



BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

## BEKNOPT VERSLAG

## COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA  
SOCIÉTÉ

**Dinsdag**

**03-05-2016**

**Voormiddag**

**Mardi**

**03-05-2016**

**Matin**

N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	Parti Socialiste
MR	Mouvement réformateur
CD&V	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	Open Vlaamse Liberalen en Democraten
sp.a	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	centre démocrate Humaniste
VB	Vlaams Belang
DéFI	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PTB-GO!	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture!
PP	Parti Populaire

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 54 0000/000	Parlementair stuk van de 54 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000	Document parlementaire de la 54 <sup>e</sup> législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)
CRABV	Beknopt Verslag (witte kaft)	CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture blanche)
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
	(witte kaft)		(couverture blanche)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beigegekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

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

## INHOUD

Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "big data" (nr. 10069)	1
<i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <b>Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, <b>Yoleen Van Camp</b>	
Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de subspecialismen in de pediatrie" (nr. 10127)	3
<i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <b>Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Samengevoegde vragen van	4
- mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de preventieve hartscreening van 5 minuten bij jongeren" (nr. 10151)	4
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "screenings bij sporters" (nr. 10983)	4
- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "preventieve hartscreenings bij jongeren" (nr. 11212)	4
<i>Sprekers: Monica De Coninck, Anne Dedry, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Samengevoegde vragen van	6
- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van een nieuwe opleiding tot praktijkassistent" (nr. 10350)	6
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vraag van een aantal huisartsen om te worden bijgestaan door assistenten" (nr. 10384)	7
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het invoeren van het beroep van praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg" (nr. 10747)	7
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van het nieuwe beroep van praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg" (nr. 10937)	7

## SOMMAIRE

Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les <i>big data</i> " (n° 10069)	1
<i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <b>Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, <b>Yoleen Van Camp</b>	
Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les sous-spécialités en pédiatrie" (n° 10127)	3
<i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <b>Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Questions jointes de	4
- Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le screening cardiaque préventif de 5 minutes chez les jeunes" (n° 10151)	4
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage chez les sportifs" (n° 10983)	4
- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le 'screening' préventif du coeur chez les jeunes" (n° 11212)	4
<i>Orateurs: Monica De Coninck, Anne Dedry, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Questions jointes de	6
- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'instauration d'une nouvelle formation d'assistant praticien" (n° 10350)	6
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la volonté affichée par certains médecins généralistes d'être aidés par des assistants" (n° 10384)	7
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création de la profession d'assistant de pratique médicale de première ligne" (n° 10747)	7
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance d'une nouvelle profession appelée 'assistant de pratique médicale de première ligne'" (n° 10937)	7

<p><i>Sprekers:</i> <b>Catherine Fonck</b>, voorzitter van de cdH-fractie, <b>Muriel Gerkens</b>, <b>Maggie De Block</b>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>		<p><i>Orateurs:</i> <b>Catherine Fonck</b>, présidente du groupe cdH, <b>Muriel Gerkens</b>, <b>Maggie De Block</b>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	
<p>Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "CT-scans" (nr. 10364)</p> <p><i>Sprekers:</i> <b>Yoleen Van Camp</b>, <b>Maggie De Block</b>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	9	<p>Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les CT-scans" (n° 10364)</p> <p><i>Orateurs:</i> <b>Yoleen Van Camp</b>, <b>Maggie De Block</b>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	9
<p>Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsenquête" (nr. 10365)</p> <p><i>Sprekers:</i> <b>Yoleen Van Camp</b>, <b>Maggie De Block</b>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	10	<p>Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête de santé" (n° 10365)</p> <p><i>Orateurs:</i> <b>Yoleen Van Camp</b>, <b>Maggie De Block</b>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	10
<p>Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het invriezen van eicellen" (nr. 10406)</p> <p><i>Sprekers:</i> <b>Karin Jiroflée</b>, <b>Maggie De Block</b>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	10	<p>Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vitrification ovocytaire" (n° 10406)</p> <p><i>Orateurs:</i> <b>Karin Jiroflée</b>, <b>Maggie De Block</b>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	10
<p>Vraag van de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afkondiging van het alarmeringsplan van de ziekenhuisdiensten na de aanslagen in Brussel" (nr. 10607)</p> <p><i>Sprekers:</i> <b>Gautier Calomne</b>, <b>Maggie De Block</b>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	11	<p>Question de M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le déclenchement du plan MASH lors des attentats de Bruxelles" (n° 10607)</p> <p><i>Orateurs:</i> <b>Gautier Calomne</b>, <b>Maggie De Block</b>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	11
<p>Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de in vitro diagnostics (IVD's)" (nr. 10413)</p> <p><i>Sprekers:</i> <b>Yoleen Van Camp</b>, <b>Maggie De Block</b>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	13	<p>Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dispositifs de diagnostic in vitro (IVD)" (n° 10413)</p> <p><i>Orateurs:</i> <b>Yoleen Van Camp</b>, <b>Maggie De Block</b>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	13
<p>Samengevoegde interpellaties en vragen van</p>	14	<p>Interpellations et questions jointes de</p>	14
<p>- mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vraag van huisartsen om de verplichte nachtbezoeken tijdens de wachtdienst op te heffen" (nr. 10052)</p>	14	<p>- Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la demande des médecins généralistes visant à supprimer les visites de nuit obligatoires pendant les services de garde" (n° 10052)</p>	14
<p>- mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aandacht voor de specificiteit van landelijke gebieden in de nieuwe criteria voor de huisartsenwachtposten" (nr. 10072)</p>	14	<p>- Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en considération du milieu rural par les nouveaux critères des postes médicaux de garde" (n° 10072)</p>	14
<p>- mevrouw Catherine Fonck tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van de wachtdiensten" (nr. 132)</p>	14	<p>- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation de la garde" (n° 132)</p>	14
<p>- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van</p>	14	<p>- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires</p>	14

Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van wachtposten en het oproepnummer 1733" (nr. 10180)		sociales et de la Santé publique sur "l'organisation des postes de garde et le numéro d'appel 1733" (n° 10180)	
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van de spoeddiensten en de huisartsenwachtposten" (nr. 10444)	14	- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement des services d'urgence et des postes de garde en médecine générale" (n° 10444)	14
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "spoedartsen en huisartsen samen op wachtpost" (nr. 10488)	14	- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence simultanée de médecins urgentistes et de médecins généralistes dans les postes de garde" (n° 10488)	14
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van de spoeddiensten in België" (nr. 10497)	14	- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation des services d'urgence en Belgique" (n° 10497)	14
- mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een verplicht integratiemodel wachtpost/spoed" (nr. 11214)	14	- Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un modèle d'intégration obligatoire poste de garde/urgences" (n° 11214)	14
<i>Sprekers:</i> <b>Monica De Coninck, Caroline Cassart-Mailleux, Catherine Fonck</b> , voorzitter van de cdH-fractie, <b>Valerie Van Peel, Anne Dedry, Nathalie Muylle, Muriel Gerkens, Maggie De Block</b> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> <b>Monica De Coninck, Caroline Cassart-Mailleux, Catherine Fonck</b> , présidente du groupe cdH, <b>Valerie Van Peel, Anne Dedry, Nathalie Muylle, Muriel Gerkens, Maggie De Block</b> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
<i>Moties</i>	21	<i>Motions</i>	21



COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

DINSDAG 03 MEI 2016

Voormiddag

COMMISSION DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE, DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DU  
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

du

MARDI 03 MAI 2016

Matin

De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.03 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 03 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

**01** Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "big data" (nr. 10069)

**01** Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les big data" (n° 10069)

**01.01** Catherine Fonck (cdH): Het RIZIV en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) hebben een akkoord gesloten over de gestandaardiseerde registratie van bepaalde gezondheidsgegevens via het platform healthdata.be. Daarbij worden de gegevens geïdentificeerd via een pseudoniem, wat betekent dat de patiënt kan worden opgespoord, wat niet zo is wanneer van geaggregeerde gegevens wordt gebruikgemaakt. U volstond er in dat verband mee te wijzen op het groen licht van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

**01.01** Catherine Fonck (cdH): Un accord a été conclu entre l'INAMI et l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) au sujet de la standardisation de l'enregistrement de certaines données de santé par le biais de la plateforme healthdata.be. Celle-ci utilise des données sous pseudonyme mais il est possible de retrouver le patient, ce qui n'est pas le cas lorsque les données sont agrégées. À ce sujet, vous vous êtes bornée à indiquer avoir reçu le feu vert de la Commission de protection de la vie privée.

Op de website bevat het register *Initiative for Quality promotion and Epidemiology in Diabetes care* (IQED), met gezondheidsgegevens van patiënten met diabetes, van iedere patiënt de naam, voornaam, het geslacht en de woonplaats.

Sur le site, le registre *Initiative for Quality promotion and Epidemiology in Diabetes care* (IQED), qui reprend les données de santé de patients diabétiques, contient pour chacun les nom, prénom, sexe, lieu de résidence.

Neemt dat register de privacy van de patiënt in acht? Wordt op die manier uw belofte om enkel volledig anoniem gemaakte gegevens te gebruiken nageleefd? Is dat register een alleenstaand geval?

Ce registre respecte-t-il la vie privée du patient? Respecte-t-il votre engagement à n'utiliser que des données entièrement anonymisées? Ce registre constitue-t-il un cas unique?

**01.02** Minister Maggie De Block (Frans): In het IQED-register op het platform healthdata.be van het WIV worden de gegevens geïdentificeerd via een pseudoniem.

**01.02** Maggie De Block, ministre (en français): Dans le cadre du registre IQED, la plate-forme healthdata.be de l'ISP ne rassemble que des données "pseudonymisées".

De voor- en achternamen worden gebruikt om de registratie door de clinicus te vergemakkelijken. Ze worden niet aan het platform [www.healthdata.be](http://www.healthdata.be) meegegeed. Enkel de geboortemaand en het geboortjaar worden doorgegeven. De woonplaats wordt altijd geaggregeerd op een niveau dat door het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid bepaald wordt.

Die maatregelen op het vlak van pseudonimisering worden in de software aangegeven maar zijn blijkbaar niet duidelijk voor iedereen. Dat zal bij de volgende update opgelost worden.

De gegevens die onder een pseudoniem worden opgeslagen zijn nodig om longitudinale studies te kunnen uitvoeren, de kwaliteit ervan te controleren en patiënten te werven.

Het platform zorgt voor de beveiliging van de informatie, de bescherming van de privacy en het medisch beroepsgeheim. De pseudonimisering wordt door een derde partij uitgevoerd.

De werkgroep Architectuur van het eHealth-platform en het sectoraal comité hebben de basisstructuur van het healthdataplatform goedgekeurd. Het WIV heeft nauw samengewerkt met de sector.

Een veiligheidsadviseur en een voor het vertrouwelijke karakter van de gegevens verantwoordelijke arts zien erop toe dat elk personeelslid, elke onderzoeker uitsluitend toegang heeft tot de gegevens die hij of zij werkelijk nodig heeft.

Een tot het beroepsgeheim gehouden zorgactor die niet betrokken is bij het platform zal een risicoanalyse uitvoeren voor elke gegevensverzameling en elke handeling omschrijven die moet worden uitgevoerd om te voorkomen dat patiënten geïdentificeerd kunnen worden.

**01.03 Catherine Fonck** (cdH): Waarom staat u toe dat er wordt gewerkt met gepseudonimiseerde identificatoren in plaats van met geaggregeerde gegevens? De artsen hebben geen garantie dat de patiëntengegevens voor altijd anoniem blijven.

De anonimiteit van de gegevens moet definitief gegarandeerd zijn, zonder dat een volgende minister zou kunnen beslissen om identificatie toe te laten voor andere doelstellingen. Waarom wordt er geen gebruik gemaakt van niet-geaggregeerde gegevens?

Les noms et prénoms sont utilisés pour faciliter l'enregistrement par le clinicien sans être divulgués à la plate-forme [healthdata.be](http://healthdata.be). Seuls mois et années de naissance sont transmis. Le lieu de résidence est toujours agrégé à un niveau déterminé par le comité sectoriel de la santé.

Ces mesures de pseudonymisation sont affichées dans le logiciel mais ne semblent pas claires pour tous. Cela sera résolu lors de la prochaine mise à jour.

Il faut des données pseudonymisées pour mener des études longitudinales, contrôler leur qualité et recruter des patients.

La plate-forme garantit la sécurité des informations, la protection de la vie privée et le secret médical. La pseudonymisation est effectuée par un tiers.

Le groupe de travail Architecture de la plate-forme *eHealth* et le comité sectoriel ont approuvé la structure de base de la plate-forme [healthdata](http://healthdata.be). L'ISP a travaillé en étroite collaboration avec le secteur.

Un conseiller en sécurité ainsi qu'un médecin responsable de la confidentialité sont chargés de veiller à ce que chaque membre du personnel ainsi que chaque chercheur n'ait accès qu'aux données dont il a réellement besoin.

Un acteur de soins tenu au secret professionnel, sans lien avec la plate-forme, effectuera une analyse de risque à chaque récolte de données et décrira toute action devant être entreprise afin d'empêcher toute nouvelle identification de patients.

**01.03 Catherine Fonck** (cdH): Vous ne m'avez pas dit pourquoi vous permettez qu'on utilise des données pseudonymisées et non pas agrégées? Les médecins n'ont pas la garantie que ces données soient définitivement anonymes.

Garantir l'anonymat, c'est le garantir définitivement, et non laisser la possibilité à un prochain ministre d'autoriser leur identification dans une finalité différente. Pourquoi ne pas travailler avec des données non agrégées?



**01.04** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Ik herhaal dat het platform healthdata.be uitsluitend gepseudonimiseerde gegevens verzamelt; die methode is nodig om longitudinale studies te realiseren.

**01.05** **Catherine Fonck** (cdH): U bekrachtigt de keuze van healthdata.be. Ik denk dat u niet goed ingeschat hebt wat er op het spel staat.

De **voorzitter**: Misschien moeten we de commissie voorstellen een discussie te organiseren over de technologie.

**01.06** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Het staat u vrij om dat te organiseren. Ik hoor deze commissie nu al zeventien jaar lang dezelfde debatten over de anonimiteit voeren.

Ik hecht er ook veel belang aan. U staat weigerachtig tegenover het systeem omdat u de achterliggende methode niet begrijpt. Als u dat wil, kunnen we technici uitnodigen om een en ander hier te komen toelichten.

**01.07** **Catherine Fonck** (cdH): In dat geval zou ik willen vragen dat we ook zelfstandige artsen uitnodigen en het debat niet beperken tot eHealth.

**01.08** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dit onderwerp komt ook aan bod in het kader van het Adviescomité voor Wetenschappelijke en Technologische Innovatie. Gezien het technische karakter ervan, lijkt dat me de meest aangewezen plaats voor een bespreking.

De **voorzitter**: De vergadering over big data werd verschoven naar het einde van het jaar. We kunnen natuurlijk beide groepen samen brengen.

*Het incident is gesloten.*

**02** **Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de subspecialismen in de pediatrie zorg" (nr. 10127)**

**02.01** **Catherine Fonck** (cdH): Momenteel zijn er drie pediatrie subspecialiteiten erkend. Andere subspecialiteiten zijn nog altijd niet erkend, waardoor er ook geen officieel opleidingsprogramma voor bestaat.

Bent u van plan die verschillende subspecialiteiten ook te erkennen? Zo ja, hoe ver is de erkenning opgeschoten? Wanneer denkt u dit dossier te

**01.04** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Je répète que la plateforme Healthdata rassemble uniquement des données "pseudonymisées", cette méthode étant nécessaire à la réalisation d'études longitudinales.

**01.05** **Catherine Fonck** (cdH): Vous validez le choix fait par Healthdata. Je pense que vous n'avez pas mesuré les enjeux.

La **présidente**: Il faudrait peut-être proposer à la commission une discussion portant sur la technologie.

**01.06** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Libre à vous de l'organiser. Depuis dix-sept ans j'entends cette commission reprendre les mêmes débats quant à l'anonymat.

J'y accorde également beaucoup d'importance mais votre crainte provient d'une non-compréhension de la méthode. Je suis à votre disposition pour inviter des techniciens.

**01.07** **Catherine Fonck** (cdH): Dans ce cas, je demande que nous recevions aussi des médecins indépendants et que nous ne refassions pas uniquement le débat sur eHealth.

**01.08** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ce thème est également abordé par le comité consultatif de l'IWT. Eu égard à sa technicité, il me semble l'organe le plus approprié pour en débattre.

La **présidente**: La réunion relative au *big data* a été reportée à la fin de l'année. Nous pourrions réunir les deux groupes.

*L'incident est clos.*

**02** **Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les sous-spécialités en pédiatrie" (n° 10127)**

**02.01** **Catherine Fonck** (cdH): Trois sous-spécialités pédiatriques sont actuellement reconnues. D'autres ne le sont toujours pas, avec pour conséquence une absence de programme de formation officiel pour ces spécialités.

Comptez-vous reconnaître ces différentes sous-spécialités? Dans l'affirmative, où en êtes-vous dans le processus de reconnaissance? À quelle

kunnen afronden?

**02.02** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen heeft vijf adviezen uitgebracht, over het instellen van beroepskwalificaties voor pediatrie gastro-enterologie, pneumologie, nefrologie, endocrinologie en cardiologie.

De raad bevestigde het belang van een specifieke opleiding, met een bijbehorende afzonderlijke beroepstitel.

Dit jaar geef ik voorrang aan dossiers zoals de hervorming van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (het vroegere koninklijk besluit nr. 78), de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, de stagediensten en -meesters, de forensische psychiatrie, de dermatologie, de klinische genetica, de psychiatrie en de interventionele neuroradiologie.

Voor ik het dossier betreffende de subspecialisaties inzake kindergeneeskunde aanpak (nieuwe titels van niveau 3), wil ik de adviezen eerst grondig bestuderen en nagaan welke subspecialisaties er nodig zijn.

In het koninklijk besluit van 2 april 2014 komen die subspecialiteiten enkel aan bod in het tertiaire zorgprogramma voor kinderen. Het gaat hier om een erg beperkte groep van kinderartsen, die vaak actief zijn in academische kringen, in een multidisciplinair kader.

Het is te vroeg om een timing voorop te stellen.

**02.03** **Catherine Fonck** (cdH): Verbindt u er zich dan op zijn minst toe om die vijf subspecialisaties te erkennen?

Ik vraag dat dat dossier voor het einde van deze zittingsperiode zijn beslag zou krijgen.

*Het incident is gesloten.*

### **03** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Monica De Coninck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de preventieve hartscreening van 5 minuten bij jongeren" (nr. 10151)
- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "screenings bij sporters" (nr. 10983)
- de heer **Philippe Blanchart** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over

échéance comptez-vous finaliser ce dossier?

**02.02** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes m'a rendu cinq avis concernant la création des qualifications professionnelles pour la gastro-entérologie, la pneumologie, la néphrologie, l'endocrinologie et la cardiologie pédiatriques.

Les membres du conseil ont confirmé l'importance d'une formation spécifique aboutissant à l'obtention d'un titre professionnel particulier.

Cette année, je donne la priorité aux dossiers tels que la réforme de la loi relative aux professions de soins de santé, l'arrêté royal n° 78, les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, les services et maîtres de stage, la psychiatrie légale, la dermatologie, la génétique clinique, la psychiatrie et la neuroradiologie interventionnelle.

Avant d'entamer le dossier des nouveaux titres de niveau 3, les sous-spécialités pédiatriques, je souhaite examiner les avis en profondeur et étudier les besoins réels en sous-spécialités.

L'arrêté royal du 2 avril 2014 n'évoque ces sous-spécialités que dans le programme de soins tertiaires, un groupe de pédiatres restreint souvent actif dans le milieu académique dans un cadre multidisciplinaire.

Il est prématuré de proposer un timing en la matière.

**02.03** **Catherine Fonck** (cdH): Vous engagez-vous, à tout le moins, à reconnaître ces cinq sous-spécialités?

Je plaide pour que ce dossier soit finalisé avant la fin de cette législature.

*L'incident est clos.*

### **03** **Questions jointes de**

- Mme **Monica De Coninck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le screening cardiaque préventif de 5 minutes chez les jeunes" (n° 10151)
- Mme **Anne Dedry** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage chez les sportifs" (n° 10983)
- M. **Philippe Blanchart** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le

**"preventieve hartscreenings bij jongeren"  
(nr. 11212)**

**03.01** **Monica De Coninck** (sp.a): Dankzij Prebeator, een initiatief van enkele sportartsen en innovatiespecialisten, kan iedere Belg vanaf september een preventief hartonderzoek laten uitvoeren. Het onderzoek zou 30 euro kosten.

De minister heeft al eerder verklaard geen voorstander te zijn van een verplichte hartscreening bij jongeren, onder meer wegens de kostprijs. Prebeator toont nochtans aan dat hartscreening betaalbaar kan zijn. Niet elk stergeval kan altijd worden uitgesloten, maar zo een screening kan wel een instrument zijn om er toch een aantal te voorkomen.

Wat vindt de minister van het Prebeator-initiatief? Is er overleg met de regionale ministers van Sport over voorlichtingsacties bij jonge sporters? Welk alternatief biedt de minister voor de verplichte preventieve hartscreenings? Hoe staat zij tegenover verplichte EHBO-lessen en het installeren van meer defibrillatoren op publieke plaatsen?

**03.02** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) is geen voorstander van een verplichte hartscreening voor jongeren. Een kwart van de sporters met verhoogd risico zou niet opgespoord worden via de screening. Er worden echter vraagtekens geplaatst bij de betrouwbaarheid van het KCE-onderzoek.

Wat is het standpunt van de minister? Komen er screeningmaatregelen voor jonge sporters?

**03.03** Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Prebeator bezoekt sportclubs en -evenementen, waar hun verpleegkundigen een ECG afnemen. De sporters vullen ook een vragenlijst in. Vervolgens wordt het EKG geanalyseerd door een informaticasysteem en een aantal sportartsen. Indien nodig wordt er doorverwezen naar een cardioloog. De vraag is of deze werkwijze wel in overeenstemming is met de goede medische praktijk en de *evidence based practice*.

Het KCE-rapport nr. 241 stelt inderdaad vragen bij de systematische screening van jonge sporters omdat er geen betrouwbaar bewijs van doeltreffendheid is. Men weet niet of een algemene

**'screening' préventif du coeur chez les jeunes"  
(n° 11212)**

**03.01** **Monica De Coninck** (sp.a): Grâce au test Prebeator, une initiative de quelques médecins du sport et spécialistes de l'innovation, chaque Belge pourra subir, à partir de septembre, un examen cardiaque préventif. Le coût de cet examen se monterait à 30 euros.

La ministre a déjà déclaré précédemment n'être pas partisane d'un examen cardiaque préventif chez les jeunes, en raison notamment du coût que cela implique. Le test Prebeator montre pourtant que ce dépistage est soutenable financièrement. Même s'il ne permettra pas de sauver toutes les vies, ce test pourra malgré tout servir à prévenir un certain nombre de décès.

Que pense la ministre de l'initiative Prebeator? Les ministres régionaux du sport vont-ils se concerter pour mener des campagnes de prévention auprès des jeunes sportifs? Quelle solution de substitution au dépistage préventif obligatoire la ministre propose-t-elle? Quelle est sa position par rapport aux cours obligatoires de premiers secours et à la multiplication du nombre de défibrillateurs installés dans les lieux publics?

**03.02** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) n'est pas favorable à l'organisation de tests cardiaques obligatoires pour les jeunes. Les problèmes d'un quart des sportifs à haut risque ne seraient pas décelés par ces tests. La fiabilité de l'étude du KCE est cependant remise en question.

Quelle est la position de la ministre à ce sujet? Va-t-elle décider d'instaurer des tests pour les jeunes sportifs?

**03.03** **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): Prebeator se rend dans des clubs sportifs et est présent lors d'événements sportifs. Les infirmiers effectuent des électrocardiogrammes, après quoi ils demandent aux sportifs de compléter un questionnaire. Dans un second temps, les ECG sont analysés par un système informatique et par plusieurs médecins du sport. Si nécessaire, les intéressés sont invités à consulter un cardiologue. Reste à savoir si cette méthode est compatible avec les bonnes pratiques de la médecine et avec les principes de la *evidence based practice*.

Dans son rapport n° 241, le KCE remet en effet en cause l'opportunité d'un test systématique des jeunes sportifs étant donné l'absence de preuves fiables établissant l'efficacité de cette procédure.

screening daadwerkelijk levens kan redden, maar mensen zullen wel vaak het advies krijgen om niet meer te sporten.

Het KCE-onderzoek werd deze maand gepubliceerd in het *British Medical Journal*. Het is wetenschappelijk betrouwbaar en van hoge kwaliteit. De Hoge Gezondheidsraad kwam in 2013 trouwens tot een gelijkaardige conclusie.

Ik ben een groot voorstander van EHBO-lessen. Het opnemen hiervan in de eindtermen behoort tot de bevoegdheid van de regionale ministers van Onderwijs. Ik heb vernomen dat Vlaams minister Crevits voorstander ervan is.

In 2006 was ik als parlamentslid mede-indiener van de wet die het bedienen van automatische externe defibrillatoren door leken toelaat, waardoor de defibrillatoren op openbare plaatsen konden worden geïnstalleerd. Het zijn er ondertussen al 6.512 in totaal. We zullen nagaan of de registratie nog efficiënter kan.

De preventieve screening is een deelstaatbevoegdheid. Ik denk dat een screening zinvol kan zijn als er verfijndere methoden komen, zodat we geen duizenden mensen nodeloos ongerust moeten maken. Laten we trouwens niet vergeten dat er ook af en toe topsporters een hartstilstand krijgen, ook al ondergaan die geregeld intensieve hartscreenings.

**03.04** **Monica De Coninck** (sp.a): Ik heb vorig jaar het examen van vrachtwagenchauffeur afgelegd. Om dat rijbewijs te krijgen, moest ik een electrocardiogram ondergaan. Het organiseren van screenings is dus niet onrealistisch. De screenings van Prebeater kosten 30 euro. Die kosten kunnen zelfs lager als de overheid goed onderhandelt.

**03.05** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Ik ga akkoord met de minister, er moet op de eerste plaats werk worden gemaakt van een effectievere screeningsmethode.

*Het incident is gesloten.*

De **voorzitter**: Vragen nrs 10249 van mevrouw Jadin en 10386 van de heer Senesael worden uitgesteld.

**04** **Samengevoegde vragen van**  
- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van een nieuwe opleiding tot

Nul ne sait si une généralisation de ces tests serait réellement susceptible de sauver des vies mais il serait recommandé à de nombreuses personnes de ne plus pratiquer de sport.

Les résultats de l'étude du KCE ont été publiés ce mois-ci par le *British Medical Journal*. Ils sont scientifiquement fiables et d'une grande qualité. En 2013, les conclusions du Conseil Supérieur de la Santé étaient du reste analogues.

Je suis une grande adepte des cours de premiers secours. Leur intégration dans les objectifs finaux fait partie des attributions des ministres régionales de l'Enseignement. Il m'est revenu que la ministre flamande, Mme Crevits, y est favorable.

En 2006, alors députée, j'ai co-signé le projet de loi autorisant les non-initiés à manipuler des défibrillateurs externes automatiques, ce qui a permis d'en équiper des lieux publics. Depuis, 6 512 appareils de ce type ont été installés. Nous vérifierons s'il est possible d'optimiser la procédure d'enregistrement.

Le contrôle préventif est une compétence dévolue aux entités fédérées. Je pense qu'il peut s'avérer utile pour autant que des méthodes plus pointues puissent être développées. Il est inutile d'inquiéter inutilement des milliers de personnes. Il ne faut en effet pas oublier que des sportifs de haut niveau, pourtant régulièrement soumis à des examens cardiologiques poussés, sont parfois victimes d'un arrêt cardiaque.

**03.04** **Monica De Coninck** (sp.a): L'an dernier, j'ai passé l'examen de chauffeur de camion. J'ai dû me soumettre à un électrocardiogramme pour obtenir ce permis de conduire. L'organisation de screenings cardiaques n'est donc pas irréaliste. Les screenings de Prebeater coûtent 30 euros. Ce coût pourrait même diminuer si l'État négocie bien.

**03.05** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Je partage l'avis de la ministre: il faut commencer par développer une méthode de dépistage plus efficace.

*L'incident est clos.*

La **présidente**: Les questions n<sup>os</sup> 10249 de Mme Jadin et 10386 de M. Senesael sont reportées.

**04** **Questions jointes de**  
- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'instauration d'une nouvelle formation

**praktijkassistent" (nr. 10350)**

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vraag van een aantal huisartsen om te worden bijgestaan door assistenten" (nr. 10384)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het invoeren van het beroep van praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg" (nr. 10747)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van het nieuwe beroep van praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg" (nr. 10937)

**04.01 Catherine Fonck** (cdH): Volgens het KCE wijzen de hr-indicatoren in de huisartsengeneeskunde en de verpleegkunde erop dat het vermogen van het systeem om aan de toekomstige behoeften in de gezondheidszorg te voldoen ter discussie moet worden gesteld. Sommigen, onder wie de artsen, stellen de invoering van het beroep van praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg voor. De Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB) stelt voor dat men afhankelijk van hun bekwaamheden de werklast in de dokterspraktijk van de huisarts naar de verpleegkundigen zou verschuiven.

Draagt u kennis van dat voorstel? Wat is uw standpunt ter zake? Heeft u overleg gepleegd met de representatieve organisaties van huisartsen en verpleegkundigen? Heeft er ook overleg plaatsgevonden met de gemeenschapsministers van Volksgezondheid? Zo ja, wat zijn de conclusies van dat overleg? Zou dat thema niet op de agenda van de volgende Interministeriële Conferentie Volksgezondheid gezet moeten worden?

**04.02 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Hoe worden de taken herverdeeld onder de eerstelijnsactoren in het kader van de wijziging van de wet van 2015? Hoe wordt er gereageerd op de vraag om praktijkassistenten in te zetten in de eerstelijnsgezondheidszorg? De verenigingen van verpleegkundigen verzetten zich hiertegen omdat bepaalde van de opgesomde taken tot de bevoegdheid van de verpleegkundigen behoren. Ze stellen daarentegen voor om de taken van de verpleegkundigen in huisartsenpraktijken, een volwaardige studierichting die binnenkort zal worden georganiseerd, nader te omschrijven.

Wat is uw standpunt ter zake?

**04.03 Minister Maggie De Block** (*Frans*): Volgens uw vragen zou de functie van praktijkassistent meerdere competentie- en functieprofielen

**d'assistant praticien" (n° 10350)**

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la volonté affichée par certains médecins généralistes d'être aidés par des assistants" (n° 10384)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création de la profession d'assistant de pratique médicale de première ligne" (n° 10747)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance d'une nouvelle profession appelée 'assistant de pratique médicale de première ligne'" (n° 10937)

**04.01 Catherine Fonck** (cdH): Selon le KCE, les indicateurs de ressources humaines en médecine générale et soins infirmiers mettent en question la capacité du système à répondre aux besoins de santé futurs. Certains, dont les médecins, suggèrent la création d'une profession d'assistants médicaux de première ligne. L'Union générale des Infirmiers de Belgique (UGIB) propose de faire glisser au sein d'un cabinet la charge de travail du généraliste vers les infirmiers en fonction des compétences de ceux-ci.

Avez-vous connaissance de cette suggestion? Quelle est votre position? Vous êtes-vous concertée avec les associations représentatives des généralistes et des infirmiers? Une concertation avec les ministres de la santé des entités fédérées a-t-elle lieu aussi? Si oui, quelles en sont les conclusions? N'est-ce pas un sujet à mettre à l'ordre du jour de la prochaine conférence interministérielle de la Santé?

**04.02 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Dans le cadre de la modification de la loi de 2015, comment redistribue-t-on les tâches entre les acteurs de première ligne? Qu'en est-il de cette demande de disposer d'assistants de pratique médicale de première ligne? Les associations d'infirmiers y sont opposées car certaines des tâches répertoriées font partie des attributions des infirmiers. En revanche, elles proposent de préciser les tâches des infirmiers travaillant en cabinet de médecin généraliste, filière d'études bientôt développée comme telle.

Quelle est votre position?

**04.03 Maggie De Block**, ministre (*en français*): Vos questions laissent entendre que plusieurs profils de compétences et de fonctions ressortissent

omvatten. Een praktijkassistent verleent administratieve en logistieke hulp in een geneeskundige praktijk, maar kan ook technische handelingen stellen en zelfs de verpleegkunde uitoefenen.

Deze functie wordt gefinancierd door het Fonds Impulseo III, waarover de bevoegdheid in 2014 werd overgedragen naar de Gemeenschappen.

Alvorens een standpunt in te nemen wacht ik de adviezen in die werden gevraagd aan de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen, de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Nationale Raad voor de Paramedische Beroepen.

Aangezien de eerstelijnszorg nu een gewestbevoegdheid is, zal ik contact opnemen met mijn gewestelijke ambtgenoten. De protocolakkoorden zullen in het kader van de interministeriële conferenties gesloten worden.

**04.04 Catherine Fonck** (cdH): Laten we die drie adviezen afwachten.

Sommigen vinden de standpunten van de huisartsen enerzijds en de verpleegkundigen anderzijds tegenstrijdig. Ik zie er de mogelijkheid tot een vruchtbare samenwerking in via de integratie van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk.

De vergrijzing maakt die samenwerking meer dan ooit nuttig en noodzakelijk.

**04.05 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): In het kader van onze reflectie over de complementariteit van de eerstelijnszorgverleners steun ik uw initiatief om advies in te winnen.

Toch doet het tijdschema van dit dossier vragen rijzen. In september gaat er een opleiding van start aan de Universiteit Antwerpen. Het is al eerder gebeurd dat studenten een opleiding volgen en een diploma behalen voor een beroepstitel dit niet bij koninklijk besluit erkend was. Deze afgestudeerden konden hun beroep dus niet met een RIZIV-nummer uitoefenen.

Het zou goed zijn dat de agenda's zouden overeenkomen en dat u contact zou opnemen met uw collega's met het hoger onderwijs in hun portefeuille om duidelijkheid te scheppen.

*Het incident is gesloten.*

De **voorzitter**: Vraag nr. 10351 van mevrouw Jadin

à l'assistant de pratique médicale. Celui-ci apporte une aide administrative et logistique au sein d'un cabinet médical mais peut aussi prester des actes techniques, voire pratiquer l'art infirmier.

Cette fonction est financée par le Fonds Impulseo III, responsabilité transférée aux Communautés en 2014.

Avant de prendre position, j'attends les avis demandés au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, au Conseil fédéral de l'art infirmier et au Conseil national des professions paramédicales.

La première ligne étant dorénavant une compétence régionale, je prendrai des contacts avec mes homologues régionaux. Les protocoles d'accord seront conclus via les conférences interministérielles.

**04.04 Catherine Fonck** (cdH): Attendons ces trois avis.

Certains voient une certaine contradiction entre les positions adoptées, d'une part, par les médecins généralistes et, d'autre part, par les infirmiers. Pour ma part, j'y vois la possibilité d'une collaboration fructueuse en intégrant les infirmiers au sein des cabinets.

Le vieillissement de la population rend plus que jamais cette collaboration utile et nécessaire.

**04.05 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Dans le cadre de notre réflexion sur la complémentarité entre les différents professionnels de la santé de première ligne, je soutiens votre initiative de demande d'avis.

Toutefois, l'échéance de ce dossier m'interpelle. Une formation est annoncée à l'université d'Anvers pour la rentrée de septembre. Il est déjà arrivé que des étudiants soient formés et diplômés avec des titres non reconnus dans l'arrêté royal. Ceux-ci ne pouvaient donc pratiquer avec un numéro Inami.

Il serait intéressant que les agendas coïncident et que des contacts soient pris avec vos collègues de l'Enseignement supérieur pour clarifier les choses.

*L'incident est clos.*

La **présidente**: La question de Mme Jadin n° 10351

wordt uitgesteld.

**05** Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "CT-scans" (nr. 10364)

**05.01** Yoleen Van Camp (N-VA): België blijkt niet alleen al jaren koploper te zijn wat betreft het aantal afgenomen CT-scans – met zowat 2,2 miljoen scans in 2015 –, maar bovendien is de kwaliteit ervan niet bevredigend. Ondanks een campagne en een protocolakkoord blijft dit probleem bestaan, terwijl bepaalde onderzoeken net beter zouden gebeuren met MRI-toestellen of met 'klassiekere' onderzoeksmethoden.

Hoe wil de minister het aantal CT-scans in ons land doen dalen?

**05.02** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Het stijgend aantal CT-onderzoeken in ons land is ook voor mij een grote zorg. Ik heb dan ook recent een aantal maatregelen genomen. Een eerdere maatregel, het protocolakkoord medische beeldvorming, wordt momenteel al uitgevoerd.

De registratie van de bestaande CT-, MRI- en hybride toestellen in een nationaal register zal nog in de eerste jaarhelft zijn afgerond. Voortaan zal voor elk onderzoek met deze toestellen een facturatie enkel mogelijk zijn mits vermelding van het unieke toestelfacturatienummer en van de plaats van onderzoek. De verzekeringsinstellingen zullen hierop effectief kunnen controleren. Het gaat hierbij om de toestellen die zijn opgenomen in het register, terwijl de zogenaamde 'zwarte' toestellen of toestellen die worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek voortaan nog louter daarvoor zullen dienen.

Tevens stellen de dienst Geneeskundige Evaluatie en de controledienst van het RIZIV een auditsysteem op punt. Een nulmeting is al uitgevoerd en men wil de audit ook regelmatig uitvoeren.

Zo kunnen we gericht controleren waar er sprake is van teveel prestaties. De gegevens van het Intermutualistisch Agentschap kunnen bij die audits eveneens van nut zijn.

Meer MRI-toestellen om het aantal CT-onderzoeken terug te dringen, is niet voldoende. De combinatie en de sequentie van CT-, MR- en andere onderzoeken in de medische beeldvorming, moeten nader worden onderzocht. Binnen afzienbare tijd zal

est reportée.

**05** Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les CT-scans" (n° 10364)

**05.01** Yoleen Van Camp (N-VA): Non seulement la Belgique est depuis des années leader en ce qui concerne le nombre de CT-scans – avec environ 2,2 millions de scans en 2015 – mais en plus, la qualité de ces scans n'est pas satisfaisante. Ce problème subsiste en dépit d'une campagne et d'un protocole d'accord. Qui plus est, certains examens seraient mieux effectués avec des appareils IRM ou des méthodes d'examen 'plus classiques'.

Quelles mesures la ministre envisage-t-elle de prendre afin de faire baisser le nombre de CT-scans dans notre pays?

**05.02** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): L'augmentation du nombre d'examens CT dans notre pays me préoccupe beaucoup aussi. J'ai donc pris récemment une série de mesures. Une mesure précédente, le protocole d'accord imagerie médicale, est déjà en cours d'exécution en ce moment.

L'enregistrement des appareils CT, IRM et hybrides existants dans un registre national sera achevé avant la fin du premier semestre. À partir de maintenant, une facture ne sera possible pour chaque examen avec ces appareils que moyennant mention sur cette facture du numéro d'identification unique de l'appareil et du lieu de l'examen. Les organismes assureurs pourront exercer un contrôle à cet égard. Il s'agit des appareils repris dans le registre. Quant aux appareils soi-disant "noirs" ou les appareils utilisés à des fins scientifiques, ils ne serviront plus, dorénavant, qu'à ces fins.

En outre, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le service de contrôle de l'INAMI mettent au point un système d'audit. Une mesure zéro a déjà été effectuée et l'objectif est de procéder aussi à intervalles réguliers à cet audit.

Nous pourrions ainsi mener des contrôles ciblés en cas de prestations excessives. Les données de l'Agence Intermutualiste peuvent également s'avérer utiles dans le cadre de ces audits.

Augmenter le nombre d'appareils IRM pour réduire le nombre de CT-scans ne suffit pas. Il faut étudier de manière plus approfondie la combinaison et la séquence des CT-scans, IRM et autres examens d'imagerie médicale. Une nouvelle nomenclature

er een nieuwe nomenclatuur ingevoerd worden, waarbij men een onderscheid zal kunnen maken tussen PET-onderzoeken (Positron Emissie Tomografie) – vooral gebruikelijk bij oncologische patiënten – en de andere CT-onderzoeken. Daartoe werden nieuw nomenclatuurnummers opgesteld, waarmee we de evoluties van de diverse soorten scans onafhankelijk van elkaar kunnen volgen. We kunnen op basis van objectieve criteria nu al inschatten dat het aantal PET-onderzoeken zal stijgen.

Het effect van alle maatregelen wordt echter pas na enig tijd zichtbaar. Ik hoop dat uit de eerstvolgende cijfers over de registratie van 2016 een gunstiger evolutie zal blijken. We onderzoeken bijkomende maatregelen om de al gestarte acties nog te versterken. Ik reken op de resultaten van dat beleid om te vermijden dat voor een patiënt te veel opeenvolgende onderzoeken worden aangevraagd.

*Het incident is gesloten.*

**06** Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsenquête" (nr. 10365)

**06.01** Yoleen Van Camp (N-VA): De laatste gezondheidsenquête dateert van drie jaar geleden.

Wanneer komt er een nieuwe enquête? Wie betaalt ze?

**06.02** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Het protocolakkoord tussen de federale regering en de in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet bedoelde overheden regelt de organisatie van de vijfjaarlijkse gezondheidsenquête. De voorbereiding start in 2017, in 2018 gebeurt het veldwerk en in 2019 volgt de analyse en publicatie.

Het budget bedraagt 1,8 miljoen euro, met de volgende verdeelsleutel: de federale regering 51,6 procent, de Vlaamse Gemeenschap 23,4 procent, het Waals Gewest 15,4 procent, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie 5,7 procent en de Franse Gemeenschapscommissie 3,9 procent.

*Het incident is gesloten.*

**07** Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het invriezen van eicellen" (nr. 10406)

**07.01** Karin Jiroflée (sp.a): In de begroting is geld

permettend de distinguer les PET-scans (Tomographie par Émission de Positrons) – surtout utilisés pour les patients en oncologie – et les autres CT-scans sera prochainement introduite. De nouveaux numéros de nomenclature ont été créés en ce sens, afin de pouvoir suivre de manière distincte les évolutions des différents types de scans. Sur la base de critères objectifs, nous pouvons déjà anticiper une augmentation du nombre de PET-scans.

L'effet des mesures ne sera cependant visible qu'après un certain temps. J'espère qu'une évolution plus favorable ressortira des prochains chiffres relatifs à l'enregistrement en 2016. Nous examinons des mesures additionnelles pour renforcer encore les actions déjà entreprises. Je compte sur les résultats de cette politique pour éviter de faire subir aux patients trop d'exams consécutifs.

*L'incident est clos.*

**06** Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête de santé" (n° 10365)

**06.01** Yoleen Van Camp (N-VA): La dernière enquête de santé remonte à trois ans.

Quand une nouvelle enquête sera-t-elle réalisée et par qui sera-t-elle financée?

**06.02** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): L'organisation de l'enquête de santé quinquennale est réglée par le protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées dans les articles 128, 130 et 135 de la Constitution. Les préparatifs démarreront en 2017, l'enquête sera réalisée en 2018 et l'analyse et la publication des résultats suivront en 2019.

Le budget s'élève à 1,8 million d'euros répartis comme suit: État fédéral 51,6%, Communauté flamande 23,4 %, Région wallonne 15,4 %, Commission communautaire commune 5,7 % et Commission communautaire française 3,9 %.

*L'incident est clos.*

**07** Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vitrification ovocytaire" (n° 10406)

**07.01** Karin Jiroflée (sp.a): Une enveloppe



uitgetrokken om de terugbetaling te organiseren voor het invriezen van eicellen bij jonge vrouwen die een chemotherapie moeten ondergaan of een ziekteperiode moeten overbruggen.

Hoe ver staat de minister met de uitwerking van die regelgeving? Welke criteria zal men hanteren?

**07.02** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): In de begroting 2016 is een budget van 4 miljoen euro toegekend voor *oncofreezing*. Het gaat om het wegnemen en de cryopreservatie van eicellen, sperma of weefselfragmenten bij niet-geslachtsrijpe personen die lijden aan een kanker en die een behandeling met chemotherapie nodig hebben. Doel is natuurlijk de vruchtbaarheid te bewaren voor betere tijden.

Mijn kabinet onderhandelt met vertegenwoordigers van het College van geneesheren voor het zorgprogramma reproductieve geneeskunde en het RIZIV, onder meer over de financieringswijze en de voorwaarden. Dit verloopt stap voor stap, maar wij gaan zo vlug mogelijk vooruit. Er moet ook vergaderd worden met alle reproductieve centra.

Deze aanpak is strikt bestemd voor medische situaties waarin de behandeling een grote weerslag heeft op de vruchtbaarheid. De wegname en de andere behandelingen inzake vruchtbaarheid en voortplanting mogen enkel in een centrum voor reproductieve geneeskunde plaatsvinden, aangezien het eventueel latere gebruik ook daar moet gebeuren. We moeten er ook zeker van zijn dat de wijze van *oncofreezing* de betrokkenen de zekerheid biedt dat de eicellen en spermacellen later nog normaal gebruikt kunnen worden. Het gaat om een kleine, maar belangrijke groep mensen. Voor hen wilden we een onrechtvaardigheid wegnemen: ze worden met kanker geconfronteerd, maar wensen toch de hoop op een later gezin te behouden, en moesten dat tot nu toe zelf betalen.

*Het incident is gesloten.*

**08** **Vraag van de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de afkondiging van het alarmeringsplan van de ziekenhuisdiensten na de aanslagen in Brussel" (nr. 10607)**

**08.01** **Gautier Calomne** (MR): De meer dan 300 personen die bij de aanslagen van 22 maart gewond raakten, werden verdeeld over

budgetaire est destinée à organiser le remboursement de la congélation d'ovocytes de jeunes femmes devant subir une chimiothérapie ou surmonter une période de maladie.

Où en est la ministre dans l'élaboration de cette réglementation? Quels critères seront-ils appliqués?

**07.02** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Le budget 2016 prévoit un montant de 4 millions d'euros pour l'*oncofreezing*. Il s'agit d'un processus au cours duquel on prélève et on cryogénise des ovocytes, des échantillons de sperme ou de tissus de personnes qui ne sont pas encore en âge de procréer et qui souffrent d'un cancer impliquant un traitement par chimiothérapie. L'objectif est naturellement de préserver la fertilité en attendant que le patient se rétablisse.

Mon cabinet négocie avec des représentants du Collège des médecins pour le programme de soins Médecine de la reproduction et avec l'INAMI, notamment pour déterminer le mode de financement et les conditions de ce projet. Ces négociations se déroulent étape par étape, mais nous avançons aussi vite que possible. Des réunions doivent également être organisées avec tous les centres de médecine reproductive.

Cette méthode est strictement réservée aux situations médicales où le traitement a une incidence majeure sur la fertilité. Le prélèvement et les autres traitements en matière de fertilité et de procréation doivent être exclusivement pratiqués dans un centre de médecine reproductive, eu égard au fait que c'est à ce même endroit que devra intervenir l'éventuelle utilisation ultérieure. Il faudra en outre avoir la certitude que la vitrification ovocytaire donne aux intéressées les garanties nécessaires quant à l'utilisation ultérieure normale des ovocytes et des spermatozoïdes. Le groupe concerné est restreint, mais important. Nous voulions réparer une injustice: ces patientes, victimes d'un cancer souhaitent conserver l'espoir de fonder une famille et devaient jusqu'à présent financer elles-mêmes la vitrification ovocytaire.

*L'incident est clos.*

**08** **Question de M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le déclenchement du plan MASH lors des attentats de Bruxelles" (n° 10607)**

**08.01** **Gautier Calomne** (MR): Les plus de trois cents personnes blessées lors des attentats du 22 mars furent réparties entre quarante-huit

48 Belgische en 2 buitenlandse ziekenhuizen.

hôpitaux belges et deux hôpitaux étrangers.

In de betrokken instellingen werd het MASH-plan voor het alarmeren van de ziekenhuisdiensten in werking gesteld. Alle Belgische ziekenhuizen moeten daarover beschikken om een toestroom van slachtoffers te kunnen verwerken.

Le plan de mise en alerte des services hospitaliers (plan MASH), que tous les hôpitaux du pays ont l'obligation d'établir afin de pouvoir faire face à un afflux de victimes, a été déclenché dans les établissements concernés.

Welke balans maakt u daarvan op? Is gebleken dat er noodmaatregelen kunnen worden verbeterd? Staan er daartoe al initiatieven op stapel? Welke algemene balans maakt u op van het werk en de coördinatie van de hulpdiensten bij de aanslagen? Stemden de doorstroming van informatie en de interventiesnelheid overeen met de protocollen die door uw diensten werden vastgelegd?

Quel bilan en tirez-vous? Des pistes d'amélioration des dispositifs d'urgence ont-elles été identifiées? Des mesures ont-elles déjà été retenues? Quel bilan général tirez-vous du travail et de la coordination des services de secours lors des attentats? La transmission d'informations et la rapidité de prise en charge ont-elles été à la hauteur des protocoles fixés par vos services?

**08.02** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Dankzij de afkondiging van de plannen – en van het alarmeringsplan van de ziekenhuisdiensten in het bijzonder – konden de MUG-functies worden ontdudd, de urgentiediensten worden versterkt en konden er bedden worden vrijgemaakt in het operatiekwartier, zodat er 324 slachtoffers voor verzorging konden worden opgenomen.

**08.02** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Le déclenchement des plans – MASH en particulier – nous a permis de doubler des fonctions SMUR, de renforcer des services d'urgences, de libérer des lits en bloc opératoire et de prendre en charge les 324 victimes.

De werkgroep die zich buigt over de verbetering van de alarmeringsplannen zal rekening houden met de lessen van 22 maart. Met de ziekenhuizen wordt momenteel een balans opgemaakt.

Le groupe de travail qui se penchait sur l'amélioration des plans MASH tiendra compte du vécu du 22 mars. Un bilan est en cours avec les hôpitaux.

De voornoemde plannen maken deel uit van de ziekenhuisnormen en vallen sinds de zesde staatshervorming onder de bevoegdheid van de deelgebieden. Er moet worden overlegd met de deelgebieden, om te zorgen dat ze blijven bestaan.

Les plans MASH sont des normes hospitalières et relèvent, depuis la sixième réforme de l'État, des entités fédérées. Une concertation avec ces dernières doit assurer leur survie.

Na de aanslagen in Parijs heeft mijn administratie het medisch interventieplan (MIP), dat federaal blijft, geüpdatet en heeft ze de beleidslijnen van een *Maxi Medical Intervention Plan* opgesteld. Dat plan is nog niet volledig uitgewerkt, maar het concept is duidelijk en het heeft op 22 maart zijn doeltreffendheid bewezen.

Après les attentats de Paris, mon administration a actualisé le plan d'intervention médicale (PIM), qui reste fédéral, et a dressé les lignes stratégiques d'un *Maxi Medical Intervention Plan*. Ce plan n'est pas encore décrit de façon détaillée mais le concept est clair et s'est avéré efficace lors de son application le 22 mars.

De eerste balans is bevredigend. We hebben vastgesteld welke verbeteringen er nog kunnen worden aangebracht en zullen nog beter kunnen reageren indien we opnieuw door een dergelijk drama geraakt worden.

Le premier bilan est satisfaisant. En identifiant les améliorations possibles, nous ferons encore mieux si une telle tragédie nous touche à nouveau.

We wisten dat er op de eerste aanval vaak een tweede volgt. We hebben eerst voor ziekenhuizen in Vlaanderen gekozen en vervolgens een beroep op de ziekenhuizen in Brussel gedaan.

Nous savions qu'il y a souvent une deuxième attaque après une première. Nous avons choisi les hôpitaux au nord, puis à Bruxelles.

**08.03** **Gautier Calomne** (MR): We hebben de situatie in de hand kunnen houden omdat we ons

**08.03** **Gautier Calomne** (MR): Nous avons pu gérer la situation grâce à une anticipation mais il

erop voorbereid hadden, maar moeten we paraat blijven en de procedures verder verbeteren.

*Het incident is gesloten.*

**09** Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de in vitro diagnostics (IVD's)" (nr. 10413)

**09.01** Yoleen Van Camp (N-VA): Voor de terugbetaling van klinische biologie geldt een andere procedure dan voor geneesmiddelen. Ik snap soms niet goed waarom. Het doeleinde van het onderzoek van IVD's is bepalend, aldus de minister, maar wat is het verschil met een geneesmiddel? Bij een aanvraag voor de terugbetaling van een bloeddrukverlager is het doeleinde toch gewoon de bloeddruk verlagen?

Volgens de minister is er geen vaste terugbetalingsprocedure voor IVD's, maar is terugbetaling in bepaalde omstandigheden wel mogelijk. Hoe en door wie wordt dat bepaald? Waarom zou een firma nog in een nieuwe test investeren als er geen terugbetalingsdossier ingediend kan worden?

**09.02** Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Bij de terugbetaling van een geneesmiddel heeft dat geneesmiddel een onmiddellijk therapeutisch doel. Een IVD verstrekt alleen meer informatie zodat er een gerichte behandeling kan volgen.

Ik werk aan een procedure voor de inschrijving en de wijziging van de vergoeding voor testen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de procedure tot terugbetaling van IVD's gelinkt aan een medicijn (*joint assessment companion diagnostic*) en de andere IVD's. Bij de eerste groep moet het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) beide aspecten behandelen. Die testen zullen wellicht een nomenclatuurnummer krijgen.

Hoewel er nu geen terugbetalingsdossier ingediend kan worden voor een specifieke IVD-test van een specifieke firma, kunnen IVD's wel gebruikt worden in laboratoria, eventueel met of zonder terugbetaling.

*Het incident is gesloten.*

faut être prêt et encore améliorer les procédures.

*L'incident est clos.*

**09** Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dispositifs de diagnostic in vitro (IVD)" (n° 10413)

**09.01** Yoleen Van Camp (N-VA): Le remboursement des examens de biologie clinique se déroule selon une procédure différente de celle suivie pour les médicaments. Je n'en comprends d'ailleurs pas toujours très bien la raison. La ministre estime que s'agissant des DIV, l'objectif final de la recherche est déterminant mais où se situe la différence avec un médicament? Lors de l'introduction d'une demande de remboursement pour un médicament hypotenseur, l'objectif final de la recherche est quand même bien de faire baisser la tension artérielle, non?

D'après la ministre, il n'existe pas de procédure de remboursement standard pour les DIV. Leur remboursement est toutefois possible dans certaines conditions. Quelles sont-elles et qui prend cette décision? Pourquoi une entreprise investirait-elle dans un nouveau test s'il ne lui est pas possible de déposer un dossier de demande de remboursement?

**09.02** **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): Lorsqu'un médicament est remboursé, c'est en raison de l'existence d'un objectif thérapeutique direct. Un DIV ne sert qu'à renforcer l'information afin de permettre la mise en œuvre d'un traitement ciblé.

Je mets en place une procédure pour l'inscription et la modification des remboursements des tests. Une distinction sera établie entre la procédure de remboursement des DIV associés à un médicament (*joint assessment companion diagnostic*) et les autres types de DIV. Pour la première catégorie, l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) doit traiter les deux aspects. Un numéro de nomenclature sera probablement attribué à ces tests.

Même s'il est pour l'heure impossible d'introduire un dossier de remboursement pour un test DIV spécifique d'une entreprise déterminée, les DIV peuvent néanmoins être utilisés en laboratoire, éventuellement avec ou sans remboursement.

*L'incident est clos.*

- 10** **Samengevoegde interpellaties en vragen van**
- mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vraag van huisartsen om de verplichte nachtbezoeken tijdens de wachtdienst op te heffen" (nr. 10052)
  - mevrouw Caroline Cassart-Mailleux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aandacht voor de specificiteit van landelijke gebieden in de nieuwe criteria voor de huisartsenwachtposten" (nr. 10072)
  - mevrouw Catherine Fonck tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van de wachtdiensten" (nr. 132)
  - mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van wachtposten en het oproepnummer 1733" (nr. 10180)
  - mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van de spoeddiensten en de huisartsenwachtposten" (nr. 10444)
  - mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "spoedartsen en huisartsen samen op wachtpost" (nr. 10488)
  - mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de organisatie van de spoeddiensten in België" (nr. 10497)
  - mevrouw Monica De Coninck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "een verplicht integratiemodel wachtpost/spoed" (nr. 11214)

**10.01** **Monica De Coninck** (sp.a): Een grote meerderheid van de artsen is voorstander van de afschaffing van de verplichte nachtbezoeken tijdens de wachtdienst vanwege een gevoel van onveiligheid.

Hoe ver staat de minister met de hervorming van de wachtposten en de spoeddiensten? Wanneer komen er nieuwe initiatieven? Hoe wil de minister de werking van de wachtdienst optimaliseren? Is het nummer 1733 al afgestemd op de 112-oproepen? Wordt het volledige grondgebied al gedekt?

Hoe staat de minister tegenover de 24/7-wachtpostbezetting en tegenover een verplicht integratiemodel wachtpost/spoed? Hoe ziet zij een betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende spoeddiensten en huisartsenwachtposten concreet? Werkt men ook

- 10** **Interpellations et questions jointes de**
- Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la demande des médecins généralistes visant à supprimer les visites de nuit obligatoires pendant les services de garde" (n° 10052)
  - Mme Caroline Cassart-Mailleux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en considération du milieu rural par les nouveaux critères des postes médicaux de garde" (n° 10072)
  - Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation de la garde" (n° 132)
  - Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation des postes de garde et le numéro d'appel 1733" (n° 10180)
  - Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement des services d'urgence et des postes de garde en médecine générale" (n° 10444)
  - Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence simultanée de médecins urgentistes et de médecins généralistes dans les postes de garde" (n° 10488)
  - Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation des services d'urgence en Belgique" (n° 10497)
  - Mme Monica De Coninck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un modèle d'intégration obligatoire poste de garde/urgences" (n° 11214)

**10.01** **Monica De Coninck** (sp.a): Une large majorité de médecins est favorable à la suppression des visites de nuit obligatoires pendant les services de garde, à cause d'un sentiment d'insécurité.

Où en est la ministre et quelle est sa position à l'égard de la réforme des postes de garde et des service d'urgence? Quand de nouvelles initiatives seront-elles prises? Comment la ministre entend-elle optimiser le fonctionnement du service de garde? Le couplage du numéro 1733 et des appels au 112 est-il déjà réalisé? L'ensemble du territoire est-il déjà couvert?

Quelle est l'attitude de la ministre concernant un poste de garde fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et un modèle d'intégration obligatoire du poste de garde dans le service d'urgence? Comment compte-t-elle organiser concrètement une coopération et une coordination accrues entre

aan het sensibiliseren van de burgers over het goede gebruik van spoeddiensten? Zijn er voorbeelden en evaluaties bekend van initiatieven die ziekenhuizen zelf hebben genomen?

**10.02 Caroline Cassart-Mailleux (MR):** U hebt aangekondigd dat u aan nieuwe criteria voor de huisartsenwachtposten werkt. Ik zou uw aandacht willen vestigen op de landelijke gebieden: aangezien ze sterk verschillen van Brussel, zouden er ook andere criteria voor moeten worden gehanteerd.

Zult u met de verschillende zones overleggen over de nieuwe criteria? Zult u bij de uitwerking van de criteria rekening houden met de specifieke kenmerken van de landelijke gebieden? Hoe zal een en ander in de praktijk worden geregeld? Zal er één centraal oproepnummer ingevoerd worden? Zullen de artsen zich moeten organiseren, zoals nu al het geval is voor bepaalde pilotprojecten? Hoe zult u de bevolking inlichten?

**10.03 Catherine Fonck (cdH):** U bent erin geslaagd om alle artsen tegen u in het harnas te jagen.

Het gemeenschappelijke vakbondsfront van de artsen en de huisartsenkringenverenigingen protesteren tegen de visie van uw kabinet op de organisatie van de wachtdiensten, waarin het ziekenhuis centraal staat in de organisatie van de gezondheidszorg. Er werd geen rekening gehouden met de argumenten en de oplossingen van het gemeenschappelijke vakbondsfront.

U zal vast verwijzen naar het rapport van het KCE. Maar waarom waren er twee zittingen van de raad van bestuur nodig om het rapport goed te keuren?

Als we de chronologie van dit dossier analyseren, krijgen we de indruk dat het kabinet eerst een standpunt heeft ingenomen om het KCE te beïnvloeden. Kunt u hierover meer duidelijkheid geven?

Het is trouwens een vergissing om de ziekenhuizen centraal te stellen! Het is eveneens een vergissing om een uniform model te willen opleggen. De werkelijkheid is gelaagd en heeft vele facetten.

Afhankelijk van de ligging in een stedelijk of landelijk gebied en de aanwezige krachten zijn de partnerschappen en ook de organisatie anders.

U moet uw model heroverwegen. De

les différents services d'urgence et les postes de garde des médecins généralistes? Envisage-t-elle par ailleurs de sensibiliser la population à une utilisation à bon escient des services d'urgence? Existe-t-il des exemples et des évaluations d'initiatives déployées par des hôpitaux?

**10.02 Caroline Cassart-Mailleux (MR):** Vous avez annoncé travailler à de nouveaux critères à propos des postes de garde médicale. Je voudrais attirer votre attention sur les zones rurales: de même qu'elles diffèrent fort de Bruxelles, les critères aussi devraient être différents.

Vous concerterez-vous avec les différentes zones pour élaborer les nouveaux critères? Tiendrez-vous compte des particularités du milieu rural? Quelles seront les modalités pratiques? Y aura-t-il un numéro d'appel unique? Les médecins devront-ils s'organiser comme dans certains projets pilotes? Comment assurerez-vous la communication aux citoyens?

**10.03 Catherine Fonck (cdH):** Vous avez réussi à liguier tous les médecins contre vous.

Le front commun des syndicats médicaux et les associations de cercles de médecine générale protestent contre la vision de votre cabinet sur l'organisation de la garde, qui met l'hôpital au centre de l'organisation des soins de santé. Il n'a pas été tenu compte des arguments et solutions proposés par le front commun.

Vous allez invoquer le rapport du KCE. Mais pourquoi a-t-il fallu deux séances du conseil d'administration pour l'avaliser?

L'analyse de la chronologie du dossier donne l'impression que le cabinet s'est d'abord positionné pour influencer le KCE. Pouvez-vous nous donner des explications à ce sujet?

Par ailleurs, vouloir tout ramener à l'hôpital est une erreur! Tout comme vouloir imposer un modèle uniforme. La réalité est plurielle.

En fonction du milieu urbain ou rural et des forces en présence, les partenariats diffèrent; les organisations aussi.

Vous devez repenser votre modèle. Les partis de

meerderheidspartijen moeten dat dossier in overleg met de huisartsen herzien.

Dankzij de verschillende modellen afhankelijk van de regio's zullen we over een performant systeem van wachtdiensten kunnen beschikken.

**10.04 Valerie Van Peel (N-VA):** Recente cijfers van de minister bewijzen dat er een oneigenlijk gebruik is van de spoeddiensten. In het zuiden van het land is het oneigenlijk gebruik nog veel groter. Het centraal stellen van de eerstelijnszorg is daar veel minder gebruikelijk.

Een oplossing is niet evident. Het Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE) suggereert als oplossing het integreren van de wachtposten in de spoeddiensten. Dat lijkt op het eerste gezicht een goed idee. Deze keuze heeft ook gevolgen voor het centraal stellen van de eerstelijnszorg. In Vlaanderen geloven we daar sterk in. Ook het regeerakkoord wil daarop (blijven) inzetten. Denkt de minister aan 'poortartsen' om de *triage* aan de ziekenhuisgang beter te laten gebeuren?

Ik blijf geloven in het systeem van de wachtposten, die zich in bepaalde gebieden wellicht het beste heel dicht bij de ziekenhuizen bevinden. Ik weet alleen niet of je hiervan een algemeen model voor het hele land moet maken. De verdere uitrol van het oproepnummer 1733 zou ook voor een groot deel de problematiek moeten kunnen opvangen. Men zal de drie systemen sowieso moeten samenbrengen. Wat is de stand van zaken?

**10.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen):** Huisartsenwachtposten moeten autonoom kunnen functioneren, los van de spoeddienst.

De vraag is in welke mate dat nog mogelijk zal zijn als ze een lokaal van een ziekenhuis moeten huren om hun wachtpost te organiseren. Hoe zal een en ander bovendien worden georganiseerd? Hoe zal de *triage* gebeuren? Hoe kan worden gegarandeerd dat de verworvenheden van de huisartsenwachtposten niet worden opgeofferd?

**10.06 Nathalie Muylle (CD&V):** De studie van het KCE is een enorme meerwaarde in de discussie over de spoeddiensten en de huisartsenwachtposten, omdat ze op objectieve

cette majorité doivent revoir ce dossier, en concertation avec les médecins généralistes.

Ce sont des modèles différents en fonction des régions qui rendront notre système de garde performant.

**10.04 Valerie Van Peel (N-VA):** Des statistiques communiquées récemment par la ministre prouvent que les services d'urgences sont confrontés à certains abus. Ces pratiques sont nettement plus fréquentes dans la partie sud du pays, où les soins de santé de première ligne jouent un rôle beaucoup moins central.

Il n'est pas aisé de trouver une solution à ce problème. Pour le résoudre, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) suggère d'intégrer les postes de garde dans les services d'urgences. À première vue, cette option paraît une bonne idée. Ce choix contribuera également à renforcer le rôle des soins de première ligne, un principe que nous appliquons avec conviction en Flandre. L'accord de gouvernement va également dans ce sens. La ministre envisage-t-elle de créer des fonctions de médecins "trieurs" chargés de mieux aiguiller les patients dès leur arrivée à l'hôpital?

Je continue de croire à la pertinence d'un système de postes de garde qui, dans certaines régions, devraient de préférence se situer à proximité immédiate des hôpitaux. Je ne sais cependant pas s'il convient d'en faire un modèle général applicable à l'ensemble du pays. La poursuite de la mise en place du numéro 1733 permettrait également de résoudre une grande partie du problème. Les trois systèmes devront en tout état de cause être harmonisés. Où en est cette question?

**10.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen):** Les postes de garde des médecins généralistes doivent pouvoir fonctionner de manière autonome, indépendamment du service d'urgence.

La question est de savoir dans quelle mesure cette autonomie pourra être préservée lorsqu'ils devront louer un local dans un hôpital pour organiser leur poste de garde. Comment tout cela sera-t-il du reste organisé? Comment s'effectuera le triage? Comment garantir que les acquis des postes de garde des médecins généralistes ne seront pas sacrifiés?

**10.06 Nathalie Muylle (CD&V):** L'étude du KCE constitue une immense plus-value dans la discussion relative aux services d'urgence et aux postes de garde de médecins généralistes, parce

wijze aantoonde wat de problemen zijn. Er zijn te veel spoeddiensten in ons land en mensen stappen er te snel naartoe, terwijl ze vaak even goed door een huisarts kunnen worden geholpen.

Ik ben voorstander van de voorstellen uit de KCE-studie, die spreekt over rationaliseren en specialiseren, mét behoud van toegankelijkheid en kwaliteit. Dat is in het belang van de patiënt. Wachtposten op een spoeddienst zijn een goed idee volgens mij. Door die *triage* komen patiënten dan meteen op de juiste plaats terecht. Het voorstel om de remgelden gelijk te schakelen tussen de eerstelijnszorg en de spoedzorg, is ook een goed voorstel.

De KCE-studie is een belangrijk instrument in deze hele discussie. Tijdens de bespreking op de raad van bestuur was er geen enkele beïnvloeding vanuit het kabinet van de minister. Iedereen heeft gestemd naar eigen inzicht. Ik vind het belangrijk om dat te benadrukken.

Graag zou ik nu van de minister weten wat de stand van zaken is. Hoe ziet zij de zaken? Wat is de timing?

**10.07 Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): In dat zeer interessante rapport wordt er gewezen op de noodzaak om de locatie en de opportuniteit van de spoeddiensten te herzien. De aanbeveling om de wachtposten in de ziekenhuizen te integreren teneinde de patiënten daarheen te leiden in plaats van naar de spoeddiensten, vind ik dan weer verontrustend. In het rapport wordt ook het gebrek aan uniformiteit van de wachtposten bekritiseerd. Ik vind het niet kunnen dat men, om een probleem van de ziekenhuissector op te lossen, dan maar de eerstelijnszorg achteruittelt.

Heeft de werkgroep die zich over de harmonisatie van de wachtposten zou buigen, zijn werkzaamheden afgerond? Sommige wachtposten zijn al in ziekenhuizen gevestigd maar waar zulks aangewezen lijkt, liggen ze dicht bij woongebieden. Zult u die mogelijkheid behouden?

Via het oproepnummer 1733 wordt de triage van de patiënten georganiseerd, dankzij een professionele analyse van de oproepen. Dit dossier is echter nog steeds geblokkeerd: hoe evolueert het? Met uitzondering van dit verslag, dat de logica schijnt om te keren, dringen alle verslagen aan op de verdere uitbouw van de eerstelijnszorg om een kwalitatieve gezondheidszorg te garanderen.

**10.08 Minister Maggie De Block** (Nederlands): De

qu'elle pointe objectivement les problèmes. Les services d'urgence sont trop nombreux dans notre pays et les citoyens y recourent trop facilement alors qu'ils pourraient tout aussi bien se tourner vers leur généraliste.

Je suis favorable aux propositions du KCE concernant la rationalisation et la spécialisation avec maintien de l'accessibilité et de la qualité de soins. Ces propositions profiteront au patient. Les postes de garde intégrés aux services d'urgence me semblent être une bonne idée. Le système de tri oriente directement les patients vers une prise en charge *ad hoc*. La proposition visant à harmoniser le ticket modérateur des soins de première ligne et des soins d'urgence est également positive.

L'étude du KCE est un instrument important dans l'ensemble de cette discussion. Le cabinet de la ministre n'a nullement influé sur la discussion qui s'est tenue au sein du conseil d'administration. Chacun a voté selon ses propres convictions et je trouve important de le souligner.

Je souhaiterais que la ministre m'informe sur l'état d'avancement du dossier. Comme entrevoit-elle la situation? Quel est l'échéancier prévu?

**10.07 Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): Ce rapport fort intéressant révèle la nécessité de revoir le lieu et l'opportunité des services d'urgence. Je trouve par contre dérangeante la recommandation selon laquelle les postes de garde devraient être intégrés aux sites hospitaliers, afin d'y diriger les patients plutôt qu'aux urgences. Le rapport critique ensuite le manque d'uniformité entre les postes de garde. Je refuse que, pour répondre à un problème d'organisation du secteur hospitalier, on en vienne à ne pas respecter la première ligne.

Le groupe de travail pour l'harmonisation des postes de garde a-t-il terminé ses travaux? Certains postes de garde sont déjà installés sur des sites hospitaliers mais, là où cela semble judicieux, ils sont implantés plus près des habitations. Maintiendrez-vous cette possibilité?

Le numéro 1733 est l'outil qui permet un tri des patients grâce à une analyse professionnelle des appels. Or, ce dossier est toujours bloqué: où en est-on? Tous les rapports, sauf celui-ci qui semble inverser la logique, insistent sur le développement de la première ligne pour garantir des soins de santé de qualité.

**10.08 Maggie De Block**, ministre (en néerlandais):

studie van het KCE – dat volledig onafhankelijk functioneert en enkel administratief onder mijn hoede valt – heeft voor veel ophef gezorgd. Dat is eigenlijk ook de bedoeling, want als er niet over wordt gesproken, heeft het zijn doel niet bereikt. Ik ben wel blij dat mevrouw Muylle, als aangeduid lid van het KCE, heeft bevestigd dat er geen enkele sprake is geweest van enige vorm van beïnvloeding vanwege mijn kabinet.

De zeer verscheiden onderdelen van dit dossier kunnen niet van elkaar worden losgekoppeld zonder de impact op het geheel uit het oog te verliezen. Daarom is binnen mijn beleidscel een taskforce Niet-planbare Zorg opgericht, die de studie van het KCE zeer nauwkeurig moet ontleden, in overleg met alle betrokken medische diensten en andere actoren. Bedoeling is om aldus een antwoord te bieden op de vraag inzake niet-planbare zorg van burgers en patiënten in de toekomst.

Er bestaat binnen de taskforce wel degelijk een consensus over het afsprakenplan, dat nu eerst nog ter bespreking is voorgelegd aan het Verzekeringscomité.

De werkgroep Wachtposten van het RIZIV analyseert de aanvragen en bereidt ook de dossiers voor nieuwe wachtposten voor. Een goede triage is essentieel in niet-planbare zorg en daarbij denken we aan de verdere uitbouw van de medische dispatching, zowel in de hulpcentra 112 als door de integratie van 1733 binnen de medische dispatching. Daartoe werd een aantal studieprojecten opgestart, die de taskforce nauw zal opvolgen en waarvan de resultaten meteen zullen worden geïntegreerd in het beleid. Momenteel loopt een dergelijk project in de streek Leuven-Tienen. Een vergelijkbaar project is al gepland in Wallonië, maar is nog niet opgestart.

*(Frans)* Er is een groot verschil tussen een landelijk gebied en een grote stad waar er ziekenhuizen zijn.

*(Nederlands)* De voorbije jaren werd er hard gewerkt aan de veiligheid van de huisartsen – niet alleen de veiligheid in de wachtkamer maar ook tijdens de consultatie – en van de huisartsenposten. We hebben hierover ruim overlegd met de minister van Binnenlandse Zaken.

*(Frans)* Ik bekijk de organisatie van de wachtdiensten liever uit een ruimere invalshoek, aangezien het hier gaat over de organisatie van zorg die niet in te plannen valt.

L'étude du KCE – qui fonctionne en toute indépendance et ne relève de ma tutelle qu'administrativement – a fait couler beaucoup d'encre. C'est un peu le but recherché car si on n'en parlait pas, cela signifierait qu'elle n'aurait pas atteint son objectif. Je me réjouis que Mme Muylle, en sa qualité de membre désignée du KCE, ait confirmé qu'il n'a absolument pas été question de quelque forme de tentative d'influence que ce soit de la part de mon cabinet.

On ne peut dissocier les chapitres très divers de ce dossier sans perdre de vue l'impact sur l'ensemble. C'est ce qui m'a amenée à créer au sein de ma cellule stratégique une *task force* Soins Non Programmables qui est chargée d'analyser très minutieusement l'étude du KCE, en concertation avec tous les services médicaux concernés et les autres acteurs. Le but est d'apporter une réponse à la question des soins non programmables au bénéfice des citoyens et des patients dans le futur.

Un consensus existe au sein de la *task force* sur le protocole qui sera à présent discuté par le Comité de l'assurance.

Le groupe de travail Postes de garde de l'INAMI analyse les demandes et prépare également les dossiers pour les nouveaux postes de garde. Un triage efficace est essentiel pour les soins non programmables et nous réfléchissons à cet égard à un renforcement du dispatching médical, tant dans les centres 112 que par une intégration du numéro 1733 dans le dispatching médical. Plusieurs projets d'étude ont été lancés dans ce domaine; ils seront étroitement suivis par la *task force* et leurs résultats seront immédiatement intégrés dans la politique. Un tel projet est actuellement mené dans la région Louvain-Tirlemont. Un projet analogue est prévu en Wallonie, mais il n'a pas encore démarré.

*(En français)* Il y a une grande différence entre une zone rurale et une grande ville dotée d'hôpitaux.

*(En néerlandais)* Ces dernières années, de nombreux efforts ont été consentis pour améliorer la sécurité des médecins généralistes – non seulement en salle d'attente mais également durant la consultation – et des postes de garde en médecine générale. Une vaste concertation a eu lieu à ce sujet avec le ministre de l'Intérieur.

*(En français)* Je préfère envisager l'organisation de la garde sous un angle plus large, étant donné l'organisation de soins non planifiables.



(Nederlands) Uit de studie blijkt dat veel patiënten niet weten tot wie ze zich moeten richten. Dat leidt ertoe dat sommige spoeddiensten te veel werk hebben – met urenlange wachtrijen voor niet-dringende zaken – of net te weinig. Dat is uiteindelijk onhoudbaar.

(Frans) De taskforce in mijn kabinet, waarin alle artsensyndicaten vertegenwoordigd zijn, werd opgericht om een constructieve dialoog mogelijk te maken. De artsensyndicaten komen meerdere keren per week naar het kabinet en zouden me gemakkelijk kunnen spreken, maar als ze liever open brieven publiceren, dan is dat ook prima. Ik verzeker u dat ze het onderling ook oneens zijn! Alle in de open brief vermelde items staan al op de agenda van de taskforce.

Lange tijd was er niets gecoördineerd. Er liepen meerdere projecten maar de criteria waren onduidelijk. Thans zijn sommige wachtposten, net zoals de urgentiediensten, overbelast, terwijl andere geen werk hebben. Er dringt zich een geïntegreerde visie op, met één nummer en een methode voor de triage. We werken daaraan.

Er werden voor het proefproject middelen uitgetrokken. Ik zou willen dat het ook in het Waals Gewest handen en voeten zou krijgen.

Voorzitter: mevrouw Yoleen Van Camp.

**10.09** **Monica De Coninck** (sp.a): Het moge duidelijk zijn dat dit dossier heel wat belangstelling opwekt. Het is natuurlijk goed dat de minister hiervoor een taskforce heeft opgericht, maar ondertussen heeft ze toch wel al veel taskforces. We kunnen toch niet blijven analyseren! We moeten starten met een langetermijnplan waarin alle partijen zich kunnen vinden. Ik hoop dat de minister daarmee snel succes boekt.

**10.10** **Caroline Cassart-Mailleux** (MR): Ik neem nota van de geïntegreerde en globale visie en het centrale nummer. Ik dring erop aan dat er rekening wordt gehouden met de situatie in de landelijke gebieden waar er een artsentekort is.

**10.11** **Catherine Fonck** (cdH): We zijn het erover eens dat de triage via het nummer 1733 en de veiligheid van de huisartsen belangrijk zijn, dat er rekening moet worden gehouden met de demografische evolutie en dat de financiering gekoppeld moet zijn aan kwaliteitscriteria.

(En néerlandais) Il ressort de l'étude que beaucoup de patients ignorent à qui ils doivent s'adresser. Il s'ensuit que certains services d'urgence sont débordés – avec des heures d'attente pour des cas non urgents – alors que d'autres services d'urgence ont trop peu à faire. Cette situation est finalement intenable.

(En français) La *task force* au sein de mon cabinet, dans laquelle sont représentés tous les syndicats, a pour but de permettre un dialogue constructif. Ils viennent au cabinet plusieurs fois par semaine et pourraient me parler facilement mais s'ils préfèrent publier des lettres ouvertes, c'est bien aussi. Je vous assure qu'ils se disputent aussi entre eux! Chaque élément évoqué dans la lettre ouverte est déjà à l'ordre du jour de la *task force*.

Depuis longtemps, rien n'était coordonné. Des projets étaient en cours mais les critères manquaient de clarté. Aujourd'hui, les postes de garde sont parfois surchargés ou inutilisés, de même que les services d'urgences. Une vision intégrée est nécessaire, avec un numéro et une méthode de triage. Nous y travaillons.

Le financement a été prévu pour le projet de pilotage. Je voudrais qu'il puisse être concrétisé aussi en Région wallonne.

Présidente: Mme Yoleen Van Camp.

**10.09** **Monica De Coninck** (sp.a): Il est clair que ce dossier suscite beaucoup d'intérêt. Bien entendu, on peut se réjouir que la ministre ait mis sur pied une *task force* à ce sujet, mais il en existe déjà dans de nombreux autres domaines. Nous ne pouvons tout de même pas nous contenter de réaliser des analyses! Il faut s'atteler à l'élaboration d'un plan à long terme auquel peuvent adhérer toutes les parties. J'espère que la ministre y parviendra rapidement.

**10.10** **Caroline Cassart-Mailleux** (MR): Je retiens la vision intégrée et globale et le numéro unique. J'insiste sur la nécessité de distinguer les zones rurales qui souffrent d'un manque de médecins.

**10.11** **Catherine Fonck** (cdH): Nous nous rejoignons sur l'importance d'un tri via le 1733, la sécurité des généralistes, la prise en compte de l'évolution démographique et l'association du financement aux critères de qualité.

Uit belangrijke studies betreffende de organisatie van de spoeddiensten in andere landen blijkt dat de combinatie van de huisartsenwachtposten en de spoeddiensten niet tot het gewenste resultaat leidt, maar net het omgekeerde effect heeft, omdat er meer patiënten worden doorgestuurd naar de spoeddiensten en de kosteneffectiviteit en de patiënttevredenheid afnemen.

Ik dien dus een motie in over de erkenning van de huisartsengeneeskunde als fundamenteel onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg, over de triage via het oproepnummer 1733 en vooral over het belang van het feit dat er geen gestandaardiseerd model van huisartsenwachtdiensten wordt opgelegd die 24/7 in of naast de spoeddiensten werken: we moeten rekening houden met de complexe en gelaagde werkelijkheid en ons niet uitsluitend baseren op het rapport van het KCE.

**10.12 Valerie Van Peel (N-VA):** Er zullen oplossingen op maat moeten komen, al naargelang de aard van de regio's. Vooral de stedelijke regio's zullen gebaat zijn met een sterke huisartsenwachtpost die dicht bij een ziekenhuis ligt. Dat hoeft niet per se *in* het ziekenhuis zelf te zijn, want dat is ook niet zonder mogelijke complicaties.

Ik hoop dat alvast de taskforce duidelijk zal maken hoe de triage afdwingbaar gemaakt kan worden, want daarover is er nog onduidelijkheid.

**10.13 Anne Dedry (Ecolo-Groen):** Ik leid uit het antwoord van de minister vooral grote voorzichtigheid af.

**10.14 Minister Maggie De Block (Nederlands):** Het overleg is nog volop aan de gang. Ik wil niet ingaan op bepaalde zaken zolang daarover geen consensus is.

Uiteraard moeten we rekening houden met wat er al bestaat. In Wallonië is er bijna een volledige dekking door huisartsenwachtposten, in Vlaanderen moet nog een inhaalbeweging gebeuren. Daarom hebben we eerst alles in het werk gesteld om aanvragen voor nieuwe posten opnieuw mogelijk te maken.

**10.15 Anne Dedry (Ecolo-Groen):** De huisartsen staan zeker open voor diverse organisatiemodellen. Hun zorg betreft vooral het behoud van hun autonomie. Ik had graag van de minister vernomen dat ook zij die bekommernis deelt.

Par contre, d'importantes études sur la pratique des urgences menées dans d'autres pays montrent que le couplage de la médecine générale aux urgences donne des résultats inverses aux objectifs poursuivis, avec un accroissement des urgences et une détérioration du rapport coût/efficacité et de la satisfaction du patient.

Je dépose donc une motion portant sur la reconnaissance de la médecine générale comme élément essentiel de première ligne de soins, sur le tri via le numéro 1733 et surtout sur l'importance de ne pas imposer un modèle unique de postes de garde fonctionnant en permanence de manière couplée avec les services d'urgence: il faut tenir compte de la réalité plurielle et ne pas se fonder uniquement sur le rapport du KCE.

**10.12 Valerie Van Peel (N-VA):** Des solutions sur mesure devront être imaginées, en fonction de la nature des régions. Un poste de garde de médecins généralistes bien structuré et proche d'un hôpital sera particulièrement utile dans les régions urbaines. Il ne doit pas forcément être situé à l'intérieur d'un hôpital, car cette situation pourrait être source de complications.

J'espère que la *task force* réussira en tout cas à préciser comment rendre le triage obligatoire, car des imprécisions subsistent sur ce point.

**10.13 Anne Dedry (Ecolo-Groen):** Je perçois essentiellement une grande prudence dans la réponse de la ministre.

**10.14 Maggie De Block, ministre (en néerlandais):** La concertation est encore en cours. Je ne veux pas aborder certains points tant qu'ils ne font pas l'objet d'un consensus.

Nous devons évidemment tenir compte de ce qui existe déjà. La Wallonie est déjà presque entièrement couverte en matière de postes de garde en médecine générale, tandis que la Flandre doit encore rattraper un certain retard. C'est pourquoi nous avons tout d'abord tout mis en œuvre pour permettre à nouveau les demandes relatives à de nouveaux postes.

**10.15 Anne Dedry (Ecolo-Groen):** Les médecins généralistes sont certainement ouverts à différents modèles organisationnels. Ils souhaitent avant tout que leur autonomie soit préservée. J'aurais aimé entendre que la ministre partage également cette préoccupation.

**10.16 Nathalie Muylle** (CD&V): Ik deel de bezorgdheid van mevrouw Dedry. Huisartsenwachtposten in landelijke gebieden kunnen toch perfect bestaan naast huisartsenwachtposten in ziekenhuizen in de stedelijke gebieden?

Mevrouw Fonck vergelijkt onze situatie met die in het buitenland, maar dat is moeilijk omdat we nog moeten beginnen aan een concentratie van onze spoeddiensten. Dat kadert ook in de reorganisatie van ons ziekenhuislandschap.

Ik voel dat er een draagvlak is, zowel bij de huisartsen en ziekenhuizen als bij de patiëntenorganisaties. Nu moet er snel een goed voorstel komen.

### **Moties**

De **voorzitter**: Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Catherine Fonck en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Catherine Fonck

en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

vraagt de regering

- de huisartsengeneeskunde te erkennen als een fundamenteel onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg;
- volwaardig overleg met de huisartsen en de spoedartsen op poten te zetten teneinde de beste oplossing aan te reiken om de wachtdienst buiten de werkuren zo efficiënt mogelijk te maken en zo de bevolking een kwaliteitsvolle dienstverlening te bieden;
- de triage van de operationele oproepen voor de zorgaanvragen (via het centrale nummer 1733) te verzekeren, vóór ze naar de huisarts of het ziekenhuis worden doorverwezen, en dit onder de verantwoordelijkheid van de overheid;
- geen gestandaardiseerd model van huisartsenwachtdiensten 24/7 in of naast de spoeddiensten van de ziekenhuizen op te leggen, maar de huisartsenkringen en de ziekenhuizen van hun regio de mogelijkheid te bieden een wachtdienst te organiseren die met hun specifieke

**10.16 Nathalie Muylle** (CD&V): Je partage la préoccupation de Mme Dedry. Les postes de garde de médecins généralistes créés dans les zones rurales peuvent quand même parfaitement coexister avec les postes de garde de médecins généralistes mis en place dans les hôpitaux des zones urbaines.

Mme Fonck compare notre situation avec celle qui prévaut à l'étranger mais il s'agit d'un exercice difficile étant donné que nous n'avons pas encore entamé notre réflexion sur la concentration des services d'urgence. Cet objectif s'inscrit d'ailleurs dans la réorganisation de notre paysage hospitalier.

J'ai le sentiment que tant les médecins généralistes que les hôpitaux et les organisations de patients se rallient à cet objectif. Il faut à présent œuvrer rapidement à une proposition valable.

### **Motions**

La **présidente**: En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Catherine Fonck et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Catherine Fonck

et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

demande au gouvernement

- de reconnaître la médecine générale comme élément essentiel de la première ligne de soins de notre système de santé;
- de mettre en place une réelle concertation avec les médecins généralistes et les urgentistes pour rechercher la meilleure solution qui doit rendre le plus efficient possible le service à la population qu'est la garde en dehors des heures ouvrables, dans l'objectif d'offrir à la population un service de garde de qualité;
- d'instaurer un tri des appels opérationnels pour les demandes de soins (via le numéro d'appel uniforme 1733) en amont de la médecine générale et de l'hôpital, et ce sous la responsabilité de l'État;
- de ne pas imposer un modèle standardisé de permanences de médecine générale ouvertes 24h/24 et 7 jours/7 dans ou à côté des services d'urgence des hôpitaux, mais de donner l'opportunité aux cercles de médecine générale et aux hôpitaux de leur région d'organiser un modèle

kenmerken overeenstemt."

de garde qui correspond à leurs spécificités."

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Dirk Janssens en de dames Nathalie Muylle, Ine Somers en Valerie Van Peel.

Une motion pure et simple a été déposée par M. Dirk Janssens et Mmes Nathalie Muylle, Ine Somers et Valerie Van Peel.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.08 uur.*

*La réunion publique de commission est levée à 12 h 08.*