

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING

van

DINSDAG 3 MEI 2016

Voormiddag

Samengevoegde 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" \(nr. 10180\)](#)
 - o [Antwoord van de minister](#)
 - o [Repliek](#)
- 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)

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?

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?

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.

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.

[\(naar boven\)](#)

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?

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 allerhande 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 gerationaliseerd 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 en-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.

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 dérangent 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 relayer – 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.

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 cours de route 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 Caprassé 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.

[\(naar boven\)](#)

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.

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.

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 pourrons 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.

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.

[\(naar boven\)](#)

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

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.

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.

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 pediatrie enkele 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.

Het incident is gesloten.