

11 mai 2012 -19:22

Appartient à [Conseil des ministres du 11 mai 2012](#)

Conditions assouplies pour les trajets de soins "diabète" et "insuffisance rénale chronique"

Le Conseil des ministres a marqué son accord sur le projet d'arrêté royal (*) relatif aux trajets de soins qui propose des conditions assouplies aux patients souffrant de diabète de type 2 ou d'insuffisance rénale chronique.

Les trajets de soins "diabète de type 2" et "insuffisance rénale chronique" fonctionnent maintenant depuis près de trois ans : entre juin 2009 et fin 2011, 14.000 patients ont souscrit au trajet de soins "insuffisance rénale chronique" et 18.000 patients au trajet de soins "diabète de type 2". Le système fait l'objet d'un suivi régulier par le Comité d'accompagnement "Trajets de soins" institué auprès de l'INAMI. Il a par exemple constaté que certains dossiers patients étaient bloqués car le nombre de consultations n'était pas respecté. Il s'agit notamment de patients âgés dont l'état de santé ne leur permet plus de se déplacer pour une consultation.

Le projet d'arrêté propose ainsi d'étendre la gratuité des soins pour le patient à des contacts dans une autre situation que la consultation : une consultation ou une visite par le médecin généraliste, une consultation par le médecin spécialiste ou une intervention pour hémodialyse dans un centre pour hémodialyse chronique ou un centre collectif d'autodialyse. Ces contacts entreront également en ligne de compte pour le paiement des honoraires forfaitaires du généraliste et du spécialiste.

L'extension au terme "contacts" (au lieu de consultation) constitue une amélioration importante pour la mise sur pied et le bon déroulement des trajets de soins. Cette mesure entrera en vigueur rétroactivement au 1er juin 2009, ce qui permettra de prendre en compte tous les trajets de soins en cours. Une évaluation des trajets de soins est actuellement en cours. Les résultats sont attendus pour mai 2013.

Les trajets de soins améliorent le traitement de deux types de pathologies chroniques et la communication entre les différents intervenants et particulièrement entre la 1ère ligne (médecin généraliste) et la 2ème ligne (médecin spécialiste). Il s'agit concrètement d'un engagement écrit - sous la forme d'un contrat de 4 ans - qui lie le patient malade chronique, son médecin généraliste et son médecin spécialiste. Ce contrat est enregistré auprès de la mutuelle du patient et lui apporte des avantages importants :

- le patient bénéficie d'un meilleur suivi de sa maladie ainsi que d'une prise en charge plus efficace de celle-ci : l'intervention du médecin généraliste et du médecin spécialiste est totalement coordonnée.
- il bénéficie également du remboursement complet des consultations nécessaires dans le cadre du suivi de sa maladie : le patient n'intervient pas financièrement pour les consultations entrant dans le cadre du trajet de soins, à condition qu'il y ait eu chaque année du trajet de soins au moins deux consultations chez le généraliste et une chez le spécialiste.

- 1.
2. De leur côté, le généraliste et le spécialiste, signataires de la convention, recevront chacun 80 euros par an et par patient pour couvrir le travail administratif et de coordination.

() portant modification de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.*

Publié par SPF Chancellerie du Premier Ministre - Direction générale Communication externe

Service de presse de Mme Laurette Onkelinx, Vice-Première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales

Rue du Commerce 78-80

1040 Bruxelles

Belgique

+32 2 233 51 11

<http://www.laurette-onkelinx.be/>