

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 23 FEBRUARI 2016

Namiddag

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

du

MARDI 23 FÉVRIER 2016

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14.19 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.19 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Échange de vues avec la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur E-santé et questions jointes de

- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vidéoconsultation à distance pour les médecins" (n° 8875)

- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les vidéoconsultations" (n° 9132)

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'obligation d'enregistrer la carte d'identité électronique du patient dans le secteur des soins à domicile" (n° 9121)

01 Gedachtewisseling met de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over E-gezondheid en toegevoegde vragen van

- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "videoconsulten" (nr. 8875)

- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "videoconsulten" (nr. 9132)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verplicht inlezen van de eID van de patiënt in de thuisverpleging" (nr. 9121)

La **présidente**: Madame la ministre, chers collègues, je vous propose de commencer nos travaux par le plan d'action e-Santé. Nous n'avons pas besoin d'un rapporteur puisqu'un rapport de l'échange nous sera fourni via le compte rendu intégral. Cela sera fait directement et traduit dans les jours qui suivent.

Les parlementaires qui avaient introduit des questions relatives au sujet pourront évidemment intervenir en premier lieu dans l'échange que nous aurons après la présentation de la ministre et, éventuellement, des membres de son cabinet.

01.01 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, dames en heren van de commissie, zoals afgesproken houden wij vandaag een thematische vergadering over e-gezondheid. Zoals u weet, gaat het erom dat de gezondheidszorg optimaal gebruikmaakt van ICT om een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg te kunnen bieden voor de patiënt op een zo eenvoudig en efficiënt mogelijke manier voor de zorgverstrekkers. Daardoor zullen wij de publieke middelen ook optimaler kunnen inzetten.

De twintig actiepunten steunen op drie assen: de multidisciplinaire samenwerking, de patiënt als copiloot van zijn of haar gezondheid en betere processen via een administratieve vereenvoudiging en minder papierwerk. Zo kunnen zorgverleners in de toekomst vlotter en sneller met elkaar communiceren ten dienste van de patiënt en zo de meest aangewezen behandeling geven. Dubbele onderzoeken worden zodoende ook vermeden, het risico van fouten wordt vermeden en de zorgverstrekkers zullen hun processen efficiënter kunnen organiseren. Zeker voor de chronische patiënten die aan verschillende aandoeningen tegelijk lijden, is een dergelijke vlotte samenwerking tussen alle betrokken zorgverleners essentieel. Zo kunnen de patiënten ook beter volgen, als zogenaamde copiloot, hoe hun gezondheid evolueert en wat zij er zelf ook

nog aan kunnen doen.

De informatisering zal de administratieve lasten verder doen afnemen. Het is niet mijn bedoeling om alle twintig actiepunten te overlopen. Die kunt u terugvinden op de nieuwe website www.plan-egezondheid.be. Alle informatie met betrekking tot het actieplan e-Gezondheid wordt daar gebundeld. Er is ook een online formulier beschikbaar om vragen te stellen, maar dat zal voor u niet nodig zijn vermits u ze hier kunt stellen.

We gaan wel wat dieper in op de drie assen waarrond het actieplan 2.0 is vormgegeven en op de actiepunten die verschillend zijn van het eerste plan.

Tout d'abord, il y a la collaboration multidisciplinaire. Vu l'espérance de vie croissante, notre population compte toujours plus de patients âgés souffrant de différentes maladies chroniques. En parallèle, on remarque que les prestataires de soins se spécialisent de plus en plus et, par conséquent, un seul patient se trouve souvent en contact avec plusieurs prestataires de soins. Il est donc essentiel que tous les prestataires qui ont une relation thérapeutique avec le patient puissent bien collaborer et facilement s'échanger des informations. C'est le seul moyen de garantir des soins continus sur mesure aux patients.

Les prestataires de soins en dehors de l'hôpital, surtout les généralistes et les spécialistes, se partagent de l'information à l'aide d'un espace digital sécurisé, comme Vitalink, InterMed ou BruSafe. En ce moment, les éléments suivants sont déjà publiés: le schéma de médication, le Sumehr (Summarized Electronic Health Record) et les vaccins administrés au patient. Les informations au sein de l'hôpital sont échangées via des hubs. Il s'agit notamment des rapports du bloc opératoire, des rapports d'imagerie médicale et des lettres de sortie des patients.

Pour les prestataires en dehors de l'hôpital, le dossier informatisé sera publié pour les soins infirmiers à domicile et la kinésithérapie.

Sont en cours, pour les hôpitaux, le partage des dossiers psychiatriques et le partage des résultats pour les laboratoires cliniques. Le but est de rendre accessibles toutes les informations relatives aux patients à l'aide d'espaces digitaux sécurisés et ce, pour tous les prestataires de soins, à condition qu'ils aient une relation thérapeutique avec le patient et que le patient ait bien donné son consentement éclairé.

Ainsi, nous créons des soins multidisciplinaires et faisons en sorte que les acteurs soient bien informés de l'état de santé récent du patient. C'est surtout important pour les patients atteints d'une maladie chronique. Dans le cadre du plan d'action 2015-2019, nous souhaitons pouvoir définir la structure du dossier patient informatisé (DPI) pour toutes les professions de soins.

De ziekenhuizen spelen een cruciale rol in het e-gezondheidslandschap om een aantal doelstellingen uit het regeerakkoord te verwezenlijken. Zij moeten onder andere de patiënt een centrale plaats in het zorgproces geven, informatie voor multidisciplinaire zorg delen, niet alleen intern, maar ook met andere ziekenhuizen en ambulante zorgverstrekkers. Die link met e-gezondheid is ook belangrijk omwille van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de kwaliteit van de zorg, de aanlevering van data als basis voor wetenschappelijk onderzoek en ondersteuning van *evidence-based medicine*, de empowerment van de patiënt en nog zoveel meer.

De ziekenhuizen zelf staan voor enorme uitdagingen. Denk bijvoorbeeld aan de snelle ontwikkeling van de medische technologie om zorgnoden te beantwoorden, alsook aan een oplossing voor het probleem van de administratieve lasten in combinatie met vereisten op het vlak van informatisering dankzij de integratie van bestaande systemen. Op dat vlak is het nodig dat het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier in de ziekenhuizen de informatiehoeksteen van het zorglandschap van morgen zal worden.

Daarvoor moeten wij nu stappen ondernemen. In het andere geval is immers berekend dat tegen 2018 slechts 30 % van de ziekenhuizen het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier zal hebben. Om de doelstellingen uit het regeerakkoord toch te realiseren, is in het geactualiseerd actieplan inzake e-gezondheid een zogenaamd acceleratorprogramma of versnelling opgenomen.

Opdat een ziekenhuis in het multidisciplinair zorglandschap optimaal zijn rol kan spelen, moet het beschikken over een geïntegreerd patiëntendossier per patiënt, een multidisciplinair dossier dat alle medische en paramedische gegevens van de patiënt op een centrale plaats verzamelt en binnen het ziekenhuis beschikbaar stelt. Dat is van belang bij onder andere spoedopnames, ambulante opnames,

intensieve zorg en operatiekwartieren. Dat dossier omvat minstens het medisch dossier, het verpleegkundig dossier, het labo-informatiesysteem en koppelingen met het radiologie-informatiesysteem, de patiëntenadministratie, de tarificatie en de facturatie.

Er is ook de uitdaging van de integreerbaarheid met de diensten van het eHealthplatform en met de bestaande registratiekanalen – ik heb het onder meer over de hubs, de metahubs, alle registers aangeboden door Healthdata – en de mogelijkheid tot gegevensdeling met andere systemen.

In samenspraak met de belanghebbenden wordt een gemeenschappelijke strategie ontwikkeld voor de gefaseerde invoering van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier in de ziekenhuizen. Dat bevat onder meer de definitie van het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier – gisteren is daarover nog vergaderd – zowel op functioneel en procesmatig vlak als qua gegevensstructuur en infrastructuur. Er moet natuurlijk een implementatiestrategie worden bepaald. De financiële ondersteuning en de stimuli voor de invoering en het gebruik van het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier in de ziekenhuizen moeten ook worden herzien en versterkt.

De bedoeling is echt een publiek-privaat partnerschap op te zetten om een doorstart mogelijk te maken voor de elektronische patiëntendossiers in de ziekenhuizen. Wij hebben op budgetair vlak de beslissing genomen dat de overheid een aanzienlijk deel van de kosten zal dragen. In de begroting van gezondheidszorg 2016 werd structureel 40 miljoen euro extra gereserveerd voor de uitrol van het elektronisch patiëntendossier in de ziekenhuizen, boven op de bestaande jaarlijkse investering van 16 miljoen euro. Samen met de reeds bestaande middelen komt dat neer op een cofinanciering van 50 % vanwege de overheid. De doelstelling is en blijft dan ook dat in 2018 alle algemene ziekenhuizen bezig zijn met de implementatie van het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier.

Een tweede belangrijke as is de versteviging van de rol van de patiënt in het zorglandschap van morgen met behulp van elektronische en digitale applicaties. Wij noemen dat *patient empowerment*. Als iemand mij daarvoor een Nederlands woord kan voorstellen, neem ik dat graag mee.

Wat zijn de vaststellingen van het onderzoek? Een groeiend aantal patiënten consulteert vandaag 'dokter Google' alvorens naar de huisarts of de specialist te gaan. Sommigen komen met talrijke uitgeprinte pagina's aanzetten over de kwaal waaraan zij zelf dachten, via 'dokter Google' natuurlijk. Het is meer dan vijf jaar geleden, maar ik heb dat nog meegemaakt. Steeds meer patiënten registreren ook een aantal gegevens zelf en vragen afschriften van verslagen enzovoort. Steeds meer patiënten willen hun huisarts ook digitaal consulteren. Daarnaast vragen zij steeds meer toegang tot hun medische informatie, transparante en bevattelijke communicatie, en eventueel ook steeds meer medezeggenschap in de beslissingen die omtrent hun gezondheid moeten worden genomen. Kortom, patiënten nemen bewust een deel van de regie van hun eigen zorg en gezondheid over.

Toegang tot kwaliteitsvolle informatie is essentieel om hen hierin te ondersteunen. Twee punten van het plan hebben die empowerment van de patiënt als specifieke doelstelling. Ten eerste, actiepunt 10 dat de toegang tot het dossier beoogt. Dat is ook in het kader van de wet op de patiëntenrechten, die al van 2002 dateert, steeds zo gezegd. Eigenlijk behoort het medisch dossier toe aan de patiënt. Ten tweede, actiepunt 19 dat in een kader voor mobiele applicaties wil voorzien.

Als het dossier van de patiënt kan worden gedeeld door de zorgverstrekkers die een therapeutische relatie hebben met de patiënt, dan kan het dossier ook gedeeld worden met de patiënt zelf. Om dit mogelijk te maken, creëren wij tegen het einde van deze legislatuur een beveiligd consolidatieplatform waarop alle informatie over de patiënt uit de verschillende bronnen wordt gebundeld. De patiënt krijgt toegang tot dit beveiligd platform via verschillende digitale kanalen, zoals de traditionele app op de personal computer, de mogelijkheid van een app op een tablet, een app op een smartphone of een portal op het web. Wij hebben daar nog puntjes achter gezet omdat wij niet weten wat er verder nog allemaal zal verschijnen.

Op dit platform zullen wij later ook hulpmiddelen ter beschikking kunnen stellen voor de verduidelijking van het dossier, zoals het vertalen van het dossier naar een begrijpelijke taal, en het geven van advies en duiding waar nodig bij specifieke elementen van het dossier. Met andere woorden, het vertalen van het vakjargon waaraan artsen zich soms schuldig maken.

Via dit platform kan ook gezorgd worden voor een vlotte toegang tot, en een vlot beheer van bijvoorbeeld wilsbeschikkingen inzake orgaandonatie of euthanasie. Dit betekent een belangrijke administratieve

vereenvoudiging en een belangrijke verbetering inzake privacy, omdat zo iets enkel in het dossier te lezen zal zijn en nergens anders zal moeten rondslingeren.

Last but not least is het de bedoeling dat de patiënt, of liever elke burger, op termijn zelf informatie kan toevoegen aan zijn of haar dossier op het platform. Natuurlijk zal altijd traceerbaar zijn wie welke informatie heeft toegevoegd.

De aanpassing die in het geactualiseerde actieplan misschien het meest in het oog springt, is de toevoeging van een volledig nieuw luik over *mobile health*. Bij de lancering van het actieplan, in 2013, meende men dat *mobile health* de eerste zes jaar niet zo'n vaart zou maken, maar tegen het begin van deze legislatuur was het duidelijk dat de markt van mobiele gezondheidstoepassingen als het ware 'ontploft'. Vandaag worden wij overspoeld met gezondheidsapplicaties. Steeds meer mensen lopen rond met toestellen om hun hartslag of het aantal stappen te meten, kortom, om allerlei gezondheidsparameters op te volgen. Met andere woorden, mHealth is in ons dagelijks leven al overal aanwezig.

Wij moeten nu voorzichtig zijn om geen belangrijke stappen over te slaan. Het mag niet het verhaal van Icarus worden. Icarus wou te snel te hoog vliegen, waardoor de was van zijn vleugels smolt en hij sneller terug beneden was dan hij naar boven ging.

Dit jonge domein vereist een duidelijk kader met garanties voor de kwaliteit van de apps, toestellen en metingen, en voor de privacy en de veiligheid van persoonlijke en medische gegevens.

Er is ook nood aan meer wetenschappelijke en praktijkrelevantie. Wij moeten nadenken over de juridische aansprakelijkheid bij het gebruik van mobiele toepassingen. We moeten mHealth ook een plaats geven in het huidige vergoedingsmodel voor zorgverleners.

De doelstelling kan als volgt worden samengevat. Wij gaan voor een betere gezondheid en meer comfort voor onze burgers, patiënten en gebruikers door het aanbieden van effectieve en efficiënte zorgondersteuning via mHealthtoepassingen. Wij zullen een kader creëren om de mHealthtoepassingen juridisch, financieel en organisatorisch in bestaande en nieuwe zorgafspraken te integreren.

De diensten van het eHealthplatform zullen mobiel beschikbaar worden gemaakt met speciale aandacht voor privacy en beveiliging.

De kwaliteit en toegankelijkheid van mHealth wordt ondersteund. De gebruiker wordt mee aan het stuur van de zorg geplaatst via deze mHealthtoepassingen.

We moeten een gecoördineerd mHealthbeleid in België realiseren met een flexibele en administratief eenvoudige toepassing van mHealth in alle regio's.

Om een passend antwoord te vinden op verschillende aandachtspunten, zullen wij ook hier werken met een vijftal onderwerpen waarvoor wij pilootprojecten lanceren. Een eerste pilootproject behelst *strokes*. Ik denk aan het gebruik van *mHealth devices* voor een acute *stroke* met een ultrasnelle en gespecialiseerde behandeling, voor de thuisrevalidatie, voor de herintegratie, voor zelfmanagement en empowerment van de patiënt en zijn of haar omgeving.

Er bestaan nu reeds toepassingen in de ziekenhuizen, bijvoorbeeld mogelijkheden op het vlak van de cardiovasculaire zorg, zowel inzake risicomanagement als inzake care; denken wij maar aan apps en smartapps in verband met het vetgehalte, het gewicht, de bloeddruk enzovoort.

Omtrent diabetes denken wij aan telemonitoring, bloedsuikerwaarden die worden doorgestuurd, *point-of-care testing* en digitale ondersteuning van de geïntegreerde zorg.

Op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg bestaat er de mogelijkheid van telezorg en telepsychotherapie, opvolging van de therapietrouw – denk maar aan medicatie-inname – en de combinatie van deze telezorg met mobiele teams.

In verband met chronische pijn denken wij aan de multidisciplinaire aanpak van chronische pijn in een gespecialiseerd pijncentrum, met monitoring van de patiënt op het vlak van inspanning, slaapkwaliteit, pijnintensiteit en natuurlijk ook therapietrouw.

Le troisième et dernier axe du plan d'action e-Santé concerne l'amélioration des processus. Notre stratégie est en grande partie basée sur la simplification administrative et l'évolution vers des soins utilisant peu de papier. Nous sommes aussi en train d'élaborer des instruments qui permettront aux prestataires de soins d'harmoniser leurs processus et de les organiser de manière plus efficace. Les autorités devront également revoir leurs processus. Les différents niveaux de pouvoir devront tous instaurer une même stratégie cohérente en matière d'e-santé, en collaboration avec tous les acteurs de terrain.

La simplification administrative est ancrée dans tous les points d'action du plan. Deux exemples concrets sont donnés dans la suite. À partir du 1^{er} janvier 2017, la prescription électronique de médicaments aura priorité sur la prescription papier qui disparaîtra en principe, sauf à la demande explicite du patient. Cette année, nous travaillons à l'installation de la prescription électronique pour les kinésithérapeutes et les infirmiers à domicile. L'année prochaine, les laboratoires et l'imagerie médicale suivront. À partir du 1^{er} janvier 2018, tous les médecins généralistes pourront transmettre électroniquement l'attestation de soins donnée, afin que puisse enfin disparaître le système consistant à apposer une vignette sur l'attestation, mettre celle-ci dans la boîte aux lettres de la mutualité pour ensuite attendre le remboursement dû.

Nous avons prévu un plan d'action distinct pour la simplification administrative, regroupant toutes les initiatives qui ne concernent pas les autres points. Par exemple, il y aura un seul dossier central pour les personnes handicapées auquel auront accès tous les professionnels de la santé concernés par le dossier. Ce principe du *only once* deviendra réalité à partir d'avril 2016.

Dat is dus heel binnenkort.

Back to work fera en sorte que le processus de réintégration professionnelle des malades de longue durée soit réalisable. Pour ce faire, les généralistes, les spécialistes, les médecins-conseils, les médecins du travail et, éventuellement, d'autres praticiens collaboreront au moyen d'un dossier électronique partagé. Grâce à e-Form, de plus en plus de procédures entre prestataires, d'une part, et entre ceux-ci et les administrations ou les mutualités, de l'autre, pourront être standardisées, simplifiées et digitalisées.

Ik heb het al eerder gezegd: men moet eerst vereenvoudigen en dan digitaliseren, of men komt in de problemen.

Het actieplan e-gezondheid kan pas slagen als iedereen zijn steentje bijdraagt om de concrete doelstellingen te halen in het belang van de patiënt. Het mag en kan geen vrijblijvende bundeling van ideeën worden, waarmee iedereen doet wat hij of zij wil. Daarom zetten we met de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een governancestructuur op poten, die de verdere uitrol van het actieplan ondersteunt en opvolgt. Aan het hoofd komt een *program manager*, die alles in goede banen zal moeten leiden. De installatie van de governancestructuur is een duidelijk signaal dat wij de komende jaren met alle overheden er hard aan zullen blijven werken om de e-gezondheid tot een succes te maken. Wij zullen verder investeren in de juridische onderbouw, de infrastructuur, de databeveiliging, de privacybescherming, de ondersteuning en de opleidingen voor zorgverleners. Mijn collega's, de bevoegde ministers van de regio's, zijn dezelfde mening toegedaan.

De huidige stand van zaken is de volgende. De *program manager* is geselecteerd en in functie. De projectleiders voor alle actiepunten zijn aangesteld en in functie. De stuurgroep op het niveau van de IKW e-gezondheid van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid werd samengesteld en vergadert maandelijks. De stuurgroep op federaal niveau werd eveneens samengesteld en vergadert ook maandelijks. Tot hier de uitleg.

La présidente: Chers collègues, après l'état des lieux et la présentation des objectifs par Mme la ministre, je vous propose de donner la parole, en premier lieu, aux membres qui ont déposé une question sur le sujet. Ensuite, les membres qui le souhaitent auront l'occasion d'intervenir.

Je signale que Mme Jadin ne peut être présente parmi nous pour poser sa question n° 8875.

01.02 Philippe Blanchart (PS): Madame la présidente, de façon plus précise et pour entrer dans le vif du sujet, j'aborderai un sujet particulier, mais qui est aussi en lien avec l'utilisation de la voie électronique et des réseaux dans le cadre de la santé publique.

Face au manque de jeunes médecins dans les zones rurales, la vidéo-consultation médicale, en tant qu'outil qui faciliterait la vie des professionnels de la santé, est une des pistes explorées par les différents niveaux de pouvoir.

La télémédecine peut effectivement être un plus dans certains cas, comme par exemple pour faciliter la concertation entre médecins ainsi que le partage de données. Toutefois, dans la relation patient-médecin, l'accent sur la relation humaine doit continuer à être la priorité. Le contact physique ou clinique entre le patient et le médecin demeure en effet essentiel.

Madame la ministre, vous avez affirmé que le dossier de la vidéo-consultation était actuellement à l'étude. Il apparaît également que vous avez déjà exprimé votre volonté de permettre le remboursement par l'INAMI des consultations médicales à distance, dès l'an prochain. Pourriez-vous nous dire ce qu'il en est exactement et si ces informations sont correctes?

Une concertation avec les professionnels de soins, le GBO (Groupement belge des Omnipraticiens) notamment, et les associations de patients a-t-elle déjà eu lieu dans ce cadre?

Des garde-fous seront sans aucun doute indispensables si ce nouvel outil venait à se développer. Comment envisagez-vous dès lors d'encadrer ces vidéo-consultations pour garantir une qualité de soins aux patients?

On sait que cet outil ne pourra pas être "la" solution à la pénurie de médecins généralistes, particulièrement en milieu rural. Quelles initiatives envisagez-vous dès lors de prendre pour répondre à cette problématique?

01.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ook al hebt u dit onderwerp even aangeraakt, ik heb nog een aantal precieze vragen.

De thuisverplegingsdiensten, onder andere het Wit-Gele Kruis, vragen om snel werk te maken van een verplichte inlezing van een eID bij thuisverpleging, waardoor de verpleegkundige verplicht wordt de bezoeken en de identiteit van de patiënten te registreren. Zij willen hiermee de transparantie bevorderen en fraude tegengaan. Dat de fraudegevoeligheid in de sector heel hoog ligt, werd vorig jaar nog bewezen door de cijfers van het RIZIV van december 2015.

Navraag leert dat ook de diensten van de ziekenfondsen voorstander zijn van een dergelijke werkwijze. Wij kunnen acties om fraude tegen te gaan alleen maar aanmoedigen en wij moeten de sectoren steunen die daarvoor zelf stappen willen zetten. Het geld dat hiermee wordt gewonnen, kan onmiddellijk terugvloeien naar de sector om on vervulde noden te lenigen.

De thuisverplegingsdiensten vragen om de modaliteiten om die verplichting op te leggen, onmiddellijk vast te leggen in de daartoe bevoegde organen.

Mevrouw de minister, wat is de stand van zaken? Onderneemt u stappen om het dossier vooruit te helpen? Indien ja, welke stappen zult u ondernemen?

Kunnen de verplegingsdiensten en de ziekenfondsen op u rekenen om de modaliteiten snel vast te leggen?

Niet onbelangrijk, de thuisverplegers vragen of er een financiële ondersteuning wordt gegeven om de maatregel in te voeren. Kunnen de middelen die door die vorm van fraudebestrijding vrijkomen, terugvloeien naar de sector?

La **présidente**: Nous allons compléter ces questions par d'autres interventions. Tout d'abord, Mme Fonck prendra la parole, car elle doit se rendre dans d'autres commissions. Lui succéderont MM. Thiéry et Senesael.

01.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je vous remercie de me donner la parole maintenant, parce que je dois me rendre en commission des Affaires sociales pour discuter d'un projet de loi.

Madame la ministre, je vous remercie beaucoup pour votre exposé.

E-health et l'informatisation des thématiques de santé apportent, de près ou de loin, une plus-value incontestable tant pour le patient et la qualité des soins – puisque l'approche multidisciplinaire est ainsi

renforcée et que des avis complémentaires peuvent, de la sorte, être sollicités –, que pour les professionnels de la santé qui bénéficient par ce biais d'un assouplissement des procédures administratives. De manière plus générale, c'est notre système de soins qui en sort gagnant.

Cela étant, nous devons rester attentifs à plusieurs aspects. Au cours des cinq dernières années, l'usage et l'échange des données se sont multipliés. De même, le nombre de patients ayant donné leur consentement a augmenté.

Bien entendu, les principes fondamentaux de protection de la vie privée et des patients ainsi que l'accès sécurisé aux données doivent être garantis.

Tout aussi importantes me semblent être la qualité et la disponibilité de la plate-forme destinée aux prestataires de soins, qu'ils soient médecins, infirmiers, kinésithérapeutes ou pharmaciens. Il y a eu quelques problèmes, au sujet desquels je vous ai interrogée à plusieurs reprises.

J'aimerais vous poser quelques questions sur différents enjeux.

Tout d'abord, les médecins et pharmaciens n'ont pas toujours eu accès à cette plate-forme, parfois pour de très mauvaises raisons telles que la maintenance, pratiquée pendant les heures de travail, ou la surcharge. Comme les utilisations vont aller croissant, le risque de problèmes techniques va également augmenter. C'est aujourd'hui l'occasion de refaire le point sur ces failles éventuelles.

J'en arrive à l'importance de la protection des patients et de leurs dossiers médicaux. Un peu plus de 2,5 millions de citoyens ont aujourd'hui donné leur consentement pour un partage des dossiers avec un autre prestataire de soins. C'est le fil conducteur qui leur est donné et c'est la finalité essentielle pour le patient. Ils ne donnent pas un consentement plus élargi.

Madame la ministre, vous vous étiez exprimée sur les *big data* du secteur des soins de santé et vous aviez dit qu'elles devaient être déverrouillées et échangées entre les caisses d'assurance maladie-invalidité, les pouvoirs publics, les scientifiques et l'industrie. Je me suis rendu compte qu'un accord avait été récemment signé entre l'INAMI et l'Institut scientifique de Santé publique. Cet accord concernerait le service d'assistance technique de healthdata.be. Or il me revient que, dans cet accord, on utilise des données identifiées par un pseudonyme. Ceci amène des questions fondamentales puisque, pour de telles données, il est toujours possible de reconstituer une fiche personnelle par patient, à l'inverse des données "agrégées", qui protègent complètement le patient. À titre de comparaison, des données agrégées ne comportent pas d'identifiant et sont mélangées en grand nombre et des données "pseudonymisées" comportent un identifiant et permettent de pouvoir reconstituer le dossier personnel du patient.

Madame la ministre, pourriez-vous me donner des informations concernant l'accord intervenu entre l'INAMI et l'ISSP? Pouvez-vous nous en remettre une copie? Il semblerait qu'il soit question de données pseudonymisées, alors que les données agrégées permettent d'assurer une totale protection des patients, de leur dossier médical et donc de leur vie privée? Je ne fais pas ici référence à la loi relative à la protection des données à caractère personnel de 1992 qui est pourtant très claire à ce sujet. En tout cas, il est extrêmement important que vous nous donniez des informations à ce sujet.

S'il est effectivement question de données pseudonymisées, je plaide en faveur d'une révision de l'accord précité afin que le travail puisse être effectué exclusivement sur la base de données agrégées afin d'assurer une totale protection du dossier du patient et de sa vie privée.

Je voudrais, enfin, dire quelques mots au sujet des vidéo-consultations. Elles ont des avantages, mais aussi des limites.

L'un des avantages réside dans le fait qu'elles viennent compléter une approche multidisciplinaire, approche qui sera d'autant plus nécessaire demain puisque logiquement les hôpitaux n'offriront plus tous les services. Ce faisant, les vidéo-consultations auxquelles le patient pourrait participer dans le cadre d'une approche multidisciplinaire revêtiront un certain intérêt.

Toutefois, en imaginant qu'une vidéo-consultation remplace une consultation au chevet du patient, il n'en reste pas moins que l'on met de côté la plus-value et l'apport de l'examen clinique. Vous le savez aussi bien que moi, un patient, ce n'est pas seulement une anamnèse et des examens complémentaires. La place de

l'examen clinique est prépondérante. Bien souvent, le diagnostic est posé à cette occasion. De plus, en l'absence d'examen du patient, le risque existe également de lui faire passer ultérieurement beaucoup plus d'exams que nécessaire. Ce genre de pratique présente donc certaines limites, raison pour laquelle, à l'instar d'autres collègues, je voudrais que vous nous donniez des informations quant à la manière dont vous allez mettre en place et favoriser les vidéo-consultations.

Madame la ministre, je vous demande de bien vouloir m'excuser, mais je dois maintenant quitter cette enceinte pour me rendre dans une autre commission.

01.05 Damien Thiéry (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour cet aperçu de l'avancement du projet eHealth que vous nous avez donné. Il est toujours intéressant de connaître l'état d'avancement des projets. Il me semble que nous étions déjà occupés avec ce projet eHealth en 2010 et peut-être même encore avant. Pourriez-vous me dire depuis quand cet important projet, qui manifestement commence à porter ses fruits, nous occupe? Pour autant qu'il soit possible de fixer un calendrier, pour quand pensez-vous obtenir le rendement optimal de ce projet et arriver à son utilisation optimale?

Si je me souviens bien, les réticences étaient nombreuses au début de la mise en place de ce projet. Il me semble que les médecins généralistes, principalement, avaient des craintes quant à l'uniformisation du projet. Or nous nous rendons compte maintenant qu'il y a un engouement, une volonté d'aller plus loin dans l'utilisation de la plate-forme.

Est-ce dû, selon vous, au fait que les mentalités changent, certainement auprès des jeunes médecins qui sont plus amenés à travailler de manière électronique? Ou bien d'autres raisons font-elles en sorte que ce projet avance positivement? Disposez-vous du pourcentage de prestataires de soins qui utilisent réellement la plate-forme? Y décelez-vous une différence entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes?

Ensuite, nous constatons que les patients se documentent énormément pour toutes les pathologies qui les concernent spécifiquement. Ils ont tendance à aller chercher les informations un peu partout et un peu n'importe où. Y a-t-il au sein de la plate-forme la possibilité de chercher des informations qui seraient plus pertinentes, spécifiquement destinées aux patients, et qui seraient contrôlées, de manière à ce que les patients n'aient pas accès à des informations erronées?

Je rejoins le souci de Mme Fonck concernant le respect de la vie privée. Y a-t-il à l'heure actuelle un moyen qui nous permette de garantir à 100 % que toutes les données qui se retrouvent sur la plate-forme seront utilisées à des fins uniquement médicales ou scientifiques? J'imagine que c'est le cas.

Quel système empêchera-t-il qu'il y ait des débordements? Y en a-t-il déjà eu? Peut-on garantir aujourd'hui que le respect de la vie privée est maximal?

Madame la ministre, je conclus avec une question plus spécifique. Vous nous avez donné – et je vous en remercie – un certain nombre de *deadlines* en matière d'utilisation. Ai-je bien compris que la prescription électronique en tant que telle serait généralisée pour 2018? Ou est-ce là une information que j'ai mal perçue? Cela me semble important dans le cadre de la simplification administrative mais aussi au vu de la difficulté qu'ont parfois certains médecins à retenir des noms de médicaments ou encore pour faciliter l'utilisation de médicaments innovants. Cet accès à la prescription électronique sera-t-il généralisé? Si oui, à partir de quand? Sera-t-il obligatoire?

01.06 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, à mon tour, je tiens à remercier la ministre pour la présentation de son plan e-Santé et pour tous les éléments qu'elle a abordés. Dans mon propos, je reviendrai sur deux éléments sur lesquels je souhaiterais avoir des clarifications ou poser quelques questions additionnelles.

Tout d'abord, on l'a vu et vous l'avez dit, le plan d'action accorde une attention particulière à la sécurisation et au respect de la vie privée en matière de données médicales lors du partage d'informations. Vous l'avez dit également, le consentement éclairé du patient doit être l'élément fondateur permettant l'entrée du patient dans le système. Ce geste proactif du patient doit se faire en pleine connaissance de cause car il est évidemment un signe de confiance du patient dans le système. Selon la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS), les patients sont actuellement trop rarement correctement informés sur la portée de leur consentement. La LUSS demande, comme annoncé d'ailleurs, que le patient se voit confirmer son consentement par un courrier officiel.

Madame la ministre, quelles sont dès lors les mesures envisagées pour permettre un réel consentement éclairé des patients? Il est en effet fondamental que le patient sache où et par qui ses données seront partagées. Il doit pouvoir consentir ou refuser en toute connaissance de cause. Sans cela, le système perd toute notion de confiance sur laquelle il doit être basé. Il semble que ce ne soit pas encore tout à fait le cas actuellement. Madame la ministre, qu'en est-il selon vos informations?

Le second élément de mon propos concerne un des points d'action ajoutés qui porte sur la *mobile health* (mHealth). Parmi les objectifs fixés, il est notamment prévu de créer un cadre dans le secteur de la santé pour intégrer les applications de mHealth sur le plan juridique, financier et organisationnel dans les accords de soins existants et nouveaux. Il s'agit aussi de rendre les services eHealth disponibles dans les applications mobiles, de soutenir la qualité et l'accessibilité de la mHealth.

Les applications mHealth permettent, par exemple, de mesurer la tension artérielle. Elles offrent également au patient la possibilité d'enregistrer des données médicales ou d'être pris en charge dans le cadre de la télémédecine via internet.

La Commission européenne a appelé à leur développement. Si l'on peut soutenir celui-ci, il doit, selon nous, avoir lieu uniquement dans le but d'améliorer la santé des patients. Ces applications ne doivent évidemment pas se substituer à la consultation de professionnels de la santé. Il est indispensable de mettre en place toutes les balises pour protéger les patients à travers un cadre juridique clair.

Madame la ministre, où en est l'analyse juridique de cette question? À quelles questions essentielles faut-il répondre dans ce cadre? Envisagez-vous le remboursement de prescriptions d'applications mobiles? Je pense à la télémédecine. Comment envisagez-vous le développement de celle-ci? Des budgets seront-ils dégagés? Une réflexion dans le sens d'un remboursement de ces applications et du suivi médical qui en sera fait est-elle déjà menée dans le cadre de la réforme de la nomenclature?

Je sais que les questions étaient nombreuses; je vous remercie d'avance pour les réponses qu'il vous plaira de m'apporter.

01.07 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor de toelichting.

Ik heb ook een aantal vragen, maar sommige ervan werden reeds door de collega's gesteld. Ik heb het dan onder meer over de vraag van de heer Thiéry over het percentage huisartsen, specialisten en apothekers dat momenteel al het platform gebruikt. Het lijkt mij daarbij ook belangrijk om de evolutie van de laatste jaren te bekijken, zodat de interesse in en het gebruik van eHealth door de zorgverleners in kaart kan worden gebracht.

Hoe meer mensen het platform gebruiken, hoe belangrijker de beschikbaarheid ook wordt. Mevrouw Fonck heeft er al op gewezen dat op het werkveld wordt geklaagd over het feit dat het platform soms niet beschikbaar is. Hebt u daarover cijfers? Het gaat hier trouwens niet alleen over het eHealthplatform op zich, maar bijvoorbeeld ook over de computer van de zorgverlener, de mutualiteiten, het internet enzovoort. Het is een hele keten die moet werken om het systeem werkbaar te maken. Het systeem werkt uiteraard maar zo goed als de zwakste schakel in de keten. Hebt u gegevens over de effectieve beschikbaarheid van het eHealthplatform?

De patiënten zullen rechtstreeks inzage krijgen in hun *personal health record*. Dit is uiteraard enorm belangrijk, maar het plaatst ons ook voor een aantal dilemma's. Wordt de informatie bijvoorbeeld onmiddellijk toegankelijk gemaakt, of pas na enkele dagen? Op die manier heeft de patiënt de tijd gehad om op consult te gaan bij de arts wanneer het gaat over zeer gevoelige resultaten met betrekking tot een onderzoek naar, bijvoorbeeld, kanker. Zal de therapeutische exceptie, zoals wij die vandaag kennen, gewoon worden gedigitaliseerd of bekijken we heel het concept opnieuw?

Vooraleer de arts de informatie uit het elektronisch medisch dossier kan delen met andere zorgverleners moet de patiënt hiervoor zijn toestemming geven. Wij weten dat momenteel zowat 2,7 miljoen patiënten deze toestemming hebben verleend, maar er is uiteraard nog een grote groep die dit nog niet heeft gedaan. Ik heb hierover twee vragen. Worden artsen ondersteund, want ik meen dat artsen een belangrijke factor vormen bij het overtuigen of eventueel positief of negatief beïnvloeden van de patiënt bij het geven van zijn toestemming? Worden zij opgeleid om het belang van die toestemming over te brengen naar de patiënt?

Als de patiënt geen toestemming heeft gegeven en de betrokkene op de spoeddienst terechtkomt, kunnen de gegevens van die patiënt dan toch worden ingekeken? Volgens mij kan dat belangrijk zijn, want die informatie kan het verschil maken tussen leven en dood.

Daarnaast zijn Sumehr en het medicatieschema zeer nuttige instrumenten in de gezondheidszorg, maar dat geldt uiteraard enkel indien ze up-to-date worden gehouden. Een patiënt wordt door veel zorgverstrekkers gezien. De vraag luidt dan ook wie verantwoordelijk is voor het bijhouden van bijvoorbeeld het medicatieschema. Indien het niet-systematisch bijhouden van een Sumehr of medicatieschema leidt tot een medisch foute handeling, wie is er dan verantwoordelijk? Wordt dat juridisch onderzocht? Zijn er op dat vlak nog veel wetgevende werkzaamheden nodig om dat volledig te kunnen coveren?

01.08 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, bedankt voor uw uitleg. Wat u vandaag gebracht hebt, is een uiterst positief verhaal. In de vorige legislatuur had ik al gezegd dat ik enigszins op mijn honger bleef betreffende de dynamiek in dit dossier. In uw persbericht van daarjuist hebt u gezegd dat er nu een hogesnelheidstrein voorbijraast en dat gevoel heb ik ook als ik het geheel van maatregelen zie. Het regeerakkoord was op dat vlak ook ambitieus, want we hadden vooropgesteld dat we op dat vlak meerdere stappen wilden zetten tegen 2018. Met de timing die u vandaag voorlegt, zit u volgens mij zeer goed op schema. Ik kan u enkel maar feliciteren, ook met de inspanningen die op dat vlak gebeurd zijn. Er valt natuurlijk nog veel te doen en dat hebt u ook aangekondigd.

Ik heb drie korte vragen over enkele zaken die mij niet helemaal duidelijk zijn. Sommige onderdelen zijn ook erg technisch.

Ten eerste, in de ziekenhuisomgeving vragen we ons ook af wat er allemaal nog valt te verwachten. Deze week heb ik ons plaatselijk ziekenhuis gevraagd welke tegenwoordig de grootste noden zijn en waarmee zij bij het functioneren van het ziekenhuis de meeste problemen ondervinden. Als antwoord krijg ik dat de meeste problemen zich op de spoedafdeling voordoen, want die afdeling heeft maar een heel beperkt zicht op de thuismedicatie van de patiënt. Als de patiënt daarover niets op papier bij heeft en als de partner of de familie daarover niets weet te vertellen, dan beschikken de hulpverleners niet over die informatie.

Een ander probleem rijst als de betrokken patiënt nog nooit eerder in de spoedafdeling is geweest, want dan heeft men geen historiek van die patiënt.

Men zegt dat die situatie vaak voorkomt. Ik heb ook begrepen dat u de nodige actie zult ondernemen en dat er een structuur zal komen. U spreekt over de Sumehrs, waarbij het heel belangrijk zal zijn dat de kwaliteit van die dossiers is gegarandeerd. Ik heb begrepen dat ook huisartsen die zullen moeten opladen en dat dit een soort van samenvattingen zullen zijn die men zal kunnen raadplegen. Die kwaliteit is dus ook heel belangrijk. Wat is daar juist de timing? Men zegt mij immers dat hieraan vandaag een zeer grote nood is.

Mevrouw de minister, ten tweede, de inspanningen die u vandaag doet in het kader van het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier zijn ook belangrijk. Ik zie dat de ziekenhuizen volop bezig zijn met die integratie. Dat is niet gemakkelijk, het gaat over enorm veel geld en uw ondersteuning van 50 % is reeds heel veel.

Trouwens, het aanbod op de markt is ook niet zo groot. In die zin moet iedereen in een ziekenhuis vandaag achter het systeem staan, ook de artsen; iedereen moet daarmee goed willen werken. Zo'n proces vraagt dus toch wel wat begeleiding. Op het niveau van de ziekenhuizen zit dit vandaag goed, er wordt daar goed gestuurd en begeleid. Het systeem is echter slechts zo sterk als de zwakste schakel. De input, de informatie in het elektronisch patiëntendossier, zal vooral van de artsen moeten komen.

Naast alle subsidies en financiële stimulansen, zullen er ook bijkomende stimulansen komen zodat artsen een goede input kunnen doen? Wij zien vandaag bij ons in het ziekenhuis dat er nog vrij veel met Word wordt gewerkt, waarbij de gegevens worden opgeslagen. Dat is cruciale informatie, die ook nodig zal zijn in een EPD. Zijn er naast de financiële stimulansen ook stimulansen om artsen mee te laten participeren om informatie in te geven in het systeem?

Een derde punt werd reeds door collega Somers aangehaald. Wij hebben in de commissie reeds een paar keer gesproken over het farmaceutisch dossier. Ik herinner mij dat u vorig jaar in antwoord op een vraag zei dat 40 % is aangesloten, maar dat er softwareproblemen waren en dat men volop bezig was met de uitrol.

Normaal zou het nu, begin 2016, bijna moeten uitgerold zijn. Is dit juist? Is het uitgerold in bijna alle apotheken? Wat is de stand van zaken met betrekking tot het gedeeld farmaceutisch dossier?

Dat zijn drie kleine vragen, maar doe vooral zo verder, mevrouw de minister.

01.09 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb geen concrete vraag, maar een opmerking. Er komen veel vragen over het verzamelen en clusteren van data en de privacy. Wie heeft er toegang tot de data en wie mag er wat precies mee doen?

Ik wilde daarom verwijzen naar het Adviescomité voor wetenschappelijke en technologische vraagstukken. Het volgende dossier waarover morgen, denk ik, de eerste hoorzitting plaatsvindt, betreft *big data in healthcare*. Niets belet ons om hier ook over dat onderwerp te discussiëren, maar ook daar zal de discussie volop en in de diepte worden behandeld.

La présidente: Cela se passera au sein du Comité d'avis des questions scientifiques et technologiques, qui se réunit une fois par semaine, sur le temps de midi. Les membres de la commission peuvent aussi participer à ces travaux.

01.10 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, on va certainement y examiner les rapports sur les sessions, si j'ai bien compris?

La présidente: Oui. Ce comité est ouvert à tous les membres de la Chambre qui souhaitent y assister. Les dossiers et rapports sont aussi publiés.

01.11 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik zal het heel kort houden. Verontschuldig mij, maar ik was buiten de commissiezaal aan het telefoneren. Mocht ik nu iets dom vertellen, dan zegt u het maar.

01.12 Minister Maggie De Block: (...)

01.13 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Inderdaad, mevrouw de minister, met buitengaan moet men opletten.

Ik wil alleen vragen of u aandacht kunt schenken aan het lanceren van pilootprojecten, waaronder de pilootprojecten rond het bevallen met kort ziekenhuisverblijf, die binnenkort zullen opstarten. Ik merk in de praktijk immers dat er een grote nood is aan het realiseren van eHealth in een pilootproject zonder extra middelen. Ik heb niet alles gehoord, maar ik begrijp dat heel goed. Ik steun u ook op dat vlak. Wanneer echter pilootprojecten worden gelanceerd, komen de partners voor kosten te staan die zij niet direct mogelijk achten.

La présidente: Madame la ministre, chers collègues, la plate-forme eHealth a progressé après avoir connu des débuts difficiles, ne recueillant pas toute la confiance requise et souffrant de problèmes de gouvernance. Désormais, les différents partenaires - les réseaux wallon, flamand et bruxellois, les prestataires de soins, les acteurs de la plate-forme, etc. - semblent se faire davantage confiance.

Or nous ne vivons pas dans un monde de Bisounours. C'est pourquoi je suis sûre qu'il subsiste des obstacles. Quelles sont les difficultés faisant l'objet d'une attention particulière en vue de développer correctement le système?

Par ailleurs, je voudrais rapporter une expérience personnelle. Je ne tombe pas souvent malade, mais aucun médecin ne m'a dit qu'il existait un dossier médical informatisé à mon sujet ou que des données étaient transmises et rassemblées, pas plus qu'il ne m'a demandé l'autorisation de partager telle information avec un spécialiste ou le médecin traitant. Personne n'a donc sollicité ni reçu mon consentement éclairé. J'ignore si des informations circulent. N'importe quel citoyen est sans doute confronté à une telle situation. Il se trouvera peut-être des gens pour en parler. Cependant, voici deux ou trois ans, quand j'interrogeais un médecin spécialiste sur eHealth et sur l'échange d'informations, il était incapable de me répondre quant à cette procédure.

Les choses changent mais je me dis qu'il y a aussi une attention particulière à accorder à cela de manière à ce qu'il y ait des démarches proactives partout où cela peut se faire pour que les patients soient au courant, pour qu'ils puissent susciter la création de ces dossiers et les échanges de données. Je suis aussi

préoccupée par l'accès aux informations lorsqu'on se retrouve aux urgences ou dans une consultation où rien n'a été prévu. Il est donc important qu'il y ait un consentement du patient pour donner accès à son dossier pour les situations d'urgence.

En ce qui concerne le consentement éclairé à donner par le patient, je rejoins la question de M. Senesael. C'est une démarche intéressante qui fait prendre conscience au patient et au médecin de ce à quoi ils se sont engagés, mais dans cette volonté d'avoir un dossier qui sera partageable pour la santé du patient de manière générale, pour la personne handicapée, pour laquelle il ne faudra plus réintroduire une série de dossiers, et pour la réintégration des malades de longue durée. Il y aura des acteurs qui ont des statuts et des accès différenciés aux informations. Est-il bien clair que dans ce partage de données, le médecin du travail, le médecin-conseil, le médecin de la prévoyance sociale n'ont pas le même accès que le médecin généraliste ou un autre médecin? C'est important de le préciser également.

En ce qui concerne la généralisation des ordinateurs pendant les consultations, on voit de plus en plus le médecin qui tapote sur un clavier et la dimension relationnelle avec le patient, les yeux dans les yeux, en prend un coup. Or on sait que 70 % du succès d'une consultation est la capacité à établir une relation et à vérifier comment le patient comprend l'information. Il y a un vrai travail de sensibilisation des professionnels de la santé à entreprendre pour qu'on ne croie pas que parce qu'on a rempli les cases dans l'ordinateur, on a soigné la personne, et qu'elle sait ce qui lui arrive. Les formations annoncées devront tenir compte de cette dimension.

Madame la ministre, avant que vous ne répondiez, Mme Jiroflée souhaite ajouter quelque chose.

01.14 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik wil hier eigenlijk niets aan toevoegen. Ik zou de minister willen vragen of mijn antwoord eerst zou kunnen komen, vermits ik moet gaan stemmen in de commissie voor de Justitie. Bovendien is mijn collega toch niet meer aanwezig.

La **présidente**: Madame la ministre, je donne la parole à M. Thiéry pour une brève intervention; ensuite, vous pourrez répondre en commençant par les questions de Mme Jiroflée.

01.15 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, j'ai une question complémentaire d'ordre tout à fait général: à terme, le système eHealth revêtira-t-il un caractère obligatoire ou restera-t-il facultatif?

01.16 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée, de verplichte eID-inlezing, die onder andere door het Wit-Gele Kruis en de thuisverpleegkundige diensten werd gevraagd, laat hen toe meteen de gegevens te verwerken van de prestaties die door hun thuisverpleegkundigen werden gedaan. Tegelijk is het, zoals u zegt, een maatregel die fraude vermijdt. Ik moet echter ook zeggen dat het grootste deel van de thuisverpleegkundigen eerlijk zijn werk doet. Achter het deeltje dat fraudeert gaan wij met alle middelen aan. Daarvoor moeten de modaliteiten echter inderdaad snel vastgelegd worden. De technische oplossing is vastgelegd in overleg met de verpleegkundige diensten. De implementatie is gestart.

Wat de middelen betreft, als daaruit besparingen voortkomen, dan is dat te bespreken, als wij echt vaststellen dat er daardoor minder misbruik is. Wij hebben er nu al een goed idee van voor welk bedrag er misbruiken zijn en wij hebben ook terugvorderingen gedaan. Wat dat betreft, wil ik de discussie niet uit de weg gaan. Ik ga echter zeker niet van tevoren trekkingsrechten toekennen. Als er efficiënter met de middelen wordt omgegaan in de sector, dan sta ik wel open voor de discussie over het verder ondersteunen van de sector met slimme maatregelen om fraude te vermijden, om een betere tarifiering te verkrijgen enzovoort. Ik sta daarvoor open, maar het is nu misschien nog wat prematuur.

01.17 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik wou absoluut niet zeggen dat er veel fraude is bij de thuisverpleging. Integendeel, ik ben het met u eens dat het overgrote deel wellicht perfect zijn werk doet. Ik ben echter ooit eens met een controledienst van de mutualiteit op stap geweest en ik heb toen grote ogen opgezet toen ik zag wat er allemaal mogelijk is. De mazen van het net zijn soms zeer groot.

Ik dank u voor uw antwoord. Ik ben bijzonder blij dat — mocht dit in de toekomst tot de mogelijkheden behoren — die discussie open is.

01.18 Maggie De Block, ministre: M. Blanchart a posé des questions sur la télémédecine et la possibilité de faire des vidéo-consultations. Il est possible de prévoir des projets pilotes dans cinq domaines déjà

développés. La consultation par vidéo est à l'étude. Cela sera une possibilité, mais sans remplacer la consultation chez le médecin, ce qui serait impossible. La combinaison des deux permettra de meilleurs conseils et concertations.

M. Blanchart et M. Senesael ont posé la question du budget. Nous le cherchons. Comme toujours avec les projets pilotes, nous essayons de trouver les moyens qui ne sont pas prévus dans le budget initial.

Concernant la question de la pénurie de médecins généralistes en zone rurale, suite à la sixième réforme de l'État, les fonds Impulseo sont gérés par les Régions. En Wallonie par exemple, Maxime Prévot a pris des initiatives sur les fonds Impulseo pour encourager les jeunes médecins généralistes à s'installer dans une zone en pénurie.

Mme Fonck m'a une nouvelle fois interrogée sur le *big data* après avoir évoqué la question du consentement. Je rappelle que ce dernier rend possible le partage des données médicales du patient. Sont ici concernés les médecins spécialistes et le médecin généraliste à qui le patient a accordé sa confiance. Le *big data* prévoit, quant à lui, l'échange de données pseudonymisées ou agrégées. Dans les deux cas, il est impossible d'identifier les patients. De quoi s'agit-il exactement? D'une convention entre l'ISPP et l'INAMI visant à autoriser l'échange de données.

Men geeft aan het RIZIV toegang tot de gegevens van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, tot gegevens van healthdata.be, die gepseudonimiseerd zijn. Men kan dus wel zien of die gegevens van generalisten of ziekenhuizen komen, maar men kan nooit de patiënt achterhalen. De specifieke patiëntengegevens zijn eruitgehaald.

Men kan bijvoorbeeld wel te weten komen hoeveel diabeten er momenteel zijn, hoe groot de stijging is van het aantal diabetici en in welke beleidsmaatregelen voorzien moet worden om bijvoorbeeld de explosie van diabetes type 2 in de bevolking aan te kunnen. Gaat het goed of moet er een tandje bijgestoken worden? De patiënt zal echter nooit traceerbaar zijn. Men zal wel weten wie de gegevens gegenereerd heeft, bijvoorbeeld diabetologen, internisten of algemeen geneeskundigen, maar men zal nooit de patiënt kunnen identificeren. Dat is zeer belangrijk voor de betrokkenen. Voor elke stap die wij zetten, hebben wij het akkoord van de Privacycommissie nodig. Ook hiervoor werd het akkoord van de Privacycommissie gevraagd en verkregen.

Monsieur Thiéry, oui, ce projet suscitait des réticences au début. C'est compréhensible, nous revenons de loin, d'un système de fiches et de médecins qui avaient le temps de regarder les patients dans les yeux le temps nécessaire pour retrouver ces fiches. Je me rappelle qu'un médecin généraliste avait dû malheureusement, pour des raisons de santé, arrêter ses activités, et qu'il m'avait remis des sacs avec des fiches. Quand je suis rentrée avec ces fiches à la maison, je suis devenue presque folle car elles n'étaient même pas classées par ordre alphabétique. Je ne pouvais pas comprendre de quoi il s'agissait.

Si on avait dû constituer un dossier électronique avec ces données! Cela se passait dans les années 80. Tout au début, ce n'était pas simple. Oui, le médecin avait beaucoup de temps pour regarder le patient dans les yeux et vice-versa. La première chose qu'il faisait quand le patient entrait, c'était rechercher sa fiche. Cela prenait déjà près d'un quart d'heure.

Je comprends évidemment votre souci. Il s'agit ici de faciliter le travail des médecins et de regrouper tous les renseignements nécessaires pour qu'on ne passe pas à côté de quelque chose d'important. Le contact individuel avec le patient, l'empathie, le petit mot de début et de fin ne changeront pas. Ce n'est pas parce qu'on passe à l'informatisation que les médecins seront transformés en robots. Jamais!

Monsieur Thiéry, je vous transmets encore les chiffres importants et impressionnants relatifs au nombre de prestataires de soins qui sont déjà dans le projet actif. Cependant, en les examinant, il faut vous dire qu'un prestataire de soins peut être tant un médecin généraliste qu'un hôpital.

Le respect de la vie privée est très important. C'est un souci permanent dans ce que nous entreprenons et nous demandons l'avis de la Commission de la protection de la vie privée. Jusqu'à présent, nous n'avons rencontré aucune difficulté.

Pour ce qui concerne la prescription électronique, elle sera obligatoire dès le 1^{er} janvier 2018. On a encore le temps.

Monsieur Senesael, le principe du consentement éclairé figure déjà dans le dossier. Quand le consentement éclairé n'a pas été donné, rien n'apparaît dans le dossier et il n'y a pas d'accès. Quand le consentement éclairé a été donné, il s'y trouve. Mais à chaque instant, il est possible de changer d'avis et de retirer son consentement qui est alors effacé du dossier. Aussi, je pense qu'il serait dangereux de créer un flou en délivrant une attestation supplémentaire au patient, selon laquelle il a donné son consentement éclairé alors que, la semaine suivante, il peut le retirer. La preuve se trouve dans le dossier du patient et c'est ce qui me paraît être le plus simple. C'est le seul endroit où cela doit pouvoir se trouver. Aucune autre attestation n'est nécessaire si l'on souhaite protéger la vie privée.

La télé-médecine et la vidéo ne pourront jamais remplacer l'examen clinique. C'est évident. On a d'abord l'anamnèse puis l'examen clinique. Il faut essayer de trouver le diagnostic avant de prescrire le remède. Ce sont quatre étapes nécessaires pour traiter un patient. La télé-médecine est toujours un plus. Il est toujours possible d'ajouter par ce biais des témoignages de plainte, en corollaire à la consultation, mais cela ne remplacera pas l'intervention du médecin.

Mevrouw Somers, u hebt een vraag gesteld over het gebruik van de meeste e-gezondheidsdiensten. Wij zien ter zake een stijgende lijn. Niet alleen artsen en apothekers, maar ook steeds meer andere zorgberoepen gebruiken die diensten. Gaandeweg groeit het gebruik van het eHealthplatform. Ik zal straks tonen hoeveel transacties er nu zijn.

Er zijn nog steeds kinderziektes, maar alsmaar minder. Wij moeten daaraan blijven werken. In 2015 waren alle basisdiensten van het eHealthplatform minstens 99,9 % beschikbaar. Als er echter zoveel handelingen zijn, is zelfs 0,1 % voor sommige personen nog zeer storend. Daarom werd door de e-gezondheidsdiensten en het eHealthplatform samen een *business continuity plan* – dat is de naam die zij eraan gegeven hebben – opgesteld, dat de beschikbaarheid van de basisdiensten en de e-gezondheidsdiensten nog meer moet verbeteren.

Zij geven daarbij prioriteit aan wat zij de meest kritieke diensten noemen. Dat zijn de diensten waar zij de meeste kinderziektes detecteren. Een voorbeeld daarvan is het feit dat enorm veel apothekers dagelijks de verzekerbaarheid van de patiënt nagaan. Dat is natuurlijk belangrijk, omdat zij op basis van de verzekerbaarheid het tarief voor de afgeleverde medicatie bepalen. Als zij niet direct een antwoord krijgen, dan kunnen zij niet vooruit, want dan weten zij niet wat zij de patiënt moeten aanrekenen voor de medicatie. Die situatie valt te vergelijken met een tijdelijke panne bij Banksys, terwijl de patiënt alleen zijn betaalkaart bij zich heeft. Iedereen panikeert dan en kan niet verder. Men is immers alsmaar meer op de elektronische middelen ingesteld.

Eerst is men dus bezig met de meest kritieke prestaties. Het is natuurlijk niet verwonderlijk dat dit bij de apothekers is, want zij zijn de grootste gebruikers van het platform. Zij steken er met kop en schouders bovenuit. Bij hen komen de kinderziektes dan ook het eerst naar boven door het veelvuldig gebruik van het platform.

Dan is er de *personal health record*. Wij tekenen de juridische omkadering uit, wat moet gebeuren in overleg met patiëntenorganisaties en met de vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers. Dat geldt evenzeer voor de therapeutische exceptie. De persoonlijke notities kunnen elektronisch worden bijgehouden. Het is vandaag echter niet de bedoeling om die ook te delen. Het inzagerecht blijft behouden, maar via een uitzonderlijke, aparte procedure. Er zal dus een inzagerecht zijn voor de patiënt, maar aangezien sommige persoonlijke gegevens bij de patiënt misschien een negatief effect teweeg kunnen brengen, is het aan de arts om uit te maken of hij die gegevens deelt. Belangrijk wordt hoe de artsen daarmee zullen omgaan; daarover is het laatste woord nog niet gezegd.

Het delen van informatie uit het elektronisch medisch dossier is alleen mogelijk als de arts zijn toestemming heeft gegeven. Wat echter bij spoedopnames? Zoals mevrouw Gerkens heeft gezegd, zijn er waarschijnlijk toch persoonlijke gegevens in omloop zonder dat men dat weet. In noodgevallen krijgt een zorgverlener toegang tot medische gegevens, zonder toestemming vooraf. Dat verloopt via een speciale procedure. Wij noemen dat de *break-the-glassprocedure*. Die is vergelijkbaar met de procedure in de Kerk, waar in nood, iedereen mag dopen. Ik ben niet katholiek, maar ik weet toch wel een paar zaken.

Eigenlijk is die procedure nodig, want als een patiënt na een ongeval op de spoedafdeling wordt binnengebracht, mag men hopen dat wordt geprobeerd om alles over hem of haar te weten te komen, om te

weten wat men wel en niet mag doen.

Voor de zorgverstrekkers is voorzien in opleiding en ondersteuning, zeker inzake de geïnformeerde toestemming. Er werden folders naar iedereen verstuurd.

Madame Gerken, tous les hôpitaux sont en opérabilité. Nous avons aussi envoyé toute l'information, y compris de petits films, aux médecins. Il est possible que certains médecins refusent de dire cela. C'est la raison pour laquelle nous avons procédé aussi à une sensibilisation des patients. En fait, c'est le patient qui décide. On voit de plus en plus que le consentement éclairé est donné. Cependant, il est possible que votre médecin ne vous en ait jamais parlé, peut-être par manque d'intérêt. Il faut le lui demander.

Mevrouw Muylle, wat de spoed betreft, de breek-het-glasprocedure zal vervelende situaties inderdaad verhinderen. Het is heel vervelend wanneer de spoedafdeling niet weet welke medicatie de patiënt thuis neemt, welke behandelingen hij ondergaat, welke onderliggende ziektes aanwezig zijn of zijn antecedenten niet kent. Patiënten die op de spoedafdeling belanden worden niet altijd vergezeld. Door de emotie omdat zij op de spoedafdeling belanden, zullen veel patiënten bepaalde zaken vergeten of verkeerde informatie verstrekken.

Het is uiteraard belangrijk dat men het Sumehr van de patiënt kan lezen. Daarvoor is een kader gecreëerd, maar de vraag is hoe dat goed wordt ingevuld. Wij hebben via de Medicomut een ondersteuning gegeven aan de artsen die de tijd nemen om het Sumehr van hun patiënten in te vullen. Het ene artsensyndicaat was daarvoor meer vragende partij dan het andere, maar eigenlijk bestond daarover wel een consensus. Er is nu een ondersteuning voor het invullen van het Sumehr.

Wat betreft de huisartsenopleiding die daaromtrent nog nodig is, sommige artsen kunnen niet naar de bijscholing. Daarom heeft het RIZIV in een cofinanciering van 1 miljoen euro voorzien om naar huisartsenkringen en artsen te gaan en workshops, voorlichting, inlichting en opleiding op een heel praktische manier te realiseren. Dit is onze ondersteuning.

Bijna alle officina's hebben een farmaceutisch dossier, maar nog niet voor alle patiënten. Men is daarmee begonnen voor de patiënten met polymedicatie, patiënten die het meest moeten terugkomen, die in en uit ziekenhuizen gaan en dan andere medicatie mee naar huis krijgen. Men is met die moeilijke groep begonnen en daarna gaat men dit uitbreiden naar alle patiënten. Men kan moeilijk van een farmaceutisch dossier spreken bij mensen die maar een keer per jaar medicatie moeten halen, maar voor bijvoorbeeld oudere mensen die van de ene consultatie naar de andere gaan en van het ene ziekenhuis naar het andere, is dit belangrijk.

Ik heb ook nog een aantal cijfergegevens, mevrouw de voorzitter.

Ou bien préférez-vous faire un deuxième tour?

La **présidente**: Certains souhaitent-ils intervenir dans un deuxième tour? (*Non*)

01.19 Maggie De Block, ministre: J'ai conscience que beaucoup de chiffres ont été présentés ici. Et quand il y en a trop, cela devient difficile à retenir.

Wij hebben een stand van zaken opgemaakt van de evolutie van het gebruik sinds 2014 en wij merken dat alle curven stijgen, wat toch wel bijzonder is.

Bovenaan staan de artsen die de hub actief gebruiken en daar zien wij een vermenigvuldigingsfactor van 12,6. Het aantal elektronische voorschriften dat per dag bij de apothekers wordt afgeleverd, bedraagt 17 000. De geïnformeerde toestemming bedraagt nu 2,8 miljoen. U merkt dat het op 1 februari 2016 om 2,4 miljoen toestemmingen ging. Er komen dus per week ongeveer 200 000 toestemmingen bij, wat gigantisch is.

Indien die curve zo blijft omhooggaan, dan... Wij zitten nu dus aan een vierde van onze bevolking. Van de 11 miljoen burgers heeft nu al een kwart of 25 % de geïnformeerde toestemming gegeven.

U weet wel dat het aantal aanvragen voor hoofdstuk 4 gaat over de geneesmiddelen waarvoor de artsen vroeger twee kasten met boekjes in huis hadden en waarvan zij bijna gek werden. Alle systemen werden

uitgeprobeerd, gaande van het samenbundelen van alle PPI's tot een alfabetische rangschikking. Ik heb zelf alle systemen geprobeerd, maar geen enkel systeem zorgde voor een blijvende orde. In dat opzicht ben ik te vroeg gestopt, want nu zijn er 17 786 elektronische aanvragen per maand.

Dan zien we de cijfers van het aantal apothekers die een globaal farmaceutisch dossier gebruiken. Ook daar zien we een vermenigvuldiging met bijna drie.

Het aantal transacties op het eHealthplatform: maal 2,3. Ook voor het aantal online consultaties van de verzekeraar zien we een enorme vermenigvuldiging. Voorts is er ook het gebruik van de eHealthBox.

Een grafiek zegt soms meer dan 1 700 cijfers. De grafiek bewijst inderdaad dat de tgv vertrokken is.

Ik geef nog een paar markante cijfers. In januari bedroeg het aantal gepubliceerde docs in de hubs 38 miljoen, het aantal gepubliceerde Sumehrs per maand 472 000 en het aantal uitgereikte certificaten voor de zorgverstrekkers 27 147. U weet dat één ziekenhuis voor één certificaat staat. Eén alleenwerkende arts is ook één certificaat. *Timestamping*: 9 miljoen. Consultaties voor de tarificatie door huisartsen: 1 000 024.

Alle diensten hadden een beschikbaarheid van 99,9 %. Wij moeten ambitieus blijven, dus wij mogen ons niet neerleggen bij die 0,1 %. Vandaar de oprichting binnen de diensten.

De stand van zaken vandaag: 2,8 miljoen geïnformeerde toestemmingen. Aan dit tempo is dat 200 000 per week erbij. Ik denk dat het de goede kant opgaat. Ik ben begonnen met 300 000. Toen ik het streefcijfer van 2,7 miljoen op 1 januari hoorde, heb ik toch eens in mijn haar gekrabd.

Over de stand van zaken van de Interministeriële Conferentie heb ik het al gehad: de projectleiders, de *program manager*, de telematicapremie voor het hebben van het gecertificeerd softwarepakket en het gebruiken van e-gezondheidsdiensten.

De definitie voor het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier voor ziekenhuizen bevindt zich in de eindfase. Gisteren was er nog een vergadering, waarin wij op een boogscheut van een consensus zijn.

Er is ook een akkoord over de uniformisering van het medicatieschema in Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Men is niet altijd in de buurt van de plaats waar men woont als men naar een ziekenhuis moet. Denk maar aan het feit dat er enorm veel ziekenhuizen in Brussel zijn, waar ook mensen van de Vlaamse Rand naartoe gaan en ook omgekeerd. Wij moeten daar zeker voor een uniformisering zorgen.

Het akkoord over een verbetering van end-to-end beschikbaarheid van de e-gezondheidsdiensten tussen apothekers, mutualiteiten en het eHealthplatform is al in uitvoering.

In samenwerking met Digital Belgium werden vier werkgroepen opgestart rond *mobile health*.

In de, trouwens forse, pijlpijn van dit jaar zitten nog de volgende elementen.

Het elektronisch patiëntendossier in ziekenhuizen zal in de eerste twee kwartalen van dit jaar gedefinieerd worden. Elk ziekenhuis levert een plan van aanpak voor de implementatie daarvan. Het financieringsmodel voor het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier is klaar.

Inzake het elektronisch voorschrift kan ik mededelen dat elke officina momenteel elektronische voorschriften kan verwerken. Tandartsen kunnen ook elektronisch voorschrijven. Het was ook ons streefdoel om dat in de eerste helft van dit jaar te bereiken. In de tweede helft van dit jaar zullen wij ons buigen over de aanpassing van de barcode op de voorschriften en van de reglementering op het papieren voorschrift. Op de voorschriften staan nu twee barcodes: een barcode met het RIZIV-nummer van de arts en de RID-barcode, wat de identificatie van het elektronisch voorschrift zelf is, waardoor dat voorschrift getraceerd kan worden. De barcode met het RIZIV-nummer van de arts zal niet langer worden vermeld.

De uitbreiding tot non-medicamenteuze voorschriften heb ik al besproken; dat gaat over verpleegkunde en kine. Het elektronisch voorschrift is geldig zonder voorschrift op papier. We willen zeker geen dubbel werk, dus niet én een elektronisch voorschrift én een voorschrift op papier, waar precies hetzelfde op staat.

Actiepunt 5 is het delen van gegevens via het systeem van hubs en metahubs. Dat is ook gepland voor het

tweede deel van dit jaar. Het gaat over de aansluiting van extramurale laboratoria op de hubs en de metahubs, zodat de uitslagen van die extramuraal werkende laboratoria ook elektronisch kunnen worden gedeeld.

Actiepunt 10, de toegang tot de gegevens door de patiënt in het *personal health record*. Dit moet ook in de eerste helft van dit jaar worden gerealiseerd. Voor diensten die toegang geven aan de patiënt wordt het technisch mogelijk dat een vertegenwoordiger of een vertrouwenspersoon aan de gegevens van de patiënt kan. Ook ouders moeten aan de gegevens van hun kinderen kunnen. Er is nood aan een referentiekader voor het toegangsbeheer, voor toegang tot en aanvulling van gegevens door de patiënt, de vertrouwenspersoon of de ouder. Dit is trouwens traceerbaar, zodat niet zomaar iedereen toegang heeft tot de gegevens.

Actiepunt 12, opleiding en ICT-ondersteuning van zorgverstrekkers. Dit is gepland voor de eerste helft van dit jaar. Het gaat onder meer over de coördinatie van helpdesks en hulplijnen. Er komt een overleggroep voor de coördinatie, afspraken en uniforme communicatie in het eHealthplatform. In de tweede helft van dit jaar zal men een digitale zandbak maken, een oefenplatform voor zorgverstrekkers. Zij krijgen hierdoor de mogelijkheid om te oefenen zonder te moeten vrezen dat zij heel het systeem in de soep draaien.

Het uniek loket voor mensen met een beperking zal de naam Handicare krijgen. Dit is een gemeenschappelijk dossier van mijn diensten en de diensten van de staatssecretaris voor Personen met een beperking. Wij zullen dit deze week samen voorstellen. Handicare gaat in april in productie.

Actiepunt 16, traceerbaarheid van de implantaten en de geneesmiddelen. Het gaat hier over een planning voor het invoeren van de traceerbaarheid van geneesmiddelen met internationale standaard. Dit zal vergelijkbaar zijn met het voedselagentschap. Voor voedsel gaat men van “de riek tot de vork”, maar in dit geval zal het gaan over geneesmiddelen. Wij willen bij wijze van spreken niet wachten op een volgende dioxinecrisis om dit in te voeren.

Actiepunt 17, veralgemeend gebruik van de eHealthBox en de gegevens van de zorgverstrekkers. Ook dit is gepland voor de eerste twee kwartalen van dit jaar. Het betreft een beveiligde elektronische postbus voor zorgverstrekkers. De eHealthBox wordt uitgebreid met een adressenboek, zodat men beveiligde gegevens niet naar iemands privaat e-mailadres doorstuurt, waardoor misschien ook de rest van het gezin die te zien krijgt. Die gegevens kunnen dus naar een beveiligde postbus van de zorgactor gestuurd worden. Elk ziekenhuis gebruikt de eHealthBox om te communiceren, ook met externe of ambulante partners. Er komt ook een uniek loket voor zorgactoren in productie.

Over actiepunt 19, *mobile health*, hebben wij het al gehad in vijf *use cases*.

Wat actiepunt 20 betreft, governance, roll-out en monitoring: de governancestructuur is 100 % operationeel. De monitoring van e-gezondheid wordt gedefinieerd en uitgerold voor projecten, infrastructuur en diensten.

2016 wordt echt een sleuteljaar voor de implementatie op het terrein. De mogelijkheden zullen steeds verder toenemen. 2016 is dus een spannend jaar. Wij zouden erin moeten slagen om onze doelstellingen in 2018 te halen. Ik hoop dat u beseft dat wij niet in een hangmat gelegen hebben.

La **présidente**: Je vois que M. Thiéry et M. Janssens souhaitent prendre la parole. Une belle collaboration.

01.20 Damien Thiéry (MR): Mevrouw de minister, om er zeker van te zijn dat ik de cijfers goed heb verstaan: men spreekt hier over 4 miljard transacties per jaar op eHealthplatform?

01.21 Dirk Janssens (Open Vld): Dat zijn er 400 per Belg.

01.22 Minister Maggie De Block: Dat gaat over alle mogelijke transacties, het is de som van alle bewegingen die gebeuren.

01.23 Collaborateur de la ministre: Il est également question de toutes les transactions entre les médecins, les prestataires de soins, etc. Il n'est donc pas seulement question du patient.

01.24 Maggie De Block, ministre: Chaque mouvement sur la plate-forme eHealth laisse une trace.

01.25 Damien Thiéry (MR): Pour ce qui concerne les utilisateurs, vous avez dit, madame la ministre, qu'il s'agissait de médecins, de pharmaciens, mais aussi d'institutions. Vous avez parlé de 27 000 utilisateurs, mais pouvez-vous me dire sur un total de combien?

01.26 Maggie De Block, ministre: Cela représente presque 25 %. Il me dit qu'il y en a 100 000. Nous avons dépassé les 25 %. Il s'agit d'une image. On sait que tous les hôpitaux sont repris, mais ils ne sont pas nombreux, parce que c'est "un utilisateur par hôpital". Mais les médecins traitants ou les spécialistes sont beaucoup plus nombreux.

Het geeft een vertekend beeld van het volume van het werk dat al mogelijk is, omdat een ziekenhuis maar één gebruiker is.

01.27 Damien Thiéry (MR): Ik heb een laatste vraag. U spreekt over het verplichte karakter. Ik heb geen duidelijk antwoord gekregen op de vraag vanaf wanneer de gebruikers verplicht worden om het elektronisch voorschrift te gebruiken? Is dat de bedoeling of niet?

01.28 Minister Maggie De Block: Het elektronisch voorschrift wordt verplicht vanaf 1 januari 2018. Voor sommige zaken kunnen we het gebruik echter niet verplichten. Voor sommige zaken kunnen we het niet verplichten als men er niet wil instappen. De thuisverpleging heeft zich ertoe geëngageerd om ervan gebruik te maken voor de hele groep.

Au début, nous avons parlé du consentement éclairé et du choix de le faire par *opt in* ou *opt out*. Cette discussion est à présent terminée. L'adhésion *opt in*, c'est un choix tout à fait volontaire pour lequel il faut avoir confiance dans les prestataires de soins avant de donner son consentement éclairé. Cela a fait l'objet de toute une discussion en commission car cette proposition rencontrait peu d'enthousiasme. Maintenant, c'est presque exponentiel.

La **présidente**: On ne peut pas le rendre obligatoire, la personne peut refuser un échange de données via le dossier médical, par exemple.

01.29 Maggie De Block, ministre: Tous les hôpitaux sont montés dans le train, ainsi que tous les médecins. Tous les représentants des médecins, en tout cas, ont donné leur avis, ainsi que les infirmiers. Petit à petit, nous progressons. C'est pour cela que nous avons dû trouver de l'argent pour développer davantage l'information, avoir plus de possibilités de s'entraîner. Quand c'est nouveau, il est normal qu'il y ait des réticences. La confiance doit se construire pour s'installer.

La **présidente**: Merci pour cet échange de vues.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 16.12 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.12 uur.