

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 3 MEI 2016

Voormiddag

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

du

MARDI 3 MAI 2016

Matin

La séance est ouverte à 10.03 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.

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

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

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

01.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous ai déjà interrogée sur les *big data* en mars 2015. Dans la question que je vous ai envoyée, j'ai repris ce que vous m'aviez dit à l'époque. Je ne vais pas relire votre réponse car je ne doute pas que vous avez pu en prendre connaissance.

Un peu avant, lors du débat au sujet de l'e-Health, j'avais fait référence à un accord conclu entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (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 d'une plate-forme baptisée healthdata.be. Cette plate-forme utilise des données sous pseudonymes mais il est possible de retrouver le patient, à l'inverse des données agrégées. C'est assez technique mais cela change tout en termes de garantie au niveau de l'anonymat.

Je vous avais alors demandé de pouvoir disposer de cet accord entre l'INAMI et l'ISP et d'avoir votre avis sur ces données "pseudonymisées" et non agrégées. Outre le fait que vous aviez reçu le feu vert de la Commission de la protection de la vie privée, vous ne m'aviez pas donné d'information.

J'ai consulté le site healthdata.be et, à titre d'exemple, le registre IQED, qui reprend les données de santé de patients diabétiques contient, pour chaque patient, le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et le lieu de résidence.

Madame la ministre, qu'en est-il de la conformité de la tenue de ce registre IQED avec le principe du respect de la vie privée du patient et avec votre engagement de n'utiliser que des données "anonymisées", qui ne permettent en aucune manière de retrouver l'identité de la personne concernée? Preuve à l'appui, ce n'est manifestement pas le cas!

La situation du registre IQED est-elle unique ou d'autres registres sont-ils concernés par ce recueil de données personnelles non "anonymisées" de patients?

01.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, dans le cadre du registre *Initiative for Quality promotion and Epidemiology in Diabetes care* (IQED), la plate-forme healthdata.be de l'ISP ne rassemble que des données "pseudonymisées", c'est-à-dire des données qui empêchent d'identifier formellement les patients.

La description de la récolte des données indique le nom, le prénom, la date de naissance, le sexe et le lieu de résidence. Le nom et le prénom ne sont utilisés que dans le but de faciliter l'enregistrement par le clinicien. Ils ne sont jamais divulgués à la plate-forme healthdata.be. En ce qui concerne la date de

naissance, seuls le mois et l'année sont transmis à la plate-forme. Enfin, le lieu de résidence est toujours agrégé par la personne qui fournit les données à un niveau déterminé par le comité sectoriel de la santé. Chaque mesure est applicable à toutes les récoltes des données.

Ces mesures visant la "pseudonymisation" sont affichées clairement dans le logiciel HD4DP, le *Health Data for Data Providers*, qui est utilisé au sein des hôpitaux. Sur la base de la description de la récolte de données publiée sur le site web healthdata.be, il s'avère en effet que les mesures ne sont pas claires pour tout le monde. Cela sera résolu lors de la prochaine mise à jour du logiciel HD4DP.

La plate-forme healthdata.be rassemble des données "pseudonymisées". Cette méthode est nécessaire pour permettre de mener des études longitudinales, de contrôler la qualité des données et, dans certains cas, de recruter des patients. Tout cela est impossible avec des données totalement anonymes. La plate-forme healthdata.be de l'ISP prévoit toutes les fonctionnalités techniques permettant de garantir la sécurité des informations ainsi que la protection de la vie privée du patient et de l'acteur de soins, en plus du secret médical.

Pour ce faire, les services électroniques suivants sont plus particulièrement intégrés dans la structure de base de la plate-forme e-health: la boîte mail sécurisée, le codage et l' "anonymisation", le certificat e-health, la gestion intégrée des utilisateurs et de l'accès, le système de cryptage *end-to-end*. La "pseudonymisation" est effectuée par un tiers, la plate-forme e-health qui fait que ni la plate-forme healthdata.be de l'ISP ni les chercheurs des registres ne peuvent retrouver l'identité des patients.

La structure de base de la plate-forme *Healthdata* a été soumise, le 12 septembre 2014, au groupe de travail architecture de la plate-forme *eHealth*. Le groupe a approuvé cette architecture le 6 mars 2015. Elle a également été approuvée par le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.

En ce qui concerne le développement et la mise en œuvre, l'ISP a travaillé en étroite collaboration avec le secteur, y compris les *hubs* comme le Réseau Santé wallon, Abrumet, Collaborative Zorgplatform, Vlaams Ziekenhuisnetwerk, KU Leuven et Antwerpse Regionale Hub. Du côté des hôpitaux wallons, l'application HD4DP de la plate-forme *Healthdata* a été intégrée dans le connecteur de X-connect.

La plate-forme *Healthdata* de l'ISP a désigné un conseiller en sécurité ainsi qu'un médecin responsable de la confidentialité des données reprises dans les différents registres. Ils sont chargés de veiller à ce que chaque membre du personnel de la plate-forme *eHealthdata.be* ainsi que chaque chercheur ayant accès à la plate-forme n'ait accès qu'aux données dont il a réellement besoin pour accomplir sa mission.

En outre, un acteur de soin tenu au secret professionnel, sans aucun lien avec la plate-forme *Healthdata* et qui réceptionne les données effectuera un *small sell risk analysis* à chaque récolte de données. Il décrit également toute action devant être entreprise afin d'empêcher toute nouvelle identification de patients sur la base de données personnelles pseudonymisées dont disposent les chercheurs.

01.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, vous donnez beaucoup d'informations que je connaissais pour la plupart, mais vous ne répondez pas à la question essentielle. Pourquoi permettez-vous qu'on utilise des données pseudonymisées et non pas agrégées?

Il est légitime de récolter les données santé mais on ne peut pas demander aux médecins de fournir des informations relatives à leurs patients sans avoir la garantie que ces données soient définitivement anonymes.

Sont-elles anonymes? En réalité, pas tant que cela. Elles sont traitées de manière telle qu'il est possible, avec la table de conversion, de convertir le pseudonyme en l'identité du patient. L'identité du patient est donc conservée et cela permet, le cas échéant, de la retrouver.

Je ne prétends pas qu'il est dans votre intention d'identifier les patients mais garantir l'anonymat signifie le garantir définitivement. Sinon demain, un autre ministre de la Santé pourrait autoriser à nouveau l'identification des patients afin de traiter les données dans une finalité autre que celle guidée lors de leur récolte.

J'insiste: pourquoi ne pas travailler avec des données non agrégées afin de garantir l'anonymat au travers

de ces verrous?

01.04 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, vous n'avez peut-être pas entendu mais la réponse est pourtant claire. La plate-forme *Healthdata* rassemble uniquement des données pseudonymisées. Cette méthode est nécessaire afin de réaliser des études longitudinales. Celle-ci comporte des clés comme l'enregistrement des personnes qui la consultent, la mise en œuvre d'un *analysis risk* et l'engagement de la responsabilité de médecins.

Je ne comprends pas en quoi la réponse que je vous ai fournie ne vous éclaire pas.

01.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je ne comprends pas également que vous ne compreniez pas ma question.

Non seulement *Healthdata* a fait le choix de données pseudonymes et non pas de données non agrégées et de plus, vous validez ceci prétextant que votre choix s'est porté sur des données pseudonymisées.

C'est dommage, madame la ministre. Vous êtes la porte-parole de *ehealth* et vous n'avez pas pris vous-même la mesure des enjeux liés à cette question technique mais néanmoins essentielle.

La **présidente**: Il est vrai que la question de l'anonymat revient à différents niveaux et celle-ci reviendra dans les jours qui viennent au travers d'autres questions. Il serait peut-être intéressant d'avoir un moment pour comprendre cette technicité. Nous ne comprenons pas bien ces matières liées à ce domaine très technique parce que nous ne sommes pas spécialistes en la matière.

Le dispositif mis en place est-il différent de ce que nous pensons qu'il est au travers des textes? Il serait sans doute intéressant et judicieux d'aborder ces sujets techniques en commission afin de voir jusqu'où il y a respect de l'anonymat ou non.

01.06 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, cela ne pose aucun problème d'inviter les techniciens en la matière afin de vous éclairer.

Cela fait 17 ans que j'assiste à cette commission et ce sont chaque fois les mêmes discussions au sujet de l'anonymisation.

J'y accorde également beaucoup d'importance, mais votre crainte est vraiment basée sur une non-compréhension de la méthode avec laquelle nous travaillons. Je suis à votre disposition pour inviter des techniciens à venir expliquer la gestion de ce dossier à cette commission.

La **présidente**: Je ferai cette proposition à la commission et nous verrons si nous inscrivons cela dans nos travaux.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

01.07 Catherine Fonck (cdH): Nous ne sommes plus dans le cadre de la question, mais sur la manière dont nous pouvons organiser les travaux futurs. Si nous faisons cela, madame la présidente, je demande que nous puissions aussi recevoir des experts indépendants, y compris des médecins indépendants qui maîtrisent cette technicité, et que nous ne refassions pas uniquement le débat sur eHealth. Je vous remercie.

La **présidente**: Nous en discuterons quand nous réfléchirons à l'organisation des travaux de cette commission.

01.08 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik heb het hier al eerder aangehaald, maar in het adviescomité voor Wetenschappelijke en Technologische Innovatie is dat ook een hoofdpunt. Ik weet dus niet waarom we de discussie hier nog eens moeten overdoen. Het is effectief een heel technische discussie, die daar eigenlijk perfect gevoerd kan worden. Die zaken komen daar aan bod en de deskundigen worden daar uitgenodigd. Ik zou alle aanwezigen willen uitnodigen om naar die commissie te komen en daar over het punt te discussiëren.

La **présidente**: La réunion relative aux *big data* avait été reportée à cause de la grève à Belgocontrol.

Si j'ai bien compris l'agenda présenté par M. Foret, ce point est postposé à la fin de l'année. Nous pourrions évidemment réunir les deux groupes.

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

02.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, la Société belge de pédiatrie a plaidé, à l'occasion de son congrès annuel, pour la reconnaissance des sous-spécialités. À l'heure actuelle, trois sous-spécialités sont déjà reconnues: l'hématologie et l'oncologie pédiatrique, la néonatalogie et la neurologie. Les autres, telles que la gastro-entérologie, la pneumologie, la néphrologie et la cardiologie, ne le sont toujours pas. Cela signifie donc qu'il n'y a pas de programme de formation reconnu pour ces spécialités. Et étonnamment!

Prenons la néphrologie que je connais pas mal! D'une part, l'État formule des exigences quant aux néphropédiatres par rapport à certains types de programmes et, d'autre part, ne les reconnaît pas officiellement. Avouez que c'est quand même paradoxal!

La question de cette reconnaissance est essentielle dans la mesure où l'enjeu qu'elle comporte est bien celui de la qualité des soins offerts à nos enfants. Votre porte-parole s'est exprimé en déclarant que vous étiez occupée sur ce dossier, et que vous alliez demander l'avis d'experts.

Madame la ministre, comptez-vous reconnaître ces différentes sous-spécialités? Quel travail avez-vous déjà réalisé dans la reconnaissance de ces sous-spécialités? Dans quel délai ce dossier pourrait-il aboutir?

02.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes m'a rendu cinq avis concernant la création des qualifications professionnelles pour les pédiatres. Il s'agit de la gastro-entérologie, la pneumologie, la néphrologie, l'endocrinologie et la cardiologie pédiatrique.

Pour ces cinq compétences, très spécialisées, les membres du Conseil ont confirmé l'importance d'une formation spécifique aboutissant à l'obtention d'un titre professionnel particulier.

Comme vous le savez, le Conseil a émis plusieurs avis concernant toute une série de titres professionnels. Dans le courant de cette année, je donnerai la priorité aux dossiers comme la réforme de la loi relative aux professions de soins de santé (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 souhaiterais examiner en profondeur l'avis, et surtout faire une analyse des réels besoins en sous-spécialités, et voir où ceux-ci se situent.

Je remarque également que dans l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour les enfants doit répondre pour être agréé, il n'est question de ces sous-spécialités que dans le programme de soins tertiaires, qui est très spécialisé. Il s'agit donc d'un groupe de pédiatres très restreint souvent actif dans le milieu académique, et dans un cadre multidisciplinaire par excellence.

Enfin, je ne manquerai pas d'informer davantage le Collège de pédiatrie sur le dossier, ainsi que l'Académie royale de Pédiatrie. Voilà pourquoi il serait prématuré de déjà proposer un calendrier à ce sujet.

02.03 Catherine Fonck (cdH): Merci, madame la ministre. Vous ne vous engagez pas sur un calendrier, mais vous engagez-vous à ce que ces cinq sous-spécialités soient effectivement reconnues? Je pense que vous devriez le faire. Je le rappelle: il y a des exigences de l'État, mais, en même temps, une non-reconnaissance de ce titre particulier au niveau de l'État. Quel beau paradoxe! Par ailleurs, je plaide pour que vous avanciez avant la fin de cette législature. Au-delà de la demande et de la re-demande de la Société belge de pédiatrie, les enjeux qualitatifs pour les patients, et singulièrement pour les enfants, le nécessitent.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

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 "preventieve hartscreenings bij jongeren" (nr. 11212)

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

La **présidente**: M. Blanchart n'est pas présent et n'a rien fait savoir.

03.01 **Monica De Coninck** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dankzij Prebeator, een initiatief van enkele sportartsen en innovatiespecialisten, kan iedere Belg vanaf september een preventief hartonderzoek van vijf minuten laten uitvoeren om te controleren of er iets mis is met het hart. De test bestaat uit een elektrocardiogram en een vragenlijst die de patiënt moet invullen. De verwerking van de gegevens gebeurt telkens door drie verschillende artsen, zodat men meteen beschikt over drie deskundige adviezen. Het totale kostenplaatje zou ongeveer 30 euro bedragen. Ik ben er niet geheel zeker van, maar het lijkt mij dezelfde soort screening die wordt uitgevoerd als wanneer een ziekenwagen voor dringende interventie is opgeroepen, met een soortgelijk apparaat voor een elektrocardiogram.

De discussie over verplichte hartscreenings bij jongeren is reeds gevoerd. Het zou te veel geld kosten en de test zou nooit honderd procent zekerheid bieden. Nochtans toont het initiatief van Prebeator aan dat de kosten van een hartscreening niet zo hoog hoeven op te lopen en dat drie deskundige adviezen meer uitsluitsel kunnen bieden.

Ondanks het feit dat er jaarlijks 1 op 100 000 jonge Belgen overlijdt door een hartstilstand, gaf u te kennen dat u niet te vinden bent voor een verplichte hartscreening. U noemt het terecht een illusie om te denken dat wij elk overlijden kunnen vermijden, maar het is wel een instrument om toch een aantal overlijdens te vermijden, vooral bij jonge mensen.

Wordt er ingezet op voorlichting? Wordt er samengewerkt met de ministers van Onderwijs en van Sport op Vlaams niveau om na te gaan hoe men dergelijke overlijdens kan voorkomen? Daarnaast zou de installatie van automatische externe defibrillatoren (AED) op publieke plaatsen ook heel wat mensenlevens redden.

Hoe staat u tegenover het initiatief van Prebeator?

Wat biedt u als alternatief voor de verplichte preventieve hartscreenings?

Hoe staat u tegenover verplichte EHBO-lessen en het installeren van meer automatische externe defibrillatoren op publieke plaatsen?

03.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag heeft een beetje een andere insteek en gaat over screening bij jonge sporters. Het KCE is daarvan geen voorstander en neemt hiermee een uitzonderlijke positie in, die onlangs door een wetenschappelijk tijdschrift werd opgemerkt. Een kwart van de sporters met verhoogd risico zou niet opgemerkt worden door deze screening.

Wat is uw standpunt? Bent u voor of tegen het systematisch verplicht screenen van jonge sporters?

Steunt u de resultaten van het onderzoek van het KCE? Er bestaat over dat onderzoek wat twijfel; sommigen stellen het in vraag, dus daarom had ik graag uw standpunt gekend.

Bent u van plan nieuwe tests te onderzoeken, zodat de betrouwbaarheid ervan verbetert?

Welke maatregelen wilt u treffen voor jonge sporters?

03.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Coninck, mevrouw Dedry, het initiatief van professor-dokter Kris Vander Velpen, de drijvende kracht achter Prebeator, is mij bekend. De organisatie bezoekt bedrijven, sportclubs of sportevenementen waar hun verpleegkundigen een EKG afnemen. De amateursporter vult tevens een vragenlijst in. U zei het reeds, dat duurt geen vijf minuten. Het EKG wordt geanalyseerd door een informaticasysteem en een aantal onafhankelijke sportartsen. Bij mogelijk gedetecteerde problemen volgt een doorverwijzing naar een cardioloog.

De vraag is of deze werkwijze in overeenstemming is met de goede medische praktijk en de *evidence based practice*. In het kader hiervan wens ik inderdaad te verwijzen naar het KCE-rapport nr. 241 Cardiovascular Pre-participation Screening in Young Athletes van 2015. Dit document onderzoekt de zin van hartscreening, zowel op medisch, ethisch als op gezondheidseconomisch vlak.

De algemene conclusie luidt: "Plotse dood door een hartafwijking bij een jonge sporter tijdens een sportactiviteit, komt heel zelden voor, maar is zeer tragisch. Maatregelen om dit te voorkomen zouden daarom meer dan welkom zijn. Een systematische medische hartscreening lijkt daarom op het eerste gezicht heel redelijk. Deze schijnbaar logische aanpak zorgde echter voor veel controverse, want er bestaat geen enkel betrouwbaar bewijs van doeltreffendheid. Met andere woorden, het is niet geweten of een algemene screening werkelijk levens kan redden, terwijl wij wel weten dat dergelijke screening aan heel veel mensen zal aanraden om niet te sporten, om niet actief te zijn."

Deze maand werd het KCE-onderzoek eveneens gepubliceerd in het *British Medical Journal* 2016, nadat het tijdschrift hierover advies inwon bij Amerikaanse, Britse en Australische autoriteiten ter zake. Dat bevestigt dat de KCE-studie als wetenschappelijk betrouwbaar en van hoge kwaliteit wordt beschouwd.

Overigens kwam de Hoge Gezondheidsraad eerder tot een gelijkaardige conclusie in haar advies 8 861 van 2013 en legde tevens de nadruk op de nood aan *basic life support*.

Ik ben een groot voorstander van de EHBO-lessen. Zoals u weet behoort het opnemen van deze doelstellingen in de eindtermen tot de bevoegdheid van de minister van Onderwijs van elke deelstaat. Ik heb alvast van mevrouw Crevits gehoord dat zij daarvan voorstander is. Ik zal dat ook vragen aan de nieuwe minister van Onderwijs, Marie-Martine Schyns. Ik heb daarvoor nog niet de gelegenheid gehad. Zij is ook nog maar pas geïnstalleerd.

U weet dat ik mede-indiener was van de wet van 12 juni 2006, samen met mevrouw Avontroodt, die ertoe strekte automatische defibrillatoren toe te laten. Wij zagen dat toen al overal in het buitenland. Bij ons mocht dat alleen door ambulanciers en artsen worden bediend.

Deze wet die het bedienen van automatische externe defibrillatoren door leken toelaat, vormde een belangrijke mijlpaal voor het verschijnen van deze toch wel levensreddende apparaten in het openbaar domein.

Krachtens artikel 11 van het uitvoerend KB van 21 april 2007 dient de eigenaar het apparaat aan te melden bij het directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer bij de FOD Volksgezondheid.

Voor de toekomst zal worden nagegaan hoe deze registratie nog efficiënter kan gebeuren. Uit de huidige stand van de database bij de FOD Volksgezondheid blijkt dat nu al 6 512 automatische defibrillatoren zijn geregistreerd.

Ik wil er ook nog op wijzen dat de preventieve screening niet echt mijn bevoegdheid is. De collega's van de deelstaten zijn daarvoor bevoegd.

Er komen misschien nog andere methodes om een efficiënte screening te doen, een fijnere screening, zodat de mensen die echt risico lopen eruit worden gehaald, in plaats van duizenden mensen ongerust te maken op basis van vermeende problemen waarmee zij nooit te maken zullen hebben, maar die ertoe zullen leiden dat zij nog amper durven te bewegen.

Ik wil er ook nog op wijzen dat topsporters niet één keer een screening ondergaan, maar verschillende keren per jaar. Zeker bij transfers ondergaan zij heel zware hartfunctietesten, maar ook daar zijn er die door de mazen van het net glippen en toch nog een hartstilstand krijgen tijdens of na een training of match.

Volgens mij moet er dus een efficiëntere wetenschappelijke manier van screenen komen en dan zullen wij inderdaad mogelijk levens kunnen redden.

03.04 **Monica De Coninck** (sp.a): Mevrouw de minister, ik heb vorig jaar het examen van vrachtwagenchauffeur afgelegd.

03.05 Minister **Maggie De Block**: Om op vakantie te gaan?

03.06 **Monica De Coninck** (sp.a): Neen. Een van de eisen voor het ontvangen van zo'n rijbewijs, is dat men vooraf een elektrocardiogram ondergaat. Ik vraag mij af of door een combinatie van initiatieven – op het niveau van de Gemeenschappen, Onderwijs, CLB's en geneeskundige onderzoeken – het niet mogelijk is om zulke screenings te organiseren. Zo'n screening kost immers maar 30 euro. Wij moeten dat niet alleen bij sporters maar ook bij kinderen doen, zodat men een advies voor verschillende activiteiten heeft.

Wij moeten werken over de grenzen van de Gemeenschappen en het federaal niveau heen, ook in het kader van preventie. Hier wordt gezegd dat zo'n screening 30 euro kost. Als men zo'n *package* goed onderhandelt en het structureel verweven is in het beleid, dan moet dat toch goedkoper kunnen. Uiteindelijk zijn de centen immers nog altijd een belangrijk argument.

Het is te duur, maar ik meen dat we daaraan iets kunnen doen. Ik geef dit maar mee ter overweging.

03.07 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, het verheugt mij dat u het KCE bijtreedt want dat was ook mijn stelling. Ik ben het ook met u eens dat er werk moet worden gemaakt van een betere wetenschappelijke screening en een andere, nieuwe methode. Nu is er onvoldoende doeltreffendheid.

Ik hoop dat u dit zult faciliteren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions jointes n^{os} 10249 et 10386 de Mme Kattrin Jadin et M. Danie 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 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 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van een nieuwe opleiding tot 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): Madame présidente, madame la ministre, le 3 février dernier, je vous interrogeais au sujet de la pénurie de médecins généralistes. À cette occasion, j'avais fait référence à un rapport interpellant du KCE qui indiquait que "les indicateurs concernant la disponibilité actuelle des

ressources humaines dans le domaine de la médecine générale et des soins infirmiers mettent en question la capacité du système à répondre aux besoins de santé futurs liés à l'évolution démographique".

Face aux besoins en première ligne de soins qui n'est pas la même partout, mais qui est néanmoins cruciale dans certains lieux, certains, en particulier les médecins, suggèrent la création d'une nouvelle profession d'assistant de pratique médicale de première ligne, tandis que d'autres dont l'Union générale des Infirmiers de Belgique (UGIB) proposent d'approfondir la collaboration avec les infirmiers au sein du cabinet du médecin généraliste et d'œuvrer en faveur d'un glissement de la charge de travail du médecin généraliste vers les infirmiers, dans la mesure où le profil de compétences et le rôle des infirmiers répondent parfaitement aux besoins existants.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de la proposition de création de cette nouvelle profession "d'assistant de pratique médicale de première ligne" ainsi que de la proposition de l'UGIB d'alternative à cette nouvelle profession? Comment vous positionnez-vous par rapport à ces différentes propositions? Avez-vous entamé une concertation avec les associations représentatives des médecins généralistes et des infirmiers au sujet de mesures à mettre en place pour soutenir la première ligne de soins? Une concertation avec vos homologues, les ministres de la Santé des entités fédérées, au sujet de la mise en place de la première ligne de soins a-t-elle été organisée? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous éclairer au sujet des conclusions de cette concertation en imaginant que des discussions ont déjà eu lieu en Conférence interministérielle? Dans la négative, ne serait-il pas opportun de faire figurer ce sujet à l'agenda de la prochaine Conférence interministérielle Santé publique?

04.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question est identique à celle de Mme Fonck. Je vais la situer au regard des modifications en cours. En effet, l'arrêté royal de 1978 a en effet été remplacé par la loi de mai 2015.

Comment les tâches entre les acteurs de première ligne seront-elles redistribuées? En l'espèce, que vous inspire la demande émanant des médecins en vue de reconnaître la profession d'assistant de pratique médicale de première ligne? Les associations d'infirmiers ont exprimé leur opposition à cette requête parce que certaines tâches répertoriées relèvent de leurs attributions. En revanche, elles proposent de s'intéresser au profil des infirmiers qui travaillent pour des médecins généralistes. L'UGIB-AUVB-AKVB (Union générale des infirmiers de Belgique) signale également que l'Université d'Anvers va ouvrir, avec d'autres écoles supérieures, une formation d'infirmier de cabinet de médecin généraliste, et non pas d'assistant de pratique médicale de première ligne.

Madame la ministre, comment vous positionnez-vous vis-à-vis de ces modifications visant à réorganiser – peut-être pas de la meilleure façon qui soit - la première ligne?

04.03 Maggie De Block, ministre: Mesdames Fonck et Gerkens, vos questions laissent entendre que plusieurs profils professionnels de compétences et de fonctions ressortissent à l'assistant de pratique médicale. Cela va de l'aide administrative et logistique au sein d'un cabinet médical, de groupe ou individuelle et de première ligne, à une aide professionnelle recouvrant des actes techniques, voire liés à l'art infirmier.

Cette fonction est financée par le Fonds Impulseo 3, désormais sous la responsabilité des Communautés à la suite du transfert de compétences qui eut lieu en 2014.

À la suite des nombreuses questions relatives à l'assistance de pratique en première ligne, j'ai demandé un avis coordonné à ce sujet au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, au Conseil fédéral de l'art infirmier ainsi qu'au Conseil national des professions paramédicales. J'attends ces trois avis afin de prendre une position claire.

La première ligne est à présent une compétence régionale. Madame Fonck, nous allons évidemment nous concerter avec les ministres régionaux compétents. Il est inévitable de passer par la Conférence interministérielle pour établir des protocoles et conclure des accords avec eux.

Ces trois avis seront très différents. Nous pourrions en tirer une bonne synthèse pour avoir une vision claire. Comme nous travaillons sur l'arrêté royal de 1978, nous allons clairement indiquer leur position dans ce modèle.

04.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, il faut attendre ces trois avis. Cela me semble évident. Je plaide pour que vous prévoyiez ce sujet à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle de la Santé.

Certains voient de l'opposition dans les positions qui ont été exprimées d'un côté par les médecins généralistes et de l'autre côté par les infirmiers via l'UGIB. Personnellement, j'y vois au contraire de la convergence. Je crois vraiment possible de mettre en place une collaboration intelligente et fructueuse intégrant les infirmiers au niveau des cabinets, permettant ce soutien indispensable au travail du médecin généraliste.

C'est d'autant plus important que, dans les années à venir, au-delà des aspects médicaux en tant que tels, cette collaboration sera nécessaire pour les besoins liés à l'allongement de la vie. Cela peut être un modèle intéressant, reposant sur tous.

04.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la ministre, avoir demandé ces avis est la bonne manière de procéder. En effet, une réflexion est en cours sur la complémentarité entre les différents professionnels de la santé de première ligne, qui respecte les spécificités et permette les pratiques de réseau pluridisciplinaires.

Seul un élément me perturbe encore. J'ignore dans quel délai les avis seront rendus. Or, une formation débutera en septembre à l'Université d'Anvers. Il nous est déjà arrivé à plusieurs reprises d'avoir des formations de professionnels de la santé pour des professions dont le titre n'était pas reconnu dans l'arrêté. On se retrouvait ainsi en porte-à-faux avec des gens formés qui ne pouvaient pas pratiquer dans le cadre d'éventuels remboursements/couverture INAMI.

Je trouverais intéressant que les agendas puissent coïncider et que, outre les ministres de la Santé des entités fédérées, un contact soit établi avec les ministres de l'Enseignement supérieur pour que la situation soit claire, en tout cas par rapport à ceux qui s'inscriraient dans lesdites formations.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 10351 de Mme Jadin est reportée.

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

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): Uit cijfermateriaal in het antwoord op een schriftelijke vraag blijkt dat het aantal afgenomen CT-scans de voorbije vijf jaar nog eens gestegen is met 170 000, tot 2,2 miljoen vorig jaar, als we de halfjaarcijfers mogen doortrekken. Ook uit internationale vergelijkingen door onder andere de OESO blijken we al jaren koploper te zijn. Het ergste is dat we volgens een studie van het UZ Gent niet alleen koploper zijn op het vlak van het gebruik, maar dat we ook niet de gevraagde kwaliteit leveren. Een verhoogde straling betekent immers ook een blootstelling aan schadelijke straling. Bovendien kosten CT-scans de ziekteverzekering bijzonder veel geld. Het gaat om ruim 250 miljoen euro per jaar.

Het klopt, zoals ik in uw antwoord las, dat er sinds 2010 verschillende initiatieven genomen zijn, zoals een campagne bestemd voor radiologen en voor de bevolking, en een protocolakkoord ter zake. De cijfers geven echter aan dat die inspanningen na zo vele jaren niet de gewenste vruchten afwerpen. Het protocolakkoord heeft als doel de toegankelijkheid van MRI-onderzoeken te verhogen en zo het aantal CT-scans te verminderen, maar uit internationale vergelijkingen blijkt dat we ook al voor MRI-onderzoeken veelgebruikers zijn.

Daarnaast blijkt ook uit het onderzoek van het UZ Gent, waarvan we binnenkort een update verwachten, dat een deel van de CT-scans beter zou vervangen worden door MRI-opnames, en dat een belangrijk deel door andere onderzoeken zou vervangen moeten worden, zoals de klassieke onderzoeken of echo's.

Het lijkt mij dat de verhoging van het aantal MRI-toestellen niet de enige oplossing is. Gelet op de teleurstellende cijfers van de afgelopen vijf jaar, die ondanks de inspanningen, zoals campagnes en een protocolakkoord, die niet veranderd zijn, luidt mijn vraag wat u concreet zult ondernemen om het aantal CT-

scans te verminderen.

U zegt dat uw zakken toegenaid zijn. Welnu, dit is het zoveelste voorbeeld dat onze fractie lanceert om een pijnloze besparing te verwezenlijken. Wij pakken op die manier niet alleen de verspilling aan, maar verhogen ook de kwaliteit, niet alleen dankzij de verminderde blootstelling aan straling, maar ook dankzij het uitvoeren van de meest aangewezen wetenschappelijk onderbouwde onderzoeken. Het betekent ook voor de patiënt en de ziekteverzekering een besparing.

05.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, het stijgend aantal CT-onderzoeken is ook voor mij een grote bekommernis. Ik heb dan ook een aantal maatregelen genomen, die echter nog niet in de cijfers te zien zijn, omdat ze heel recent zijn. Ook vóór mijn ambtsperiode werden reeds verschillende maatregelen op dat vlak genomen. Zo wordt momenteel het protocolakkoord betreffende de medische beeldvorming uitgevoerd.

De registratie van zware medische apparatuur in een nationaal register, meer bepaald van CT-, MRI-toestellen en hybride toestellen, is in uitvoering en zal worden afgerond voor de tweede helft van dit jaar wat de bestaande toestellen betreft. Ook wordt in de eerste helft van dit jaar een nieuwe regelgeving van kracht, die bepaalt dat voor elk onderzoek dat met die toestellen wordt verricht, facturatie enkel mogelijk is als een uniek toestelfacturatienummer bij de aanrekening wordt vermeld, evenals de plaats waar het onderzoek is verricht. Nu is dat niet het geval.

Aansluitend werd er een handhavingsbeleid uitgewerkt. De verzekeringsinstellingen zullen kunnen controleren of dat nummer inderdaad is vermeld bij de aanrekening en of het overeenkomt met een toestel dat correct is geregistreerd.

De toekenning van een uniek facturatienummer is slechts mogelijk voor de toestellen die correct werden geregistreerd in het nationaal register en die voldoen aan alle vereisten qua vergunningen en erkenning. Bepaalde toestellen vallen daarbuiten, zoals de zogenaamde zwarte toestellen, alsook de toestellen die zagezegd dienen voor wetenschappelijk onderzoek, terwijl ze eveneens worden gebruikt voor onderzoeken van patiënten die dan aan de overheid en aan de verzekeringsinstellingen worden gefactureerd. Die zullen nu louter voor wetenschappelijk onderzoek kunnen worden gebruikt. Dat is dus een a-prioriconrole.

Naast de a-prioriconrole is ook een auditsysteem op punt gesteld door de dienst geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV.

Een nulmeting is al uitgevoerd. Het is de bedoeling dat de audit op regelmatige tijdstippen wordt herhaald.

Wat zal ons dat geven? Dat zal ons *outliers* opleveren. Dat zijn de zorgkundigen die te veel prestaties doen op het vlak van het gebruik van CT en MNR. Zij zullen uiteraard gericht worden gecontroleerd.

Ook meer specifieke vraagstellingen kunnen via de audit worden behandeld. De gegevens die via het InterMutualistisch Agentschap worden verkregen, kunnen die vraagstellingen mee helpen beantwoorden. Ik denk in dat verband aan het in kaart brengen van bepaalde combinaties van onderzoeken bij bepaalde specifieke pathologieën, waar veel medische beeldvorming wordt voorgeschreven en herhaald, zoals bij patiënten met rugproblemen.

Zoals u terecht aanhaalt, is de verhoging van het aantal MRI-toestellen niet de enige oplossing, om het aantal CT-onderzoeken terug te dringen. De cijfers bewijzen dat ook. Indien dat bijvoorbeeld resulteert in het feit dat én een CT-onderzoek én een MNR-onderzoek gebeurt, terwijl dat niet geïndiceerd is, is er nog steeds een probleem.

De combinatie en de sequentie van onderzoeken, niet alleen CT- en MNR-onderzoeken, maar ook andere onderzoeken binnen de medische beeldvorming, is een van de onderwerpen die dienen te worden onderzocht en opgevolgd.

Bovendien zal over afzienbare tijd ook een nieuwe nomenclatuur van kracht zijn, waarbij het onderscheid mogelijk zal zijn tussen CT-onderzoeken die in het kader van PET-onderzoeken worden verricht, wat vooral bij oncologische patiënten en andere gewone CT-onderzoeken gebeurt.

Wij zullen dus het onderscheid kunnen maken, omdat wij wel weten dat het aantal oncologische patiënten

toeneemt. Nu hebben wij één cijfer voor alles en weten wij niet hoe de gewone CT-onderzoeken naar beneden gaan dan wel of ze status quo blijven. De andere onderzoeken zitten daarbij.

Daartoe zijn nieuw nomenclatuurnummers gemaakt, waarmee wij het onderscheid kunnen volgen.

Een opvolging van de evolutie van CT-onderzoeken zal dus mogelijk zijn, los van de evolutie die, zoals reeds vermeld, aan een toename van de PET-onderzoeken te wijten is.

De PET-onderzoeken zullen inderdaad toenemen, gezien, enerzijds, de uitbreiding van de PET-programmatie en sinds 1 januari 2016 ook de geactualiseerde indicaties voor PET-onderzoeken alsook, anderzijds, de verwachte toename van oncologische patiënten, waarvoor het grootste gedeelte van de PET-onderzoeken met CT-onderzoeken wordt verricht.

Ik moet er ook op wijzen dat het effect van alle genoemde maatregelen, die ondertussen werden uitgevoerd of lopende zijn, pas na enig tijd zichtbaar kan zijn. Ik hoop dus dat de eerstvolgende cijfers – het betreft de registratie voor 2016 - een betere evolutie zullen geven. Het duurt immers een vol jaar, vooraleer zich dat in RIZIV-gegevens reflecteert.

Het verzamelen van informatie uit gegevens van het InterMutualistisch Agentschap en uit gerichte onderzoeksvragen die via die weg kunnen worden behandeld, heeft ook enige tijd nodig.

Ondertussen worden er bijkomende maatregelen bestudeerd om de reeds gestarte acties te kunnen versterken. Natuurlijk reken ik ook op de resultaten van het aanklappend beleid, beleid dat hopelijk zorgkundigen twee keer doet nadenken vooraleer ze te veel opeenvolgende onderzoeken voor een patiënt aanvragen. In dat verband wil ik erop wijzen dat te weinig onderzoeken waarschijnlijk niet goed is voor een patiënt, maar te veel zeker ook niet. Er is dus enige voorzichtigheid geboden.

05.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik ben heel blij te vernemen dat er nieuwe maatregelen komen en dat wij op dezelfde lijn zitten dat enkel de verhoging van het aantal MRI-toestellen niet de enige oplossing is. Wij zijn zeer benieuwd naar het effect en wij zullen de kwestie mee opvolgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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): Mevrouw de minister, de gezondheidsenquête loopt grosso modo om de drie jaar. De laatste dateert van 2013. Ik vraag mij gewoon af wanneer er een nieuwe komt. Loopt die soms al? Wat is het budget daarvoor? Door wie wordt dat betaald?

06.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, een volgend gezondheidsenquête is voorzien voor 2018. De organisatie van de gezondheidsenquête in 2018 wordt geregeld via een protocolakkoord tussen de federale regering en de in de artikelen 128, 130 en 135 van Grondwet bedoelde overheden. Dit protocolakkoord werd al goedgekeurd tijdens de interministeriële conferentie van 21 maart 2016.

Het protocolakkoord voorziet, net als het vorige akkoord, dat er een gezondheidsenquête wordt georganiseerd met een periodiciteit van vijf jaar. Ik geef u de kalender. In het kalenderjaar 2017 worden de voorbereidende werkzaamheden verricht. In het kalenderjaar 2018 gebeurt het eigenlijk veldwerk, dus de enquête. In het kalenderjaar 2019 worden de gegevens geanalyseerd en volgens het ritme bepaald door de opdrachtgevers gepubliceerd.

Het protocolakkoord voorziet dat het totale budget van de gezondheidsenquête 2018 bepaald wordt op 1 816 829 euro. Dat is dus precies bepaald. Het gaat kortom om 1,8 miljoen euro. Voor de financiering werd de volgende verdeelsleutel door de opdrachtgevers bepaald: de federale regering betaalt 51,6 %, de Vlaamse Gemeenschap 23,4 %, het Waals Gewest 15,4 %, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie 5,7 % en de Franse Gemeenschapscommissie 3,9 %.

06.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dank u voor het antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u hebt in de begroting geld uitgetrokken om de terugbetaling te organiseren voor het invriezen van eicellen van jonge vrouwen die een chemotherapie moeten ondergaan of een ziekte moeten overbruggen. Zoals u weet, zijn wij daarover bijzonder enthousiast. Wij menen dat dit een zeer sociale maatregel is, in die zin dat vandaag alleen vrouwen met de nodige financiële middelen die keuze kunnen maken als zij voor een noodzakelijke chemotherapie staan.

Op dit moment worden er ook om andere dan gezondheidsredenen eicellen ingevroren voor latere implantatie. Mijn vragen zijn de volgende. Hoeveel staat u met de uitwerking van de regelgeving? Wie zal van deze terugbetaling kunnen genieten, met andere woorden wat zullen de gehanteerde criteria zijn?

07.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée, in het kader van de begroting 2016 is inderdaad een budget van 4 miljoen euro toegekend voor het nieuw beleid *oncofreezing*. Het gaat daarbij om het wegnemen en de cryopreservatie van eicellen, sperma of weefselfragmenten — eierstokken of teelballen — bij niet-geslachtsrijpe personen die lijden aan een kanker en die een behandeling met chemotherapie vereisen, teneinde ook in dat geval de vruchtbaarheid te bewaren voor betere tijden.

Mijn kabinet is inderdaad in onderhandeling met vertegenwoordigers van het College van geneesheren voor het zorgprogramma Reproductieve Geneeskunde en het RIZIV met het oog op de concretisering van dit project, dat wil zeggen de financieringswijze, de voorwaarden, enzovoort.

U vraagt wie er daarvan zal genieten. Welnu, het klopt dat dit strikt bestemd is voor medische situaties waarin de behandeling van de mensen een grote weerslag heeft op de vruchtbaarheid. Zo heeft bijvoorbeeld een chemotherapie een gonadotoxisch effect. De wegnames en de behandelingen in verband met vruchtbaarheid en voortplanting mogen enkel in een centrum voor reproductieve geneeskunde plaatsvinden. Dat lijkt mij wel normaal, aangezien het eventueel latere gebruik ook in een dergelijk centrum moet gebeuren. Ook moeten wij er zeker van zijn dat de manier waarop de *oncofreezing* gebeurt, aan betrokkenen de zekerheid biedt dat de eicellen en spermacellen later nog op een normale manier gebruikt kunnen worden. Het gaat dus om een kleine, maar toch zeer belangrijke groep mensen. Ik vond het namelijk onterecht dat mensen die met kanker geconfronteerd worden, maar toch de hoop op een gezin wensen te behouden, dat tot nu toe zelf moesten betalen.

07.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik ben blij dat u het, voor zover ik dat nu kan nagaan, in dezelfde richting ziet als wij, dus dat de terugbetaling voorbehouden zou worden voor degenen die een dergelijke behandeling om medische redenen moeten laten uitvoeren.

Ik mis alleen nog de timing. Ik weet niet precies op welk moment u ter zake dacht te landen.

07.04 Minister Maggie De Block: Het budget is voorzien voor 2016. Wij werken daar zo vlug mogelijk aan. Er moet echter vergaderd worden met alle reproductieve centra en ook met het College van geneesheren voor reproductieve geneeskunde. Het verloopt stap voor stap, maar wij gaan zo vlug mogelijk vooruit. Echter, zoals altijd, mevrouw Jiroflée, kondig ik niets aan.

07.05 Karin Jiroflée (sp.a): Ik zal daarop dan nog terugkomen, mevrouw de minister.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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 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): Madame la présidente, madame la ministre, le mardi 22 mars 2016, notre pays a été frappé par des attentats à l'aéroport de Zaventem et à la station de métro Maelbeek.

Le bilan fut malheureusement très lourd puisqu'il est fait état de 32 morts et de plus de 300 blessés. Ces derniers ont été répartis dans 48 hôpitaux belges, soit presque un site hospitalier belge sur cinq, ainsi que dans deux autres hôpitaux situés à l'étranger.

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes: les services de secours ont dû faire face à une situation exceptionnellement grave et complexe à gérer, avec un flux important de personnes à secourir et à soigner. Je tiens d'ailleurs à rendre hommage au travail et au courage des hommes et des femmes, militaires, policiers, pompiers, protection civile, médecins, ambulanciers, aides-soignants, infirmiers ou simples civils, qui ont porté assistance aux victimes.

Au cours de ces événements tragiques, le plan de Mise en alerte des services hospitaliers, communément appelé plan MASH, a été déclenché dans les établissements hospitaliers concernés. Ce plan, que tous les hôpitaux du pays sont dans l'obligation d'établir, leur permet de faire face à un afflux de victimes en provenance de l'extérieur.

Madame la ministre, à la suite de ces attentats, quel bilan tirez-vous du déclenchement et de l'application du plan MASH dans les établissements concernés? Ce bilan est-il globalement satisfaisant? Des pistes d'amélioration des dispositifs d'urgence ont-elles été identifiées et, ce faisant, des mesures ont-elles déjà été retenues par vos services? De manière plus générale, quel bilan tirez-vous du travail et de la coordination, à l'échelle du pays, des services de secours? La transmission des informations et la rapidité d'exécution des prises en charge ont-elles été à la hauteur des protocoles fixés par vos services? Là aussi avez-vous identifié des pistes d'amélioration?

Pour clôturer mon intervention, je souhaite préciser que mes questions ne visent nullement à remettre en cause la qualité du travail qui a été effectué par les acteurs de terrain que je tiens, une nouvelle fois, à saluer. Cependant, j'estime qu'il est indiqué d'évoquer les moyens qui pourraient être déployés pour améliorer encore la capacité d'action et de réaction desdits acteurs.

08.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Calomne, je vous rejoins dans les remerciements que vous avez adressés aux acteurs de terrain. Moi aussi, j'exprime, une fois encore, mon admiration pour leur dévouement quotidien et particulièrement lors de ce tragique 22 mars. Le déclenchement des différents plans dont le plan MASH nous a permis de doubler des fonctions SMUR, de renforcer des services d'urgence, de libérer des blocs opératoires et de prendre en charge les 324 victimes ce jour-là.

En ce qui concerne le plan MASH, je peux vous dire qu'au sein de l'administration, un groupe de travail se penchait déjà sur son amélioration. Le vécu du 22 mars sera certainement repris dans les travaux. Nous sommes en train de faire un bilan avec les hôpitaux. Nous leur avons demandé de nous fournir toutes les données nécessaires.

Étant donné que les plans MASH sont des normes hospitalières et qu'après la sixième réforme de l'État, les entités fédérées sont compétentes en cette matière, ils ne relèvent plus de la compétence fédérale. Néanmoins, une concertation avec les entités fédérées doit assurer la survie de ces plans car ils ont démontré leur nécessité le 22 mars.

Après les attentats de Paris, mon administration a immédiatement pris des initiatives pour actualiser le Plan d'intervention médical, le PIM, qui reste fédéral. En collaboration avec les directions médicales des centres 112 et les inspecteurs d'hygiène fédéraux, mon administration a dressé les lignes stratégiques d'un "Maxi Medical Intervention Plan", un plan d'intervention médical en cas d'attentats et de catastrophes simultanés en plusieurs sites.

Nous nous sommes malheureusement inspirés de ce qui est arrivé à Paris au mois de novembre. 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 dernier. Nous avons demandé aux hôpitaux toute une série de renseignements mais aussi de faire des simulations. Beaucoup en ont fait et le jour-même, cela a permis d'éviter la panique générée par de tels événements.

Le premier bilan est plus que satisfaisant. Mais en dressant les bilans et en identifiant les pistes d'amélioration possible, nous serons en mesure de faire encore mieux le jour où une telle tragédie devrait toucher notre pays une nouvelle fois, ce que je n'espère absolument pas. Nous avons dit que nous devions nous préparer. Nous envisageons un *worst case scenario*. Espérons qu'il ne sera jamais nécessaire. Malheureusement, le 22 mars, c'était inattendu. Nous savions qu'une deuxième attaque était souvent perpétrée après une première. C'est ainsi que nous avons désigné les hôpitaux d'abord au Nord, puis à Bruxelles. Ce fut un vrai cauchemar pour tous ceux qui furent impliqués. J'espère que cela ne nous arrivera plus jamais.

08.03 Gautier Calonne (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Effectivement, comme vous le dites en conclusion de votre intervention, nous espérons que cela ne se reproduira pas, mais nous devons rester préparés. Les échos que j'en ai eu m'informent que les choses se sont relativement bien passées. Je souhaitais néanmoins vous poser la question. Malgré la panique, nous avons pu gérer la situation car une anticipation avait eu lieu. Il faut tirer les conclusions de ces attentats pour encore améliorer la situation si malheureusement elle devait se reproduire.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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 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): Mevrouw de minister, ik heb u eerder al een vraag over de terugbetaling van IVD's gesteld. Ik heb echter nog steeds een aantal concrete vragen over dit onderwerp.

U liet weten dat de terugbetaling van klinische biologie een totaal andere procedure betreft dan die van geneesmiddelen, en dat het bij de IVD's gaat om het doeleinde van het onderzoek. Ik heb niet goed begrepen wat het verschil is met een geneesmiddel. Daar gaat het toch om hetzelfde? Als een aanvraag wordt ingediend voor de terugbetaling van een bloeddrukverlager, is het doeleinde toch de bloeddruk verlagen? Misschien heb ik uw antwoord verkeerd begrepen.

U deelde mee dat een deel van het honorarium bestemd is voor de beroepsbeoefenaar omdat die de test uitvoert om het verwachte doel te bereiken. Ook daar vraag ik me af in welke zin dat anders is dan de voorschrijver die ook een bepaald geneesmiddel zal voorschrijven teneinde een verwacht doel te bereiken, bijvoorbeeld het verlagen van de bloeddruk. Is het niet logischer om ook voor IVD's een gelijkaardige procedure, zoals die bestaat voor geneesmiddelen, uit te werken? Waarom wel of waarom niet?

U stelde dat er geen terugbetalingsprocedure is, maar later ook dat in bepaalde omstandigheden wel terugbetaling mogelijk is. Hoe wordt dat dan precies bepaald? Door wie? Welke IVD's worden tot op heden terugbetaald? Hoe is dat precies bepaald en door wie?

U stelde dat in bepaalde omstandigheden in terugbetaling voorzien kan worden, maar eveneens dat er geen register voor de terugbetalingen bestaat. Hoe kan dat?

Mevrouw de minister, ik stel me ook de vraag waarom een firma nog in een nieuwe, innovatieve test zou investeren als er geen terugbetalingsdossier ingediend kan worden zoals voor geneesmiddelen. Zo zal er toch minder geïnvesteerd worden in innovatie. Ook worden de investeringen niet beschermd bij IVD's, bijvoorbeeld via een patent. Wat is uw concreet antwoord daarop?

09.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, de terugbetaling van geneesmiddelen is geregeld volgens een u welbekende transparante procedure. Zoals u zelf aangeeft in uw voorbeeld, wordt een bloeddrukverlagend medicijn ingenomen met als doel de bloeddruk te verlagen. Het geneesmiddel heeft een onmiddellijk therapeutisch doel.

Een IVD daarentegen wordt gebruikt om de zorgverlener meer informatie te verstrekken aangaande de onderliggende oorzaak van de bloeddrukverhoging. De test kan dan toelaten een meer gerichte behandeling aan te vatten. Het lab weegt zelf af welke IVD's gebruikt worden om een bepaalde test uit te voeren.

Naar aanleiding van het Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie en het Medical Technologies Pact waarvan de onderhandelingen nog lopende zijn maar in een laatste fase zitten, werk ik de volgende maanden aan een procedure voor de inschrijving en de wijziging van de vergoeding voor testen met een evaluatie en vastgestelde termijnen. Dat Medical Technologies Pact is trouwens een soortgelijk pact met de sector van de *medical devices*.

Een onderscheid wordt gemaakt tussen de procedure tot terugbetaling van IVD's gelinkt aan een medicijn, de zogenaamde *joint assessment compagnon diagnostic*, en deze die niet gelinkt zijn aan een medicijn. Voor IVD's die gebruikt worden om patiënten te selecteren met een te verwachten positieve respons op een geneesmiddel, is hun gebruik en ontwikkeling nauw verbonden met de ontwikkeling van innovatieve geneesmiddelen.

Het is belangrijk dat het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten de ontwikkeling van geneesmiddelen en *compagnon diagnostics* in parallel kan opvolgen en bijvoorbeeld ook wetenschappelijke adviezen kan afleveren die beide aspecten behandelen.

Aangezien er een procedure wordt uitgewerkt voor de *compagnon diagnostics* die samen zal lopen met het innovatieve geneesmiddel waaraan het gelinkt is, zullen deze testen wellicht ook een nomenclatuurnummer krijgen.

Het is niet omdat er nu geen terugbetalingsdossier kan ingediend worden voor een specifieke IVD-test van een specifieke firma, dat deze nog niet kunnen gebruikt worden in laboratoria, eventueel met of zonder terugbetaling.

Het is dus wel de bedoeling dat we niet enkel een prijs bepalen voor de innovatieve geneesmiddelen, maar ook voor de *compagnon diagnostics*. Anders gaat men in het ene geval het ene of het andere terugbetalen, of het ene zonder het andere. Dan is dat probleem nog steeds niet geregeld. We gaan daar dus de zogenoemde parallelle trajecten ontwikkelen voor de aanvraag en de behandeling van de IVD's, de *compagnon diagnostics* en daarnaast ook voor het betrokken innovatieve geneesmiddel.

09.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, dat is geruststellend, in tegenstelling tot uw vorig antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Peel, u vraagt het woord?

09.04 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ofwel stellen wij de samengevoegde vragen en interpellatie vraag over de spoeddiensten nu, ofwel stellen wij ze uit tot een volgende commissievergadering. Met alle respect, maar ik moest vijf minuten geleden al vertrokken zijn.

09.05 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, ik wil mijn vraag nr. 10497 over de spoeddiensten heel graag stellen. Ik heb mij deze morgen laten verontschuldigen voor de raad van bestuur van het KCE om die vraag te stellen. Ik heb respect voor collega's die wat te laat zijn, maar de vergadering is al een uur en een kwartier bezig. Ik zou een heel groot probleem hebben met het verdere uitstel van deze vraag.

La **présidente**: Je viens de lui envoyer un message en lui disant que cela devenait difficilement tenable.

09.06 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, met alle respect, ofwel stellen we de vraag uit tot de volgende vergadering ofwel stel ik ze nu. Anders stel ik een veto. Ik moest vijf minuten geleden al weg zijn. Ik was hier toen ik er moest zijn.

La **présidente**: Mme Muylle, vous ne voulez pas reporter votre question?

(...): (...)

La **présidente**: La prochaine réunion de commission avec des questions orales aura lieu mercredi prochain. Nous allons continuer avec l'ordre du jour.

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 **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): Mevrouw de voorzitter, ik heb eigenlijk twee vragen over spoeddiensten en wachtdiensten. Mag ik ze combineren? Goed.

Mevrouw de minister, uit de peiling over de verplichte nachtbezoeken tijdens de wachtdienst blijkt dat 87 % van de Vlaamse artsen en 95 % van de Franstalige artsen voorstander is van de afschaffing van deze verplichting. Ik heb in Antwerpen zelf ervaren dat heel veel huisartsen bang zijn om 's nachts alleen op stap te gaan. Men heeft systemen ontwikkeld om dat meer beveiligd te doen, bijvoorbeeld met chauffeurs die hen rondrijden. Ik merk echter dat dit systeem zich ook uitbreidt naar de niet-stedelijke gebieden.

Er is wel iets te zeggen voor het afschaffen van die verplichte nachtbezoeken. Aan de andere kant hebben patiënten natuurlijk recht op hulp als dat nodig is. Verder wordt voortdurend het signaal gegeven dat men niet te snel naar de spoed moet gaan en dat men eerst naar de huisarts moet. Ik heb ervaren dat heel veel mensen, vooral met een migratieachtergrond, het systeem van de huisarts niet kennen. Ze wachten dikwijls heel lang voor ze hulp zoeken. Met hun achtergrond betekent dit dat men dan naar het ziekenhuis gaat, naar de spoed.

Over al die elementen samen wil ik een aantal vragen stellen. Ik heb ook ervaring met het opstarten van een huisartsenwachtpost. We hebben het Palfijn gedaan in Merksem, net naast de spoed. Daar kan men dan

een soort triage doen en voorkomen dat mensen te snel rechtstreeks naar de spoed gaan.

Hoe staat u tegenover de hervorming van de wachtposten en de spoeddiensten en die uw wil realiseren? Wanneer kunnen we nieuwe initiatieven verwachten? Welke acties zult u precies ondernemen inzake het optimaliseren van de werking van de wachtdienst? Zult u ook het aspect veiligheid meenemen?

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het nummer 1733? Is dat al afgestemd op de 112-oproepen? Wordt het volledige grondgebied al gedekt?

Hoe staat u tegenover de 24/7-wachtpostpermanentie en een verplicht integratiemodel wachtpost/spoed? Wat bedoelt u concreet met een betere samenwerking en afstemming tussen de verschillende spoeddiensten en huisartsenwachtposten? Welke initiatieven staan er op de agenda?

Wordt er ook werk gemaakt van het sensibiliseren van de burgers over het goede gebruik van spoeddiensten? Zijn er voorbeelden bekend van initiatieven die ziekenhuizen zelf hebben genomen en zijn er eventueel evaluaties van gedaan?

10.02 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, c'est un sujet important et brûlant. Il s'agit d'assurer la garde des médecins, de ne pas envoyer directement les patients aux urgences des cliniques. Ce sont des débats que nous avons déjà eus en commission. Il y a des solutions. Le tout est d'avoir les bonnes solutions, de pouvoir les appliquer à l'ensemble du pays et d'avoir une couverture assez importante.

J'ai écouté l'intervention de ma collègue. Je ne vais pas répéter ce qu'elle vient de dire. Toutefois, madame la ministre, vous avez annoncé que vous planchiez sur de nouveaux critères concernant le poste de garde. Je souhaite évidemment revenir avec vous sur ce point et attirer votre attention sur les zones rurales. Je vous en ai déjà parlé. Il faut aborder ce dossier d'une manière différente en fonction du lieu où l'on se trouve, que ce soit à Bruxelles ou dans ma toute petite commune à Ouffet. Les zones étant un peu différentes, il faudra appliquer des critères différents.

Madame la ministre, avez-vous un agenda pour l'élaboration des nouveaux critères pour les postes médicaux de garde? Allez-vous concerter les différentes zones pour l'élaboration des nouveaux critères? Tiendrez-vous compte du milieu rural et de ses particularités dans l'élaboration des nouveaux critères? Avez-vous déjà réfléchi au fonctionnement en pratique? Y aura-t-il un numéro unique? Le médecin devra-t-il s'organiser, comme c'est déjà le cas dans certains projets-pilotes qui voient le jour dans certaines zones de notre pays? Enfin, la communication aux citoyens sera primordiale. Comment gérerez-vous cela pour que l'ensemble de la population soit au courant, puisse trouver des solutions avec nous et avoir un service de qualité lorsqu'elle doit se rendre chez le médecin pendant les gardes, en dehors des heures normales?

10.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, il s'agit d'une interpellation car le sujet est d'importance pour l'ensemble des patients mais aussi car vous avez réussi à faire l'unanimité des médecins contre vous puisque le front commun des syndicats médicaux et des associations de cercles de médecine générale s'est positionné et a rédigé une lettre ouverte à votre attention. Cette lettre ouverte est largement argumentée et certains extraits sont interpellants. Je cite: "La vision du cabinet sur l'organisation de la garde ne tient aucunement compte de l'expérience et des efforts de la base dont celle-ci fait preuve depuis plusieurs années alors que nous estimons que le groupe de travail en soi forme une bonne base pour poursuivre la négociation". Je cite un autre extrait: "Les arguments et les solutions avancés par les syndicats et les cercles de médecine générale sont tout simplement balayés par le cabinet pour faire place à une vision qui met l'hôpital au centre de l'organisation des soins de santé".

Madame la ministre, vous allez probablement évoquer le rapport du KCE. Je souhaite d'ailleurs vous entendre sur ce rapport puisqu'il y a eu besoin de deux séances du conseil d'administration pour qu'il soit avalisé. Cela n'arrive pas souvent et cela pose question. De plus, dans le même temps, votre cabinet a réalisé les mêmes analyses pour arriver aux mêmes conclusions. On a donc l'impression que le cabinet s'est d'abord positionné pour influencer sur l'analyse du KCE.

Dans le fond, quel est votre modèle? Vous souhaitez imposer un modèle uniforme en installant des postes de garde de médecine générale accessibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept. Le fait d'imposer ce modèle uniforme est le pire du pire! D'abord, parce que le fait de tout ramener à l'hôpital est une erreur. Et le fait d'imposer un modèle unique est tout autant une erreur parce que la réalité est plurielle

entre les villes et les zones rurales et semi-rurales mais aussi en fonction des forces en présence.

Les forces en présence des médecins généralistes varient selon les localités. Les partenariats dépendent aussi de la manière dont les hôpitaux sont organisés. Dans une même région, certains d'entre eux fonctionnent selon une synergie plus souple et plus logique, qui correspond aux attentes des cercles des généralistes. Des gardes peuvent ainsi être organisées par ces derniers, parce que leur modèle est conforme à la réalité.

Madame la ministre, mon interpellation vise à tirer la sonnette d'alarme en ce domaine, car le modèle uniforme que vous défendez ne correspond pas à la réalité de terrain. Je demande donc au gouvernement et à la majorité qui le soutient de se pencher à nouveau sur ce dossier. Votre projet doit s'appuyer sur la réalité plurielle des cercles de médecins généralistes. C'est pourquoi vous devez mettre en place un dispositif en concertation avec eux.

Oui, les modèles varieront en fonction des régions et des arrondissements. C'est ainsi que l'organisation des gardes sera performante et de qualité pour les patients. C'est cet objectif qui doit guider votre décision, et non l'imposition d'un modèle rigide.

10.04 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, veel is al gezegd en ik zal proberen het kort te houden. De problematiek is duidelijk. Er is het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten, zoals de cijfers bewijzen. U hebt mij daar onlangs in antwoord op een schriftelijke vraag nog cijfers over gegeven, waaruit trouwens ook de regionale verschillen duidelijk blijken: in het zuiden van het land is het oneigenlijk gebruik nog veel groter. Het centraal stellen van de eerstelijnszorg door de huisarts is daar veel minder gebruikelijk, wat bewijst dat de twee problemen samenhangen.

Een oplossing is niet evident. De mogelijke oplossing in het rapport van het KCE, het integreren van de wachtposten in de spoeddiensten, lijkt op het eerste gezicht een goed idee. Dat lijkt de manier om voor triage te zorgen aan de ingang. Blijkbaar zijn er toch heel veel patiënten die daar in eerste instantie altijd terechtkomen en dat is soms begrijpelijk als het te maken heeft met nijpende ongerustheid, die daarom niet altijd terecht is. De artsenorganisaties stellen niet onterecht dat als we die keuze maken, dat ook gevolgen heeft voor het centraal stellen van de eerstelijnszorg, waar wij in het noorden van het land sterk in geloven en waarop de regering volgens het regeerakkoord zeer sterk wil blijven inzetten.

Hoe ziet u het nu precies, nu u beschikt over het rapport van het KCE? Denkt u aan een soort van "poortartsen"? Dat idee heeft mijn partij al eens geopperd, om de triage aan de ziekenhuisingang beter te laten gebeuren.

Waar ziet u dan de wachtpost? Ik blijf immers sterk geloven in dat systeem. In bepaalde gebieden kunnen die wachtposten zich wellicht het beste zeer dicht bij de ziekenhuizen bevinden. Ik weet alleen niet of men hiervan een algemeen model voor het hele land moet maken.

Ik heb al eerder met u van gedachten gewisseld over het oproepnummer 1733. De verdere uitrol daarvan zou ook voor een groot deel de problematiek moeten kunnen opvangen. Sowieso zal het een kwestie zijn van het samenbrengen van de drie systemen. De vraag blijft hoe men de doorverwijzing op een of andere manier voldoende dwingend maakt om ervoor te zorgen dat ze onontkoombaar is.

10.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, gelet op de vragen van de collega's kan ik een stuk van mijn inleiding weglaten.

Belangrijk is de aanbeveling van het KCE dat een huisartsenwachtpost autonoom moet kunnen functioneren, los van de spoeddienst. Ik meen dat daar de sleutel ligt. Als de huisartsen een lokaal van een ziekenhuis moeten huren om hun wachtpost te organiseren, is dat ziekenhuis hun huisbaas en in welke mate kan die autonomie dan gegarandeerd worden?

Inzake een centrale toegangspoort met een triagezone heb ik dezelfde vragen als de collega's. Hoe zal een en ander georganiseerd worden? Zal daar iemand zitten die geschoold is voor de eerste lijn of voor de derde lijn? Dat maakt een verschil voor de patiënten die op de huisartsenwachtpost terechtkomen in plaats van op de klassieke spoedafdeling.

Wij willen de verworvenheden van de huisartsenwachtposten, zeker in Vlaanderen, in elk geval niet

opofferen om efficiëntiemaatregelen op de spoeddiensten van de ziekenhuizen. Hoe zult u dat garanderen?

10.06 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik wil nog wat verduidelijking, omdat ik als afgevaardigde van het Parlement aanwezig was tijdens de besprekingen van het rapport op de raad van bestuur van het KCE. Ik denk dat die studie een ongelooflijke meerwaarde heeft in de discussie, omdat ze aan de hand van goed cijfermateriaal objectieveert wat al lang vermoed wordt.

Er zijn vandaag te veel spoeddiensten en veel te veel patiënten gaan naar de spoeddienst. Ondanks het feit dat er in ons land al een aantal jaren een zeventigtal huisartsenwachtposten zijn, stijgt het aantal patiënten dat onmiddellijk naar de spoeddienst trekt. 40 % van die patiënten kan gemakkelijk door een huisarts worden behandeld.

Wat voor mij nieuws is, is dat men vooral tijdens de dag, van 7.00 uur tot 19.00 uur en niet 's nachts of in het weekend naar de spoeddienst gaat. Als men weet dat een op twee artsen geen 55 contacten per dag heeft en er zelfs niet in slaagt om zes nachtcontacten te hebben, rijst de vraag of er wel een kwaliteitsvolle zorg kan worden verleend aan patiënten die onmiddellijk naar de spoeddienst komen. Er zijn allerlei problemen: de artsen die moeten worden opgebeld, komen niet opdagen; de patiënt komt bij een onbekende arts terecht; hij of zij wordt vaak doorverwezen of moet de volgende dagen terugkomen. Ik heb in de voorafgaande discussies veel te weinig gehoord over het belang van de patiënt. Ik ben ervan overtuigd dat de spoeddiensten vandaag aan kwaliteit inboeten.

De studie, die ik op de raad van bestuur van het KCE heb goedgekeurd, concludeert dat er moet generaliseerd en gespecialiseerd, met behoud van toegankelijkheid en kwaliteit.

Het is mijns inziens inderdaad een goed voorstel om te werken met huisartsenwachtposten op spoed en daar een triage te organiseren, zodat de patiënt voor de goede medische zorg op de juiste plaats terecht komt. Dat betekent dat ook de financiering moet worden aangepast en dat de remgelden voor behandelingen in de eerstelijns geneeskunde dan wel op de spoeddienst gelijk moeten worden geschakeld.

Ik ben ervan overtuigd dat de kwestie een heel brede discussie behoeft en het rapport geeft daartoe een eerste aanzet. In die discussie moeten ook de organisatie van het dringend medisch vervoer, de noodnummers 1733 en 112, de ziekenhuisfinanciering en de organisatie van ons ziekenhuislandschap aan bod komen.

Wij geloven heel sterk in de eerstelijnszorg en zijn voorstander van de uitbouw ervan en dat hoeft geen tegenstelling te betekenen voor de organisatie van de spoeddiensten. Integendeel, het gaat om een enverhaal. Wij kiezen voor huisartsenposten als onderdeel van een sterke eerstelijnsgezondheidszorg naast huisartsenposten op spoedafdelingen, waar er een triage kan gebeuren.

De woordvoerder van het BVAS had het over primaire onnozelheid. Zo zei men het op de raad van bestuur en ook in de pers. Ik mag ze hier dus herhalen. BVAS vreest dat de huisartsen een primaire plek in de tweedelijnsgezondheidszorg moeten innemen, het ziekenhuis overnemen en daarvan een plek voor eerstelijnsgezondheidszorg maken.

Ik wil echt niet in modellen denken. Ik ben er immers van overtuigd dat de studie echt heel veel goede punten heeft en een meerwaarde biedt. De studie is voer voor de discussie over de problematiek van het oneigenlijk gebruik van de spoeddienst, wat ook aan heel veel andere zaken is gelinkt.

Mevrouw de minister, er is tijdens de twee vergaderingen van de raad van bestuur – ik kan daarvan getuigen en uw verklaring daaromtrent ondersteunen – geen enkele beïnvloeding door uw kabinet geweest. Wij hebben een heel goede discussie gehad. Ik moet bekennen dat niet alle partijen even valabele argumenten hadden. Ik heb ook heel veel argumenten gehoord die vooral met financiering en eigenbelang te maken hadden en die niet met de organisatie of de kwaliteit te maken hadden, laat staan dat ze met de patiënt te maken hadden.

Het was een goede discussie. Wij hebben zelfs getracht de finale beslissing en het syntheserapport bij te sturen en ervoor gezorgd dat een en ander nog veel beter werd gedefinieerd. Iedereen heeft ook gestemd volgens eigen inzicht.

Mevrouw Fonck, ik wou dat toch even rechtzetten.

Mevrouw de minister, het is derhalve een belangrijke stap. Zoals de andere leden zou ook ik graag weten wat u met het dossier zult doen en wat uw timing is.

Ik heb begrepen dat de taskforce tegen april 2016 met een afsprakenplan naar buiten zou komen.

Wat is de stand van zaken op dat vlak?

Ik ben ervan overtuigd dat wij vandaag moeten reorganiseren. Wij moeten naar veel minder spoeddiensten gaan, waarbij er toch maar 30 tot 45 minuten tussen het contact en de spoeddienst mag verlopen. Hoe ziet u dat?

Mevrouw de minister, voor mij is de studie een heel belangrijke stap. Ik hoop dat u in uw beleid met die studie rekening zal houden.

10.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je compléterai par quelques éléments. Je suis une grande défenderesse du KCE et des études qu'il fait. Je trouve vraiment très intéressant ce rapport sur l'état des lieux des services d'urgence et la nécessité de permettre une harmonisation, une meilleure répartition sur le territoire, éventuellement une réduction, etc. Il est intéressant d'avoir ce rapport et de revoir le lieu et l'opportunité des services d'urgence.

Il me semble néanmoins dérangeant d'apporter dans les recommandations une recommandation qui concerne la première ligne et qui ne concerne pas les structures hospitalières – en même temps, un lien doit se faire, évidemment – en disant dans ce rapport qu'il faut que les postes de garde soient intégrés dans les sites des hôpitaux pour, sur le site hospitalier, empêcher que des patients aillent au service d'urgence et aillent plutôt au service du poste de garde, puis de critiquer le fonctionnement des postes de garde en disant qu'ils n'ont pas tous les mêmes horaires, les mêmes normes, qu'ils ne fonctionnent pas tous de la même manière.

Je trouve un peu cavalier de critiquer l'organisation des postes de garde parce que ce sont des initiatives de terrain. Il est vrai qu'ils existent depuis un certain temps, à certains endroits. À d'autres endroits, ils n'existent toujours pas ou bien c'est du bricolage. On sait en plus qu'il y a un travail fait pour harmoniser le fonctionnement de ces postes de garde. Les deux démarches se croisent.

Je ne souhaite pas que cela aboutisse à des inadéquations et un non-respect des partenaires de la première ligne pour répondre à un problème d'organisation du secteur hospitalier.

Madame la ministre, mes questions sont les suivantes. D'une part, le groupe de travail visant à harmoniser les postes de garde avec leurs exigences, leurs répartitions, etc., devrait avoir terminé son travail. Je voudrais savoir si les travaux sont terminés ou si on devra attendre encore. D'autre part, je sais que certains postes de garde sont déjà sur des sites hospitaliers et qu'ils s'y trouvent bien, que cela correspond à une logique territoriale ou de pratique de déplacement des patients. Dans d'autres zones, les postes de garde sont plus proches des concentrations de la population. Il me semble important de garder ces possibilités d'adaptation. Je voulais donc savoir si, dans le travail avec les postes de garde, vous relayez – ou voulez imposer – cette exigence de présence sur le site hospitalier ou si des formes adaptées à la réalité sont autorisées?

Le numéro 1733 est l'outil apte à garantir un tri des patients grâce à une analyse professionnelle des appels ainsi qu'une orientation des personnes. Il est toujours bloqué pour l'instant alors qu'il y a urgence. Où en sommes-nous donc à cet égard?

J'aimerais vous entendre ainsi qu'attirer l'attention sur cette nécessité de renforcer la première ligne. Tous les rapports qui analysent l'organisation des soins de santé chez nous et à travers le monde disent que le développement de la première ligne garantit des soins de santé de qualité.

J'ai le sentiment que, dans ce rapport, la logique a été inversée ce qui me paraît dommage. Ce n'est pas acceptable.

10.08 **Minister Maggie De Block:** Mevrouw De Coninck, mevrouw Cassart-Mailleux, mevrouw Fonck, mevrouw Van Peel, mevrouw Gerkens, mevrouw Dedry en mevrouw Muylle, acht dames-

volksvertegenwoordigers die vragen stellen over de huisartsen en de wachtposten. Het is een groot luxe en een waar genoegen voor mij, want het is hier ooit wel anders geweest. Toen ik hier in 1999 alleen als huisarts zat, was er niet zo veel belangstelling voor en heeft zich dat tot enkele proefprojecten en cursussen beperkt.

De studie van het KCE heeft voor veel ophef gezorgd. Dat hoort ook zo. Als er niet over wordt gesproken, dan heeft het zijn doel niet bereikt. Het KCE is onafhankelijkheid. Administratief behoren zij tot mijn diensten, maar voor hun studiemethode, hun methodiek en hun conclusies werken zij totaal onafhankelijk.

Ik ben er ook een aantal jaren lid van geweest. Ik was aangeduid door deze Kamer. Mevrouw Muylle volgt mij daarin op. Ik ben blij dat zij heeft gezegd dat er tijdens twee raden van bestuur geen enkele beïnvloeding van het kabinet is geweest en die zal er ook nooit zijn.

Dit dossier bestaat uit zeer verschillende onderdelen, die natuurlijk niet van elkaar kunnen worden losgekoppeld zonder de impact op het geheel uit het oog te verliezen.

Daarom is er in mijn beleidscel ook een taskforce Niet-planbare zorg opgericht. De studie van het KCE wordt ook binnen die taskforce zeer nauwkeurig ontleed.

Deze taskforce pleegt overleg met de huisartsensyndicaten, de spoedgevallendiensten, de wetenschappelijke verenigingen, de ziekenhuizen, het RIZIV, de administratie Volksgezondheid en nog anderen ad hoc, om een globale oplossing voor de toekomst van de niet-planbare zorgvraag van de burgers en de patiënten te vinden.

Er werd inderdaad, zoals gepland, binnen de taskforce een consensus bereikt met betrekking tot het afsprakenplan. Dat plan werd dan ook eerst voorgelegd aan het Verzekeringscomité. Als het daar is besproken, met eventuele opmerkingen, kunnen wij ermee verder.

De werkgroep wachtposten binnen het RIZIV, die de aanvragen analyseert, is ook druk bezig met het behandelen en voorbereiden van dossiers voor nieuwe wachtposten die aan het Verzekeringscomité kunnen worden voorgelegd. Er was gezegd dat dit tegen april zo zou zijn, en het Verzekeringscomité is er weer mee bezig.

Zoals u terecht aangeeft, is een goede triage onmisbaar in het systeem van niet-planbare zorg. Hier denken wij aan de verdere uitbouw van de medische dispatching, zowel in de hulpcentra 112 als door de integratie van 1733 binnen de medische dispatching. Omdat wij dat willen realiseren op een duurzame en realistische manier, is er daarvoor een aantal studieprojecten opgezet. Zij zullen van nabij door de taskforce worden opgevolgd. De resultaten zullen onmiddellijk worden geïntegreerd in het beleid, zodat de uitrol van het geïntegreerd model 112-1733 zo spoedig mogelijk kan gebeuren over het hele grondgebied.

Momenteel is er al zo'n project bezig in de streek rond Leuven-Tienen. Anderhalve maand geleden heb ik daarvoor de inleiding verzorgd. Er was een bedrag voor de financiering voorzien. In dat project werkt men met een triage. Er was ook een project in Wallonië gepland, maar dat is nog niet gestart. Ik heb al aan de bevoegde Waalse minister gesuggereerd om na te gaan of het project kan starten.

Comme Mme Caprasse l'a dit, il y a une grande différence selon qu'il s'agit d'une zone rurale ou d'une grande ville comme Bruxelles, Malines ou Louvain, où il y a plusieurs hôpitaux.

De voorbije jaren heeft het beleid al belangrijke inspanningen geleverd om de veiligheid van de huisartsen van wacht te verbeteren. Ik wijs erop dat de veiligheid van de huisartsen in het algemeen niet alleen tijdens de wachten belangrijk is, maar ook naar aanleiding van het te betreuren overlijden van een collega, dokter Roelandt, die overdag tijdens zijn werk werd aangevallen door een door hem gekende patiënt. Wij nemen het veiligheidsaspect mee.

Er werden vroeger ook maatregelen genomen voor de huisartsenwachtposten op het vlak van de veiligheid. Bij sommigen ging het dan over de financiering van vervoer, desgewenst met chauffeur. Daarenboven is hierover al overleg geweest met collega Jambon, minister van Veiligheid en Binnenlandse Zaken. Er wordt bekeken welke maatregelen kunnen worden genomen voor veiliger werkomstandigheden voor de artsen en dit zowel tijdens de normale werkuren als tijdens de wachtdiensten.

Je préfère donc envisager l'organisation de la garde sous un angle plus large étant donné l'organisation de soins non planifiables ce, tant du point de vue du médecin que du patient.

Het klopt dat uit de studie blijkt dat niet alle patiënten weten tot wie zij zich met een bepaalde problematiek kunnen richten. Op dit moment is het voor de patiënt niet altijd duidelijk, als er zich iets onverwachts voordoet, of hij zich kan richten tot de huisarts, de huisartsenwachtdienst of de spoeddienst. Dat heeft tot gevolg dat er geen coördinatie is. Sommige spoeddiensten hebben daardoor ongelooflijk veel werk, terwijl meerdere van die patiënten misschien door huisartsen gezien hadden kunnen worden. Als er op de spoeddienst dan plots een patiënt met een heel zwaar polytrauma binnenkomt, heeft dat ook allerlei gevolgen. Voor niet-dringende zaken kan de wachttijd op een spoeddienst dan uren oplopen.

Omgekeerd zijn er ook zowel spoeddiensten als huisartsenwachtposten met een te geringe activiteit hebben. Dat is onverklaarbaar en onhoudbaar, zodat wij het aantal spoeddiensten in vraag moeten stellen en of die middelen al dan niet efficiënter kunnen worden besteed. Daarbij moet uiteraard rekening worden gehouden met het verschil tussen dichtbevolkte regio's en rurale zones, waar de mensen niet zo dicht op elkaar wonen.

Afin justement d'avoir un dialogue réellement constructif, j'ai constitué une task force au sein de mon cabinet. Tous les syndicats de médecins y sont présents, madame Fonck. Il n'y a pas toujours d'opinion commune. Suite à l'étude du KCE, j'ai vu pour la première fois une lettre commune, une lettre ouverte. Ils sont au cabinet jusqu'à trois fois par semaine. Je les vois assez fréquemment pour qu'ils m'en parlent, mais s'ils préfèrent écrire des lettres ouvertes, cela me convient aussi.

Beaucoup d'énergie a été investie dans cette task force. Un dialogue de qualité, comme l'indique la lettre ouverte, ne s'avère pas facile. Ils ont des opinions communes, mais pas tout le temps. Ils se disputent entre eux aussi, je peux vous le dire.

Chaque élément évoqué dans la lettre ouverte est déjà à l'ordre du jour de la task force et sera donc pris en compte en vue de l'amélioration de notre système de soins. Il est vrai que cela a duré trop longtemps, il n'y avait rien de coordonné, rien de réglé. Il y avait des projets positifs, des postes de garde de médecins traitants de pilotage. Comme dans trois cas, cela se passait bien, cela a été étendu à 35, et jusqu'à 48, mais sans aucun critère. Cela a abouti à la situation actuelle. Certains postes de garde sont surchargés, d'autres ne sont pas utilisés. Les postes d'urgence dans les hôpitaux sont parfois surchargés et parfois même pas consultés. Il faut une vision intégrée avec un numéro, avec une méthode de triage précisée dans le projet de pilotage. J'ai assisté à la présentation, qui était très bien et dans le cadre de laquelle nous travaillons maintenant. Je voulais évidemment que le projet de pilotage, pour lequel le financement a été prévu, puisse se faire aussi en Région wallonne.

Voorzitter: Yoleen Van Camp.

Présidente: Yoleen Van Camp.

10.09 Monica De Coninck (sp.a): Mevrouw de minister, uit de vele vragen en de discussie blijkt dat iedereen dit een zeer belangrijk item vindt. Ik zal niet zeggen dat het heel dringend is, maar ik ben zelf al ongeveer tien jaar met die discussie bezig. U hebt een taskforce en dat is heel goed. Als ik het goed begrijp, hebt u veel taskforces, want we denken ook na over de ziekenhuisfinanciering en een visie op het hele gezondheidsbeleid.

Ik begrijp uw bekommernis over geïntegreerd werken, maar wij moeten er wel eens aan beginnen, we kunnen niet blijven bestuderen en kennis vergaren. We moeten starten met een langetermijnplan, met perspectieven, met eten en drinken voor de verschillende partijen, rekening houdend met hun belangen, maar vooral ook met mijlpalen voor de te zetten stappen en de punten waarmee gestart wordt. De rest zal daaruit volgen. Ik blijf dus een beetje op mijn honger, maar ik wens u tegelijkertijd ook veel sterkte om snel met een geïntegreerd plan voor de dag te komen.

10.10 Caroline Cassart-Mailleux (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je retiendrai la vision intégrée et globale à laquelle nous devons rester attentifs, un numéro unique afin de filtrer les appels - ce qui est tout aussi important.

Dans votre réponse, vous avez plusieurs fois parlé des zones rurales et de critères différents. J'insiste à cet

égard qu'il est important de se rendre compte de la réalité de terrain à savoir que, dans celles-ci, le manque de médecins est parfois criant. Des mesures sont prises même au niveau communal, je vous l'assure madame la ministre, mais il faut parfois prendre des mesures complètes par rapport à ces critères spécifiques.

10.11 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je me pose la question de savoir sur quels points nous pouvons nous rejoindre.

Nous nous rejoignons, premièrement, sur l'importance du tri via le numéro 1733. Deuxièmement, l'approche générale en matière de garde doit tenir compte des enjeux liés à la sécurité des médecins généralistes, à l'évolution démographique, à la pénurie de médecins dans certaines régions et aux problèmes de garde lorsqu'il y a carence ou lors de nuits noires. Nous pouvons également nous rejoindre sur le couplage du financement aux critères de qualité.

Par contre, je vous invite, au-delà du rapport du KCE, à examiner les études qui ont été réalisées notamment sur l'analyse de la pratique dans différents pays. Une étude en particulier, publiée par le *British Medical Journal* en avril 2016, compare l'ensemble de la dynamique des urgences de sept pays. Cette étude pointe le fait intéressant que lorsque médecine générale et urgence sont couplées, le recours aux urgences augmente globalement alors que c'est l'inverse que nous devrions atteindre et ensuite, que cela n'a pas nécessairement d'effet positif sur les files d'attente, sur le flux des patients, sur le coût et l'efficacité ou sur la satisfaction du patient.

Si l'on compare cette dynamique dans d'autres pays – et les résultats sont interpellants - on se rend compte que ce couplage mène parfois à des résultats inverses aux objectifs que logiquement nous devrions vouloir atteindre.

Aussi, madame la présidente, je dépose une motion, que nous aurons l'occasion de rediscuter en séance plénière, avec une série de points sur la reconnaissance de la médecine générale comme élément essentiel de première ligne de soins de santé, sur le tri 1733. Mais surtout, j'insiste sur l'importance de ne pas imposer un modèle unique, standardisé que seraient ces postes de garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec des médecins généralistes couplés aux salles d'urgence.

J'insiste à nouveau – il existe un front commun des acteurs de terrain - sur la nécessité de tenir compte d'une réalité plurielle. C'est ainsi que nous serons le plus efficaces, y compris par rapport aux patients, en partant d'un modèle qui ne soit pas un modèle *top down* mais d'une approche *bottom up*. C'est ainsi que nous pourrions avancer. Partir uniquement du rapport du KCE et avoir un modèle unique imposé, je le répète, serait le pire du pire par rapport à l'organisation de nos soins de santé et à la dynamique des urgences et des gardes.

Madame la présidente, je vous remets cette motion.

10.12 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, net als de collega's en net als u vind ik dit een belangrijk dossier. Belangrijke dossiers zijn vaak geen evidente dossiers. Dit dossier is belangrijk omdat het vele gevolgen heeft, niet alleen voor de betaalbaarheid van de zorg maar ook voor de juiste zorg aan de patiënt.

Het klopt wel wat onze collega net zei, dat wij altijd deels op maat zullen moeten blijven werken en dat er regio's zullen blijven waar de huisartsenwachtpost veeleer zal moeten worden ingeschakeld om de gaten op te vullen. Volgens mij zijn vooral stedelijke regio's erbij gebaat dat er dichtbij het ziekenhuis een sterke huisartsenwachtpost is. Een huisartsenwachtpost moet niet noodzakelijk in het ziekenhuis gevestigd zijn want ik zie ook wat de gevaren daarvan kunnen zijn, maar hij moet wel dichtbij liggen.

Mevrouw de minister, ik heb u horen zeggen dat alles moet beginnen met voldoende informatie ten aanzien van de patiënten en de burgers. Vandaag schort daar hier en daar nog iets aan. Daar moet men op inzetten in de toekomst. Ook kan men een nummer als 112 implementeren, met nationaal een duidelijke uitrol, zodat de mensen weten waar zij terecht kunnen.

Ik blijf wel wat op mijn honger zitten, en u wellicht ook, inzake de vraag hoe de triage afdwingbaar gemaakt kan worden. Dat zal de taskforce hopelijk snel duidelijk maken.

Ik volg dit dossier samen met u op. Er blijven wel nog wat vragen open maar ik hoop dat wij op dit onderwerp nog zullen terugkomen in deze commissie.

10.13 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ook ik blijf een beetje op mijn honger. U antwoordt redelijk voorzichtig.

10.14 Minister Maggie De Block: We zijn nog aan het overleggen. Er is al een consensus over het afsprakenplan. Het is niet mijn gewoonte om, vooraleer er een consensus bereikt is, al in te gaan op bepaalde elementen van dat plan.

Natuurlijk moeten we rekening houden met wat er al bestaat op het terrein. Er is bijvoorbeeld een bijna volledige dekking van het grondgebied door huisartsenwachtposten in Wallonië, maar nog lang niet in Vlaanderen. Daar moet dus een inhaaloperatie gebeuren. Daarom hebben we ook eerst alles gedaan om aanvragen voor nieuwe posten opnieuw mogelijk te maken, maar wel volgens bepaalde criteria.

Natuurlijk hebt u nog veel vragen en blijft u op uw honger. Ik ga pas communiceren over een akkoord als er een akkoord is over alles.

10.15 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik begrijp dat u niet wil vooruitlopen op het werk van de taskforce.

Ik wil nog een punt aanhalen, de bekommernis van de huisartsen zelf. Ik heb veel contacten met huisartsen te velde. Ik vind dat er een grote openheid is bij de huisartsen om verschillende denkpistes te bespreken. Ze houden zich niet halsstarrig vast aan de organisatiemodellen die nu bestaan. Ik deel echter wel heel erg hun bezorgdheid. Ik begrijp dat ze garanties willen krijgen dat hun autonomie gehandhaafd zal blijven. Ik had graag van u gehoord dat u die bekommernis deelt.

10.16 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, aansluitend op wat collega Dedry net zei, ik deel die bezorgdheid namelijk ook. Ik voel immers een tweedeling tussen een pleidooi voor huisartsenwachtposten in de landelijke gebieden, terwijl die in de stedelijke gebieden in de ziekenhuizen zouden moeten zitten. Het moet niet het ene of het andere zijn; het ene kan perfect naast het andere bestaan, zeker als wij weten dat wij, om de kwaliteit te bewaken, de regio's moeten vergroten.

Collega Fonck, u verwijst naar buurlanden. Ik meen echter dat die vergelijking niet zo gemakkelijk loopt. Wij hebben vandaag 139 spoeddiensten, waarvan er 131 worden gefinancierd als gespecialiseerde spoeddienst en 8 als basisspoeddienst. Laat mij dat vergelijken met Nederland, waar er voor slokdarmkanker enkele spoeddiensten zijn en voor pediatrische spoed eveneens enkele gespecialiseerde spoeddiensten. De overwegingen inzake de concentratie aan spoeddiensten moet eveneens gebeuren. Vandaag kunnen wij niet vergelijken, aangezien wij die oefening nog moeten doen. Natuurlijk past een en ander in de reorganisatie van ons ziekenhuislandschap, met de financiering ervan.

Collega Dedry, ik voel dat er wel een draagvlak is, zowel bij de huisartsen, bij de ziekenhuizen als bij de patiëntenorganisaties. Dat mag ook wel gezegd worden. De patiëntenorganisaties staan heel erg achter dat model.

Mevrouw de minister, ik ben het eens met wat u in het begin van uw antwoord zei, met name dat dit een goede startoefening is. De tijd dringt natuurlijk en nu moeten wij alle kansen aangrijpen om met een goede oefening te komen, al mag dat niet te veel tijd vergen. Ik ben ervan overtuigd dat u met alle partners tot een goed voorstel zult komen.

Moties Motions

La présidente: En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.
Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

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 de garde qui correspond à leurs spécificités."

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 kenmerken overeenstemt."

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

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

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

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

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.08 uur.

La réunion publique de commission est levée à 12.08 heures.