitué de 71 pages, rien que pour les médicaments à visée respiratoire.

Je passe sous silence les autres prescriptions que nous devons faire, notamment pour des fournitures telles que l'oxygène à domicile et pour la demande d'autorisation d'un cadre de marche, d'une chaise roulante, etc. Pour un simple coussin anti-escarres, le formulaire comporte quatre pages à compléter par le médecin et une page à compléter par le bandagiste et le patient.

J'en reviens au côté tatillon de certains médecins-conseils. Le texte précise qu'un ulcère gastrique doit être démontré par endoscopie. Je soumetts l'un de mes patients à une gastroscopie. Le gastro-entérologue écrit «érosion gastrique» sur le document. Cependant, le résultat de la biopsie qu'il a effectuée me revient avec la mention «ulcération». La décision du médecin-conseil est un refus parce que c'est le protocole d'endoscopie qui prévaut sur l'analyse au microscope. Dans le cadre du remboursement des médicaments, certains textes sont inadaptés. Certains médicaments sont remboursés dans le cadre de l'hypertension artérielle, qui est une mauvaise indication médicale, mais pas lorsqu'ils sont prescrits pour l'hypertrophie prostatique pour laquelle ils sont vraiment efficaces.

Voor de geneesmiddelen van hoofdstuk II moet niets meer worden gevraagd. Men verbindt er zich eenvoudigweg toe het geneesmiddel conform de nomenclatuur voor te schrijven. Aan de terugbetaling-criteria als dusdanig wijzigt niets, ze zijn nog altijd even ingewikkeld. De huisarts krijgt de rol van de adviserende geneesheer: controleren of het voorschrift adequaat is en of de patiënt al dan niet recht heeft op terugbetaling. Als dit niet het geval is, moet de behandelende geneesheer op het voorschrift van zijn patiënt noteren dat het geneesmiddel niet terugbetaalbaar is en dat de apotheker de volledige prijs moet aanrekenen.

In hoofdstuk IV is dat ook het geval, maar op het voorschrift moet de vermelding voorkomen dat de derdebetalersregeling van toepassing is.

De RIZIV-website heeft zes vensters, met onderaan in het midden «geneesmiddelen en andere». Als men op «geneesmiddelen» klikt, komt men bij de hoofdstukken II en IV. Hoofdstuk II telt 32 pagina's en hoofdstuk IV 918 pagina's regelgeving. In hoofdstuk II wordt momenteel een tekst aangemaakt, voorlopig is dit gedeelte buiten werking. Alleen al de tekst voor geneesmiddelen voor de luchtwegen zal 71 pagina's tellen.

Ik heb het dan nog niet over andere voorschriften die we moeten opstellen: leveringen van zuurstof aan huis en toestemming voor een looprek of een rolstoel. Voor een gewoon kussen tegen doorligwonden moet de arts een formulier van vier pagina's invullen, en de bandagist en de patiënt elk één pagina.

Ik kom terug op de muggenzifterij van bepaalde geneesheren-adviseurs. Een maagzweer moet worden aangetoond door een endoscopie. De gastro-enteroloog schrijft «maagerosie» op het document. Het resultaat van de biopsie meldt «ulceratie». De adviserende geneesheer weigert, want het protocol van de endoscopie primeert op een microscopische analyse. Bepaalde teksten voor de terugbetaling zijn niet aangepast. Sommige geneesmiddelen worden terugbetaald bij arteriële hypertensie, maar niet wanneer ze worden voorgeschreven voor prostaathyper-trofie. Nochtans zijn ze voor deze indicatie heel werkzaam.

Certains médicaments ne sont remboursés que sur demande du spécialiste parce qu'il est bien connu que les médecins généralistes n'ont pas le même cerveau.

Enfin, certaines indications pour lesquelles les médicaments sont prescrits ne donnent pas lieu à un remboursement. Je citerai l'exemple des migraines, qui touchent principalement les femmes, et où l'on constate que l'acide valproïque — la Dépakine — qui est remboursé en cas d'épilepsie, ne l'est pas en cas de migraine, ce qui nous obligerait à indiquer sur l'ordonnance que le patient doit le payer.

Je passe sous silence les certificats divers dont l'orateur précédent vient de parler. C'est vrai qu'actuellement, grâce à Mme Onkelinx, nous voyons arriver de nombreuses personnes qui nous demandent si elles sont mentalement aptes à détenir une arme chez elles. Les certificats pour les demandes d'allocations de handicapé représentent de six à douze pages. Je rappelle également qu'actuellement, nous sommes obligés par le ministère de prescrire au moins 27 % de médicaments dits bon marché.

Nous sommes dans une époque où l'on nous demande une maîtrise des coûts mais nous avons aussi une obligation de qualité vis-à-vis de nos patients.

Les règles de la société ont changé. On ne peut plus dépenser n'importe comment. Nous ne sommes plus dans les *Golden Sixties*.

Je tiens quand même à lancer un cri d'alarme au nom des médecins généralistes que je représente pour rappeler que nous sommes face à nos patients et que ceux-ci ne se soucient pas du rapport qualité-prix, que le vieillissement de la population implique qu'une série de dépenses continueront à augmenter, que dans les médias, en revanche, le monde politique continue à encourager les gens à prendre en charge leur diabète ou leur hypertension alors que, par ailleurs, on nous tape sur les doigts parce qu'on utilise les moyens diagnostiques et thérapeutiques que la société met à notre disposition.

Je vous mets en garde parce que l'on entend souvent dire qu'il y a de moins en moins de médecins généralistes. C'est exact, mais il ne manque pas de médecins et il ne sert à rien de lever le *numerus clausus* décidé par le département de la Santé publique. En réalité, on manque de jeunes médecins voulant encore pratiquer la médecine générale. Pour quelle raison? Parce que quand ils prennent leur voiture le matin pour aller travailler, ils ont l'impression de prendre la route avec toute une série de conditions et d'interdits.

Que veulent les généralistes? Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les médecins généralistes partagent l'idée qu'il faut maîtriser les dépenses,

Sommige geneesmiddelen worden alleen maar terugbetaald op vraag van een geneesheer-specialist, want iedereen weet dat huisartsen niet verstandig genoeg zijn.

Geneesmiddelen voor bepaalde indicaties geven geen recht op terugbetaling. Ik geef het voorbeeld van migraine. De meeste migrainepatiënten zijn vrouwen. Valproïnezuur, Depakine, wordt terugbetaald in geval van epilepsie, maar niet bij migraine. We zijn dus verplicht op het voorschrift te melden dat de patiënt het geneesmiddel moet betalen.

Ik zal het niet hebben over de diverse certificaten waarover de vorige spreker het had. Dankzij mevrouw Onkelinx krijgen we verschillende mensen over de vloer die vragen of ze mentaal in staat zijn een wapen te bezitten. De certificaten voor een aanvraag tot een uitkering voor een handicap tellen zes tot twaalf bladzijden. Ik herinner eraan dat de minister ons verplicht ten minste 27 % generische geneesmiddelen voor te schrijven.

Men vraagt ons kosten te besparen, maar we hebben ook een kwaliteitsverplichting tegenover de patiënt.

De spelregels zijn veranderd. De uitgaven moeten beter beheerst worden. We zijn niet meer in de *golden sixties*.

Namens de huisartsen wil ik toch de alarmbel luiden en erop wijzen dat onze patiënten zich niet bekommeren om de prijs-kwaliteitverhouding. De vergrijzing van de bevolking impliceert een voortdurende stijging van bepaalde uitgaven. De overheid moedigt de mensen via mediacampagnes aan om aandoeningen als suikerziekte en hoge bloeddruk te behandelen, terwijl de artsen op de vingers getikt worden wanneer ze gebruik maken van de beschikbare technieken voor diagnose en behandeling.

Ik wil u waarschuwen omdat men vaak hoort dat er steeds minder huisartsen zijn. Dat klopt, maar er is geen tekort aan artsen en het dient tot niets om de *numerus clausus* op te heffen die door het departement van Volksgezondheid werd opgelegd. Waarom zijn er zo weinig jonge artsen die nog huisarts willen worden? Wanneer ze 's ochtends in hun wagen stappen om hun werk aan te vatten hebben ze de indruk dat ze een hele resem geboden en verboden met zich meesleuren.

Wat willen de huisartsen? Ook zij staan achter de idee van kostenbeheersing, met name wat de geneesmiddelen betreft. We zijn ook bereid om het voor-

notamment en matière de médicaments. Nous sommes également d'accord de remettre nos prescriptions en question, notamment dans le cadre d'une confrontation des pratiques, comme nous le faisons actuellement dans le cadre des structures mises en place au sein même de l'INAMI. Je parle ici de l'accréditation.

Nous voulons des recommandations de bonne pratique, mais elles doivent rester des instruments et ne pas devenir des normes médicales opposables. Or, à l'heure actuelle, nombre de critères de remboursement qui sont publiés servent de normes médicales opposables puisqu'il y a des sanctions à la clef.

Il faut actualiser ces recommandations de bonne pratique et j'ai cité tout à l'heure l'exemple de l'acide valproïque prescrit pour les migraines. Il faut simplifier les critères de remboursement et revoir la liste des médicaments repris dans le chapitre IV. Il est étonnant de constater que les médicaments tels les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, qui sont considérés comme des médicaments de premier choix dans le traitement de l'hypertension, sont encore en remboursement conditionnel, alors que les inhibiteurs calciques, qui coûtent beaucoup plus cher, sont remboursés en catégorie B, la plus favorable pour le patient. Dans les critères de remboursement, il faut supprimer les quotas annuels. Il faut savoir que si l'on prescrit un aérosol à un patient atteint de BPCO ou d'asthme, donc de bronchite chronique asthmatiforme, il a droit au remboursement de 13 aérosols par an et pas un de plus. Si on lui en prescrit un 14^e parce qu'il a davantage utilisé son aérosol, on est obligé d'indiquer sur l'ordonnance : tiers payant non applicable.

Il faut aussi mettre en balance le prix des médicaments et le coût des dépenses qu'ils génèrent par la réalisation obligatoire d'une série d'examens qui, dans certains cas, sont inutiles puisque le diagnostic clinique prime parfois le diagnostic technique.

Il faut permettre de longues périodes de remboursement. Pourquoi introduire des demandes de remboursement tous les six mois pour un médicament dont on autorise le remboursement pendant trois ans sans examen complémentaire? Pourquoi faire une demande de remboursement tous les ans pour un traitement anti-épileptique alors que l'on sait que le patient prendra vraisemblablement ce médicament à vie? Enfin, puisqu'on établit des profils de prescription des médecins, il est logique que l'on sorte du profil de prescription les médicaments du chapitre IV qui ont fait l'objet d'un accord des organismes assureurs et de l'État.

Faisons, de grâce, davantage confiance aux médecins. Le dernier critère de remboursement que je viens de voir publier est inacceptable. C'est un traitement prescrit pour l'énurésie nocturne chez les enfants. Le

schrijfgedrag te herbekijken, met name door een vergelijking van de verschillende praktijken, zoals dat momenteel binnen de RIZIV-structuren gebeurt met betrekking tot de accreditering.

We willen aanbevelingen krijgen over goede praktijken, maar die aanbevelingen moeten een instrument blijven en geen tegenstelbare medische norm worden. Momenteel is het evenwel zo dat vele criteria voor terugbetaling die gepubliceerd zijn, dienst doen als afdwingbare medische norm.

De aanbevelingen over de goede praktijk moeten geactualiseerd worden. Ik gaf daarnet het voorbeeld van valproïnezuur dat voorgeschreven wordt in geval van migraine. De voorwaarden voor terugbetaling moeten vereenvoudigd worden en de lijst van geneesmiddelen van hoofdstuk IV moet herzien worden. Het is verbazend dat aan de terugbetaling van geneesmiddelen als ACE-remmers, die als de beste geneesmiddelen voor de behandeling van hoge bloeddruk worden beschouwd, nog voorwaarden verbonden zijn, terwijl geneesmiddelen tegen calcinosis, die veel duurder zijn, terugbetaald worden in categorie B, die de meest voordelige is voor de patiënt. De jaarlijkse quota moeten uit de criteria voor terugbetaling geschrapt worden. Als men een patiënt met een chronisch obstructieve longziekte of met astma een aerosol voorschrijft, heeft hij recht op dertien aerosols per jaar. Als men hem een veertiende aerosol zou voorschrijven, moet men op het voorschrift vermelden dat de derdebetalersregeling niet van toepassing is.

De prijs van de geneesmiddelen moet ook afgewogen worden tegen de kostprijs van de opgelegde onderzoeken die in sommige gevallen nutteloos zijn doordat de klinische diagnose soms voorrang heeft op de technische diagnose.

Er moeten langere periodes van terugbetaling mogelijk zijn. Waarom moet er om de zes maanden een terugbetalingsaanvraag worden ingediend voor een geneesmiddel waarvoor de terugbetaling gedurende drie jaar zonder bijkomend onderzoek wordt toegelaten? Waarom moet jaarlijks een terugbetalingsaanvraag worden ingediend voor een behandeling tegen epilepsie wanneer men weet dat de patiënt die wellicht levenslang zal moeten krijgen? Ten slotte, vermits men profielen opmaakt met betrekking tot het voorschrijfgedrag van artsen, zou het logisch zijn dat de geneesmiddelen van hoofdstuk IV waarover de verzekeringsinstellingen en de Staat een akkoord hebben bereikt uit het voorschrijfprofiel worden gelicht.

Laten we bovenal meer vertrouwen hebben in de artsen. Er is onlangs een voorwaarde voor terugbetaling bekendgemaakt die ik onaanvaardbaar vind. Het betreft de behandeling van bedwateren bij kinderen

texte stipule que pour obtenir le remboursement du médicament, la famille doit d'abord acheter une petite boîte de 15 comprimés de Desmopressine, les donner à l'enfant et si, c'est concluant, demander au médecin traitant une attestation destinée au médecin-conseil pour obtenir le remboursement du médicament pendant six mois. En outre, il faut joindre à l'attestation délivrée par le médecin traitant la boîte vide du médicament et l'attestation prouvant que le pharmacien a bien délivré le médicament.

M. Jos De Smedt. — J'aborderai les points suivants: les médicaments, la responsabilité, le chapitre IV, les *guidelines* comme instrument de la maîtrise de coûts, le chapitre II, le chapitre I^{er} et la Commission de remboursement des médicaments.

Je me pencherai surtout sur les médicaments, thème d'actualité, comme l'a montré la manifestation d'hier. Mais il y a aussi l'intervention d'intégration sociale. Mon confrère Hueting vous a parlé des formulaires 3 et 4. J'ai collaboré avec le cabinet du ministre des Affaires sociales de l'époque, M. Vandebroucke, afin de simplifier ces formulaires, ce qui fut fait au terme de longues et après discussions avec les divers intéressés. Pendant trois ou quatre ans, ces formulaires sont restés au fond d'un tiroir et lorsqu'ils ont enfin été mis en circulation, différents éléments y avaient été ajoutés et ils étaient redevenus longs comme un catalogue. C'est aussi un véritable catalogue que le médecin doit compléter pour les chaises roulantes. Ce fut le cas aussi dans le cadre de la loi sur les armes. Les médecins ont 101 attestations diverses à délivrer.

Les médecins généralistes sont bel et bien disposés à prescrire de manière responsable et efficace. Ils veulent aussi porter un jugement critique sur les messages de l'industrie pharmaceutique qui les incitent à adopter un comportement prescripteur déterminé.

Nous avons déjà consenti beaucoup d'efforts. Une évaluation est déjà organisée au sein des GLEM et des cercles et cela donne des résultats.

Nous sommes prêts à faire tout cela mais sur la base de statistiques correctes et pertinentes. C'est pourquoi nous, médecins généralistes, voulons également être associés à l'analyse des données. Nous tenons à pouvoir vérifier les indicateurs que nous pouvons utiliser et les données qui nous seront utiles pour nous évaluer et ajuster le tir. Un mouvement en ce sens s'est amorcé mais il doit être poursuivi.

On a déjà beaucoup parlé du chapitre IV. Il a été introduit à des fins purement budgétaires et ne garantit en rien la qualité. J'y reviendrai plus tard. Nous

met Desmopressine. Om terugbetaling te krijgen, moet het gezin eerst een doosje van 15 tabletten Desmopressine aanschaffen en aan het kind toedienen om te zien of het geneesmiddel effect heeft. Is dat het geval, dan moet men de behandelende arts een attest laten opmaken om aan de adviserende geneesheer terugbetaling gedurende zes maanden te vragen. Bij de aanvraag moet het lege doosje en een bewijs van aflevering door de apotheker worden gevoegd.

De heer Jos De Smedt. — Ik wil in mijn uiteenzetting over de administratieve vereenvoudiging volgende punten overlopen: geneesmiddelen, verantwoordelijkheid, hoofdstuk IV, *guidelines* als kostenbeheersend instrument, hoofdstuk II, hoofdstuk I en de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen.

Ik wil het vooral over geneesmiddelen hebben. Geneesmiddelen staan op het ogenblik in de kijker; dat bleek ook op de betoging van gisteren. Maar daarnaast is er inderdaad ook nog de tegemoetkoming voor sociale integratie. Collega Hueting sprak al over de formulieren 3 en 4. Destijds heb ik op het kabinet van toenmalig minister van Sociale Zaken Vandebroucke nog geholpen om die formulieren te vereenvoudigen. Na lange en heel moeilijke discussies met de verschillende betrokkenen kwamen we tot een vrij eenvoudig formulier. Dat bleef drie of vier jaar in de kast liggen en toen het uiteindelijk in omloop werd gebracht, waren er alweer heel wat stukjes aan toegevoegd en was het opnieuw een heel boek geworden. Een gelijkaardig boek moet de arts, zoals al vermeld, invullen voor rolstoelen. Ook over de wapenwet hebben we het al gehad. Artsen hebben 101 attesten af te leveren.

De huisartsen zijn wel degelijk bereid kwaliteitsvol en verantwoord voor te schrijven. We willen ook kritisch omgaan met de boodschap van de farmaceutische industrie. Zij wordt in deze materie vaak gevalueerd en terecht, want ze zet ons aan tot een bepaald voorschrijfgedrag.

We hebben al heel wat inspanningen gedaan. In LOK's en kringen wordt er al geëvalueerd. Er is daarvoor niet weinig materiaal gemaakt en dat heeft ook resultaat.

We willen dat allemaal wel doen, maar dan op basis van correct en relevant cijfermateriaal. Daarom willen wij als huisartsen ook betrokken worden bij de analyse van de gegevens. We willen kunnen nagaan welke indicatoren we kunnen gebruiken en welke zaken nuttig zijn om aan zelfsturing en evaluatie te doen. Momenteel is daartoe al een kleine aanzet gegeven, maar het moet verder worden uitgebreid.

Over hoofdstuk IV is al heel veel gepraat. Eigenlijk is het ingevoerd om het budget te beheersen en staat er bijna niets in om de kwaliteit te garanderen. Ik kom

sommes bien sûr disposés à contribuer à la maîtrise des dépenses mais il est primordial que la prescription soit dans l'intérêt de la santé du patient. On prescrit beaucoup de médicaments, parfois trop mais c'est parfois nécessaire. Certaines pathologies comme l'asthme ne sont pas encore suffisamment traitées.

Les tâches administratives sont très astreignantes. C'est pourquoi notre organisation accorde une grande importance au soutien administratif de la pratique des médecins généralistes.

Je m'interroge également sur les répercussions que la forfaitarisation du chapitre IV à l'hôpital aura sur le terrain. C'est une grande inconnue.

Les médecins en ont assez des formalités administratives. La réglementation est abondante, chaotique, difficile à trouver; elle change rapidement, elle est rigide et ne suit pas l'évolution de la médecine; elle est parfois introduite sur la base de critères non scientifiques.

J'ai dans mon ordinateur plus de 1 000 attestations différentes rien que pour les médicaments ! Il introduit automatiquement un grand nombre de données. Je me demande comment procèdent les confrères qui n'ont pas d'ordinateur. Je compte 229 produits différents et des centaines de pages dans le *Moniteur belge*. Rien que sur les statines, le *Moniteur* a publié en 2004 trois pages de réglementations dont la formulation est en outre compliquée.

Comment s'y retrouver? Généralement, les firmes pharmaceutiques sont encore les mieux informées et elles peuvent nous tenir au courant.

Quant à la réglementation complexe relative aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), nous n'avons reçu des informations de personne. Ce sont les firmes pharmaceutiques qui ont dû nous expliquer comment prescrire. Reste bien sûr à savoir quelles recettes ce médicament procure aux firmes pharmaceutiques.

Heureusement, nous disposons de bons programmes informatiques mais sont-ils à jour? Nous pouvons aussi consulter les sites internet des groupes de pression, d'organisations de services et de l'INAMI.

Le site de l'INAMI offre beaucoup d'informations. Le chapitre IV représente à lui seul 897 pages ou 5,72 mégabytes. Mais sont-ce des informations complètes et récentes? Il faut savoir en effet qu'entre-temps, la réglementation a considérablement évolué. Le site ne précise pas si ces informations ont été mises à jour.

daarop nog terug. Uiteraard zijn we bereid mee te helpen aan het beheersen van de uitgaven; daar is geen discussie over. Primordiaal blijft wel dat het voorschrift de gezondheid van de patiënt ondersteunt. Er worden veel geneesmiddelen voorgeschreven, soms te veel, maar soms is het voor de kwaliteit ook nodig dat de arts meer voorschrijft. Sommige pathologieën, zoals astma, blijven nog altijd onderbehandeld.

De administratieve taken zijn, zoals de vorige sprekers al zegden, enorm belastend. Daarom vindt onze vereniging de administratieve ondersteuning van de huisartsenpraktijk enorm belangrijk.

Ik vraag me ook af welke repercussie de forfaitarisering van hoofdstuk IV in het ziekenhuis op het terrein zal hebben. Voor mij is dat een grote onbekende.

Huisartsen zijn de rompslomp beu. Dat is duidelijk. Er is heel veel regelgeving, ze is chaotisch, ze is niet altijd terug te vinden, ze verandert snel, ze is star en volgt de evolutie in de geneeskunde niet en ze is soms ingevoerd onder invloed van niet-wetenschappelijke criteria.

In mijn computer heb ik meer dan 1 000 verschillende attesten voor geneesmiddelen alleen. Gelukkig heb ik een computer en die vult al heel wat gegevens automatisch in. Ik weet dan ook niet hoe collega's zonder computer het doen. Ik tel 229 verschillende producten en honderden bladzijden in het *Staatsblad*. Over statines alleen al werd in 2004 in drie staatsbladen pagina's lang regelgeving gepubliceerd en intussen zijn we alweer een paar jaar verder. Bovendien is de formulering heel ingewikkeld.

De vraag is hoe we alles kunnen terugvinden. Heel vaak zijn de farmaceutische firma's nog het beste op de hoogte en kunnen ze ons wegwijs maken.

Ik verwijs naar de ingewikkelde regeling voor PPI's. We kregen van niemand informatie. De farmaceutische firma's moesten ons zeggen hoe we moesten voorschrijven. Welke inkomsten dat voor de firma's genereert, is natuurlijk de vraag.

Gelukkig zijn er goede computerprogramma's. De vraag is echter of ze up-to-date zijn. Er bestaan ook websites van drukkingsgroepen en dienstverlenende organisaties en er is de website van het RIZIV.

De RIZIV-website is goed en bevat veel informatie. Hoofdstuk IV alleen beslaat 897 bladzijden, of 5,72 megabyte. De vraag is of de informatie op de website compleet en recent is, want intussen is er heel wat nieuwe regelgeving. Er wordt niet meegedeeld of er een update is gebeurd.

On y trouve aussi de nombreux formulaires de demandes d'autorisations mais pas pour tous les médicaments qui nécessitent une demande d'autorisation de remboursement, par exemple le Novorapid. Il faut donc consulter une autre source.

Il m'est arrivé de ne pas trouver sur le site de l'INAMI un formulaire relatif à un médicament dont j'avais besoin. J'ai finalement contacté la mutuelle. Elle me l'a transmis par fax mais ce document avait déjà été faxé tant de fois qu'il était devenu illisible. J'ai complété la prescription et le médicament a été remboursé au patient mais je ne sais pas ce que j'ai signé.

La législation change rapidement. Ces trois dernières années, le *Moniteur belge* a publié de nombreuses pages sur les statines. Le médicament Zocor figure dans trois chapitres de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ce qui complique les recherches.

La mise en pratique de la réglementation relative aux IPP a déjà été critiquée plusieurs fois. Un patient de moins de 50 ans a droit au remboursement de quatre emballages de la catégorie C. Qui contrôle? *Quid* si un patient consulte plusieurs médecins et se procure ce médicament dans plusieurs pharmacies?

Il en va de même pour l'insuline. Le Lantus a d'abord pu être prescrit librement. Une fois le budget dépassé, les règles sont devenues plus restrictives mais les prescriptions ont encore été modifiées par la suite. Je parlerai du Plavix plus tard.

Pour le vaccin contre les rotavirus, nous devons mentionner l'âge du patient sur l'attestation alors que cette information figure déjà sur la carte SIS.

J'ai appris que soixante-sept pages sur la médication relative à la BPCO et à l'asthme paraîtraient au *Moniteur belge*. Il s'agit donc de nouveau d'un volumineux document. Les réglementations ne suivent par ailleurs pas l'évolution de la médecine. L'approche de la gestion des risques dans la prévention cardiovasculaire a ainsi été modifiée plusieurs fois ces dernières années. Cela nécessite chaque fois un changement de comportement prescripteur.

On a eu d'abord les tables de Framingham, puis les tables Score et aujourd'hui, la directive des généralistes flamands propose une autre valeur seuil. Cette directive a été élaborée sur la base d'observations scientifiques faites par des experts indépendants et non sous la pression des firmes pharmaceutiques. En

Men kan op deze website heel wat aanvraagformulieren voor machtiging terugvinden. Maar niet voor alle geneesmiddelen waarvoor een machtiging tot vergoeding moet worden aangevraagd, staan er formulieren op de site. Ik geef het voorbeeld van Novorapid; hiervoor kan men niets op deze site terugvinden. Men moet dus een andere bron raadplegen.

Op een dag had ik een formulier nodig voor een bepaald geneesmiddel, maar ik kon het niet op de RIZIV-website vinden. Ik heb uiteindelijk het ziekenfonds gecontacteerd, dat mij een formulier heeft doorgfaxt. Het was al zo veel keer gefaxt, dat het onleesbaar was geworden. Ik heb het voorschrift ingevuld en de patiënt heeft het geneesmiddel terugbetaald gekregen, maar ik weet niet wat ik heb getekend.

De wetgeving wijzigt snel. In het *Belgisch Staatsblad* verschenen de jongste drie jaar nogal wat pagina's over statines. Het geneesmiddel Zocor komt in drie hoofdstukken van de GVVU-wet voor. Ga dat maar opzoeken.

Ook de uitvoerbaarheid van de reglementering inzake de PPI's werd al verschillende keren aangeklaagd. Een patiënt beneden de vijftig jaar met maaglast heeft recht op terugbetaling van vier verpakkingen in categorie C. Wie oefent de controle uit? Wat gebeurt er als een patiënt verschillende dokters raadpleegt of dit geneesmiddel al in een andere apotheek heeft gekocht?

Hetzelfde met insuline. Ik moet het verhaal van Lantus niet vertellen. Eerst werd het onder druk van specialisten of farmaceutische firma's vrijgevig voorgeschreven. Nadat het budget was overschreden, was men restrictief. En daarna heeft men de voorschriften weer veranderd. Op Plavix kom ik straks terug.

Voor het rotavirusvaccin moeten we de leeftijd van de patiënt op het attest vermelden. Nochtans staat deze informatie gewoonweg op de SIS-kaart.

Ik heb vernomen dat er zevenenzestig pagina's over de COPD- en astmamedicatie in het *Belgisch Staatsblad* zouden verschijnen. Dus weer een omvangrijk boekwerk. De evolutie wordt bovendien niet gevolgd. De aanpak van de risicobeheersing in cardiovasculaire preventie is de afgelopen jaren vaak gewijzigd. Dat vergt telkens een aanpassing en een ander voorschrijfgedrag.

We zijn begonnen met de tabellen van Framingham, daarna hebben we de tabellen van Score gekregen en nu komt de richtlijn van de Vlaamse huisartsen waarin een ander afkappunt staat. Die richtlijn is wetenschappelijk onderbouwd door onafhankelijke experts en is niet tot stand gekomen onder druk van

revanche, des firmes pharmaceutiques ont demandé de modifier à nouveau le seuil de risque de 10 % à 5 %. Nous ne jouons pas à ce jeu. Nous appliquons la directive 10 % parce que nous pouvons étayer scientifiquement le risque de 10 %, même si Guy De Backer n'est pas d'accord. La directive des médecins généralistes paraîtra prochainement. Nous pouvons également étayer cette directive au moyen de la pratique dans d'autres pays où le seuil des 9 % est appliqué. Si nous appliquions un seuil de 5 %, cela voudrait dire que tous les hommes de plus de 60 ans devraient prendre des statines. Les médecins doivent suivre cette évolution. C'est parfois plus important que d'édicter des règles pour encadrer les prescriptions de médicaments.

J'en viens maintenant à l'influence des critères scientifiques. Les IPP en sont un bon exemple. De nombreuses publications ont été consacrées aux normes relatives aux IPP. L'industrie et les gastro-entérologues ont également exercé une influence. La question est de savoir comment prescrire les IPP. Ceux-ci figurent à la fois au chapitre I^{er}, au chapitre II et au chapitre IV. Cela complique les choses pour les généralistes.

Je suis convaincu que les généralistes font parfois des erreurs de prescription parce que les règles ne sont plus compréhensibles.

Certains clubs qui agissent pour le bien-être du patient ont également exercé une influence. Ces clubs étant largement sponsorisés par l'industrie, on peut douter de leur objectivité.

Les *guidelines* ne sont pas toujours synonymes d'économies. Il en est ainsi pour le clopidogrel (Plavix), un médicament très coûteux. Un des critères de remboursement mentionné sur le formulaire de demande est l'intolérance à l'acide acétylsalicylique et des antécédents documentés d'hémorragie, d'ulcères, etc. (*Moniteur belge* du 21-01-2004). Ce critère ne se justifie plus sur le plan scientifique. Or, de nombreuses études prouvent qu'e cas d'hémorragie, le clopidogrel n'est pas plus sûr que l'acide acétylsalicylique. Dans le cadre d'une demande de remboursement, ce critère ne se justifie plus sur le plan scientifique. Or, il figure déjà depuis des années sur le formulaire de demande et il y restera sans doute encore pour quelque temps.

Un autre exemple est l'utilisation du clopidogrel pour la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux. Le remboursement se fonde sur l'étude Caprie. On observe une réduction relative insignifiante de 7,3 %. Cette étude ne saurait justifier le traitement exclusif au clopidogrel qui a un effet antiagrégant à peine meilleur que l'aspirine pour les ACV. Le nombre de sujets à traiter (NST) est de 1/200. J'ai calculé le

farmaceutische firma's. Integendeel, firma's hebben gevraagd het afkappunt terug te wijzigen van 10 % risico naar 5 %. Wij doen niet mee aan dat spel. Wij hanteren de 10 %-richtlijn, want we kunnen het 10 %-risico wetenschappelijk onderbouwen, ook al gaat Guy De Backer niet akkoord. De richtlijn van de huisartsen zal eerstdaags verschijnen. Wij kunnen die richtlijn ook staven met de praktijk in andere landen, waar 9 % als afkappunt wordt gehanteerd. Als 5 % als afkappunt wordt gebruikt, betekent dit dat iedere man boven 60 jaar statine moet gebruiken. Die evolutie moet door artsen worden gevolgd. Dat is soms veel belangrijker dan geneesmiddelenvoorschriften in regels vast te leggen.

Ik kom tot de invloed van de wetenschappelijke criteria. De PPI's zijn daar een treffend voorbeeld van. Er zijn heel wat publicaties geweest over de normering van de PPI's. De industrie heeft ook invloed uitgeoefend. Ook de artsen-specialisten, in het bijzonder de gastro-enterologen, die heel wat onderzoeken zagen verdwijnen, hebben druk uitgeoefend. De vraag is nu hoe de PPI's moeten worden voorgeschreven. Ze staan zowel in hoofdstuk I als in de hoofdstukken II en IV. Dat maakt het moeilijk voor huisartsen.

Ik ben ervan overtuigd dat vrijwel alle huisartsen — ongewild — fouten maken op het vlak van voorschrijfgedrag, omdat de regels niet meer te vatten zijn.

Sommige « clubs », zoals de menopauzeclub, oefenen ook invloed uit. Ze werken onder het mom van een VZW die het welzijn van de patiënt op het oog heeft, maar ze worden zonder uitzondering uitsluitend door de industrie gesponsord. De objectiviteit van die VZW's is dus een groot vraagteken.

Guidelines zijn niet altijd kostenbesparend. Ik geef als voorbeeld het geneesmiddel clopidogrel (Plavix), een vrij duur geneesmiddel. Een van de terugbetalingscriteria die in het aanvraagformulier voor dat geneesmiddel vermeld staat, is « intolerantie aan acetylsalicylzuur gezien een gestaafde voorgeschiedenis van hemorragie, ulcus » (*Belgisch Staatsblad* 21-01-2004). Heel wat studies bewijzen echter dat clopidogrel in het geval van hemorragie niet veiliger is dan acetylsalicylzuur. Dit criterium voor aanvraag van terugbetaling is wetenschappelijk niet meer verantwoord. Het staat echter al jaren in het aanvraagformulier en het zal er wellicht nog jaren blijven instaan.

Een ander voorbeeld is clopidogrel als secundaire preventie bij CVA's. De terugbetaling is gebaseerd op de Capriestudie. Er is een niet-significante relatieve reductie van 7,3 %. Deze studie kan een behandeling met alleen clopidogrel in deze indicatie niet rechtvaardigen. Clopidogrel is maar marginaal effectiever dan aspirine als antiaggregatiemiddel bij een CVA. De NNT is 1/200. Ik heb even de kostprijs berekend : om

coût: pour éviter un seul ACV, il faut dépenser 307 980 euros en clopidogrel. Ce choix est politique.

J'aborde maintenant le chapitre II. En substituant un contrôle *a posteriori* au contrôle *a priori*, on peut parvenir à une simplification administrative. Dans certains cas individuels, les médecins généralistes demanderont à pouvoir déroger aux critères tout en tenant compte des directives pour leur prescription. Celle-ci doit être justifiée. Si certains médecins prescrivent trop, un feed-back peut être organisé mais il importe d'y associer les médecins pour qu'ils puissent au besoin corriger leur comportement prescripteur sur la base de critères efficaces.

J'en viens à la Commission de remboursement des médicaments (CRM) qui était en première ligne hier. Selon moi, elle a besoin de l'apport scientifique des médecins pour évaluer l'applicabilité de la réglementation. Actuellement, seules les associations professionnelles y sont représentées. Telle est la législation mais nous devons essayer de l'appliquer de manière créative.

Nous devons investir à court terme beaucoup de temps dans la CRM. Il y a quelques semaines, nous avons eu une bonne discussion avec des collaborateurs du cabinet et de la CRM. Je pense que les médecins peuvent y apporter leur concours. Il convient peut-être de réexaminer le financement de cette commission car il n'est guère aisé de verser des jetons de présence à des médecins généralistes. Des solutions constructives existent toutefois.

Les membres de la CRM sont souvent des têtes de Turcs. Ils travaillent beaucoup pour remplir leur mission mais leur travail est ensuite souvent jeté aux oubliettes de l'administration. Dans ce cas, le travail a été fait en vain et il n'y a pas de feed-back non plus.

J'ai participé à différents groupes de travail de la CRM et je suis encore actif dans l'un d'entre eux. Nos efforts sont rarement récompensés. Je ne parle pas de la récompense financière, il n'en est en effet jamais question. Nos propositions sont souvent bien argumentées mais elles n'engagent la CRM à rien. J'en viens parfois à me demander, en tant que membre d'un groupe de travail, à quoi sert de s'investir pour faire des propositions si la CRM n'en tient ensuite pas compte.

één CVA te vermijden moet er 307 980 euro besteed worden aan clopidogrel. De keuze om die prijs te betalen om één CVA te vermijden, is uiteraard een beleidskeuze.

Ik kom tot hoofdstuk II. Het omzetten van controle *a priori* naar controle *a posteriori* kan zorgen voor administratieve vereenvoudiging. Huisartsen vragen dan wel om in individuele gevallen te kunnen afwijken, waarbij ze in hun voorschrijfgedrag natuurlijk rekening houden met de *guidelines*. Het voorschrift moet onderbouwd zijn. Als sommige artsen dan teveel voorschrijven, kan feedback worden gegeven. Het is wel belangrijk dat de huisartsen op een fatsoenlijke manier worden betrokken bij de feedback. Er mag geen heksenjacht op de veelvoorschrijvers worden ontketend. Er zijn maatregelen opgenomen in de wet. Laten we als huisartsen samenwerken om op basis van goede criteria, indien nodig, het voorschrijfgedrag te kunnen corrigeren.

Vervolgens kom ik tot de Commissie terugbetaling geneesmiddelen. De CTG stond gisteren in de vuurlinie. Volgens mij is er in de CTG nood aan inbreng van de artsen op het terrein om de toepasbaarheid van de regelgeving te beoordelen. Er is vooral nood aan de wetenschappelijke inbreng van huisartsen. Nu zijn alleen de representatieve beroepsverenigingen in de CTG vertegenwoordigd. Zo is nu eenmaal de wetgeving, maar we moeten ze wel creatief trachten toe te passen.

Op korte termijn moeten we in de CTG veel tijd investeren. Enkele weken geleden hebben we een goed gesprek gehad met medewerkers van het kabinet en van de CTG. Ik denk dat de huisartsen in de CTG kunnen meewerken. De financiering moet misschien wel onder de loep worden genomen, want het is niet zo eenvoudig om zitpenningen te betalen aan huisartsen. Daarvoor bestaan beslist constructieve oplossingen.

De leden van de CTG zijn vaak de kop van jut. Gisteren hebben we dat nog kunnen vaststellen. Ze steken vaak veel werk in hun opdracht, maar achteraf worden de besluiten ervan met één administratieve pennentrek doorgehaald. In dat geval is het werk voor niets geweest en komt er ook geen feedback.

Persoonlijk heb ik aan verschillende CTG-werkgroepen deelgenomen en vandaag werk ik nog steeds mee aan één werkgroep. Onze inzet loont maar zelden. Ik denk daarbij niet aan de financiële verloning, daarvan is immers nooit sprake. Onze voorstellen zijn vaak goed onderbouwd, maar te vrijblijvend voor de CTG. Als lid van een werkgroep vraag ik me dan af wat het uithaalt om daarin energie te steken, als de CTG onze voorstellen achteraf toch niet in aanmerking neemt.

L'approche développée au chapitre I^{er} diffère de celle du chapitre II mais met aussi l'accent sur un comportement prescripteur responsable. Les prescriptions de tous les médecins doivent pouvoir être justifiées. J'espère que cette exigence n'a pas seulement des motivations budgétaires.

En conclusion, je dirai que les médecins sont demandeurs d'une simplification radicale de la réglementation actuelle et d'une plus grande participation. Ils espèrent en outre que la substitution d'un contrôle *a posteriori* au contrôle *a priori* sera synonyme d'une simplification administrative. Ils demandent toutefois à pouvoir déroger aux critères dans des cas individuels sur la base d'une argumentation solide. Les sanctions ne devraient être possibles que sur la base d'un profil déviant. Les médecins doivent pouvoir faire valoir leur expertise scientifique au sein de la CRM.

M. De Villers. — Je suis le médecin directeur des Mutualités socialistes et, comme mon confrère Luc Cools, je suis mandaté par le collège mutualiste national pour écouter les intervenants et répondre aux questions.

J'écarterai d'emblée toutes les critiques sur les attestations sans rapport avec l'assurance soins de santé, par exemple les attestations enseignement, dans lesquelles les mutualités ne sont pas partie prenante.

Nous sommes unanimement d'accord sur le fait que les règles de remboursement des médicaments sont devenues bien plus complexes qu'il y a quelques années.

À l'époque, on reprochait pourtant à cette réglementation de n'être pas suffisamment scientifique et de n'être pas adaptée à la bonne pratique médicale.

Or, ce message a été entendu par le ministre Vandenbroucke et on a essayé d'élaborer une réglementation qui tienne mieux compte du bon usage scientifique de l'utilisation des molécules, ce qui n'est pas simple.

Dans un certain nombre de cas — je songe ici aux anti-ulcéreux et aux fameuses 58 pages de réglementations, à diviser par deux —, la majeure partie de cette réglementation est issue d'une conférence de consensus purement scientifique, qui a été transposée quasi telle quelle dans la législation.

Effectivement, il s'agit de réglementations longues et difficiles à appliquer, mais elles reflètent la manière de manipuler correctement ces molécules. De deux choses l'une, soit on rédige une réglementation plus simple qu'il est difficile de faire coller aux règles de bonne pratique, soit on rédige des règles de remboursement qui collent à la bonne pratique et on a immanquablement une réglementation compliquée.

De benadering in hoofdstuk I verschilt weliswaar van hoofdstuk II, maar verantwoord voorschrijfgedrag is ook hier aangewezen. Alle artsen moeten verantwoord voorschrijven. Als dat alleen een budgettaire kwestie is, dan heb ik daar toch heel wat vragen bij.

Ik besluit. De huisartsen vragen een sterke vereenvoudiging van de huidige regelgeving en veel meer inspraak. Verder verwachten ze dat de omzetting van een controle *a priori* in een controle *a posteriori* een administratieve vereenvoudiging met zich zal brengen. In individuele gevallen vragen ze wel om op grond van een gedegen argumentatie van de criteria te mogen afwijken. Bestrafen zou alleen kunnen op basis van een afwijkend profiel. In de CTG moet ook de huisartsenexpertise op wetenschappelijke basis kunnen gelden.

De heer De Villers. -Ik ben geneesheer-directeur van de *Mutualités Socialistes* en zoals mijn collega Luc Cools heb ik van het Nationaal Intermutualistisch College de opdracht gekregen om te luisteren naar de uiteenzettingen en de vragen te beantwoorden.

Ik zal het hier niet hebben over attesten die geen verband houden met de ziekteverzekering, zoals onderwijsattesten, waarvoor de ziekenfondsen niet bevoegd zijn.

We zijn het er allen over eens dat de regels voor de terugbetaling van geneesmiddelen veel complexer geworden zijn dan enkele jaren geleden.

Destijds werd nochtans het verwijt gehoord dat de reglementering onvoldoende wetenschappelijk was en niet aangepast aan de goede medische praktijk.

Minister Vandenbroucke heeft die boodschap goed begrepen en er werd gepoogd om in de reglementering beter rekening te houden met de meest correcte wetenschappelijke aanwending van moleculen, wat niet eenvoudig is.

In een aantal gevallen, ik denk bijvoorbeeld aan de anti-ulcusmiddelen en de 58 pagina's tellende reglementering, is het grootste deel van die reglementering afkomstig van een zuiver wetenschappelijke consensusconferentie, die nagenoeg ongewijzigd in de wetgeving werd overgenomen.

Het zijn uitgebreide en moeilijk te hanteren reglementeringen, maar ze beschrijven hoe die moleculen correct worden gebruikt. Van tweeën één: ofwel stelt men een eenvoudigere reglementering op die moeilijk samengaat met de regels van de goede praktijk, ofwel stemt men de terugbetaling af op de goede praktijk en heeft men een ingewikkelde reglementering.

On peut faire un constat semblable à propos du dernier exemple concernant les anti-asthmatiques.

Je n'aborderai évidemment pas les considérations politiques qui génèrent une réglementation de remboursement, l'objectif principal étant bien entendu la maîtrise budgétaire. On peut facilement effectuer des comparaisons avec des pays comme la France qui ont beaucoup moins de réglementations de remboursement mais dont l'assurance soins de santé présente un déficit budgétaire gigantesque. Je laisse le soin à M. Witmeur, chef de cabinet de M. Demotte, d'aborder ce type de considérations.

En ce qui concerne la nomenclature des soins de santé, depuis la législature Vandebroucke, on a aussi essayé, mais dans une moindre mesure, d'établir des règles de nomenclature qui soient plus cohérentes avec la bonne pratique. Ces réglementations impliquent activement les médecins puisqu'elles sont élaborées au sein d'un conseil technique médical dont les médecins tiennent les rênes.

J'en viens à l'exposé du représentant du second syndicat, le Cartel. Je relève une confusion — que nous rencontrons encore dans la pratique de la gestion de l'assurance — entre prescription et remboursement. En Belgique, la prescription du médicament n'est pas limitée, sauf dans quelques cas exceptionnels. Par contre, la société en limite le remboursement. Cela relève de la responsabilité du monde politique qui fait le choix de limiter l'intervention de l'assurance obligatoire dans le remboursement des prestations de santé, en fonction des budgets disponibles.

Je relève par ailleurs un nombre important de méconnaissances et d'erreurs techniques dans l'exposé du docteur Meganck. Selon lui, il existerait vingt catégories de remboursement. C'est évidemment inexact. L'indice F qui implique que le médicament nécessite, pour être remboursé, un accord préalable du médecin conseil ne s'adresse qu'aux catégories A et B et non à toutes les autres. Le nombre de catégories de remboursement est donc largement inférieur à vingt, la distinction entre assuré ordinaire et assuré VIPO portant uniquement sur le niveau de remboursement et n'ayant donc aucune incidence sur la prescription ou l'acte administratif du médecin.

Il ne faut pas généraliser des anomalies ou excès commis par certains médecins. Ce n'est certainement pas la bonne façon de faire état des difficultés vécues sur le terrain. Ce genre de plainte est assez exceptionnelle. Lorsqu'il s'agit de dérapages ou d'excès de zèle des médecins conseils, les directions médicales sont en tout cas là pour donner ou rappeler des informations.

Dezelfde vaststelling geldt inzake anti-astmatica.

Ik zal niet ingaan op de politieke overwegingen die aan de basis liggen van een reglementering voor de terugbetaling. De voornaamste doelstelling is uiteraard de budgettaire beheersbaarheid. We kunnen vergelijkingen maken met landen als Frankrijk, met een minder uitgebreide reglementering voor terugbetaling, maar waar de ziekteverzekering een reusachtig deficit vertoont. Ik laat dergelijke beschouwingen over aan de kabinetschef van minister Demotte, de heer Witmeur.

Ook wat de nomenclatuur van de zorgverstrekkingen betreft, heeft men sedert minister Vandebroucke gepoogd, zij het in mindere mate, om nomenclatuurregels op te stellen die beter afgestemd zijn op de goede praktijk. De artsen worden daar actief bij betrokken, aangezien die regels worden opgesteld in een technische geneeskundige raad die beheerst wordt door de artsen.

Dan kom ik tot de uiteenzetting van de vertegenwoordiger van het tweede syndicaat, namelijk het kartel. Ik stel vast dat er enige verwarring heerst — die we nog steeds tegenkomen in het praktische beheer van de ziekteverzekering — tussen voorschrift en terugbetaling. In België is er geen beperking op het voorschrijven van geneesmiddelen, behalve in enkele uitzonderlijke gevallen, maar de maatschappij beperkt de terugbetaling ervan. Het is de verantwoordelijkheid van de politieke wereld om de terugbetaling van zorgverstrekkingen vanuit de verplichte ziekteverzekering te beperken, rekening houdend met de beschikbare middelen.

Ik wil toch wijzen op een aantal foutieve inschattingen en onjuistheden in de uiteenzetting van dr. Meganck. Hij beweert dat er twintig terugbetalingscategorieën zijn. Dat klopt niet. Index F betekent dat het geneesmiddel enkel wordt terugbetaald na voorafgaand akkoord van de adviserende geneesheer, doch dit slaat enkel op de categorieën A en B. Er zijn dus helemaal geen twintig terugbetalingscategorieën. Het onderscheid tussen een gewone verzekerde en een WIGW-verzekerde heeft enkel betrekking op het percentage van terugbetaling en heeft geen invloed op het voorschrift of de administratie voor de arts.

Onregelmatigheden of buitensporigheden in het voorschrijfgedrag van sommige artsen mogen niet veralgemeend worden. Het is niet goed om de moeilijkheden in de praktijk op die manier voor te stellen. Dit soort klachten is vrij uitzonderlijk. Bij ontsporingen of muggenzifterij door de adviserende geneesheren, zijn de medische directies bevoegd om ter zake informatie te verstrekken of in herinnering te brengen.

Selon le docteur Meganck, le chapitre II transfère la charge de travail vers le médecin généraliste. Cette interprétation me paraît inexacte. Le représentant du syndicat Domus Medica a d'ailleurs bien relevé l'esprit de ce chapitre II. Il ne vise certainement pas à transférer une charge administrative mais, au contraire, au travers d'un ciblage de contrôles plus intelligents sur la base de profils, à embêter beaucoup moins le médecin traitant qui rédige son ordonnance. Sauf questions complémentaires, je ne reviendrai pas sur ces considérations techniques.

On confond par ailleurs un souhait de remboursement en fonction des indications que l'on voudrait bien manipuler dans la prescription avec les indications officielles reprises dans la notice du médicament. On ne peut évidemment pas rembourser un médicament lorsque, dans sa notice officielle — une démarche entamée par la firme qui demande le remboursement de son médicament en Belgique —, ne figure pas l'indication considérée. C'est notamment le cas des anti-épileptiques que l'on souhaiterait prescrire pour combattre la migraine. Certaines spécialités n'ayant pas cette indication, il n'est dès lors pas possible de les rembourser sur cette base. Il faut alors persuader la firme de demander l'extension de sa notice officielle. Ce sont des choses que peu de médecins de terrain connaissent. Je ne leur en veux bien évidemment pas sur ce point-là.

J'en viens enfin à l'exposé du représentant de Domus Medica. Celui-ci souhaite que les médecins soient associés au phénomène de *feedback peer review*. C'est bel et bien prévu.

La loi-programme en discussion au parlement prévoit, dans la réforme de la procédure chapitre 2, que le Comité du service d'évaluation du contrôle médical statue *in fine* sur la sanction du médecin qui aurait été «profilé» *outlier*. Or, dans ce comité, les médecins tant généralistes que spécialistes sont bien représentés par leurs syndicats respectifs.

M. Cools. — Il y a effectivement un problème administratif pour les médecins et en particulier pour les médecins généralistes. Je suis heureux qu'une série d'orateurs aient dit que nous devons agir ensemble en cette matière. Nous sommes prêts à collaborer.

À l'heure actuelle, l'accès est déjà important, abstraction faite du chapitre IV-médicaments. Quinze pour cent des unités vendues en pharmacie se rapportent à ce chapitre, mais cela représente 40 % des dépenses totales pour les médicaments.

Il n'y a pas des centaines de solutions pour simplifier. Nous devons peser les mesures sur une balance d'apothicaire. Les médicaments deviennent plus spécifiques. Le créneau dans lequel un médica-

Dr. Meganck vindt dat onder hoofdstuk II de werklast doorgeschoven wordt naar de huisarts. Volgens mij klopt die interpretatie niet. De vertegenwoordiger van Domus Medica heeft trouwens de geest van hoofdstuk II goed geschetst. Het doel is niet administratief werk door te schuiven. Integendeel, het bestaat erin om door een meer gerichte, intelligente controle op basis van profielen, de huisarts die het voorschrift heeft opgemaakt minder lastig te vallen. Tenzij er bijkomende vragen zijn, zal ik niet verder ingaan op deze technische punten.

Vaak maakt men dus niet het onderscheid tussen de wens tot terugbetaling in functie van de indicatie die men wil manipuleren met het voorschrift en de officiële indicatie op de bijsluiter van het geneesmiddel. Men kan een geneesmiddel natuurlijk niet terugbetalen als de bedoelde indicatie niet is opgenomen in de officiële bijsluiter, een stuk dat uitgaat van de firma die de terugbetaling van haar geneesmiddel vraagt in België. Dat geldt bijvoorbeeld voor anti-epileptica die men zou willen voorschrijven tegen migraine. Aangezien voor sommige specialiteiten deze indicatie niet is voorzien, is het niet mogelijk om ze op die basis terug te betalen. In zo'n geval moet men de firma overreden om haar officiële bijsluiter uit te breiden. Weinig praktijkartsen zijn daarvan op de hoogte en ik neem hen dat zeker niet kwalijk.

Dan kom ik tot de uiteenzetting van de vertegenwoordiger van Domus Medica. Hij sprak de wens uit om de artsen te betrekken bij de *feedback peer review*. Dat is inderdaad de bedoeling.

De programmawet die nu in het parlement wordt besproken, bepaalt inzake de hervorming van de procedure in hoofdstuk II, dat het Comité van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle het laatste woord heeft over de sanctie ten aanzien van de arts die als *outlier* werd geprofileerd. In dat Comité zijn evenwel zowel de huisartsen als de specialisten door hun respectieve syndicaten vertegenwoordigd.

De heer Cools. — Er bestaat inderdaad een administratief probleem voor de artsen en in het bijzonder voor de huisartsen. Ik ben blij dat een aantal sprekers die hier al aan het woord zijn geweest, hebben gezegd dat we daar samen iets aan moeten doen. Wij zijn bereid om daaraan mee te werken.

Op het ogenblik is er toch al een grote toegang, abstractie makend van de hoofdstuk IV-medicatie. Vijftien procent van de eenheden die in de apotheken verkocht worden, hebben betrekking op dat hoofdstuk, maar dat maakt 40 % uit van de totale uitgaven voor geneesmiddelen.

Voor de vereenvoudiging zijn er geen honderden oplossingen. We zullen de maatregelen op een apothekersweegschaal moeten afwegen. Geneesmiddelen worden specifieker. De niche waarvoor een

ment est utilisé se rétrécit. Cela signifie que les médicaments deviennent aussi plus chers.

Nous essayons d'appréhender la simplification à trois niveaux. En premier lieu, la formation et l'information sont importantes. Quelques semaines après être devenu médecin, j'ai remplacé un médecin généraliste. J'ai alors dû prescrire et facturer et j'ai été confronté aux prescriptions de médicaments, à la réglementation et à la nomenclature INAMI. C'était nouveau pour moi. J'espère qu'à l'heure actuelle, les médecins débutants peuvent partir sur d'autres bases.

Du point de vue de notre mutualité, nous essayons de rencontrer le besoin d'informations précises. Depuis quelques mois, nous avons un bulletin d'information électronique pour les médecins généralistes, dans lequel nous essayons d'expliquer pourquoi la réglementation est ce qu'elle est. On y reprend aussi les références précises et les réglementations correctes.

Nous devons aussi responsabiliser. J'ai apprécié l'image évoquée par le docteur Meganck pour expliquer pourquoi on ne veut plus devenir médecin généraliste. Nous devons faire des démarches concrètes afin de donner le feedback exact.

Enfin, nous sommes également disposés à réfléchir et à œuvrer à un soutien administratif de premier échelon. C'est la seule manière de conserver suffisamment de médecins généralistes.

M. J. De Cock. — Le docteur Moens a commencé par un historique et a cité un livre qui vient de paraître. Ceux qui l'ont lu savent que l'histoire se termine en 1964. Depuis, beaucoup de choses se sont passées. Je travaille depuis dix ans à l'INAMI. Lorsque j'y suis arrivé, il n'y avait qu'un seul pharmacien. Nous ne savions rien des médicaments. Nous savions qu'il y avait des médicaments A, B, C et Cx et nous connaissions aussi le nombre de conditionnements. Nous menions donc une politique aveugle.

Bien des choses ont changé depuis, non seulement dans le domaine des données chiffrées et de l'administration, mais aussi dans le secteur des médicaments lui-même, qui a explosé en dix ans. Cela a clairement eu des conséquences au plan budgétaire : ces dernières années, les dépenses de soins médicaux augmentent en moyenne de 3,3 % en termes réels, mais dans certains secteurs, comme ceux des implants et des médicaments, l'augmentation dépasse parfois 10 %. L'explosion s'accompagne aussi du renouvellement de l'arsenal thérapeutique dont l'utilisation devient plus spécifique et plus complexe.

L'accès aux médicaments est le premier critère de la politique. Cela ne concerne pas tellement les délais mais bien l'*uptake* des médicaments. Dans une série de pays, il n'y a pas d'administration des médicaments; ils y sont disponibles dès qu'ils sont enregistrés, mais

geneesmiddel wordt gebruikt, wordt kleiner. Dat betekent dat de geneesmiddelen ook duurder worden.

We proberen de vereenvoudiging op drie niveaus aan te pakken. In eerste instantie is opleiding en informatie belangrijk. Enkele weken nadat ik gepromoveerd was als arts, verving ik een huisarts. Toen moest ik voorschrijven en aanrekenen en werd ik geconfronteerd met geneesmiddelenvoorschriften, regelgeving en RIZIV-nomenclatuur. Dat was toen nieuw voor mij. Ik hoop dat nu startende artsen op een andere basis kunnen vertrekken.

Vanuit ons ziekenfonds proberen we tegemoet te komen aan de nood aan hapklare informatie. Sinds enkele maanden hebben we een elektronische nieuwsbrief voor huisartsen waarin we proberen uit te leggen waarom de reglementering is wat ze is en waarin de juiste verwijzingen en de correcte regelgeving worden opgenomen.

We moeten ook komen tot responsabilisering. Ik was gecharmeerd door het beeld dat dokter Meganck schetste om te argumenteren waarom iemand geen huisarts meer wil worden. We moeten concrete stappen nemen om de juiste feedback te geven.

Ten slotte zijn we ook bereid mee te denken over en te ijveren voor een administratieve ondersteuning van de eerste lijn. Dat is de enige manier om voldoende huisartsen te behouden.

De heer J. De Cock. — Dokter Moens is begonnen met een historiek en heeft een boekje geciteerd dat onlangs is verschenen. Wie het heeft gelezen, weet dat het verhaal in 1964 eindigt. Sindsdien is er veel gebeurd. Ik ben tien jaar op het RIZIV actief. Toen ik daar toe kwam was er één apotheker. We wisten van geneesmiddelen niets. We wisten dat er geneesmiddelen A, B, C en Cx waren en we kenden het aantal verpakkingen. We voerden dus een blind beleid.

Sedertdien is er heel wat veranderd, niet alleen op het gebied van cijfergegevens en administratie, maar ook in de geneesmiddelensector zelf, die op tien jaar is geëxplodeerd. Dat heeft duidelijk gevolgen gehad op budgettair gebied : de uitgaven voor de geneeskundige verzorging stijgen de afgelopen jaren gemiddeld in reële termen met 3,3 %, maar in sommige sectoren, zoals die van de implantaten en de geneesmiddelen bedroeg de stijging zelfs meer dan 10 %. De explosie gaat ook gepaard met de vernieuwing van het therapeutisch arsenaal, dat meer gespecificeerd wordt en complexer qua toepassing.

De toegang tot geneesmiddelen is in eerste instantie de maatstaf voor het beleid. Dat heeft niet zozeer te maken met termijnen, maar wel met de *uptake* van geneesmiddelen. In een aantal landen bestaat er geen administratie van geneesmiddelen, daar zijn ze be-

aucun budget n'y est consacré et on peut même faire son propre choix thérapeutique.

Le problème n'est pas nouveau. En avril 1999, j'ai présidé un groupe de travail et plaidé en faveur d'un passage du chapitre IV au chapitre II, à savoir le contrôle *a posteriori*. Nous aurions peut-être pu travailler plus vite car maintenant, sept ans plus tard, il y a encore des problèmes. Je plaide certainement pour une simplification. La médecine doit pouvoir être exercée de manière aisée, avec un soutien administratif suffisant. Nous ne pouvons avoir l'illusion qu'une assurance qui dépense 20 milliards d'euros par an est possible sans administration. En contrepartie d'une augmentation des moyens, la politique demandera à tous les acteurs de rendre davantage de comptes.

Pour être précis, je tiens à rappeler que les médicaments peuvent être classés dans différentes catégories selon le critère utilisé. Un premier classement porte sur le remboursement. Ainsi, on distingue les catégories A, B, C, Cx, etc., selon le taux de remboursement. Le deuxième classement est celui qui s'opère selon l'effet thérapeutique ou la plus-value. On parle ici des médicaments de classe 1, classe 2, classe 3. Le troisième est un classement administratif en chapitres, allant de I à IV; il y a aussi un chapitre *IVbis*, qui traite des médicaments importés. Le chapitre I^{er} concerne les spécialités qui en principe ne sont assorties d'aucune condition dans le chef du patient ou du prescripteur, mais pour lesquelles il faut suivre les indications figurant sur la notice.

Le chapitre II est une catégorie récente. Sa base légale découle de la loi-programme du 24 décembre 2002. Le remboursement des médicaments de cette catégorie est lié à des conditions définies dans une directive qui doit être une traduction de *guidelines* scientifiques. Elle est publiée au *Moniteur belge* et la liste peut être consultée sur le site web de l'INAMI, mis à jour quotidiennement.

Le chapitre III concerne les liquides et les solutions de perfusion.

Le chapitre IV concerne les spécialités dont le remboursement est subordonné à des conditions concernant le patient, le prescripteur ou le médicament lui-même.

Il y a actuellement 4 823 différentes spécialités remboursables, dont certaines ne sont prescrites qu'en milieu hospitalier. Si une spécialité est définie comme étant plusieurs conditionnements avec le même dosage, nous en arrivons à 2 737 spécialités. Si on les subdivise par molécule ou molécule active, on en arrive à 781 spécialités. Quant au nombre de patients, à savoir le nombre d'assurés différents ayant obtenu un

schikbaar zodra ze geregistreerd zijn. Daar staan dan wel geen budgetten tegenover en mag men zelf zijn therapeutische keuze maken.

De problematiek is niet nieuw. Ik heb in april 1999 een werkgroep voorgezeten en gepleit voor een overgang van hoofdstuk IV naar hoofdstuk II, namelijk de controle *a posteriori*. We hadden misschien sneller kunnen werken, want nu, zeven jaar later, zijn er nog problemen. Ik pleit zeker voor vereenvoudiging. De geneeskunde moet op een vlotte wijze kunnen worden uitgeoefend, met voldoende administratieve ondersteuning. We kunnen niet de illusie hebben dat een verzekering die 20 miljard euro per jaar uitgeeft, mogelijk is zonder administratie. In ruil voor een stijging van de middelen zal het beleid meer rekenschap vragen aan alle actoren.

Voor alle duidelijkheid wil ik eraan herinneren dat geneesmiddelen verschillend kunnen worden ingedeeld, al naargelang het criterium dat men hanteert. Een eerste indeling heeft te maken met de terugbetaling. Zo onderscheidt men de categorieën, A, B, C, Cx enzovoort al naargelang de graad van terugbetaling. De tweede indeling is de classificatie naar therapeutische effectiviteit of meerwaarde. Hierbij spreekt men van geneesmiddelen van klasse 1, klasse 2, klasse 3. De derde indeling is een administratieve indeling in hoofdstukken, gaande van I tot IV, en er is ook een hoofdstuk *IVbis*, dat handelt over de ingevoerde geneesmiddelen. Hoofdstuk I gaat over de specialiteiten waar in beginsel geen voorwaarden aan verbonden zijn in hoofde van de patiënt of de voorschrijver, maar waarvoor de indicatie op de bijsluiter moet worden gevolgd.

Hoofdstuk II is een recente categorie. De wettelijke basis werd gecreëerd door de programmawet van 24 december 2002. De terugbetaling van de medicamenten van deze categorie is gebonden aan voorwaarden die precies omschreven worden in een richtlijn die de vertaling moet zijn van wetenschappelijke *guidelines*. Ze wordt gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* en de lijst kan geraadpleegd worden op de website van het RIZIV, die dagelijks wordt bijgewerkt.

De geneesmiddelen van hoofdstuk III zijn perfusievloeistoffen en -oplossingen.

Hoofdstuk IV betreft specialiteiten waarvan de terugbetaalbaarheid gebonden is aan voorwaarden met betrekking tot ofwel de patiënt, ofwel de voorschrijver, ofwel het geneesmiddel zelf.

Momenteel zijn er 4 823 verschillende vergoedbare specialiteiten. Een aantal daarvan worden enkel in het ziekenhuis voorgeschreven. Wanneer we een specialiteit benoemen als verschillende verpakkingen met dezelfde dosering dan komen op een totaal van 2 737 specialiteiten. Opgedeeld per molecule of actief bestanddeel geeft dat 781 soorten. Wat het aantal patiënten betreft, namelijk het aantal verschillende

remboursement, le groupe le plus important (35 623 sur 39 871) se retrouve au chapitre I. Les tableaux relatifs aux dépenses le démontrent encore plus clairement: sur un total de 2 212,4 millions d'euros, 1 120,5 millions d'euros, soit 51 %, se retrouvent au chapitre I. En volume, il s'agit de près de 75 % des médicaments. En deuxième place figurent les médicaments du chapitre IV qui sont responsables de 36 % des dépenses mais qui ne représentent que 14 % du volume. On observe ici aussi une évolution par rapport à 2001. Les médicaments du chapitre IV représentaient alors 25 % du budget. Un grand nombre de médicaments coûteux se sont en effet ajoutés à l'officine ouverte. En volume, leur part est passée de 12 à 14 % mais les dépenses ont augmenté dans une bien plus large mesure.

La Commission de remboursement des médicaments compte 22 membres ayant voix délibérative et 6 membres ayant voix consultative.

Ont voix délibérative :

- 7 médecins académiciens présentés par les universités,
- 8 représentants des organismes d'assurance,
- 3 pharmaciens,
- 4 médecins des organisations représentatives de médecins.

Ont voix consultative :

- 2 représentants de l'industrie pharmaceutique,
- 1 représentant du ministre des Affaires sociales,
- 1 représentant du ministre de la Santé publique,
- 1 représentant du ministre des Affaires économiques,
- 1 représentant du Service d'évaluation et de contrôle médical.

Le cadre législatif est constitué des dispositions figurant à l'article 35*bis*, § 10, alinéas deux et trois, de la loi SSI: «Le Roi peut déterminer les règles par lesquelles le remboursement de spécialités pharmaceutiques est accordé sans autorisation préalable du médecin-conseil et/ou sur avis du Collège de médecins.» Ce principe est traduit dans les articles 80 et 80*bis* de l'arrêté d'exécution du 21 décembre 2001.

verzekerden die een terugbetaling hebben gekregen, is de grootste groep (35 623 van 39 871) onder hoofdstuk I weer te vinden. De tabellen met betrekking tot de uitgaven tonen dat nog duidelijker aan: op een totaal van 2 212,4 miljoen euro valt 1 120,5 miljoen euro of 51 % onder hoofdstuk I. In volume gaat het om quasi 75 % van de geneesmiddelen. Op de tweede plaats komen de geneesmiddelen van hoofdstuk IV die goed zijn voor 36 % van de uitgaven, maar slechts 14 % van het volume uitmaken. Daarvoor wordt ook een evolutie vastgesteld ten opzichte van 2001. Toen waren de geneesmiddelen van hoofdstuk IV goed voor 25 % van het budget. Er zijn inderdaad heel wat dure geneesmiddelen bijgekomen in de open officina. In volume is het aandeel maar gestegen van 12 % naar 14 %, maar in uitgaven dus veel meer.

De Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen telt 22 stemgerechtigde leden en 6 leden met raadgevende stem.

Stemgerechtigd zijn :

- 7 geneesheren academici, die door de universiteiten worden voorgedragen,
- 8 vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen,
- 3 apothekers,
- 4 geneesheren van de representatieve organisaties van geneesheren.

Hebben een raadgevende stem :

- 2 vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie,
- 1 vertegenwoordiger van de minister van Sociale Zaken,
- 1 vertegenwoordiger van de minister van Volksgezondheid,
- 1 vertegenwoordiger van de minister van Economische Zaken,
- vertegenwoordiger van de Dienst geneeskundige evaluatie en controle.

Het wettelijk kader bestaat uit de bepalingen die opgenomen zijn in artikel 35*bis*, § 10, tweede en derde lid, van de GVVU-wet: «De Koning kan de regels bepalen waaronder de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten kan worden onderworpen aan een voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer en/of een beoordeling van een college van geneesheren.» Dit principe is vertaald in de artikelen 80 en 80*bis* van het uitvoeringsbesluit van 21 december 2001.

Il y a en outre un contrôle *a posteriori*. Le parlement devra prochainement adapter le texte législatif parce qu'il a été modifié par la loi santé que le Sénat a adoptée sans modification le 16 novembre. L'article 35bis, § 10, de la loi SSI dispose: «Le Roi peut déterminer les règles par lesquelles le remboursement de spécialités pharmaceutiques soumises à des conditions de remboursement spécifiques est accordé sans autorisation préalable du médecin-conseil, avec un contrôle ultérieur pour constater et vérifier que les spécialités concernées ont été prescrites par le dispensateur conformément aux conditions de remboursement fixées.»

Cette disposition a donné lieu à une discussion sur la définition des «conditions de remboursement fixées». Il s'agit des règles administratives auxquelles est subordonné le remboursement de médicaments. Dans la nouvelle loi, ces mots sont remplacés par «aux recommandations visées à l'article 73, § 1, alinéa 2.»

Les médecins-conseils et le service de contrôle médical sont habilités à contrôler cela. Alors qu'auparavant, on pouvait procéder à une évaluation à la pièce, ce qui se passait rarement en pratique, on tient à présent compte du comportement prescripteur général avec un seuil de tolérance de 20%.

Il y a plusieurs sortes d'autorisations. Celles qui tiennent compte de la durée du traitement sont les attestations «b» qui sont valables un an et peuvent être prolongées d'un an en fonction des renseignements fournis par la notice, et les autorisations «d» valables pour un an au maximum et qui peuvent être prolongées de 5 ans. Certains médicaments ont déjà été transférés de la classe «b» à la classe «d». Sans doute des améliorations sont-elles encore possibles.

Une autre classification se rapporte au nombre de traitements: une autorisation «c» concerne un conditionnement par attestation, une autorisation «e» concerne plusieurs conditionnements.

Ces dix dernières années, de 1996 à 2006, le nombre d'autorisations est passé de 1,5 million à 1,8 million — une estimation faite sur la base des données des trois trimestres de 2006. L'année record fut 2002, avec 3 millions d'autorisations. Entre-temps, des initiatives ont été prises pour dispenser certains médicaments de conditions ou pour assouplir celles-ci.

Les dix autorisations les plus fréquentes concernent 60% des attestations et cela, sur la base des données des trois premiers trimestres de 2006. Pour la catégorie des sartans, une simplification paraîtra au *Moniteur belge* du 20 décembre.

Daarnaast is er ook een controle *a posteriori*. Het parlement zal de wettekst binnenkort moeten aanpassen omdat hij gewijzigd werd door de gezondheidswet die op 16 november door de Senaat ongewijzigd is goedgekeurd. Artikel 35bis, § 10, van de GVU-wet bepaalt: «De Koning kan de regels bepalen waaronder de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten die onderworpen zijn aan specifieke vergoedingsvoorwaarden, kan worden toegestaan zonder voorafgaandelijke machtiging van de adviserend geneesheer, met een controle achteraf om vast te stellen en na te gaan of de betrokken specialiteiten door de zorgverlener werden voorgeschreven, overeenkomstig de vastgestelde vergoedingsvoorwaarden.»

Deze bepaling heeft geleid tot een discussie over de definitie van «de vastgestelde vergoedingsvoorwaarden». Het gaat om de administratieve regels waaronder de geneesmiddelen worden terugbetaald. In de nieuwe wet wordt deze woorden vervangen door: «de aanbevelingen bepaald in artikel 73, § 1, tweede lid».

De adviserend geneesheren en de Dienst voor geneeskundige controle en evaluatie zijn gemachtigd dit te controleren. Terwijl vroeger *à la pièce* kon worden geoordeeld — wat in de praktijk zelden gebeurde — houdt men nu rekening met het algemene voorschriftgedrag met een tolerantiedrempel van 20%.

Er zijn verschillende soorten machtigingen. De machtigingen die verband houden met de duur van de behandeling zijn de attesten «b» die 1 jaar geldig en 1 jaar verlengbaar zijn afhankelijk van de bijsluitergegevens, en de machtigingen «d» die gelden voor maximum 1 jaar en voor 5 jaar verlengbaar zijn. Er zijn reeds geneesmiddelen overgedragen van klasse «b» naar klasse «d». Wellicht is daar nog ruimte voor verbetering.

Een andere classificatie heeft betrekking op het aantal behandelingen: een machtiging «c» heeft betrekking op 1 verpakking per attest; een machtiging «e» op meerdere verpakkingen.

In de afgelopen tien jaar, van 1996 tot 2006, is het aantal machtigingen gestegen van 1,5 miljoen tot 1,8 miljoen — een raming op basis van de gegevens van drie kwartalen van 2006. Het topjaar was 2002 met 3 miljoen machtigingen. Inmiddels werden initiatieven genomen om bepaalde geneesmiddelen vrij te stellen van voorwaarden of om soepelere voorwaarden in te voeren.

De top 10 van de machtigingen heeft betrekking op 60% van de attesten en dat op basis van de gegevens van het eerste drie kwartalen van 2006. Voor de sartanen zal in het *Belgisch Staatsblad* van 20 december een vereenvoudiging van deze categorie worden gepubliceerd.

Enfin, je m'attarde encore un peu sur quelques développements récents. Il faut un contrôle *a posteriori* et une surveillance du comportement prescripteur. La confiance doit rester le point de départ mais une évaluation doit être possible. L'évaluation et le contrôle doivent rester possibles lorsqu'on constate que des codes de conduite ou des réglementations sont insuffisamment respectés.

Cette réglementation est restée longtemps imprécise. La loi sur la santé a apporté des précisions çà et là. Depuis longtemps on se demandait ce qui se passe si un médicament est prescrit sans respecter les conditions de remboursement. L'article 35bis, § 10, deuxième alinéa, répond à cette question et donne des précisions sur le remboursement éventuel par le médecin du médicament prescrit.

L'administration aussi est touchée par la simplification, même si cela peut sembler paradoxal à certains. Notre contrat de gestion prévoit plusieurs initiatives pour la simplification de diverses procédures. Certaines d'entre elles ont été discutées avec le secrétaire d'État à la Simplification administrative. Il s'agit d'initiatives législatives comme la suppression du registre des prestations des kinésithérapeutes, l'informatisation des circuits de facturation dans les hôpitaux et des formulaires de demande pour les attestations de soins donnés. On a déjà fait référence aux médicaments pour lesquels une simplification est en chantier, comme les sartans. Le ministre nous a donné la mission d'examiner dans quelle mesure la réglementation sur l'asthme et la BPCO peut être simplifiée. Hier, la CRM a pris une décision administrative adaptée à propos du rotarivirus qui est une simplification par rapport à la proposition originale.

L'accord médico-mutuelliste de décembre 2005 prévoit une concertation entre la CRM et la Commission nationale médico-mutualiste. Les réunions se tiendront à partir du 1^{er} janvier 2007. L'asthme et les BCPO seront à l'agenda. On y examinera aussi si un formulaire standard peut être introduit pour les produits qui en sont dépourvus. Il est demandé aux présidents des différentes parties de la commission médico-mutualiste et de la CRM de faire connaître au plus vite les thèmes et les dossiers susceptibles de simplification. Cela vaut aussi pour les procédures d'accréditation, etc.

En ce qui concerne l'information, nous avons travaillé ces derniers mois à harmoniser les bases de données de l'INAMI et du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP). Des brochures d'informations sont également en chantier.

Ten slotte sta ik nog even stil bij enkele recente ontwikkelingen. Er is nood aan een controle *a posteriori* en een monitoring van het voorschrijfgedrag. Vertrouwen moet het uitgangspunt blijven, maar ook een evaluatie moet mogelijk zijn. Evaluatie en controle moeten mogelijk zijn als wordt vastgesteld dat bepaalde *guidelines* of reglementeringen onvoldoende worden gerespecteerd.

Er heeft lange tijd onduidelijkheid geheerst over die reglementering. Met de gezondheidswet is een en ander duidelijker geworden. Lange tijd vroeg men zich af wat er gebeurt als een geneesmiddel niet volgens de vergoedingsvoorwaarden is voorgeschreven. Op die vraag geeft artikel 35bis, § 10, tweede lid, nu een antwoord en verduidelijking over de eventuele terugbetaling door de arts van een voorgeschreven geneesmiddel.

Ook de administratie is begaan met de vereenvoudiging, hoe paradoxaal dat sommigen in de oren mag klinken. In onze bestuursovereenkomst zijn een aantal initiatieven opgenomen voor vereenvoudiging van een aantal procedures. Enkele werden met de staatssecretaris voor Administratieve Vereenvoudiging besproken. Het gaat over wettelijke initiatieven zoals de opheffing van het register voor de verstrekkingen van kinesitherapeuten, de informatisering van de facturatiecircuits in de ziekenhuizen en de aanvraagformulieren voor de getuigschriften voor verstrekte hulp. Er is al verwezen naar geneesmiddelen waarvoor een vereenvoudiging op stapel staat zoals voor de sartanen. De minister heeft ons de opdracht gegeven na te gaan in welke mate de reglementering astma-copd kan worden vereenvoudigd. Gisteren heeft de CTG heeft een aangepaste administratieve beschikking genomen inzake het rotarivirus die een vereenvoudiging inhoudt ten opzicht van het oorspronkelijke voorstel.

In het akkoord Artsen-Ziekenfondsen van december 2005 was ook in een overleg voorzien tussen de Nationale Commissie Geneesheren Ziekenfondsen en de CTG. De vergaderingen zullen vanaf 1 januari 2007 van start gaan. Astma-copd zal op de agenda staan. Ook zal worden nagegaan of een standaardformulier kan worden ingevoerd voor de producten waarvoor geen standaardformulier bestaat. Aan de voorzitters van de verschillende geledingen van de *medico-mut* en de CTG werd gevraagd ons zo snel mogelijk aan te geven welke thema's en dossiers voor vereenvoudiging vatbaar zijn. Dat geldt ook voor accrediteringsprocedures enzovoort.

Wat de informatieverstrekking betreft, werd de voorbije maanden gewerkt aan het op het elkaar afstemmen van de databases van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) en het RIZIV. Er staan ook informatiebrochures in de steigers.

Une brochure a trait au cadre administratif général de l'assurance maladie. Une deuxième brochure reprend le deuxième volet du livre vert du CBIP avec l'indication du prix des médicaments remboursables et non remboursables; dans une autre brochure, les médecins généralistes trouveront davantage d'informations sur les médicaments du chapitre II et du chapitre IV.

On s'occupe aussi de l'informatique. Sur le plan de l'informatisation, bien des améliorations peuvent encore être apportées. Nous devons simplifier les circuits administratifs et éliminer les procédures compliquées.

Je prends pour exemple l'enregistrement des médicaments anti-TNF. En collaboration avec les rhumatologues, qui ont proposé un projet de réglementation, nous démarrons pour l'instant un projet-pilote en vue d'un enregistrement en ligne. Dans le secteur des implants également, l'enregistrement électronique serait préférable à l'utilisation de formulaires.

Il y a toutefois une différence entre les demandes, les déclarations et l'enregistrement, mais quel que soit le système utilisé, on doit toujours disposer du matériel adéquat pour réaliser ultérieurement une évaluation. Cela ne se fait pas exclusivement sur la base de données comptables. La question de la signature électronique est aisée à régler pour certains services. Pour d'autres, il faut adapter la réglementation.

Pour l'essentiel des documents dans un hôpital, c'est-à-dire les prescriptions et les protocoles pour certaines prestations de soins, il suffit, pour autant que la nomenclature le permette, d'un accord collectif entre le conseil médical, l'administration de l'hôpital et le médecin hospitalier. Par contre, la nomenclature pour la radiologie doit encore être adaptée parce que dans ce domaine, on demande encore de nombreux documents écrits.

Pour la facturation également, il suffit d'un accord pour travailler par voie électronique. Cet accord existe dans une vingtaine d'hôpitaux.

L'arrêté royal n° 78 dispose que les médicaments requièrent une signature électronique du plus haut niveau, c'est-à-dire du Roi. Cette signature n'étant en pratique pas disponible dans les hôpitaux, nous préparons avec le SPF Santé publique un arrêté royal qui institue une solution de rechange à la signature électronique dans l'administration des hôpitaux.

La facturation est une autre question. Les documents sont envoyés dans le circuit financier et les factures ont force de preuve.

Een brochure heeft betrekking op het algemeen administratief kader van de ziekteverzekering. In een andere brochure zal een tweede luik van het groene boekje van het BCFI worden opgenomen, met vermelding van prijzen van terugbetaalbare en niet-terugbetaalbare geneesmiddelen, en in nog een andere brochure zal de huisartsen dan weer informatie worden verschaft over de geneesmiddelen van hoofdstuk II en hoofdstuk IV.

Er werd ook stilgestaan bij de informatica. Op het vlak van informatisering kan immers nog heel wat worden verbeterd. We moeten de administratieve circuits vereenvoudigen en ingewikkelde procedures vermijden.

Ik geef als voorbeeld de registratie van de anti-TNF-geneesmiddelen. Samen met de reumatologen, die de reglementering hebben ontworpen, starten we momenteel een proefproject op, met het oog op de registratie online. Ook in de sector van de implantaten zou de registratie beter elektronisch gaan dan met formulieren.

Er bestaat evenwel een verschil tussen aanvragen, meldingen en registratie, maar welk systeem men ook gebruikt, men moet steeds over voldoende materiaal beschikken om later te kunnen evalueren. Die wordt nu eenmaal niet uitsluitend gemaakt op basis van boekhoudkundige gegevens. De elektronische handtekening is voor bepaalde diensten gemakkelijk te regelen. Voor andere dient de reglementering dan weer te worden aangepast.

Voor het merendeel van de documenten in een ziekenhuis, dus de voorschriften en de protocols voor bepaalde verstrekkingen, volstaat, in zover de nomenclatuur het toelaat, een gemeenschappelijk akkoord tussen de medische raad, de administratie van het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheer. Daarentegen moet de nomenclatuur voor radiologie nog worden aangepast, omdat daar nog steeds schriftelijke documenten worden vereist.

Zo een akkoord om elektronisch te werken volstaat eveneens voor de facturatie. In een twintigtal ziekenhuizen is dat al geregeld.

Het koninklijk besluit nr. 78 stipuleert dat voor geneesmiddelen een elektronische handtekening van het hoogste niveau, de Koning, vereist is. Omdat zulks in de ziekenhuizen in de praktijk niet haalbaar is, bereiden we samen met de FOD Volksgezondheid een koninklijk besluit voor dat een alternatief invoert voor de elektronische handtekening in de ziekenhuisadministratie.

De facturatie is dan weer een andere kwestie. Documenten worden het financiële circuit ingestuurd en er is de bewijskracht van facturen.

L'informatisation est non seulement importante pour la seconde ligne de soins mais aussi pour la première. Dans ce secteur également, on doit progresser dans l'utilisation des possibilités technologiques tant pour les soins à distance que dans l'échange électronique de données.

J'ai assisté il y a peu à un congrès sur la douleur chronique d'où il ressortait que la médecine de première ligne avait clairement un rôle à jouer. En pratique, cela se fait peu. Il faudra rapidement mettre en œuvre d'autres formules pour l'échange de dossiers, mais c'est un processus qui prendra peut-être des années.

Je vous parlerai enfin brièvement de la situation à l'étranger. On dit souvent que la législation y est assez simple. Mais celui qui prend la peine de l'étudier remarquera que le comportement prescripteur est également soumis à des conditions en France et aux Pays-Bas et que certains documents y sont aussi exigés.

Il y a les médicaments à prescription restreinte, les médicaments d'exception qui nécessitent une fiche d'information thérapeutique, dont un volet est adressé au service médical de l'assurance maladie invalidité.

On peut y trouver des pistes de simplification intéressantes, comme un formulaire en quatre parties.

On a parlé de l'Enbrel, un anti-TNF. Dans tous les pays que je connais, il requiert une autorisation préalable.

M. Renaud Witmeur. — Les auditions ont été axées, à juste titre, sur la simplification administrative mais il conviendrait, selon moi, d'envisager les choses sous un angle plus global. Lorsque l'on prévoit des critères de remboursement, il y a des impératifs essentiels.

Tout d'abord, il convient de veiller au bon usage du médicament et les critères de remboursement s'inscrivent aussi dans ce cadre. Pour cela, il faut faire confiance au médecin, cependant, certains problèmes peuvent se poser pour les médicaments figurant au chapitre I.

Par exemple, je pense aux antibiotiques. La situation de notre pays n'est en effet pas des plus glorieuses en matière de prescriptions d'antibiotiques. Nous en consommons notoirement trop et l'évolution n'est guère positive.

Autre exemple, nous avons également un taux de prescriptions extrêmement élevé et inquiétant en ce qui concerne les benzodiazépines. Des campagnes ont été menées et ont permis de diviser ce taux par dix en un an !

Informatisering is niet alleen belangrijk voor de tweede lijn, maar ook belangrijk voor de eerste lijn. Ook in die sector moet men de technologische mogelijkheden meer gaan gebruiken zowel op het vlak van telegeneeskunde als op het vlak van elektronische uitwisseling van gegevens.

Onlangs was ik op een congres over chronische pijn waar bleek dat voor eerste lijn duidelijk een rol is weggelegd. In de praktijk zien we daar weinig van. Men zal dan ook dringend andere formules voor uitwisseling van dossiers moeten opzetten, maar dat wordt wellicht een traject van jaren.

Tot slot nog een woord over het buitenland. Vaak wordt gezegd dat de reglementering in het buitenland vrij eenvoudig is. Wie de moeite doet om een beetje te grasduinen in de reglementering van Frankrijk en Nederland, weet dat ook daar voorschriften aan voorwaarden gebonden zijn, dat ook daar bepaalde bescheiden vereist zijn die melding vooraf noodzakelijk maken.

Er zijn de geneesmiddelen die onderworpen zijn aan een beperkt medisch voorschrift, de specialiteiten waarvoor machtiging door de adviserend geneesheer van de ziekteverzekering vereist is.

Er zitten interessante sporen in om het traject te vereenvoudigen, zoals één formulier met vier onderdelen. Dat kan inderdaad nuttig zijn.

Er is hier gesproken over anti-TNF-medicatie en Enbrel. In alle landen die ik ken is daarvoor een voorafgaande toestemming nodig.

De heer Renaud Witmeur. — Terecht zijn de hoorzittingen toegespitst op de administratieve vereenvoudiging, maar mijns inziens is een meer globale aanpak aangewezen. Wie terugbetalingscriteria bepaalt, moet rekening houden met essentiële eisen.

Eerst en vooral dient erop te worden toegezien dat geneesmiddelen correct gebruikt worden. Terugbetalingscriteria hebben hun plaats in die aanpak. Daarvoor moeten we vertrouwen op de arts, maar voor de geneesmiddelen uit Hoofdstuk I kunnen er bepaalde problemen rijzen.

Ik denk bijvoorbeeld aan de antibiotica. Op het vlak van het voorschrijven van antibiotica doet ons land het niet bepaald schitterend. We gebruiken er onmiskenbaar te veel en er tekent zich helemaal geen positieve ontwikkeling af.

Ook benzodiazepines werden in ons land verontwaardigend veel voorgeschreven, maar dankzij voorlichtingscampagnes werden ze op een jaar tijd tien keer minder voorgeschreven !

Enfin, on a également beaucoup parlé des IPP ou médicaments inhibiteurs de l'enzyme de conversion.

Tout le monde estime que la réglementation actuelle est trop compliquée. Je suis d'accord sur ce point. Je rappelle cependant qu'au départ, l'ancien ministre des Affaires sociales avait conclu un accord avec les firmes pharmaceutiques qui avaient proposé d'enlever le chapitre IV et de passer au chapitre I, faisant baisser le prix de 50 %, d'où une économie sur le plan budgétaire. Le ministre Vandebroucke a jugé l'accord intéressant.

Résultat : le budget a doublé, ce qui signifie que la prescription des médicaments a quadruplé en deux ans. Seules deux explications sont possibles : soit nous étions vraiment parmi les pays les plus démunis quant à l'accès à ces médicaments avant la réforme, soit nous devons admettre que cette augmentation de 400 % en deux ans ne correspond pas strictement aux besoins de santé publique.

Le bon usage des médicaments est un combat essentiel et tout médicament prescrit à tort est néfaste au patient. Il importe dès lors d'établir des critères clairs.

Ensuite, il faut garantir que chaque euro investi par la sécurité sociale en soins de santé le soit à bon escient. On ne pourra jamais admettre que la sécurité sociale couvre des dépenses inutiles. Les critères permettent de garantir une juste prescription des médicaments pour lesquels la sécurité sociale intervient de manière importante.

Ceux qui s'y connaissent en soins de santé, et il y en a beaucoup parmi vous, savent que le budget des médicaments, budget difficile à maîtriser, constitue un enjeu majeur. Si l'on veut maîtriser ce budget, il faut trouver les moyens concrets nécessaires et veiller à l'établissement de critères clairs en la matière.

Par ailleurs, les règles doivent être les plus pratiques possibles pour les médecins. Certes, il est vrai que l'on a connu des cas un peu kafkaïens ou l'on est allé trop loin mais ne jetons pas le bébé avec l'eau du bain. Dans certains cas, une simplification est nécessaire : je pense à l'asthme. Il est inexact que le ministre ait soudainement gelé l'arrêté : il l'a fait il y a un an. Ce n'est pas parce qu'il y a eu une manifestation que le ministre a gelé cet arrêté sous la pression des médecins.

Enfin, et l'exposé de M. De Cock l'a bien montré, il faudra diviser le problème : aujourd'hui, 85 % des médicaments délivrés sont repris dans le chapitre I, sans aucun contrôle, ce qui représente la liberté totale et absolue.

Pour les 15 % de médicaments restants, il n'y a aucun problème. Prenons l'exemple des médicaments

Ten slotte was er ook veel te doen rond de PPI's of de inhibitoren van het conversie-enzym.

Iedereen vindt de huidige reglementering te ingewikkeld. Ik ben het daarmee eens. Ik wijs er echter op dat de gewezen minister van Sociale Zaken een akkoord met de farmaceutische bedrijven had gesloten. Ze hadden voorgesteld om hoofdstuk IV te schrappen en naar hoofdstuk I over te stappen, waardoor de prijs met 50 % zou dalen en een besparing op de begroting tot gevolg zou hebben. minister Vandebroucke vond het akkoord interessant.

Resultaat : de begroting is verdubbeld, wat betekent dat de geneesmiddelen op twee jaar tijd viermaal meer zijn voorgeschreven. Daarvoor zijn maar twee verklaringen mogelijk : ofwel waren wij bij de landen waar dat geneesmiddel het minst toegankelijk was, ofwel beantwoordt die verhoging met 400 % niet strikt aan de behoeften inzake volksgezondheid.

De strijd voor het goed gebruik van geneesmiddelen is van wezenlijk belang en elk onterecht voorgeschreven geneesmiddel is nadelig voor de patiënt. Het is dan ook belangrijk om duidelijke criteria uit te werken.

Vervolgens moeten er waarborgen zijn dat elke euro van de sociale zekerheid op een doordachte manier in de gezondheidszorg wordt geïnvesteerd. We kunnen nooit aanvaarden dat de sociale zekerheid nutteloze uitgaven dekt. Dankzij criteria is gewaarborgd dat geneesmiddelen correct worden voorgeschreven en in ruime mate door de sociale zekerheid worden terugbetaald.

Experts in sociale zekerheid — en er zijn er heel wat onder u — weten dat er met de moeilijk beheersbare geneesmiddelenbegroting heel wat op het spel staat. Wie de geneesmiddelenbegroting wil beheersen, moet de daartoe vereiste instrumenten vinden en erop toezien dat klare criteria worden uitgewerkt.

Bovendien moeten de artsen de regels zo gemakkelijk mogelijk kunnen toepassen. Er zijn weliswaar kafkaïaanse gevallen van regelneverij bekend, maar we mogen het kind niet met het badwater weggooien. In bepaalde gevallen is er nood aan vereenvoudiging : ik denk aan astma. Het klopt niet dat de minister het besluit opeens heeft bevroren : hij deed dat een jaar geleden. Het is niet omdat er werd betoogd en omdat de artsen druk hebben uitgeoefend, dat de minister dat besluit heeft bevroren.

Zoals de heer De Cock duidelijk in zijn betoog heeft aangetoond, moet het probleem worden opgedeeld : vandaag is 85 % van de afgeleverde geneesmiddelen zonder enige controle in hoofdstuk I opgenomen, wat neerkomt op volledige en absolute vrijheid.

Voor de overige 15 % rijst er geen enkel probleem. Ik denk bijvoorbeeld aan de geneesmiddelen tegen

contre le sida : personne ne conteste leur remboursement. Dans les 15 % cités précédemment, tout se passe très bien. Les problèmes ne concernent que moins de 10 % des médicaments.

Les syndicats médicaux sont membres de la CRM mais, bien souvent, ils sont absents. Je peux comprendre que c'est parfois compliqué mais à quoi bon réclamer la parité si l'on n'occupe que deux sièges dans cet organisme ? Je sais que l'Absym (Association belge des syndicats médicaux) siège régulièrement.

Je sais aussi que le débat sur le financement des syndicats médicaux est important pour que vous puissiez siéger. Nous avons enfin reçu l'accord de l'administration du budget pour le financement. L'arrêté de financement est au Conseil d'État. J'ai bon espoir que le financement soit accordé aux syndicats médicaux dès le mois de janvier. Par ce biais, les syndicats auront les moyens matériels de siéger à la CRM et pourront faire entendre leur voix.

Des progrès ont quand même été accomplis quant à la réglementation en matière de médicaments. Aujourd'hui, la CRM est un peu la tête de Turc généralisée. Tout le monde pense que l'ennemi vient de la CRM. Je suis d'avis que c'est profondément injuste. La CRM est composée à 95 % de médecins. Quand les médecins se mettent d'accord à plus de deux tiers des voix, le ministre doit s'incliner. J'ai la naïveté de croire que quand deux tiers des médecins sont d'accord entre eux, ce qu'ils proposent est intelligent.

Il y a cinq ou six ans, quand une firme demandait le remboursement d'un médicament, le processus durait quatre, cinq, six ans. Les patients devaient attendre quatre, cinq, six ans avant d'avoir accès à ce médicament. Aujourd'hui, grâce à la CRM nouvelle version, initiée par Frank Vandenbroucke, les médicaments nouveaux sont remboursés en moins de six mois.

Il y a donc des objectifs essentiels à rencontrer, notamment la maîtrise budgétaire. On ne peut pas à la fois vouloir notre système d'assurance-maladie, que tout le monde dit être excellent, et croire que l'on peut ne pas le maîtriser sur le plan budgétaire. Aujourd'hui, le budget est sous contrôle mais le système est tel un paquebot et ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera peut-être plus demain. Ces choses sont compliquées à gérer.

La médecine est un art compliqué. La science est compliquée. Tout cela évolue. Mais bon nombre de choses pourraient être réglées si l'informatique prenait plus de place. Actuellement, beaucoup de médecins ne sont pas informatisés. Tout à l'heure, quelqu'un a dit : « Et quand on est chez le patient, comment fait-on ? » Des PC qui fonctionnent chez le patient, cela existe. Un ordinateur portable, avec une carte Belgacom, cela

aids. Niemand betwist de terugbetaling ervan. Voor de bovengenoemde 15 % verloopt alles rimpelloos. De problemen hebben slechts betrekking op minder dan 10 % van de geneesmiddelen.

De artsensyndicaten zijn lid van de Commissie voor de Terugbetaling van Geneesmiddelen, CTG, maar blijven vrij vaak afwezig. Ik begrijp dat het soms moeilijk is, maar waartoe dient het om de pariteit op te eisen als men maar twee zetels in dat orgaan inneemt ? Ik weet dat de BVAS, de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten, geregeld aanwezig is.

Ik weet ook dat het belangrijke debat over de financiering van de artsensyndicaten moet worden gevoerd opdat u zitting zou kunnen hebben. Het departement Begroting heeft zich eindelijk akkoord verklaard met de financiering. Het financieringsbesluit ligt bij de Raad van State. Ik heb goede hoop dat de financiering van de artsensyndicaten in januari wordt toegestaan. Op die manier kunnen de syndicaten over de materiële middelen beschikken om zitting te hebben in de CTG en zullen ze hun stem er kunnen laten horen.

Inzake regelgeving voor geneesmiddelen werd toch enige vooruitgang geboekt. Vandaag is de CTG voor iedereen zowat de kop van Jut. Iedereen ziet er een vijand in. Ik vind dat fundamenteel onrechtvaardig. De CTG is voor 95 % samengesteld uit artsen. Als meer dan twee derden van de artsen het eens zijn, moet de minister toegeven. Ik ben zo naïef om te geloven dat als twee derden van de artsen het eens zijn, hun voorstellen zinvol zullen zijn.

Toen vijf of zes jaar geleden een firma om de terugbetaling van een geneesmiddel verzocht, nam dat proces vier, vijf, zes jaar in beslag. Patiënten moesten vier, vijf, zes jaar wachten vooraleer ze toegang kregen tot dat geneesmiddel. Dank zij de CTG « nieuwe versie » die door Frank Vandenbroucke werd ingevoerd, worden nieuwe geneesmiddelen op minder dan zes maanden terugbetaald.

We moeten wezenlijke doelstellingen realiseren, met name de begroting beheersen. We kunnen niet onze alom geprezen ziekteverzekering in stand willen houden en er tegelijkertijd van uitgaan dat de begroting ervoor onbeheersbaar is. Vandaag is de begroting onder controle, maar het systeem vaart als een schip en wat vandaag nog waar is, is dat misschien morgen niet meer. Die zaken zijn moeilijk te beheren.

Geneeskunst is een moeilijke kunst. Wetenschap is ingewikkeld. Alles evolueert. Vele zaken zouden kunnen worden opgelost als er meer ruimte was voor informatisering. Vandaag doen maar weinig artsen een beroep op informatica. Zonet heeft iemand opgeworpen : « Wat gedaan bij de patiënt aan huis ? » Een PC bedienen bij de patiënt thuis, dat bestaat. Een laptop met een Belgacomkaartje doet het. Dat is allesbehalve

fonctionne. Ce n'est pas du tout compliqué. À un moment donné, l'informatique doit pénétrer ...

M. Michel Meganck. — Vous n'allez jamais à domicile pour dire une chose pareille !

M. Renaud Witmeur. — Je dis qu'un médecin qui a un ordinateur portable équipé d'une carte UMTS a accès à Internet, quel que soit l'endroit où il se trouve.

L'informatique doit absolument être mieux investie. Si un texte de 40 à 60 pages peut être résumé à l'écran par un formulaire simple, avec cinq ou six cases à cocher qui, automatiquement, délivre l'autorisation et le document dans le dossier du patient, il y a moyen de faire des progrès. Il faut donc investir dans ce secteur.

M. Roossens. — Je parlerai de la simplification administrative dans les soins de santé du point de vue du secrétariat d'État à la Simplification administrative. En janvier, nous avons reçu les représentants de l'ASGB. On peut avoir l'impression que peu de choses ont été faites pour informer l'ASGB mais, lors de la réunion du 16 février avec l'INAMI, le secrétaire d'État a soumis une note détaillée contenant de nombreuses suggestions de l'ASGB. Le document de vingt-huit pages a d'ailleurs été minutieusement analysé par l'INAMI et nombre de nos questions et suggestions ont reçu une réponse.

Il ressort de l'intervention de M. De Cock que des progrès ont été réalisés ci et là. Pour le secrétariat d'État, il serait bien entendu préférable de constater davantage de progrès sur certains éléments cruciaux. À l'INAMI, de nombreuses concertations ont lieu entre les différentes parties; il y a les contrôles *a priori* et *a posteriori* et les représentants des médecins font part de leurs diverses opinions. Tout ceci ne facilite pas le progrès rapide de la simplification administrative dans les soins de santé. L'INAMI a entre-temps simplifié de nombreuses choses. Des réflexions sont également en cours pour aller de l'avant mais je ne puis les anticiper. L'INAMI ressemble à un grand pétrolier qui doit de temps à autre changer de cap. Pour nous, tout pourrait être plus rapide et plus énergique mais, compte tenu de la complexité des dossiers, on fait actuellement du travail correct.

M. Patrik Vankrunkelsven (VLD). — Nous n'avons pas à discuter ici de la qualité du site Internet de l'INAMI; elle s'est d'ailleurs fortement améliorée. Toutefois, comme l'a dit mon collègue De Smedt, on n'y trouve pas certains formulaires. Cela m'est arrivé et j'ai été obligé de rechercher les textes légaux d'origine dans le *Moniteur belge*. Je le signale au passage.

ingewikkeld. Op een bepaald ogenblik moet de informatica doorbreken ...

De heer Michel Meganck. — U kunt dat beweren omdat u wellicht nooit huisbezoeken doet !

De heer Renaud Witmeur. — Een arts met een laptop met een UTMS-kaart heeft waar dan ook toegang tot het internet.

De informatica moet efficiënter worden benut. Als een document van 40 à 60 bladzijden op scherm kan worden samengevat tot één enkel formulier waarop vijf of zes hokjes moeten worden aangekruist om de toelating vervolgens automatisch af te leveren en in het patiëntendossier te steken, dan kunnen we nog vooruitgang boeken. In die sector moet dus geïnvesteerd worden.

De heer Roossens. — Ik zal het hebben over de administratieve vereenvoudiging in de gezondheidszorg vanuit de invalshoek van het staatssecretariaat voor Administratieve Vereenvoudiging. In januari hebben we de vertegenwoordigers van ASGB ontvangen. De indruk kan bestaan dat er weinig is gebeurd met de informatie van ASGB, maar op de vergadering van 16 februari met het RIZIV heeft het staatssecretariaat een gedetailleerde nota voorgelegd die heel wat suggesties van ASGB bevatte. De bundel van achten-twintig pagina's werd overigens door het RIZIV grondig geanalyseerd en vele van onze vragen en suggesties kregen een antwoord.

Uit de uiteenzetting van de heer De Cock blijkt dat hier en daar al vooruitgang is geboekt. Voor het staatssecretariaat zou het natuurlijk beter zijn moest er nog meer vooruitgang zijn op bepaalde cruciale elementen. Binnen het RIZIV is er heel wat overleg tussen verschillende partijen; er zijn de *a priori* en de *a posteriori* controles en er zijn verschillende opinies van de verschillende artsenvertegenwoordigers. Dat alles vereenvoudigt de snelle vooruitgang in de administratieve vereenvoudiging in de gezondheidszorg niet. Intussen heeft het RIZIV wel een aantal zaken vereenvoudigd. Er zijn ook denkoefeningen aan de gang om verder te gaan, maar daar kan ik niet op vooruitlopen. Het RIZIV is als een grote tanker die af en toe van koers moet wijzigen. Voor ons zou het allemaal sneller en ingrijpender mogen, maar rekening houdend met de complexiteit van de dossiers, wordt er momenteel behoorlijk werk geleverd.

De heer Patrik Vankrunkelsven (VLD). — We moeten hier geen discussie voeren over de kwaliteit van de RIZIV-website; die is trouwens heel veel verbeterd. Maar zoals collega De Smedt al zei, sommige formulieren zijn niet te vinden. Ik heb het zelf ook al voorgehad en ik was verplicht om de oorspronkelijke wetteksten in het *Belgisch Staatsblad* op te zoeken. Ik vermeld dit terloops.

Maintenant que nous devons faire davantage de choix dans les soins de santé, il est logique et acceptable que l'INAMI tente de faire des économies et contraigne les médecins, par le biais de recommandations dans le droit fil de l'*evidence based medicine*. C'est d'ailleurs inévitable, surtout en raison des énormes possibilités existant dans le domaine des soins de santé. Toutefois, les instruments sont parfois assez rigides. Je pense par exemple aux contrôles *a priori* lors desquels on recourt à certaines directives strictes pour obtenir des remboursements. Comme l'a déjà souligné le Dr De Smedt, les recommandations ne correspondent pas toujours aux dernières données scientifiques.

C'est peut-être la raison pour laquelle un contrôle *a posteriori* est indiqué pour davantage de médicaments : les médecins peuvent alors réagir plus rapidement aux nouvelles tendances. Il importe dès lors de proposer un très bon canal d'information auquel les médecins peuvent recourir pour prescrire ou non certains médicaments. Malheureusement, les médecins font appel aux firmes pharmaceutiques qui disposent de moyens importants pour les informer. Peut-être doit-on envisager la possibilité, pour les pouvoirs publics, de créer un canal valable pour les informations provenant de l'industrie pharmaceutique. Ce doit être un instrument accessible, plus accessible que le site de l'INAMI. Il pourrait par exemple prendre la forme d'un téléphone vert ou recourir à des personnes qui rendent visite aux médecins. Quelques tentatives ont déjà été faites en ce sens, par exemple le CEBAM, un centre à Louvain où collaborent plusieurs universités et qui peut aussi jouer un rôle pour intervenir immédiatement auprès des médecins.

L'INAMI sait-il comment se déroule le contrôle *a posteriori*? A-t-on déjà fait des évaluations? Les médecins travaillent-ils d'une manière logique et acceptable? Le contrôle doit-il être adapté? De nombreux médecins sont disposés à courir le risque de contrôles *a posteriori* si ceux-ci sont honnêtes et si la sanction correspond à la faute. De nombreux exemples ont été cités. Les IPP figurent notamment dans le top 10. Cela avait suscité une forte exaspération auprès des médecins. À court terme, il faudra trouver une solution plus simple et peut-être instaurer aussi un contrôle *a posteriori*. De nombreux médecins siègent à la CRM. Il faut toutefois rendre les procédures plus transparentes. En tant qu'homme politique, j'observe qu'il est difficile de recueillir des informations objectives sur la question. À côté de la CRM, il existe également le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, qui est souvent actif dans des domaines équivalents. Il a accumulé une solide expérience et développé des méthodes pour connaître l'état actuel de la situation. Plutôt que de renforcer les effectifs de la CRM, il est plus logique de mettre sur pied une bonne collaboration entre la CRM et le Centre d'expertise, afin d'éviter les doubles emplois.

Nu we meer keuzes moeten maken in de gezondheidszorg, is het logisch en aanvaardbaar dat het RIZIV besparend werkt en de artsen via aanbevelingen in het keurslijf van de *Evidence-Based Medicine* dwingt. Dat is trouwens onontkoombaar, vooral wegens de enorme mogelijkheden die er op het vlak van gezondheidszorg bestaan. De instrumenten zijn echter soms nogal stug. Ik denk bijvoorbeeld aan de *a priori* controles, waarbij een aantal strikte richtlijnen worden aangereikt om terugbetalingen te krijgen. Zoals dokter De Smedt echter al opmerkte, lopen de aanbevelingen niet altijd parallel met de laatste wetenschappelijke evidenties.

Misschien is daarom voor meer geneesmiddelen een *a posteriori* controle aangewezen omdat artsen dan ook sneller kunnen inspelen op de nieuwe tendensen. Het is dan belangrijk om een heel goed informatiekanaal aan te bieden waarop artsen zich kunnen beroepen om bepaalde geneesmiddelen al dan niet voor te schrijven. Spijtig genoeg beroepen artsen zich op farmaceutische firma's die heel wat middelen hebben om de artsen te informeren. Misschien moet de mogelijkheid worden overwogen om als overheid een valabel informatiekanaal tegenover de informatie vanuit de farmaceutische industrie te stellen. Dat moet een toegankelijk instrument zijn, toegankelijker dan de RIZIV-website. Het kan bijvoorbeeld de vorm aannemen van een groene telefoon of het kan bestaan uit mensen die artsen gaan bezoeken. Er zijn al enkele pogingen in die richting, bijvoorbeeld CEBAM, een centrum in Leuven waarin verschillende universiteiten samenwerken en dat ook een rol kan spelen om artsen onmiddellijk bij te sturen.

Heeft het RIZIV een zicht op hoe *a posteriori* controle werkt? Zijn er al evaluaties gebeurd? Werken artsen op een consequente, aanvaardbare manier? Moet de controle bijgestuurd worden? Vele artsen zijn bereid om het risico van een *a posteriori* controle te dragen als de controles op een eerlijke manier gebeuren en als de bestraffing in overeenstemming is met de fout. Er zijn vele voorbeelden vermeld. In het lijstje van de top tien staan onder andere de PPI's. Artsen waren zeer misnoegd daaromtrent. Op korte termijn moet daarvoor een meer eenvoudige oplossing komen en wellicht ook een *a posteriori* controle. In de CTG zetelen er veel artsen. De procedures moeten echter transparanter worden. Als politicus merk ik dat het moeilijk is om er gemakkelijk objectieve informatie over in te winnen. Naast de CTG is er het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, dat vaak op gelijkaardige domeinen actief is. Het heeft veel kennis vergaard en methodes ontwikkeld om de laatste stand van zaken te kennen. Veeleer dan nog iemand toe te voegen aan de CTG, is het logischer een goede samenwerking tussen de CTG en het Kenniscentrum op gang te brengen om dubbel werk te vermijden.

Ma question suivante ne concerne peut-être pas immédiatement les médecins présents mais c'est un exemple de la manière dont l'administration excessive est parfois écartée sur un point particulier mais est ensuite à nouveau impliquée. C'est par exemple le cas des registres des prestations qui ont été supprimés pour les kinésithérapeutes. Nous apprenons aujourd'hui qu'un arrêté royal a été pris pour réinstaurer le registre, même si c'est sous une forme électronique. Aucune concertation n'a eu lieu avec les kinésithérapeutes alors qu'elle avait pourtant été demandée. L'automatisation que la plupart des kinésithérapeutes ont introduite offre la possibilité de donner, d'une manière souple, une idée du nombre de prestations mais, manifestement, le document écrit est simplement remplacé par un document électronique, ce qui n'était absolument pas l'objectif. Une concertation plus importante avec le secteur est indiquée sur nombre de points. Une concertation avec les médecins sur le remboursement de la médication est certainement aussi nécessaire.

Mme Mia De Schamphelaere (CD&V). — Je remercie les intervenants pour la clarté de leurs exposés. Toutefois, l'ensemble de la problématique me semble moins facile à saisir car la réalité est beaucoup plus complexe que je ne le pensais.

C'est à juste titre que les médecins réclament davantage de participation et une simplification. Eux seuls sont à même d'évaluer certaines pratiques et d'en jauger les résultats.

Le processus de simplification peut suivre soit le parcours et les procédures des dispensateurs de soins, soit le parcours des patients.

Certains médicaments onéreux sont vitaux pour certains patients âgés ou moins valides. Or ceux-ci sont souvent obligés de demander chaque fois de nouvelles attestations ou autorisations pour les obtenir. Cela nécessite de nombreux déplacements, de nombreuses visites chez le médecin et occasionne beaucoup de formalités chez le pharmacien. Il en va de même pour l'obtention d'une aide médicale et/ou sociale.

Le patient doit constituer plusieurs fois le même dossier et obtenir les mêmes attestations pour obtenir le bénéfice d'allocations et d'aides diverses, tantôt fédérales, tantôt régionales. Même s'il s'agit souvent à la fois de compétences fédérales et régionales, pense-t-on à se fonder sur l'état de santé du patient, de manière à simplifier la procédure de demande pour le patient, le médecin et les services d'inspection concernés ?

Mijn volgende vraag belangt misschien niet onmiddellijk de aanwezige artsen aan, maar is een voorbeeld van hoe de overdreven administratie op een bepaald punt soms wordt weggewerkt, maar ze achteraf opnieuw wordt ingevoerd. Bijvoorbeeld, voor de kinesisten werd het verstrekingsregister afgeschaft. Wij vernemen nu dat er een koninklijk besluit is verschenen waarbij het verstrekingsregister opnieuw wordt ingevoerd, zij het nu in elektronische vorm. Er is geen overleg met de kinesitherapeuten gepleegd, zoals was gevraagd. De automatisering die de meeste kinesitherapeuten hebben ingevoerd biedt de mogelijkheid om op een soepele manier een inzicht te geven in het aantal verstrekkingen, maar het geschreven document is blijkbaar gewoon vervangen door een elektronisch document, wat helemaal niet de bedoeling was. Meer overleg met de sector op tal van punten is aangewezen. Ook overleg met de artsen over het terugbetaalbaar maken van medicatie is zeker nodig.

Mevrouw Mia De Schamphelaere (CD&V). — Ik dank de sprekers voor hun klare uiteenzettingen. Voor mij is heel de problematiek echter nog wat minder helder geworden, omdat de realiteit veel complexer is dan verwacht.

Terecht stelt de praktijk zelf de vraag naar meer inspraak en naar vereenvoudiging. Bepaalde trajecten kunnen alleen door de zorgverstrekkers zelf worden ingeschat. Zij alleen kunnen de resultaten ervan zien.

Op zoek naar vereenvoudiging kan men ofwel de trajecten of de procedures van de zorgverstrekkers volgen, ofwel de trajecten van de patiënten.

Sommige kostelijke geneesmiddelen zijn voor bejaarden of mindervaliden levensnoodzakelijk. Patiënten moeten hiervoor vaak voortdurend opnieuw attesten of machtigingen vragen. Dat vergt vele verplaatsingen, vele doktersbezoeken en veel administratieve rompslomp bij de apotheker. Een en ander geldt ook voor alle mogelijke attesten voor het bekomen van medische en/of sociale hulp.

Eenzelfde patiënt in dezelfde medische toestand met dezelfde verouderingsverschijnselen en/of dezelfde invaliditeit moet een nagenoeg identiek dossier samenstellen en laten attesteren voor de Vlaamse zorgverzekering, voor de inkomensvervangende tegemoetkoming, voor de integratietegemoetkoming, voor een persoonlijk assistentiebudget, enzovoort. Ook al gaat het vaak om zowel Vlaamse als federale bevoegdheden, denkt men er ook aan om te vertrekken van de gezondheidstoestand van de patiënt om de aanvraagprocedures zowel voor de patiënten, als voor de erkende artsen en de betrokken inspectiediensten te vereenvoudigen ?

M. Wouter Beke (CD&V). — On n'a pas parlé du « dossier médical informatisé » ni du « dossier médical global ». Il me semble pourtant qu'ils peuvent jouer un rôle crucial. Les experts peuvent-ils nous donner leur point de vue à ce sujet ?

Je souhaite par ailleurs m'associer aux questions formulées par Mme De Schamphelaere et M. Vankrunkelsven, notamment en ce qui concerne les autorisations pour les IPP. Le représentant du ministre a déclaré que les procédures d'obtention d'une autorisation doivent être aussi fonctionnelles que possible. Or je constate qu'aujourd'hui, ces procédures entraînent un tas de formalités administratives. Dans de nombreux cas, les patients doivent subir périodiquement un examen médical. Cela se justifie parfois, mais dans d'autres cas, ces examens sont imposés par arrêté royal sans qu'ils aient la moindre utilité.

Il s'agit, dans ce cas, non seulement d'une simplification administrative mais aussi d'une économie considérable. Ces examens ont en effet un coût et les patients n'y ont aucun intérêt.

Mme Annemie Van de Casteele (VLD). — Ces échanges de vues ont été utiles puisqu'ils ont montré que chacun est prêt à collaborer pour assurer une simplification administrative, étant donné la réalité du problème, reconnu de tous. Voilà qui est prometteur.

Nous avons invité aujourd'hui les médecins, mais il y a bien entendu d'autres dispensateurs de soins dans notre système de soins de santé qui se trouvent face aux mêmes problèmes. Bon nombre des formalités administratives touchent également le patient. Voilà pour quoi l'on pourrait demander à l'INAMI et au ministre compétent s'il ne faudrait pas soumettre toute décision de l'INAMI examinée en Conseil des ministres au « test Kafka », lequel sonde la simplicité de la mesure sur le terrain. En effet, le bon usage et les contraintes budgétaires impliquent de maintenir plusieurs mécanismes, mais il faut également contrôler les conséquences de toute décision.

L'accent a surtout été mis sur les médicaments, sans doute à juste titre. M. De Cock a indiqué que le nombre de médicaments soumis à attestation a diminué au cours des dernières années mais cette tendance n'est pas perçue sur le terrain. Comment cela se fait-il ? Le passage de B à D par exemple, la validité des attestations pendant plus d'un an, est déjà un pas en avant, y compris pour le patient. En général, les patients chroniques ne comprennent pas pourquoi on les oblige à retourner plusieurs fois chez leur médecin traitant et à demander plusieurs fois l'avis du conseiller de la mutualité pour les mêmes médicaments.

De heer Wouter Beke (CD&V). — Over de begrippen « elektronisch medisch dossier » en « globaal medisch dossier » heb ik hier niets gehoord. Als leek in de medische wereld denk ik toch dat die dossiers een cruciale rol kunnen spelen. Kunnen de experts misschien daarop nog even reageren ?

Verder wil ik mij aansluiten bij de vragen van mevrouw De Schamphelaere en de heer Vankrunkelsven ondermeer inzake de machtigingen voor de PPI's. De vertegenwoordiger van de minister heeft gezegd dat de procedures voor het bekomen van een machtiging zo functioneel mogelijk moeten zijn. Ik stel echter vast dat daarbij vandaag een hele administratieve rompslomp komt kijken. De patiënten moeten in vele gevallen om de zoveel jaar een onderzoek ondergaan. In een aantal gevallen is dat beslist gerechtvaardigd maar in een aantal andere gevallen worden die onderzoeken gewoon bij koninklijk besluit opgelegd zonder dat ze enig nut hebben.

Het gaat in dit geval niet enkel om een administratieve vereenvoudiging, maar ook om een belangrijke besparing. Die onderzoeken moeten immers ook worden betaald en de patiënten zijn er niet bij gebaat.

Mevrouw Annemie Van de Casteele (VLD). — Deze gedachtewisseling was nuttig. Er blijkt immers uit dat iedereen het erover eens is dat er een probleem is en dat iedereen wil samenwerken om de administratieve vereenvoudiging aan te pakken. Dat is hoopvol.

We hebben vandaag de artsen uitgenodigd, maar uiteraard zijn er nog andere zorgverleners in ons systeem van gezondheidszorg die op dezelfde wijze worden geconfronteerd met dezelfde problemen. Veel van de rompslomp is ook een rompslomp voor de patiënt. Daarom kan aan het RIZIV en aan de bevoegde minister de vraag worden gesteld of niet elke RIZIV-beslissing die op de Ministerraad komt moet worden onderworpen aan de kafka-test, waarbij elke beslissing wordt getoetst aan haar eenvoud voor degenen die er op het terrein mee worden geconfronteerd. Goed gebruik en budgettaire beperkingen vereisen inderdaad dat een aantal mechanismen blijven bestaan, maar iedere beslissing moet ook op haar gevolgen worden getoetst.

De focus lag vooral op de geneesmiddelen, waarschijnlijk terecht. De heer De Cock wees erop dat het aantal attestgebonden geneesmiddelen de voorbije jaren een dalende lijn vertoont. Toch wordt dat op het terrein niet zo gevoeld. Hoe komt dat ? De overschakeling van B naar D bijvoorbeeld, het feit dat attesten meer dan een jaar geldig zijn, is al een hele stap vooruit, ook voor de patiënten. Meestal begrijpen chronische patiënten niet dat ze telkens opnieuw naar de huisarts moeten en advies bij de adviseur van het ziekenfonds moeten vragen voor dezelfde geneesmiddelen.

Selon M. Witmeur, on attend beaucoup de l'informatisation. Ces espoirs sont fondés mais il ne faut pas oublier que des problèmes pratiques se posent. Il n'est ainsi pas si évident de se rendre chez un patient avec son ordinateur portable et d'y trouver une connexion internet. N'est-on pas parti un peu trop vite du principe que, par exemple, le registre de prestations devait d'ores et déjà être transmis par voie électronique? Certes, la plupart des kinésithérapeutes sont déjà informatisés, mais ce n'est manifestement pas le cas des infirmiers à domicile.

J'espère qu'on examinera également les questions concrètes qui ont été posées, telles que le layout des attestations. On devrait pouvoir travailler avec des attestations standard. J'ai déjà demandé à divers ministres s'ils étaient prêts à y collaborer. La plupart ont répondu par l'affirmative.

On ne se rend pas toujours compte des implications que peuvent avoir certaines lois comme celle sur les armes. Nous devons dès lors être très vigilants.

M. J. De Smedt. — Actuellement, les attestations suscitent davantage d'irritation que par le passé. Elles sont moins nombreuses mais beaucoup plus complexes. On essaie maintenant de reprendre dans une attestation l'ensemble de la littérature scientifique, des directives, des risques et des dérogations éventuels. Ainsi, pour certains cas, il y a parfois plus de septante pages publiées au *Moniteur belge*. De ce fait, il est très difficile de faire le bon choix. Le problème est que pour des raisons budgétaires, on veut reprendre toutes les directives possibles dans une seule attestation. Il y a donc une grande zone de tension entre le contrôle budgétaire et une bonne pratique médicale et le *layout* ne peut pas toujours être le même.

La remarque de Mme De Schamphelaere selon laquelle on a trop peu évoqué le patient dans ce débat me réchauffe le cœur. Les patients ont également des difficultés à comprendre toutes ces tracasseries administratives. Cela ne vaut pas seulement pour les visites à domicile. Il est par exemple particulièrement difficile d'expliquer à un patient affecté d'une perte cognitive qu'il doit se rendre à la mutuelle avec son attestation parce qu'il a eu un CT-scan, qu'il a reçu un avis d'un neurologue et qu'il devra prendre une pilule de plus. Le patient ne sait plus quelle attestation est nécessaire pour le pharmacien et pour la mutuelle ni où il doit d'abord se rendre. Certains patients ont besoin de quatre attestations pour un traitement chronique. S'ils en perdent une, il faut en remplir une nouvelle. Parfois l'attestation reste chez le pharmacien mais si celui-ci est en vacances, nous devons résoudre le problème. Par ailleurs, la problématique du pharmacien n'a pas été abordée aujourd'hui, pas plus que celle de la médication entamée dans les hôpitaux dans le cadre de systèmes forfaitaires. Lorsque les patients rentrent

Uit wat de heer Witmeur zegde, blijkt dat zeer veel wordt verwacht van de informatisering. Dat is terecht, maar er mag niet uit het oog worden verloren dat dit momenteel op het terrein niet zo eenvoudig is. Er werden heel wat praktische problemen gesignaleerd. Het is inderdaad niet makkelijk om met een laptop naar een patiënt te gaan en er een internetverbinding te hebben. Is er niet te gemakkelijk van uitgegaan dat bijvoorbeeld het verstrekkingenregister al geïnformatiseerd moet worden doorgegeven? De kinesisten zijn al grotendeels geïnformatiseerd maar dit is blijkbaar niet het geval voor de thuisverplegers.

Ik hoop dat ook wordt nagedacht over de concrete, kleine vragen die hier gesteld zijn, zoals de lay-out van de attesten. Er zou toch met standaardattesten kunnen worden gewerkt. Ik heb al verschillende ministers gevraagd of ze bereid zijn mee te werken aan een standaardattest. De meeste zijn daartoe bereid.

Soms realiseren we ons niet welke implicaties bepaalde wetten, zoals bijvoorbeeld de wapenwet, kunnen hebben. We moeten dus zeer alert zijn.

De heer J. De Smedt. — Op dit ogenblik is er meer ergernis over de attesten dan vroeger. Nu zijn er weliswaar minder attesten, maar de complexiteit ervan is enorm toegenomen. Nu probeert men de volledige wetenschappelijke literatuur, alle richtlijnen, alle mogelijke risico's en eventuele afwijkingen te vatten in één attest. Zo worden voor bepaalde gevallen zelfs 70 bladzijden of meer gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*. Daardoor wordt het heel moeilijk om tussen al die regeltjes de juiste keuze te maken. Het probleem bestaat erin dat men om budgettaire redenen alle mogelijke richtlijnen wil vatten in één attest. Daardoor ontstaat er een groot spanningsveld tussen budgettaire controle en *good medical practice*. Daarom kan de lay-out niet altijd dezelfde zijn.

Ik ben heel blij met de opmerking van mevrouw De Schamphelaere dat de patiënt in dit debat te weinig aan bod is gekomen. Ook voor de patiënten is het vandaag moeilijk om heel die administratieve rompslomp te begrijpen. Dat geldt overigens niet alleen voor huisbezoeken. Zo is het bijvoorbeeld ook bijzonder moeilijk om een patiënt met cognitief verlies uit te leggen dat hij met zijn attest naar het ziekenfonds moet omdat hij een CT-scan heeft gehad, dat hij een advies heeft gekregen van een neuroloog en dat hij een pilletje meer zal moeten nemen. Die patiënt weet niet meer welk attest nodig is voor de apotheek of voor het ziekenfonds en waar hij eerst naartoe moet. Sommige patiënten hebben vier attesten nodig voor een chronische medicatie. Als ze er één van verliezen, dan moet een nieuw attest worden ingevuld. Soms blijft het attest bij de apotheker liggen, maar als die dan met vakantie is, moeten wij het probleem oplossen. De problematiek van de apothekers is vandaag overigens niet aan bod gekomen, evenmin als de problematiek van de medicatie die wordt

chez eux et consultent leur médecin généraliste, nous devons résoudre leur problème.

M. Michel Meganck. — Je ferai d'abord une remarque: croire qu'un contrôle *a posteriori* va résoudre le problème de l'évolution de la science est illusoire. Sur quoi se basera-t-on pour organiser un contrôle? Sur les textes existants?

J'ai cité, par exemple, la prescription de la Depakine pour les patientes atteintes de migraine. Cette indication médicale est désormais reconnue, acceptée par les neurologues, dans le cadre des études de pharmacovigilance réalisées par les médecins spécialistes en la matière. Mais, comme l'a dit, à juste titre, M. Devillers, les critères de nomenclature qui définissent le remboursement ne prévoient le remboursement que dans le cadre du traitement de la maladie épileptique. Tant que la firme pharmaceutique n'aura pas introduit un nouveau dossier sollicitant le remboursement de ce médicament pour cette nouvelle pathologie, nous devrions normalement indiquer sur notre ordonnance qu'on peut délivrer le médicament à une femme atteinte de migraine mais qu'elle doit le payer au prix plein.

Le contrôle *a posteriori* ne résoudra pas le problème de l'évolution de la science. Je le répète, il faut régulièrement revoir les critères de remboursement et la législation car la science évolue très vite. Je l'avoue, si je pratiquais encore aujourd'hui la médecine que j'ai apprise à l'université, il y a trente ans, on pourrait me traiter de criminel.

Par ailleurs, j'insiste sur la nécessité de revoir les critères de remboursement, notamment dans le cadre de pathologies. On a beaucoup parlé des IPP, les médicaments prescrits actuellement pour les pathologies digestives. Tout le monde pense qu'il n'est pas nécessaire de refaire une gastroscopie avant trois ans. Les critères de remboursement ont été adaptés mais, tous les six mois, il faut réintroduire une demande de remboursement pour une pathologie pour laquelle on accorde d'office le remboursement pour trois ans, sans refaire de nouvel examen. Si ce n'est pas de la paperasse inutile ...

Qui plus est, dans le cadre de ce remboursement, le patient a droit, durant six mois, à trois conditionnements de 56 comprimés, soit 168. Le patient, atteint d'une hernie hiatale, avec une œsophagite peptique, a le « brûlant » en permanence. Certes, dans les recommandations de bonne pratique, on dit qu'il est intéressant de pratiquer une fenêtre thérapeutique, c'est-à-dire d'interrompre le traitement de temps en temps, pour juger de l'état du patient. Souvent, le patient le fait lui-même, en oubliant de temps à autre son médicament.

opgestart onder forfaitaire systemen in ziekenhuizen. Wanneer de patiënten dan thuishouden en hun huisarts raadplegen, moeten wij hun probleem oplossen.

De heer Michel Meganck. — Geloven dat een *a posteriori* controle het probleem van de evolutie van de wetenschap zal oplossen, is een illusie. Waarop zal de controle gebaseerd zijn? Op de bestaande teksten?

Ik heb het voorbeeld aangehaald van Depakine voor patiënten met migraine. Deze medische indicatie is wel erkend en in het kader van de farmacovigilance-studies door de geneesheren-specialisten is ze aanvaard door de neurologen. Maar, zoals de heer Devillers terecht heeft opgemerkt, voorzien de nomenclatuurcriteria voor de terugbetaling alleen maar in de terugbetaling bij de behandeling van epilepsie. Zolang de farmaceutische firma geen nieuw dossier heeft ingediend voor terugbetaling van dit geneesmiddel voor een nieuwe pathologie, moeten we op het voorschrift vermelden dat we het geneesmiddel voorschrijven voor een vrouw met migraine, maar dat ze de volle prijs moet betalen.

Ik herhaal dat de *a posteriori* controle het probleem van de evolutie van de wetenschap niet zal oplossen. De terugbetalingcriteria en de wetgeving moeten regelmatig worden herzien, want de wetenschap evolueert razendsnel. Ik geef toe, als ik vandaag nog geneeskunde zou beoefenen zoals ik het op de universiteit heb geleerd, dan zou men me als een misdadiger beschouwen.

Ik dring aan op een herziening van de terugbetalingcriteria, in het bijzonder voor bepaalde pathologieën. We hebben heel wat gezegd over de IPP's, geneesmiddelen voor aandoeningen van het spijsverteringsstelsel. Iedereen denkt dat een nieuwe gastroscopie niet nodig is vooraleer er drie jaar zijn verstreken. De terugbetalingcriteria zijn aangepast, maar om de zes maanden moet een nieuwe terugbetalingsaanvraag worden ingediend voor een aandoening waarvoor een terugbetaling voor drie jaar wordt toegestaan, zonder dat een nieuw onderzoek is vereist. Dat is een nodeloze papierberg.

De patiënt heeft gedurende zes maanden recht op terugbetaling van drie verpakkingen van 56 tabletten, zijnde 168 tabletten. Iemand met een maagbreuk en een peptische slokdarmontsteking heeft voortdurend last van branderigheid. In de optiek van goede praktijk is het natuurlijk interessant om het therapeutisch venster toe te passen, met name de behandeling van tijd tot tijd te onderbreken om de toestand van de patiënt te beoordelen. Vaak doet de patiënt dat zelf wanneer hij zijn geneesmiddel af en toe vergeet te nemen.

Il n'empêche que six mois de traitement représentent 183 jours mais seulement 168 cachets. Cela signifie donc que, sur l'année, le patient payera une boîte de sa poche, si son état justifie qu'il le prenne en continu.

M. Reinier Hueting. — Je me réjouis d'entendre que notre dossier bouge. J'espère qu'on nous présentera des décisions concrètes en janvier. Notre syndicat, qui a participé aux négociations au sein du cartel, est favorable au contrôle *a posteriori* dans le cadre du chapitre II. On a également signalé qu'on utilise des profils de prescription. Dès qu'un tel système est appliqué, on n'est plus tenu de reprendre chaque cas exceptionnel dans un texte, puisqu'on peut légèrement s'en écarter pour les cas difficiles. C'est pourquoi il semble possible d'édicter à l'avenir des consignes plus simples. Je suis heureusement surpris de l'intérêt que portent nos collègues à notre présence à la CRM. Un de nos membres y siègera certainement aux côtés de trois d'entre eux. Et nous serons même payés pour le faire. Espérons que des directives claires soient données à ce sujet.

J'espère que nous recevrons en janvier une réponse à notre question sur le nombre de médicaments remboursables pouvant figurer sur une seule et même prescription.

M. Marc Moens. — Beaucoup de questions restent sans réponse mais M. De Cock a annoncé que certains problèmes pratiques seraient abordés dans la commission medicomutualiste.

En ce qui concerne le représentant, je reste sur ma faim, en dépit de la remarque amusante de M. Hueting. Quelque 123 réunions ont déjà été organisées et au moins deux membres de l'Absym y ont chaque fois participé. M. De Cock vient d'en expliquer la répartition. Je persiste à croire que la répartition des sièges confère une majorité aux mutuelles qui deviennent malheureusement incontournables. Ce groupe de huit membres fait la pluie et le beau temps. Je ne trouve pas ça normal. Le point de vue est devenu purement financier. Je me rallie à l'observation de Mme De Schamphelaere. J'ai dit hier pendant la manifestation que le médecin est le meilleur défenseur du patient. Qui mieux que le généraliste peut l'orienter dans le paysage complexe de nos soins de santé? Ses possibilités sont cependant limitées. Il ne peut pas tout faire. Les exigences scientifiques imposées aujourd'hui aux médecins ne font que croître. Il n'est plus du tout possible de tout intégrer, même avec un ordonnanceur portable. Le pouvoir réglementaire doit en tenir compte. La situation des pharmaciens est d'ailleurs similaire.

Dat neemt niet weg dat zes maanden behandeling 183 dagen telt en dat er maar 168 comprimés worden terugbetaald. Als een patiënt zijn geneesmiddelen ononderbroken moet innemen, betaalt hij op een jaar één doos uit eigen zak.

De heer Reinier Hueting. — Ik ben blij te horen dat er iets met ons dossier aan het gebeuren is. Wij wachten af en ik hoop dat we in januari veel concrete zaken te horen zullen krijgen. Ons syndicaat heeft binnen het kartel mee onderhandeld en we staan wel achter de *a posteriori* controle in het kader van hoofdstuk II. Er is toen ook op gewezen dat er met voorschriftprofielen werd gewerkt. Van zodra men met zo'n systeem werkt hoeft men immers niet meer ieder uitzonderlijk geval in een tekst op te nemen, want er kan lichtjes worden afgeweken voor de moeilijke gevallen. Daardoor lijkt het mogelijk om in de toekomst veel eenvoudigere richtlijnen te geven. Ik ben blij verrast dat onze collega's zoveel belang hechten aan onze aanwezigheid in de CTG. Er zal zeker iemand van ons zitting nemen, naast drie van hen. We zullen er nog voor betaald worden ook. Hopelijk worden daarover duidelijke richtlijnen gegeven.

Ik heb nog geen antwoord gekregen op de dringende vraag in verband met de hoeveelheid vergoedbare zaken op één voorschrift. Ik hoop dat we daar in januari ook een antwoord op zullen krijgen.

De heer Marc Moens. — Er blijven veel onbeantwoorde vragen, maar de heer De Cock zei dat in de commissie artsen-ziekenfondsen een aantal praktische punten zal besproken worden.

Over de vertegenwoordiger blijf ik op mijn honger zitten, ondanks de amusante opmerking van de heer Hueting. Er zijn al 123 vergaderingen voorbij waarop de BVAS telkens minstens met twee leden aanwezig was. De heer De Cock gaf daarnet aan hoe de verdeling is. Ik blijf erbij dat die verdeling zorgt voor een meerderheid bij de mutualiteiten die helaas *incontournable* is. Als de groep van acht neen of ja zegt, mogen alle anderen op hun kop staan, maar het blijft neen of ja. Dat vind ik niet normaal. Het is een puur financieel uitgangspunt geworden. Ik treed mevrouw De Schamphelaere bij met haar opmerking. Gisteren was mijn laatste zin op de betoging dat de huisarts de beste verdediger is van de patiënt. Wie anders dan de huisarts kan de patiënt gidsen door het ingewikkelde medische landschap. Maar ook zijn mogelijkheden zijn beperkt en hij kan niet alles. De wetenschappelijke eisen die tegenwoordig aan artsen worden gesteld nemen alsmaar toe. Dat valt zelfs niet meer op te lossen met een *portable*. Het is in feite niet meer mogelijk om alles te integreren. De regelgever moet daar rekening meer houden. Dit alles geldt trouwens in tweede instantie evenzeer voor de apothekers.

Quant au contrôle *a posteriori*, je ne partage pas encore le point de vue du cartel et principalement de l'ASGB. Nous nous demandons, comme M. Beke, ce qu'il adviendra à terme? Certains incidents sont survenus ces dernières années. Une procédure est encore en cours contre Martine Massaut au Service d'évaluation et de contrôle médicaux. Une enquête est menée à propos des quinolones. Dans de tels cas, le contrôle *a posteriori* n'est pas approprié.

Comme M. Meganck, nous redoutons d'apprendre ce que donneront les premiers contrôles dans quelques temps.

M. Cools. — Les mutualités n'ont pas pour mission principale à la CRM de porter un jugement économique. Le principe de base de la CRM est la qualité. Elle s'efforce d'obtenir l'*evidence based reimbursement* pour l'*evidence based medicine*, en privilégiant la qualité et en prenant le patient comme point de départ. Je ne vois pas d'inconvénient à ce que mes enfants prennent un bain tous les jours. En revanche, je leur ferais une remarque s'ils venaient à en prendre plusieurs par jour ou s'ils se mettaient à remplir la baignoire à l'aide de bouteilles d'eau. Grâce aux statistiques que me communique ma compagnie des eaux, je peux adapter ma consommation. Actuellement, la CRM ne dispose pas de tels indicateurs.

La place centrale que le médecin occupe dans l'orientation et l'encadrement du patient est primordiale. Le dossier médical global (de préférence informatisé) y a sa place. Le guichet unique existe déjà pour les aides à la mobilité: nous n'établissons qu'un seul dossier qui est introduit auprès de l'assurance maladie et est ensuite transmis au Fonds flamand. Nous recherchons une solution à contrecœur.

M. De Villers. — Je voudrais faire quelques commentaires additionnels, d'abord sur la remarque du sénateur à propos de la réglementation IPP. Je m'inscris en faux contre l'affirmation que cette réglementation n'est pas conforme à la bonne utilisation de ces molécules. Je répète qu'en pratique, c'est une réglementation qui a été tirée à 85% de la conférence de consensus, donc essentiellement scientifique, sur l'utilisation de ces molécules. On peut évidemment critiquer le fait que cette réglementation n'évolue pas à la même vitesse que la science mais cela, c'est une utopie. Vu la vitesse de l'évolution des connaissances en matière médicale, il faudrait légiférer sans cesse dans tous les sens pour faire coller la législation à l'avancée médicale. Contrairement à ce que l'on affirme souvent, ces réglementations ne sont aucunement rédigées par des bureaucrates qui n'y connaissent rien.

Nous n'ignorons pas le point soulevé à propos de l'attestation unique de remboursement, mais il est plus facile de le critiquer que de régler le problème. Je

Over de *a posteriori* controle ben ik het nog steeds niet eens met het kartel of voornamelijk met het ASGB. We vragen ons net als de heer Beke af wat dat gaat worden op termijn. Het voorbije jaar zijn er een aantal incidenten geweest. Tegen Martine Massaut loopt nog een procedure voor de dienst geneeskundige evaluatie en controle. Ik denk ook aan de enquête die gevoerd werd voor de kinolones. In deze gevallen is de *a posteriori* controle niet gepast.

Evenals de heer Meganck houden wij ons hart vast voor wat zal gebeuren als over enige tijd een eerste controle wordt doorgevoerd.

De heer Cools. — De mutualiteiten hebben in de CTG niet als belangrijkste opdracht een economische beoordeling te geven. Het uitgangspunt van de CTG is kwaliteit en voor *evidence based medicine* ook *evidence based reimbursement* te krijgen met grote zorg voor de kwaliteit en met de patiënt als uitgangspunt. Als mijn kinderen een keer daags in bad gaan, vind ik dat normaal. Ik zal wel een opmerking maken als zij dat meerdere keren per dag doen of als ze het bad zouden vullen met flessen water. Dank zij de informatie die mijn watermaatschappij mij geeft over mijn verbruik, kan ik mijn waterverbruik bijsturen. Dat missen wij op dit moment in de CTG.

De centrale positie van de huisarts in het sturen en coachen van de patiënt is belangrijk. Het globale medische dossier — liefst elektronisch — heeft daarin een plaats. Het enige loket bestaat op dit ogenblik al voor de mobiliteitshulpmiddelen waar we één dossier opstellen dat ingediend wordt bij de ziekteverzekering en vervolgens wordt doorgestuurd naar het Vlaams Fonds. Schoorvoetend trachten we hiervoor een oplossing te vinden.

De heer De Villers. — Ik zou wat extra commentaar willen geven, eerst en vooral bij de opmerking van de senator betreffende de regelgeving voor PPI's. Ik betwist de bewering als zou die regelgeving niet conform het geoorloofd gebruik van die moleculen zijn. Ik herhaal dat bijna 85% van die regelgeving afkomstig is van de consensusconferentie, een overwegend wetenschappelijke aangelegenheid, over het gebruik van die moleculen. Men kan uiteraard bekritisieren dat die regelgeving zich niet even snel ontwikkelt als de wetenschap, maar dat is een utopie. Gezien de snelle ontwikkeling van de medische kennis, zou men de wetgeving voortdurend in alle richtingen moeten aanpassen om de medische vooruitgang op de voet te volgen. In tegenstelling tot wat men doorgaans beweert, worden die regels geenszins door diletante bureaucraten opgesteld.

We willen de opmerking over het eenmalig getuigschrift voor terugbetaling niet negeren, maar er kritiek op leveren is gemakkelijker dan het probleem oplos-

n'entrera pas dans des considérations médicales afin d'éviter la difficulté de compréhension entre médecins et non-médecins. Si on prend une spécialité qui a le même but thérapeutique, ce n'est pas pour cela qu'elle a les mêmes indications. Curieusement, il n'est pas toujours possible de faire coller, sous une même attestation, deux médicaments à visée thérapeutique identique, parce que leurs indications sont différentes. L'inscription d'une indication dans la notice officielle est une démarche qui dépend de la firme, sur la base d'un dossier scientifique qu'elle doit établir. C'est donc une tout autre problématique que la simplification administrative. J'ajouterai que nous avons même été menacés de recours juridique au Conseil d'État quand nous avons voulu simplifier et regrouper certains médicaments dans le même chapitre de réglementation. Pourquoi? Parce que certaines firmes n'ont pas intérêt à voir leurs critères de remboursement égaux sur les autres car cela leur permet de faire des promotions sur les avantages thérapeutiques de leurs molécules sur tel ou tel point. Attention! Tout le monde est demandeur de l'attestation unique mais c'est beaucoup plus difficile à faire qu'à dire.

En ce qui concerne la critique sur la composition de la commission de remboursement des médicaments, je signale, et M. De Cock l'a montré tout à l'heure, que les mutualités ont 8 sièges votants sur 22. On est donc très loin de la majorité dont parlait M. Moens. Une décision qui ne plaît pas à certains médecins de la commission de remboursement a été prise aussi par des médecins. Il est vraiment caricatural de dire que ces médecins qui ont partagé l'opinion des mutualités, le cas échéant, sont des médecins qui n'y connaissent rien en médecine. Je rappelle que la plupart d'entre eux enseignent la médecine à des étudiants, futurs médecins qui pratiqueront demain.

M. Witmeur. — La complexité vient aussi d'éléments que personne ici dans cette salle ne pourra maîtriser. Il faut bien comprendre — et c'est imposé par les directives européennes — que le point de départ du système de remboursement des médicaments est une demande de l'industrie.

La firme demande parfois spontanément le remboursement pour telle indication, avec tel formulaire. On peut refuser ce que demande une firme ou négocier avec elle pour modifier sa demande, mais on ne peut jamais lui imposer autre chose que ce qu'elle demande. C'est l'industrie qui a l'initiative.

Deuxième élément: on est toujours limité par l'enregistrement des médicaments. On est parfois confronté à des situations difficiles, où l'on constate qu'un médicament original et un médicament générique ont des indications différentes. Il arrive qu'un médicament générique ait des indications plus larges que l'original. Forcément, quand on rembourse le générique, les médecins disent par exemple qu'il y a 5

sen. Ik wil hier geen medische beschouwingen maken om begripsverwarring tussen artsen en niet-artsen te vermijden. Een specialiteit met identieke therapeutische doeleinden heeft daarom nog niet dezelfde indicaties. Merkwaardig genoeg is het niet altijd mogelijk om twee geneesmiddelen die een identiek therapeutisch doel hebben, op één getuigschrift samen te brengen omdat de indicaties verschillen. De opname van een indicatie op de officiële bijsluiter hangt af van de firma en gebeurt op grond van een wetenschappelijk dossier dat die firma moet samenstellen. Hier gaat het om een heel andere problematiek dan de administratieve vereenvoudiging. Men heeft ons zelfs bedreigd met een beroep bij de Raad van State toen we bij wijze van vereenvoudiging een aantal geneesmiddelen wilden samenbrengen onder hetzelfde hoofdstuk van de reglementering. Waarom? Omdat sommige firma's er geen belang bij hebben dat de terugbetalingscriteria voor hun producten op één lijn gesteld worden met die van andere, want nu kunnen zij bepaalde therapeutische voordelen van hun eigen moleculen promoten. Opgelet! Iedereen is vragende partij voor het eenmalig getuigschrift, maar dat is veel gemakkelijker gezegd dan gedaan.

Wat betreft de samenstelling van de CTG wijs ik erop dat, zoals de heer De Cock zonet heeft aangetoond, de ziekenfondsen 8 zetels met stemrecht hebben op 22. Dat ligt dus ver van de meerderheid waarover de heer Moens het had. Een beslissing die bepaalde artsen van de CTG niet bevalt, is toch ook door artsen genomen. Wie beweert dat artsen die in voorkomend geval dezelfde mening hebben verdedigd als de ziekenfondsen, hun vak niet kennen, maakt er dus een karikatuur van. Ik wijs erop dat de meesten van hen lesgeven aan studenten, toekomstige artsen die morgen in de praktijk zullen staan.

De heer Witmeur. — De complexiteit is ook het gevolg van elementen waarop niemand van de hier aanwezigen een invloed heeft. Men moet beseffen dat de industrie aan de basis ligt van het systeem van de terugbetaling van geneesmiddelen. Dat wordt zo bepaald door de Europese richtlijnen.

De firma verzoekt soms spontaan om de terugbetaling voor een bepaalde indicatie met een bepaald formulier. Men kan het verzoek van de firma afwijzen of onderhandelen om het verzoek aan te passen, maar men kan nooit iets anders opleggen dan hetgeen waarom ze verzoekt. Het initiatief ligt bij de industrie.

Tweede element: men is altijd beperkt door de registratie van de geneesmiddelen. Soms moet men vaststellen dat een origineel geneesmiddel en een generisch geneesmiddel verschillende indicaties hebben. Het gebeurt soms dat een generisch geneesmiddel bredere indicaties heeft dan het origineel. Als het generische geneesmiddel wordt terugbetaald, zeggen de artsen dat er bijvoorbeeld 5 of 6 simvastatines op de

ou 6 Simvastatines sur le marché avec des indications différentes et donc des formulaires différents. L'enregistrement est européen et on ne peut jamais rembourser en dehors de celui-ci. Ce sont des éléments qu'il faut avoir à l'esprit.

Le docteur Meganck a montré tout à l'heure à quel point les conditionnements étaient parfois différents. On trouve des Simvastatine 20, 40 ou 60 mg selon les marques. C'est l'enregistrement qui décide quel conditionnement est enregistré et nous ne pouvons rembourser que ce qui peut l'être. C'est une contrainte qui ne dépend pas de nous.

Deuxième point sur lequel je veux insister : dans le présent dossier, le patient doit être l'acteur central. Je remarque que le domaine des médicaments génère un volume de courrier très important au sein du cabinet. Je reçois très peu de lettres dans lesquelles le patient se plaint de la complexité administrative. La complexité est un débat qui intéresse les médecins avant toute chose et qui se répercute généralement assez peu sur le patient, quoi que l'on puisse en dire.

Je remarque, à l'inverse, ce qui est paradoxal, que dans les hôpitaux, on a forfaitarisé le remboursement des médicaments. L'hôpital a donc une grande liberté et n'a pas de formalités à remplir. Depuis la forfaitarisation, des patients se plaignent de ne plus recevoir à l'hôpital les médicaments auxquels ils avaient droit auparavant.

Dernier point : l'un des combats dont on a beaucoup parlé ici est la maîtrise du volume des médicaments. Savez-vous que chaque année ce volume augmente de 5 % dans notre pays ? Cela signifie que tous les vingt ans, le Belge absorbe en moyenne le double de médicaments. Une partie de l'augmentation peut être considérée comme une chance : de nouveaux médicaments traitent de nouvelles pathologies et c'est très bien.

Une autre partie de cette augmentation est d'ordre comportemental. S'il n'a pas un médicament prescrit, le patient pense parfois qu'il n'a pas été soigné. Il arrive que le médecin n'ose pas vraiment lui dire non. La pléthore médicale peut aussi aboutir à certaines pressions ou le patient peut changer de médecin s'il essuie un refus de sa part.

Tout cela n'est pas simple, mais je suis convaincu que, dans les débats à venir, la maîtrise du volume sera un combat très important. Ce sont parfois les critères de remboursement qui permettent au médecin de dire que ce n'est pas lui, mais le médecin conseil, qui a exprimé un refus.

markt zijn met verschillende indicaties en dus met verschillende formulieren. De registratie is Europees en men kan ze niet omzeilen om tot terugbetaling over te gaan. Dat moet men voor de geest houden.

Dokter Meganck heeft er daarstraks op gewezen hoe sterk de verpakkingen van elkaar kunnen verschillen. Naargelang van het merk vindt men simvastatine van 20, 40 of 60 mg. De verpakking maakt deel uit van de registratie van het geneesmiddel en alleen wat in aanmerking komt voor terugbetaling, mag worden terugbetaald. Die beperking hangt niet van ons af.

Tweede punt dat ik wil beklemtonen : in onderhavig dossier moet de actie van de patiënt centraal staan. Ik wijs erop dat de problematiek van de geneesmiddelen aanleiding geeft tot een omvangrijke briefwisseling in een artspraktijk. Ik ontvang echter zeer weinig brieven van patiënten die zich beklagen over de complexiteit van de procedure. De complexiteit is vooral een discussiepunt bij de artsen en heeft, wat men ook moge beweren, over het algemeen vrij weinig weerslag op de patiënt.

Ik doe echter opmerken dat de ziekenhuizen de terugbetaling van geneesmiddelen paradoxaal genoeg forfaitair hebben gemaakt. De ziekenhuizen beschikken dus over veel vrijheid en hoeven geen formaliteiten te vervullen. Sindsdien beklagen patiënten er zich over dat ze in het ziekenhuis niet langer de geneesmiddelen krijgen waarop ze vroeger recht hadden.

Laatste punt : een van de gevechten die hier ruim aan bod kwamen, betreft de beheersing van het volume geneesmiddelen. Weet u dat het volume in ons land elk jaar met 5 % toeneemt ? Dat betekent dat een Belg om de twintig jaar gemiddeld tweemaal meer geneesmiddelen gebruikt. Een deel van die toename kunnen we als een voordeel bestempelen : voor nieuwe pathologieën worden immers nieuwe geneesmiddelen toegediend en dat is zeer goed.

Een ander deel van die toename houdt verband met het gedrag van patiënten. Een patiënt die geen geneesmiddel krijgt voorgeschreven, vindt vaak dat hij niet goed is verzorgd. Soms durft een arts echt niet nee zeggen. Door het overaanbod aan artsen kan de voorschrijver onder een zekere druk staan of een patiënt kan zich in geval van weigering tot een andere arts wenden.

Dat is allemaal niet zo eenvoudig, maar ik ben ervan overtuigd dat de beheersing van het volume de inzet zal zijn van de discussies in de toekomst. Soms kan de arts de terugbetalingscriteria inroepen om de schuld voor de weigering in de schoenen van de adviserende geneesheer te schuiven.

M. Jo De Cock. — Il n'y a pas encore eu de contrôles *a posteriori*. Le cas en Wallonie n'avait rien à voir avec un contrôle *a posteriori*. Nous avons procédé à une évaluation concernant l'utilisation de quilonones. Toutefois, cela n'est pas un contrôle *a posteriori*, lequel consiste à évaluer, en fonction de critères déterminés, si certaines directives ont été suivies avec un seuil de tolérance qui est prévu par la loi. Et c'est là que le bât blesse. On plaide à la fois pour suffisamment de souplesse et pour la sécurité juridique lors des contrôles. La réalité se situe entre les deux. Les contrôles doivent être effectués en faisant preuve de bon sens et en respectant la sécurité juridique.

Dans le courant de 2007, tous les rapports D 60 des experts seront accessibles sur le site web de la Commission de remboursement des médicaments. Les activités de la CRM en deviendront-elles plus transparentes? Cela permettra en tout cas d'avoir une meilleure idée des raisons pour lesquelles on est arrivé à certaines conclusions et orientations.

Il existe une collaboration avec le KCE. Notre méthodologie d'évaluation est analysée avec le centre d'expertise. Pour les dossiers individuels, nous ne travaillons pas ensemble parce qu'une réponse doit être donnée dans les 180 jours, mais en fait il s'agit de 90 jours. Pour les révisions par groupe, on peut collaborer utilement. Un projet est en cours au sujet de l'utilisation de médicaments dans les maisons de repos.

Le registre des kinés a été supprimé sans l'être. Il a été convenu avec le cabinet que des corrections seront encore apportées. Les infirmiers en ont également été informés.

Les patients sont la plaque tournante du système. Il importe d'approcher la problématique sous leur angle. Ce n'est pas toujours possible, en ce sens que les données concernant les interventions pour les moins valides ou les dossiers d'invalidité ne sont pas toujours des informations pertinentes pour l'utilisation de médicaments. Nous devons exploiter au maximum toutes les opportunités.

Le docteur Cools a cité l'exemple du fauteuil roulant vu sous l'angle du patient. On a évité d'envoyer le patient d'un endroit à l'autre. Ce dossier figure à l'ordre du jour politique depuis 1974. L'absence de solution n'a rien à voir avec la communautarisation mais est liée à l'aspect fonctionnel ou à celui de la réintégration sociale. Finalement, il y a eu une percée mais elle a entraîné des effets secondaires pour les médecins-prestataires. J'ai examiné le formulaire de demande d'un fauteuil roulant simple: il n'est pas tellement compliqué. Néanmoins, s'il est possible de simplifier, il faut le faire.

De heer Jo De Cock. — Er zijn nog geen *a posteriori* controles geweest. Het geval in Wallonië had niets met een *a posteriori* controle te maken. We hebben wel een evaluatie gemaakt in verband met het gebruik van kinolones. Dat is echter geen *a posteriori* controle waarbij men aan de hand van bepaalde criteria evalueert of bepaalde richtlijnen werden gevolgd met een tolerantiedrempel die in de wet is ingeschreven. Daar knelt precies het schoentje. Tegelijk wordt er gepleit voor voldoende soepelheid en voor rechtszekerheid bij de controles. De realiteit ligt tussen de twee. Controles moeten worden doorgevoerd met gezond verstand en met respect voor de rechtszekerheid.

In de loop van 2007 zullen alle rapporten D 60 van de experts op de website van de CTG worden geplaatst. Worden de werkzaamheden van de CTG hierdoor transparanter? We zullen in elk geval een beter inzicht krijgen in de manier waarop bepaalde conclusies en oriëntaties tot stand kwamen.

De samenwerking met het KCE bestaat. Onze evaluatiemethodologie is gescreend samen met het kenniscentrum. Voor individuele dossiers werken wij niet samen omdat binnen de 180 dagen — in feite zijn dat 90 dagen — een antwoord moet worden gegeven. Voor groepsgewijze herzieningen kan wel nuttig worden samengewerkt. Zo loopt er een project in verband met het gebruik van geneesmiddelen in rustoorden.

Het kineregister werd afgeschaft, maar toch weer niet. Met het kabinet werd afgesproken dat nog correcties zullen worden aangebracht. Ook de verpleegkundigen werden daarvan op de hoogte gebracht.

Patiënten zijn uiteraard de draaischijf van het systeem. Het is belangrijk dat de problematiek vanuit hun gezichtspunt wordt benaderd. Dat is niet altijd mogelijk in die zin dat de gegevens in de tegemoetkomingen voor mindervaliden of in de invaliditeitsdossiers niet altijd de relevante informatie inzake geneesmiddelengebruik aangeven. We moeten op alle niveaus de geboden kansen aangrijpen.

Dokter Cools heeft het voorbeeld van de rolstoel gegeven vanuit het oogpunt van de patiënt. Men heeft multifunctioneel vermeden dat patiënten van het kastje naar de muur zouden worden gestuurd. Dat dossier staat sinds 1974 op de agenda van de politieke wereld. Dat er geen oplossing kwam, heeft niets met communautarisering te maken, maar met het functionele aspect of het aspect van sociale re-integratie. Er is eindelijk een doorbraak. Jammer genoeg heeft dat tot enkele neveneffecten geleid voor de artsen-verstrekkers. Ik heb het aanvraagformulier voor een eenvoudige rolstoel eens bekeken: zo ingewikkeld is het niet. Wat echter kan worden vereenvoudigd, moet worden vereenvoudigd.

Le dossier médical électronique est très important. Lorsqu'on procède à des évaluations *a posteriori*, on est confronté à ce dossier médical électronique. Des efforts s'imposent en effet pour définir les éléments qui doivent y figurer. On peut aller plus loin et intégrer cela, entre autres, dans des trajets de soins, afin de prendre en compte l'ensemble de la pratique plutôt que de procéder au cas par cas. On a cité l'exemple de la démence. Il serait intéressant d'intégrer cela dans un trajet de soins et d'organiser l'administration sans avoir recours aux formulaires classiques.

M. Beke a demandé si certaines législations, comme celle relative aux IPP, ont des effets secondaires. Elles en ont en effet au niveau financier. Il ressort des analyses transmises lundi au comité de l'assurance que le nombre supplémentaire de gastroscopies demandées pour des IPP aurait absorbé un tiers des économies.

Il est très difficile de faire un test Kafka. Chaque jour, des décisions sont prises concernant les remboursements. Il va de soi qu'il faut procéder régulièrement à une évaluation globale. Nous savons que les attestations ne sont pas la panacée mais elles sont un mal nécessaire à défaut de meilleure solution. Tout dépend des possibilités dont on dispose.

La délivrance des attestations implique en effet beaucoup de paperasserie. Ce n'est pas très moderne mais si tout devait être informatisé, certains objecteraient qu'ils ne sont pas équipés de matériel informatique.

Nous perdons un temps précieux mais les personnes sur le terrain doivent être soutenues. Nous n'avons pas de solution miracle mais la communication sera améliorée et nous lâcherons du lest.

Je suis conscient que la prescription de plusieurs médicaments par une même ordonnance pose problème. L'arrêté publié en juin 2005 relève des compétences que nous partageons administrativement avec le SPF Santé publique qui, à son tour, est compétent pour l'arrêté royal 78, dont découle le formulaire de prescription. C'était une tentative de simplification du système mais, paradoxalement, cela a conduit à des aberrations.

Il y a deux ans, la réglementation de l'INAMI et celle de la Santé publique étaient diamétralement opposées. Aucun médecin ne parvenait à remplir correctement une prescription étant donné qu'il devait opter pour l'une ou l'autre réglementation. Cette question avait fait l'objet d'une concertation. Si cela a conduit à une situation paradoxale, si des problèmes subsistent, il y a lieu de réexaminer la question. Il est

Het elektronische medische dossier is zeer belangrijk. Wanneer men controles *a posteriori* of evaluaties gaat doen, wordt men geconfronteerd met het elektronische medische dossier. Er moeten inderdaad inspanningen worden gedaan om vast te leggen wat erin moet staan enzovoort. Men kan verder gaan en dat kaderen in zorgtrajecten en dergelijke meer, waar dus een ganse praktijkvoering niet *à la pièce*, maar in het ganse gedrag wordt gekaderd. Het voorbeeld van dementie is gegeven. Het zou nuttig zijn om dat in een zorgtraject te betrekken en de administratie op een andere manier dan via de klassieke formulieren te organiseren.

De heer Beke vroeg of bepaalde wetgevingen zoals met betrekking tot de PPI's neveneffecten hebben. Die hebben inderdaad neveneffecten op het financiële niveau. Uit de analyses die maandag aan het verzekeringscomité werden overhandigd kan worden afgeleid dat het extra aantal gastroscopies dat vanuit de PPI's is gevraagd wellicht geleid heeft tot een verlies van één derde in de besparingen.

Het is zeer moeilijk een Kafka-test te doen. Elke dag worden beslissingen inzake terugbetalingen genomen. Uiteraard moet er regelmatig een globale evaluatie gebeuren. We zijn er ons van bewust dat attesten niet zaligmakend zijn. Bij gebrek aan alternatieven zijn ze echter een noodzakelijk kwaad. Alles hangt af van de mogelijkheden waarover men beschikt.

Bij de uitreiking van attesten door de artsen komt inderdaad heel wat papierwerk kijken. De aanpak is niet modern maar als alles wordt geïnformatiseerd, dan zullen sommige mensen opwerpen dat ze niet geïnformatiseerd zijn.

We verliezen kostbare tijd maar de mensen op het terrein moeten ondersteuning krijgen. Wat we nu hebben is geen wonderoplossing, maar de communicatie zal worden verbeterd en er zal wat ballast overboord worden gegooid.

Ik weet dat het voorschrijven van meerdere geneesmiddelen in eenzelfde voorschrift een probleem is. Het besluit dat in juni 2005 werd gepubliceerd behoort tot onze bevoegdheid die we administratief delen met FOD Volksgezondheid, die op zijn beurt bevoegd is voor het koninklijk besluit 78, waarvan het voorschrijfformulier een voortvloeisel is. Dit was een poging om het systeem te vereenvoudigen maar paradoxaal genoeg heeft dit tot aberraties geleid.

Twee jaar geleden stond de reglementering van het RIZIV en deze van Volksgezondheid diametraal tegenover elkaar. Geen enkele arts kon een voorschrift geldig invullen, aangezien hij een keuze moest maken voor de ene of de andere reglementering. Deze materie was het voorwerp van overleg. Als dat tot paradoxale gevolgen heeft geleid of niet alle problemen heeft opgelost, moet ze maar opnieuw onder de loep worden

toujours possible d'améliorer et de simplifier mais la réalité, elle, demeure ce qu'elle est.

M. Eduard Roossens. — Quelques suggestions intéressantes ont été faites cet après-midi.

Nous appliquons le test Kafka à une trentaine de lois et d'arrêtés royaux et ministériels soumis chaque semaine au Conseil des ministres. J'admets cependant que la mise en œuvre pratique n'est pas toujours aisée.

Je partage les préoccupations formulées à propos du registre de prestations des infirmiers et des logopèdes.

Dans certains domaines, les intérêts du patient et du médecin se rejoignent. C'est par exemple le cas pour le passage des attestations B à D et le transfert de certains médicaments du chapitre IV au chapitre II. J'espère donc engranger des progrès dans ce domaine, en collaboration avec l'INAMI et le cabinet du ministre de la Santé publique.

J'accorde une grande importance à la priorité donnée à certains cas de maladies dégénératives, comme la maladie d'Alzheimer. Dans le secteur des handicapés, nous nous sommes rendus compte, en définissant différents types de handicap, qu'il n'est pas toujours nécessaire que le handicapé fasse constater sa situation par un médecin contrôlé. C'est une mesure de simple humanité. Je me demande s'il n'est pas possible d'appliquer aussi cette réglementation pour l'usage de certains médicaments mais j'ignore si c'est réalisable.

III. VOTES

Le présent rapport a été approuvé à l'unanimité des 9 membres présents.

La rapporteuse,
Mia DE SCHAMPHELAERE.

La présidente,
Annemie VAN de CASTEELE.

genomen. Alles kan immers beter en eenvoudiger maar de realiteit zelf kan men niet vereenvoudigen.

De heer Eduard Roossens. — Vanmiddag werden enkele interessante suggesties gedaan.

Wij voeren de Kafka-test uit op een dertigtal wetten en ministeriële en koninklijke besluiten die wekelijks in de Ministerraad worden behandeld. Ik kan me evenwel inbeelden dat de praktische implementatie ervan niet altijd gemakkelijk is.

Ik deel de bekommernis over het verstrekkingenregister met betrekking tot verpleegkundigen en logopedisten.

In een aantal domeinen lopen het belang van de patiënt en van de arts samen, zoals met betrekking tot het overstappen van de attesten B naar D en het overhevelen van bepaalde geneesmiddelen van hoofdstuk IV naar hoofdstuk II. Ik hoop in dit terrein dan ook vooruitgang te kunnen boeken, in samenwerking met het RIZIV en met het kabinet van de minister van Volksgezondheid.

Ik hecht belang aan de prioriteit voor bepaalde schrijnende gevallen bij degeneratieve ziekten, zoals de ziekte van Alzheimer. In de sector van personen met een handicap hebben we, middels het definiëren van soorten handicaps, kunnen realiseren dat personen met een bepaald soort handicap niet meer op bezoek moeten bij een controlearts om hun toestand te laten vaststellen, wat niet meer dan een humane maatregel is. Ik vraag me af of het niet mogelijk is deze regelgeving ook te hanteren voor het gebruik van bepaalde geneesmiddelen, maar ik weet niet of dit idee realiseerbaar is.

III. STEMMINGEN

Dit verslag is goedgekeurd met eenparigheid van de 9 aanwezige leden.

De rapporteur,
Mia DE SCHAMPHELAERE.

De voorzitter,
Annemie VAN de CASTEELE.