

19

Mondelinge vragen

Mondelinge vraag van mevrouw Lieve Van Ermen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de overschreden quota van inplanting van pacemakers-defibrillators (ICD) ten preventieve titel» (nr. 4-381)

Mevrouw Lieve Van Ermen (LDD). – In *De Standaard* van 25 juni 2008 verscheen onder de titel “Budget op, dit jaar geen ‘pacemakers’ meer. Eerste harde rantsoenering in ons land” volgend artikel:

“In een groot deel van Vlaanderen kunnen patiënten dit jaar geen pacemaker-defibrillator meer ingeplant krijgen. Het quotum is overschreden.

Een West-Vlaams patiënt – toevallig zelf arts – was een van de eersten om het te ondervinden. Vorige week was hem in een Brugs ziekenhuis gezegd dat maandag zéker een 'pacemaker-defibrillator' zou worden ingeplant omdat het risico op een hartstilstand te groot werd. Deze week vernam hij telefonisch dat de zaak niet kon doorgaan omdat “het ziekenhuis vernomen had dat het zijn quotum had overschreden”. Hij wou alles uit eigen zak betalen, maar dat hielp niet. Het ziekenhuis mocht de ingreep hoe dan ook niet meer verrichten. Het gaat niet om de gewone pacemakers die het hartritme regelen, maar om de defibrillatoren-pacemakers die de patiënt een heftige schok geven als het hart stilvalt. Het quotum geldt niet als dat toestel “curatief” wordt ingeplant, dit wil zeggen na een hartstilstand die dodelijk had kunnen zijn, maar enkel als het “preventief” wordt ingebracht bij een patiënt die een dodelijke hartstilstand kan krijgen maar nog nooit een stilstand gehad heeft.”

Op 18 april jongstleden kwam de Akkoordraad ICD's samen, zijnde de verantwoordelijke cardiologen van de implantatiecentra, het RIZIV en de geneesheren-directeuren van de ziekenfondsen, om het probleem van de overschrijding van het aantal primair profylactische ICD-implantaties te

Questions orales

Question orale de Mme Lieve Van Ermen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «le dépassement des quotas pour les défibrillateurs automatiques implantables (DAI), implantés à titre préventif» (n° 4-381)

Mme Lieve Van Ermen (LDD). –

bespreken. Op dat ogenblik had het RIZIV de meeste implantatiecentra al meegedeeld dat ze de profylactische implantaties moesten stopzetten door de overschrijding van de "36%-regel".

In juli 2007 had de overheid ingestemd om ook in België profylactische ICD-implantaties terug te betalen, conform de richtlijnen van de internationale beroepsorganisaties. Er werd bepaald dat nationaal en per implantatiecentrum niet meer dan 36 % van alle implantaties profylactisch mocht zijn. De rest moest dus secundaire preventie zijn en daarvoor moest de patiënt eerst een levensbedreigende aritmie hebben overleefd. Dat percentage is echter volstrekt arbitrair en op basis van het budget opgesteld, want in andere landen zijn tot 70 % van de implantaties profylactisch.

20

In april 2008 werd op de Akkoordraad duidelijk dat het cijfer van 1000 implantaties per jaar niet voldoet aan de noden inzake profylactische implantaties en was er consensus over het feit dat het aanvankelijk vastgestelde budget te gering was en verhoogd moest worden. Tevens werden door de aanwezige artsen constructieve voorstellen gedaan om op een ethisch verantwoorde manier de juiste patiënten met een ICD te kunnen behandelen indien de voorgestelde budgetverhoging zou doorgaan.

Tot slot geef ik enkele cijfers om aan te tonen dat er in België bepaald geen overconsumptie van ICD's is, maar eerder onderconsumptie. In 2007 werden in de VS 600 ICD's ingeplant per miljoen inwoners, in Nederland 264, in Duitsland 317 en in België 138.

We hebben hier te maken met een typevoorbeeld van slecht bestuur. Het percentage is volstrekt arbitrair gekozen op grond van het budget.

De Akkoordraad voor de ICD's moet dringend verantwoordelijkheid opnemen en rekening houden met de constructieve voorstellen van de medici.

Ik vraag een dringende oplossing ter zake zodat de zorgverstrekking in België een internationaal niveau blijft halen. De hakbijregelneverij in deze materie is een zeer gevaarlijk precedent.

22

Mevrouw Lieve Van Ermen (LDD). – De minister heeft alleen de historiek van de ICD's geschetst. Ik ben zelf cardiologe, dus alles wat hij zegt, wist ik al.

In deze problematiek moet ik slecht bestuur vaststellen. In de bevoegde raden zitten vooral mutualiteitsartsen en de artsensyndicaten zijn niet vertegenwoordigd. De artsen van de beroepsvereniging van cardiologen hebben zelf constructieve ideeën aangereikt om de artsen te responsabiliseren, maar hun voorstellen werden terzijde geschoven. De maatregelen zijn in de eerste plaats ingegeven door budgettaire overwegingen.

23

Voorts stel ik vast dat hartpatiënten zo ziek zijn dat alleen artsen hun verdediging opnemen. Dat is anders voor aidszieken. Die zijn mondiger, komen zelf op straat. Voor hen worden benefietconcerten georganiseerd. Ik hoop dan ook dat het beleid meer naar de artsen zal luisteren als die opkomen voor de hartpatiënten. Er schort iets aan de verhouding van 21 zorgverstrekkers en 21 vertegenwoordigers van de mutualiteiten op de 42 leden van de raad.

127

Vraag om uitleg van mevrouw Lieve Van Ermen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «palliatieve zorg voor kinderen» (nr. 4-379)

Mevrouw Lieve Van Ermen (LDD). – In België wordt elk jaar bij ongeveer 300 kinderen jonger dan 16 jaar, de diagnose van kanker gesteld. Kanker is weliswaar nog een

Mme Lieve Van Ermen (LDD). –

Demande d'explications de Mme Lieve Van Ermen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les soins palliatifs pour enfants» (n° 4-379)

Mme Lieve Van Ermen (LDD). –

levensbedreigde aandoening, maar niettemin is de laatste 20 jaar een hoopvolle significante vooruitgang geboekt met betrekking tot de levensverwachting van kinderen met kanker. De klemtoon ligt daarom niet langer op genezing alleen. Ook de aandacht voor de levenskwaliteit van het kinderleven neemt toe. Dit impliceert een goede begeleiding van het kind en zijn familie van in de beginfase doorheen het hele ziekteproces.

Ook kinderen met progressieve ziekten zoals, mucoviscidose, ziekte van Duchenne, spinale musculaire atrofiën, cerebrāl palsy, om er maar enkele te noemen, hebben dezelfde noden als kankerpatiëntjes als de ziekte zich in een eindfase bevindt. Deze begeleiding is zo belangrijk dat het de inzet vraagt van een uitgebreid multidisciplinair team, elk met zijn eigen inbreng, waardoor een netwerk van ondersteuning gevormd wordt. Binnen deze filosofie kan de ondersteuning van kind en gezin niet langer beperkt blijven tot de hospitaalperiode, maar dient deze te worden verder gezet in de thuisomgeving.

In Vlaanderen bestaan twee grote zorgequipescentra : één verbonden aan het U.Z. Leuven en één verbonden aan het U.Z Gent. Bij dit laatste hebben het U.Z. Antwerpen en het U.Z.Brussel zich aangesloten.

De verpleegkundigen van de thuiszorgequipes staan in voor de organisatie en de coördinatie van de zorg en ze staan er borg voor dat ze 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 bereikbaar zijn. De thuiszorgequipes vervullen een onontbeerlijke brugfunctie om de overgang tussen thuis, de eerste lijn, de regionale ziekenhuizen en het gespecialiseerde ziekenhuis mogelijk te maken.

Tot op heden werden de thuiszorgequipes gefinancierd door “soft money”. Van bij de opstart mochten ze rekenen op de steun van “Kom op tegen kanker”, die altijd goed was voor gedeeltelijke financiering (125.000 €), aangevuld met acties van privé-personen, verenigingen, bedrijven, scholen...maar vooral van ouders wiens kind thuis stierf. De kostprijs van het project komt neer op een 300.000 €

Een ziekenhuis kan maar prestaties vergoeden als deze erkend

zijn door de overheid, dus opgenomen zijn in de RIZIV-nomenclatuur. Daar de thuiszorgprojecten tot op heden niet erkend zijn door de overheid, kunnen de ziekenhuizen ook geen inkomsten genereren vanuit diezelfde overheid.

In 2006 is er een eerste maal een projectmatige vergoeding geweest vanwege het ministerie van toenmalig minister Demotte van 46.000 €. In 2007 kregen ze dit bedrag nogmaals. Er is echter niets structureel voorzien ten aanzien van dergelijke initiatieven.

De minister spreekt in haar vooropgesteld Kankerplan in initiatief 12 over “een specifieke inspanning leveren voor kinderen met kanker”.

Hoe omkadert ze de thuiszorgequipes in dit plan, wetende dat die ook ondersteuning geven aan niet-oncologische patiëntjes en dat palliatieve zorgen dus niet alleen voor kankerpatiëntjes bestaan?

130

Mevrouw Lieve Van Ermen (LDD). – Het antwoord was kort, maar zeer hoopgevend.

Mme Lieve Van Ermen (LDD). –

131

Vraag om uitleg van mevrouw Lieve Van Ermen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over «de terugbetalingsmodaliteiten van Clopidogrel» (nr. 4-388)

Mevrouw Lieve Van Ermen (LDD). – Als cardioloog heb ik een vraag over het geneesmiddel clopidogrel, met als productnaam Plavix, het vijfde meest verkochte geneesmiddel in België. Deze specialiteit wordt vergoed als ze wordt gebruikt voor de preventie van incidenten die verband houden met atherotrombose en de situatie in het hart.

De medicatie wordt onder meer toegediend aan patiënten die een stent kregen. De techniek is dezelfde als van een

Demande d'explications de Mme Lieve Van Ermen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur «les modalités de remboursement du Clopidogrel» (n° 4-388)

Mme Lieve Van Ermen (LDD). –

ballondilatatie. De eerste percutane coronaire angioplastie (PTCA) werd uitgevoerd in 1976. Alleen wordt er nu bovenop het ballonnetje een roestvrije stalen stent, een veertje, gemonteerd om de verwijding stabiel te kunnen houden. De stent wordt bij het opblazen van de ballon in de bloedvatwand geperst. Men doet dit om te voorkomen dat zich op de plaats van de vernauwing op korte of langere termijn opnieuw een vernauwing, restenose, zou voordoen. Als de stent voldoende geopend is, verwijdert men de ballon en de geleidraad. De stent is bovenop de ballon gemonteerd en wordt over de geleidraad tot aan het letsel gebracht. Momenteel lopen verschillende wetenschappelijke studies waarbij men stents bekleedt met verschillende actieve stoffen om de kans op restenose nog te verkleinen. Na implantatie van een stent moet de patiënt gedurende één maand extra bloedverdunners, type Ticlid, Plavix, nemen. Deze sterkere bloedverdunners, anti-plaquettaire medicatie, moeten vermijden dat een bloedklonter een plotse verstopping van de stent veroorzaakt. Na een tweetal weken is opnieuw een normale bloedvatwandbekleding over de stent gegroeid. De eerste, oudere stents, de *bare metal stents*, gaven 30 % restenose en een zeer hoge incidentie op de controle-coronarografie. Patiënten konden na drie maanden stoppen met de inname van antiplaquettaire middelen. Bij de nieuwere *bare metals* had men 10 % restenose, maar bijna geen trombose. De nieuwere eerste generatie *drug eluting stents* van 2002-2003 geven een medicatie af, onder meer taxol. Zij vereisen echter dat patiënten heel hun leven Plavix nemen. Vele patiënten stoppen na 2 tot 3 jaar omdat de behandeling te duur is en niet wordt terugbetaald door het RIZIV. Een behandeling kost 60 euro per maand.

132

Bij de jongste generatie *drug eluting stents* moet men de behandeling met Plavix minimum zes maanden en best twee

jaar volhouden. Die stents geven amper restenose, maar per levensjaar groeit de kans op een acute trombose wanneer men Plavix stopt met 1%, en dat met een hoge mortaliteit. Dat wil dus zeggen na 3 jaar 3% en na 10 jaar 10%. Een studie in *The Lancet* van 2 maart 2008 maakte melding van een verhoogde mortaliteit binnen de drie maanden na de stopzetting van Plavix om welke reden ook.

De nieuwste snufjes van de *drug eluting stents* worden enkel terugbetaald bij comorbiditeit zoals diabetes. Doch diabetespatiënten moeten vaak al veel betalen aan medicatie en verzorging en ze laten de Plavix voor wat het is. Alle zorgen hebben dan geen baat gehad vermits er een kans op trombose met hoog sterftegevaar bestaat.

Plavix wordt wel terugbetaald voor TIA, wat moeilijk te bewijzen is, en voor perifeer vaatlijden. Waarom wordt het middel niet terugbetaald voor die gevaarlijke groep van de *drug eluting stents*? Veel cardiologen zouden willen dat het middel voor die groep van patiënten wordt terugbetaald.

134

Mevrouw Lieve Van Ermen (LDD). – Ik zal erop toezien dat het middel zo snel mogelijk wordt erkend.

Mme Lieve Van Ermen (LDD). –