PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT

VERENIGDE VERGADERING VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

ASSEMBLÉE RÉUNIE DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

Integraal verslag van de interpellaties en de vragen

Compte rendu intégral des interpellations et des questions

Commissie voor de Gezondheid

Commission de la Santé

VERGADERING VAN

WOENSDAG 14 DECEMBER 2016

RÉUNION DU

MERCREDI 14 DÉCEMBRE 2016

Het **Integraal verslag** bevat de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling - *cursief gedrukt* - verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

Publicatie uitgegeven door het
Brussels Hoofdstedelijk Parlement
Directie verslaggeving
tel 02 549 68 02
fax 02 549 62 12
e-mail criv@parlement.brussels

De verslagen kunnen geconsulteerd worden op http://www.parlbruparl.irisnet.be/

Le **Compte rendu intégral** contient le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs. Les traductions - *imprimées en italique* - sont publiées sous la responsabilité du service des comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

Publication éditée par le
Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale
Direction des comptes rendus
tél 02 549 68 02
fax 02 549 62 12
e-mail criv@parlement.brussels

Les comptes rendus peuvent être consultés à l'adresse http://www.parlbruparl.irisnet.be/

INHOUD

INTERPELLATIES 7

Interpellatie van de heer Philippe Close 7

tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de komst van Turkse privéziekenhuizen naar Brussel".

Bespreking – Sprekers: 9

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College
De heer Philippe Close (PS)
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College

Interpellatie van mevrouw Isabelle Emmery 14

tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de weerslag van de besparingsmaatregelen van de federale regering op de gezondheid en de

SOMMAIRE

INTERPELLATIONS 7

Interpellation de M. Philippe Close 7

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "l'arrivée d'hôpitaux privés turcs à Bruxelles".

Discussion – Orateurs : 9

M. André du Bus de Warnaffe (cdH)
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

M. Philippe Close (PS)
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

Interpellation de Mme Isabelle Emmery 14

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "l'impact des mesures d'économie du gouvernement fédéral sur la santé et les hôpitaux à Bruxelles".

ziekenhuizen te Brussel".

Bespreking – Sprekers: 16

De heer Alain Maron (Ecolo)
Mevrouw Martine Payfa (DéFI)
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College
Mevrouw Isabelle Emmery (PS)
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College
Mevrouw Isabelle Emmery (PS)

Interpellatie van de heer André du Bus de Warnaffe 24

tot de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en tot de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de opsporing van borstkanker".

Bespreking – Sprekers: 26

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a)
De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS)
De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College
De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)

MONDELINGE VRAGEN 31

Mondelinge vraag van mevrouw Isabelle Emmery 32

aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

Discussion – Orateurs : 16

M. Alain Maron (Ecolo)
Mme Martine Payfa (DéFI)
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni
Mme Isabelle Emmery (PS)
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni
Mme Isabelle Emmery (PS)

Interpellation de M. André du Bus de Warnaffe 24

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "le dépistage du cancer du sein".

Discussion – Orateurs : 26

Mme Hannelore Goeman (sp.a)
M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS)
M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni
M. André du Bus de Warnaffe (cdH)

QUESTIONS ORALES 31

Question orale de Mme Isabelle Emmery 32

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

en aan de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de uitvoering van de doelstelling van de GBV voor een zorgcontinuüm gelet op de inkomensongelijkheid bij specialisten, tussen specialisaties en tussen netwerken".

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "la mise en œuvre de l'objectif de la DPR pour un continuum de soins au regard des disparités dans les revenus des spécialistes, entre spécialités et entre réseaux".

Mondelinge vraag van mevrouw Hannelore Goeman 35

aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en aan de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de door besparingen getroffen wijkgezondheidscentra".

Question orale de Mme Hannelore Goeman 35

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "les maisons médicales touchées par les économies".

Mondelinge vraag van de heer Jacques Brotchi 39

aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en aan de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de ziekte van Huntington".

Question orale de M. Jacques Brotchi 39

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "la maladie de Huntington".

Mondelinge vraag van de heer Alain Maron 44

aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

en aan de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "de herziening van de wetgeving betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen".

Question orale de M. Alain Maron 44

à M. Guy Vanhengel, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

et à M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "la révision de la législation relative à l'exercice des professions de santé".

Voorzitterschap: mevrouw Khadija Zamouri, voorzitter.
Présidence : Mme Khadija Zamouri, présidente.

INTERPELLATIES

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde zijn de interpellaties.

INTERPELLATIE VAN DE HEER PHILIPPE CLOSE

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de komst van Turkse privéziekenhuizen naar Brussel".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de interpellatie beantwoorden.

De heer Close heeft het woord.

De heer Philippe Close (PS) *(in het Frans).- In een artikel dat begin oktober verscheen, meldde Knack dat een groep van Turkse privéziekenhuizen van plan is om in Brussel een vestiging te openen. Het gaat om de groep Acibadem, die sinds kort in handen is van Maleisische investeerders. De woordvoerder van Acibadem verklaarde dat de groep ook grote plannen heeft in Nederland. Er staat ook een tweede ziekenhuis op het programma, dat gespecialiseerd is in oftalmologie en dat tot de groep Dünyagöz, World Eye in het Engels, behoort.*

INTERPELLATIONS

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle les interpellations.

INTERPELLATION DE M. PHILIPPE CLOSE

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "l'arrivée d'hôpitaux privés turcs à Bruxelles".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à l'interpellation.

La parole est à M. Close.

M. Philippe Close (PS).- Dans un article paru dans l'hebdomadaire Knack début octobre, on annonce l'arrivée du premier hôpital privé turc à Bruxelles. Il ferait partie du groupe hospitalier Acibadem, récemment acquis par des investisseurs malaisiens. Selon son porte-parole, la société Acibadem a également de grands plans d'expansion aux Pays-Bas. Le deuxième nouvel hôpital du groupe est une clinique ophtalmologique et fait partie du groupe hospitalier Dünyagöz, en anglais World Eye.

Le marché de l'hôpital turc est saturé, ce qui

De verzadiging van de Turkse ziekenhuizenmarkt verklaart de interesse van Turkse groepen voor buitenlandse markten. Acibadem zal binnenkort kantoren openen in Amsterdam, Rotterdam, Maastricht, Londen en Berlijn. Brussel zou volgend jaar aan de beurt zijn. World Eye heeft 23 oogheelkundige ziekenhuizen onder meer in Turkije en Duitsland.

De groep Acibadem zal beginnen met dagziekenhuizen, maar hoopt in de loop van de komende drie jaar ook volwaardige ziekenhuizen te openen en mikt daarbij niet alleen op Belgen met een Turkse achtergrond, maar ook op andere Belgen en buitenlanders.

Volgens de woordvoerder doen veel Turken tijdens hun vakantie een beroep op Turkse ziekenhuizen en daarom willen ze hun diensten uitbreiden en kantoren in Europa openen. De Turkse investeerders zouden ook interesse hebben voor Brussel door de aanwezigheid van vele internationale werknemers. Ze mikken namelijk op het topsegment en hopen het verschil te maken met innovatie en een uitstekende dienstverlening.

De woordvoerder zei ook dat er in de Brusselse vestigingen zowel Turkse als Belgische artsen zouden werken.

Volgens het artikel hebben Acibadem en World Eye geen bijzondere vergunning nodig van de overheid, want in ons land mag iedere gediplomeerde arts een privéziekenhuis openen. Verder zouden er door een leemte in de Belgische wetgeving steeds meer privéziekenhuizen zijn in ons land die niet erkend zijn en die dus ontsnappen aan overheidstoezicht. De medische ingrepen zijn er meestal niet verzekerd en vaak erg duur.

Die ziekenhuizen zullen met Belgische verzekeringsmaatschappijen onderhandelen voor de terugbetaling van bepaalde ingrepen, zoals cataractoperaties.

Bent u daarvan op de hoogte? Heeft die groep contact opgenomen met u? Wat is uw standpunt en dat van het Verenigd College? Welke maatregelen plant u? Pleegt u overleg met de federale overheid?

explique pourquoi les deux groupes travaillent avec une forte expansion à l'étranger. Acibadem possède maintenant 45 hôpitaux commerciaux, notamment en Turquie et, plus récemment, en Malaisie et en Corée du Sud. Et ce sera bientôt l'ouverture de bureaux à Amsterdam, Rotterdam et Maastricht, Londres et Berlin. Bruxelles serait concernée l'année prochaine. World Eye exploite 23 cliniques ophtalmologiques en Turquie, en Azerbaïdjan, en Géorgie et en Allemagne (Francfort et Cologne).

S'il commence avec des cliniques de jour, le groupe Acibadem voudrait exploiter dans les trois ans des hôpitaux complets, comprenant un service hôtellerie, des services d'urgence, etc. Ces hôpitaux privés se concentreraient sur les Belges d'origine turque, ainsi que sur les patients belges et étrangers.

Leur représentant explique que de nombreux Turcs cherchent un traitement pendant leurs vacances annuelles dans les hôpitaux turcs. Dès lors, ils veulent aller plus loin en ouvrant des bureaux en Europe. Bruxelles serait également très intéressant pour les investisseurs turcs en raison de la présence de nombreux employés internationaux. D'après son porte-parole, le groupe Acibadem avec World Eye vise le haut du marché, ils veulent se distinguer des hôpitaux locaux par l'innovation et le meilleur service possible.

Et son porte-parole d'ajouter : "Il y aura dans les bureaux de Bruxelles des médecins turcs et belges qui opèrent."

Ainsi, Acibadem et World Eye n'auraient pas besoin, selon l'article, de l'autorisation ou d'une quelconque reconnaissance du gouvernement belge, car tout médecin diplômé peut, dans notre pays, ouvrir un hôpital commercial.

Toujours selon cet article, par une lacune de la législation belge, un nombre croissant d'hôpitaux privés ne sont pas reconnus et, donc, pas contrôlés par les autorités. Les interventions n'y sont, en majeure partie, pas assurées et souvent très chères. Elles concernent souvent des formes particulières de chirurgie plastique.

Des pourparlers auraient eu lieu avec le gouvernement belge, lequel ne se serait pas

Volstaat de huidige regelgeving om de komst van dergelijke ziekenhuizen te reguleren? Nieuwe ziekenhuisbedden zijn nog steeds een federale bevoegdheid, maar de erkenningsnormen vallen onder gewestelijke bevoegdheid. Als die instellingen volgens de Belgische wetgeving niet als ziekenhuis beschouwd worden, dan zijn de werkingsregels, bijvoorbeeld betreffende de veiligheid, ook een gewestelijke bevoegdheid.

Op grond van welke regels kunnen we de Brusselse patiënten beschermen? We hebben daar alle belang bij, want ook al vallen de ingrepen van die ziekenhuizen buiten onze ziekteverzekering, als het misgaat, zullen de gevolgen meestal wel gedragen worden door onze sociale zekerheid en onze ziekenhuizen.

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Hieruit blijkt nog maar eens hoe commercieel sommige aspecten van de gezondheidszorg zijn geworden.*

We kunnen ons echter niet voorstellen dat een ziekenhuis topzorgen verstrekt als het niet deelneemt aan toponderzoek. In Turkije zitten een heleboel onderzoekers en universitairen in de gevangenis. Het wetenschappelijk onderzoek wordt aan banden gelegd. Is het dan wel gepast om de komst van een ziekenhuis dat verwijst naar innoverend onderzoek, toe te staan?

vraiment réjoui de cette arrivée. Ces hôpitaux négocieront aussi avec les compagnies d'assurances belges pour le remboursement de certaines interventions telles que la chirurgie de la cataracte. Avez-vous connaissance de cette information ? Avez-vous été consulté par ce groupe ? Quelle est, le cas échéant, votre position et celle du Collège en la matière ? À l'échelon régional, que comptez-vous mettre en œuvre ? Des contacts sont-ils en cours avec les autorités fédérales ?

Le cadre normatif est-il suffisant pour réguler de telles arrivées ? En effet, si l'autorisation d'ouvrir de nouveaux lits hospitaliers relève de la programmation, laquelle est restée de la compétence du pouvoir fédéral, les normes d'agrément des hôpitaux relèvent de la Région. Et si nous ne sommes pas en présence d'hôpitaux comme nous l'entendons en droit belge, les règles de fonctionnement, notamment de sécurité, ne relèvent pas du fédéral, mais des Régions. Quel cadre réglementaire adopter, dès lors, pour protéger les patients de Bruxelles ? Par ailleurs, n'oublions pas que même si ces cliniques prennent en charge des patients en dehors de l'assurance maladie, la réparation des dommages causés par des soins mal prodigués seront, en général, pris en charge par la sécurité sociale et nos hôpitaux.

Discussion

Mme la présidente.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Ce sujet démontre une fois de plus, de façon magistrale, le côté commercial de la santé, qui devient un vrai marché, avec une offre également culturelle.

Ensuite, qui dit hôpitaux dit forcément état d'avancement de la recherche. On ne peut imaginer une clinique produire des soins de santé qui se veulent de pointe sans s'inscrire dans un programme de recherches du même niveau. Or, aujourd'hui, en Turquie, toute une série de chercheurs et d'universitaires sont en prison. Allons-nous donc cautionner, d'une façon ou d'une autre, l'installation d'un hôpital faisant référence à des programmes de recherche alors que ce concept est là-bas de plus en plus endigué, cadré,

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Al enkele decennia merken we dat privéziekenhuizen vestigingen openen in België. Sommige daarvan sloten snel de deuren omdat ze onvoldoende op de hoogte waren van de Belgische regels en de sociale zekerheid.*

Dergelijke privéziekenhuizen specialiseren zich meestal in esthetische ingrepen en richten zich op patiënten buiten de Belgische ziekteverzekering. Soms hebben ze Belgische of buitenlandse aandeelhouders. Dat roept natuurlijk vragen op over de patiëntveiligheid en de financiële toegankelijkheid. In het geval van de Turks-Maleisische groep Acibadem werden we niet gecontacteerd of door onze federale collega's op de hoogte gebracht.

Het antwoord op de vraag of het mogelijk is om dergelijke activiteiten te verbieden of te reglementeren, is niet eenvoudig. Volgens het persartikel meent de beheerder van Acibadem dat hij zijn 'ziekenhuis' zonder toestemming van de Belgische gezondheidsautoriteiten mag openen. Als het daadwerkelijk om een ziekenhuis gaat, klopt die veronderstelling niet, want dan zijn een toelating en erkenning van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) vereist.

Als die voorwaarden niet worden nageleefd, kan de GGC maatregelen treffen. Het kan het ziekenhuis zelfs onmiddellijk laten sluiten als de volksgezondheid in het gedrang dreigt te komen.

Alles hangt dus af van het feit of het om een ziekenhuis gaat. In het geval van een privéziekenhuis gaat het echter zelden om een ziekenhuis in de zin van de organieke wet. Vaak is het niet zo moeilijk om daar onderuit te komen.

Als we regels moeten uitvaardigen buiten de organieke ziekenhuiswet, belanden we bij de uitoefening van medische beroepen en dat is

cadenassé ? Ce n'est pas vraiment une question au ministre, mais c'est une réflexion que je me fais en entendant l'interpellation de M. Close.

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je suis particulièrement interpellé par cette problématique qui n’est pas tout à fait neuve d’ailleurs. L’installation de cliniques privées sur le territoire bruxellois et belge est une réalité depuis quelques années, voire quelques dizaines d’années. Certaines se sont d’ailleurs fermées assez vite d’elles-mêmes par méconnaissance de notre réglementation et de notre système de sécurité sociale.

Ces cliniques privées sont la plupart du temps des cliniques à visée esthétique ou qui visent une patientèle hors assurance maladie belge. Elles peuvent avoir des "actionnaires" belges ou étrangers, européens ou non. Elles posent évidemment question quant à la sécurité des patients et à l’accessibilité financière. En ce qui concerne le cas du groupe turco-malaisien Acibadem, nous n’avons pas été contactés par ce groupe, ni alertés par nos collègues fédéraux, d’une possible arrivée d’une telle activité à Bruxelles.

Nous avons, comme vous, découvert cette information dans la presse. Est-il possible d’interdire ou de réglementer ce type d’activité ? La réponse n’est pas simple. Dans l’article de presse que vous mentionnez, on peut lire que le gestionnaire d’Acibadem considère qu’il peut installer son "hôpital", et j’insiste sur le mot "hôpital", sans autorisation de l’autorité de santé belge. S’il s’agit véritablement d’un hôpital, cette assertion est fausse. Dès le moment où l’on peut considérer qu’une activité entre dans la notion d’ "hôpital" au sens de la loi relative aux hôpitaux, telle que coordonnée par la loi du 10 juillet 2008 et qui relève du fédéral, l’activité doit respecter la programmation, obtenir une autorisation de la Cocom et ensuite obtenir un agrément de la Cocom.

Si une activité ne respecte pas ces conditions, la Cocom a les moyens d’agir. Sur la base de

federale wetgeving.

Onze Vlaamse collega's hebben enkele jaren geleden een poging gedaan om private chirurgische praktijken aan banden te leggen door voorafgaande registratie en erkenning verplicht te maken.

Het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 22 juni 2012 werd echter door het Grondwettelijk Hof vernietigd, omdat er sprake was van een bevoegdheidsoverschrijding. De zesde staatshervorming heeft daar overigens niets aan veranderd.

De federale overheid moet dus een regeling treffen. Ze heeft daarvoor al een wettelijke basis in de vorm van artikel 81 van de Ziekenhuiswet waaruit blijkt dat ze mag bepalen welke medische handelingen in een ziekenhuis uitgevoerd moeten worden. Toenmalig federaal minister Onkelinx deed tijdens de vorige regeerperiode een poging om regels uit te werken, maar die leidde niet tot een concreet resultaat.

De kwestie staat op de agenda van de interministeriële conferentie. We hebben federaal minister De Block eraan herinnerd dat de overheid de bevolking garanties moet bieden inzake de veiligheid van medische en chirurgische praktijken en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. In Brussel vinden we bovendien dat het aanbod moet stroken met de doelstelling om gespecialiseerde geneeskunde en eerstelijnszorgen op elkaar te laten aansluiten.

l'article 75 de la loi sur les hôpitaux, il est possible de fermer l' "hôpital" et sur la base de l'article 76 de ladite loi, il est possible de fermer le site immédiatement, s'il y a des raisons urgentes de santé publique.

Tout dépend donc de l'appréciation de la notion d'hôpital et je vous lis la définition qu'en donne la loi (article 2) : les hôpitaux sont des "établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais."

Le problème réside bien sûr que, dans les cas de ces "cliniques privées", nous serons rarement devant un véritable hôpital au sens de la législation organique et qu'il peut, d'ailleurs, être aisé d'échapper à cette définition.

Or, s'il faut réglementer en dehors de la législation organique relative aux hôpitaux, on tombe dans la notion d'exercice des professions médicales, qui ressort également d'une réglementation fédérale.

Nos collègues flamands ont tenté, il y a quelques années, de réglementer les pratiques chirurgicales privées, notamment en prévoyant une obligation d'enregistrement préalable et de mesures similaires à un agrément.

Le décret de la Communauté flamande du 22 juin 2012 portant notification des pratiques médicales à risques a cependant été annulé par la Cour constitutionnelle pour violation de compétence. L'arrêt de la cour est des plus clairs quant à la répartition des compétences en la matière et la sixième réforme de l'État n'a rien modifié sur ce point.

Il relève donc de l'autorité fédérale de régler ce point. Elle dispose déjà d'une base légale, qui est

l'article 81 de la loi sur les hôpitaux qui prévoit que l'autorité peut préciser les actes médicaux qui doivent être effectués dans un cadre hospitalier. Nous avons connaissance d'une tentative de réglementation de ce type sous la précédente législature, par votre collègue Mme Onkelinx. Mais en raison sans doute de la complexité et des problèmes que cela engendre pour nos praticiens ambulatoires, cette tentative légistique n'a pu aboutir.

Cette question, qui est exclusivement une compétence fédérale, est abordée en conférence interministérielle (CIM). J'ai eu l'occasion de rappeler, lors de la séance du 24 octobre, que nous étions attachés à ce que ce dossier - qui fait partie des projets de réglementation de la ministre De Block - puisse avancer et que nous étions prêts à collaborer si nécessaire. Nous avons rappelé à la ministre De Block que notre objectif est que les autorités puissent garantir à la population la sécurité des pratiques médicales et chirurgicales ainsi que l'accessibilité des soins dans notre pays. En ce qui concerne Bruxelles, nous considérons également que les pratiques doivent s'inscrire dans les objectifs de collaboration entre la médecine spécialisée et la première ligne de soins.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Close heeft het woord.

De heer Philippe Close (PS) *(in het Frans).- Als er één beleid is waar Brussel de laatste twintig jaar in uitmunt, dan is het wel het ziekenhuisbeleid. Daarmee behoren we tot de wereldtop en we zijn erin geslaagd een evenwicht te vinden tussen openbare en privéziekenhuizen.*

Er is echter een tegenstrijdige ontwikkeling aan de gang. Zoals de minister al zei, is dat een federaal probleem. Enerzijds wil men het aantal geneeskundestudenten beperken, terwijl er net een artsentekort is. Anderzijds is de sector enigszins aan het vermarkten en evolueren we in ons land naar een situatie waarin alles kan en alles mag. De enige vereiste is een vorm van erkenning.

De komst van dergelijke lowcostziekenhuizen werkt medische shopping in de hand en brengt ons gezondheidssysteem in gevaar, dat nu nog tot de beste van de wereld behoort. Ik vind dat een zeer

Mme la présidente.- La parole est à M. Close.

M. Philippe Close (PS).- Je souhaiterais juste faire une petite réflexion. Je rappelle que s'il y a une chose dont Bruxelles peut se targuer au cours des vingt dernières années, c'est la stratégie qu'elle a menée en termes de politique hospitalière qui nous a permis d'être à la pointe dans le monde et en Europe, et d'avoir trouvé cet équilibre entre hôpitaux publics et hôpitaux privés, et c'est un ancien président des hôpitaux publics qui vous le dit.

Cela dit, je ne peux m'empêcher de relever le paradoxe et je rejoins le ministre. C'est en effet un problème qui dépend du fédéral. D'un côté, on continue de façon purement idéologique à bloquer l'accès aux études de médecine à des personnes qui veulent étudier la médecine, et à ne pas donner ce numéro Inami alors qu'on sait qu'il y a pénurie. De l'autre côté, il existe une certaine marchandisation, dont parlait mon collègue

betreurenswaardige ontwikkeling. Toen de PS nog verantwoordelijk was voor Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft zij er alles aan gedaan om de niet-toekenning van de RIZIV-nummers zoveel mogelijk uit te stellen.

De federale regering begaat een flater van jewelste! Het gaat eigenlijk om een communautair akkoord over de verdeelsleutel van de RIZIV-nummers en Brussel is daarvan de dupe.

Geneeskunde studeren wordt jonge Belgen ontraden, terwijl de liberalisering van de sector ziekenhuizen uit de hele wereld aanzet om zich in ons land te vestigen. Ik hoop echt dat dit het Brusselse ziekenhuizenmodel, waaraan we zo lang en zo hard gewerkt hebben, niet in gevaar brengt.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- U moet deze opmerkingen niet tot mij richten.*

- Het incident is gesloten.

Monsieur du Bus, qui va créer un marché du shopping médical dans notre pays où tout sera permis. Il suffira juste de détenir une espèce d'agrément.

Par conséquent, cette puissance que nous avons eue d'avoir une des médecines les plus performantes du monde, les mieux couvertes au niveau de la santé publique des populations, va être balancée demain par ce shopping, cette clinique à faible coût dans laquelle on pourra se faire opérer à un prix inférieur, avec un peu moins d'hôtellerie, peut-être un peu moins de suivi en cas de complications, tandis que l'accès aux études de médecine est bloqué à des étudiants motivés. J'estime qu'il s'agit d'une dérive absolument lamentable. Je rappelle que, lorsque le parti socialiste était au pouvoir aux Affaires sociales et à la Santé publique, il s'est battu pour retarder au maximum le fait qu'on ne puisse pas délivrer ce numéro Inami.

C'est une erreur magistrale et historique qui est en train d'être commise au niveau fédéral. Il s'agit d'une sorte d'accord communautaire, puisqu'il s'agit bien d'une clé communautaire de répartition des numéros Inami. Bruxelles va en payer le prix. Certains partis de la majorité fédérale feraient bien de se poser la question.

Aujourd'hui, on dit aux jeunes Belges de ne pas entamer des études de médecine car ils ne recevront pas de numéro Inami. En revanche, on libéralise les cliniques et on incite les cliniques du monde entier à venir s'installer en Belgique. C'est un modèle social auquel je ne souscris pas et que je trouve lamentable. J'espère qu'il ne mettra pas à mal le modèle hospitalier bruxellois que nous construisons depuis de nombreuses années dans notre Région.

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Ce sont des considérations qui ne s'adressent pas à moi.

- L'incident est clos.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW ISABELLE EMMERY

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de weerslag van de besparingsmaatregelen van de federale regering op de gezondheid en de ziekenhuizen te Brussel".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de interpellatie beantwoorden.

Mevrouw Emmery heeft het woord.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Het zou een mirakel zijn als de federale regering erin slaagt om 900 miljoen te besparen op gezondheidszorg zonder dat de patiënten daaronder lijden. Ik geloof er niet in.*

Besparingen gaan niet alleen over cijfers, maar ook over de zware gevolgen die ze hebben. Zo zullen geneesmiddelen duurder worden, verdwijnen er jobs in de ziekenhuizen, zullen de wachttijden voor bepaalde raadplegingen oplopen en valt te verwachten dat heel wat artsen voor het vrije tarief kiezen.

Wie beweert dat de patiënt dat niet zal voelen, negeert de realiteit in de gezondheidssector!

Voor de Brusselaars zal de impact van die maatregelen zeer goed te voelen zijn. De vijf openbare en drie academische ziekenhuizen in Brussel zullen immers zwaar getroffen worden. De Irisziekenhuizen krijgen bijvoorbeeld bijna de helft van de infrastructuurenveloppe van de Belgische staat, die dat bedrag nu met 20%

INTERPELLATION DE MME ISABELLE EMMERY

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "l'impact des mesures d'économie du gouvernement fédéral sur la santé et les hôpitaux à Bruxelles".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Emmery.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Neuf cents millions d'euros d'économies sur les soins de santé sans que les patients en pâtissent, cela relève du miracle, mais je n'y crois guère. Comme notre groupe l'a précisé à l'échelon fédéral, les économies, ce n'est pas qu'une succession de chiffres, c'est aussi une succession de conséquences très lourdes :

- une augmentation de la facture de pharmacie pour les patients, avec le déremboursement de certains médicaments et l'augmentation du prix des antibiotiques, ou encore avec l'indexation du maximum à facturer ;

- des hôpitaux qui vont devoir fermer des lits, des services ou qui vont disparaître, ce qui ne se fera pas sans des pertes d'emplois considérables ;

- des semaines ou des mois d'attente en perspective pour obtenir un rendez-vous pour certaines pathologies ;

- un déconventionnement massif de médecins

verlaagt. Daarnaast zijn de meeste artsen in de Brusselse ziekenhuizen loontrekkenden. Hun lonen zullen de barema's en de indexering blijven volgen, terwijl de honoraria begrensd worden. De ziekenhuizen moeten het verschil uit eigen zak betalen. Ten slotte zullen de Brusselse ziekenhuizen getroffen worden door de afschaffing van de financiering van de gespecialiseerde hulpdiensten op basis van de reële activiteit, want in vergelijking met het nationale gemiddelde doen de Brusselaars vaker een beroep op de wachtdiensten.

Voor de Irisziekenhuizen alleen al kan het financiële verlies naar schatting 11 tot 15 miljoen euro bedragen en dat bedrag zal de komende jaren nog toenemen. Wie draait voor dat tekort op? Moeten de gemeenten bijspringen? Zij hebben daar de middelen niet voor. Moet het Brussels Gewest nieuwe saneringsplannen voor zijn openbare ziekenhuizen uitwerken? Besparingen zijn niet eenvoudig. De enige mogelijkheid is wellicht activiteiten afbouwen, diensten sluiten en massaal personeel ontslaan.

Er zouden 200 tot 250 voltijdse equivalenten (VTE) verloren kunnen gaan. De sociale gevolgen voor het Brussels Gewest zullen even groot zijn als die van de recente plannen voor collectieve ontslagen bij bedrijven.

Een aanzienlijk deel van de Brusselaars doet nu al geen beroep meer op medische zorg omdat ze er de middelen niet voor hebben. Welke gevolgen zullen die besparingsmaatregelen hebben voor hen en voor de OCMW's, die deze kwetsbare patiënten over de vloer krijgen?

Het Brussels Gewest werkt momenteel aan een Brussels gezondheidsplan en wil netwerken van kwaliteitsvolle ziekenhuizen ondersteunen, die bovendien via gemeenschappelijke projecten toenadering tot elkaar moeten zoeken. Brussel wil zijn gezondheidszorg ondanks de snelle bevolkingsgroei en de veroudering van een deel van zijn bevolking betaalbaar houden. Het gewest moet dan ook investeren in zijn gezondheidszorg, in plaats van te besparen.

Welke informatie kreeg u over de maatregelen van de federale regering? Hebt u al met de federale minister overlegd? Ontmoette u

préférant la liberté tarifaire et la facturation de suppléments à charge des patients.

Affirmer que de telles économies ne vont pas affecter le patient, c'est méconnaître la réalité du secteur des soins de santé !

En tant que Bruxellois, nous devons nous sentir particulièrement ciblés par ces mesures. En effet, si leur impact va concerner tout le secteur, nos cinq hôpitaux publics et nos trois hôpitaux académiques seront parmi les plus touchés. Il ne faut pas se faire des illusions : ce sont des faits bien réels. Par exemple :

- les hôpitaux Iris perçoivent près de la moitié du l'enveloppe infrastructures du pays, qu'on appelle dans le jargon le B7b. Ce financement est spécifiquement visé par les mesures et réduit à 20% ;

- contrairement aux autres institutions du pays, les hôpitaux académiques et les hôpitaux du réseau Iris comptent une grande majorité de médecins salariés, dont la rémunération va continuer à suivre les augmentations barémiques et d'indexation alors que les honoraires seront plafonnés. La différence sera donc à charge de nos hôpitaux ;

- l'abandon du financement des services d'urgences spécialisés sur base de l'activité réelle va pénaliser les hôpitaux bruxellois qui, comparativement à la moyenne nationale, comptent une plus grande fréquentation de leur garde.

En première estimation, pour les seuls hôpitaux Iris, la perte financière se situe, au minimum, entre 11 à 15 millions d'euros. Cette perte ira en s'accentuant dans les années à venir. Qui va payer ce déficit ? Les communes-mères de ces hôpitaux vont-elles devoir compenser ? Elles n'en ont pas les moyens. Devrons-nous demander de nouveaux plans d'assainissement à nos hôpitaux publics ? Les économies ne seront pas faciles à réaliser. En réalité, le seul moyen qui va nous être proposé, ce sont des réductions d'activité, des fermetures de services et des pertes d'emplois massives.

Si je traduis la perte financière estimée en emplois, ce sont 200 à 250 équivalents temps plein

vertegenwoordigers van de gezondheidssector en de ziekenhuisnetwerken? Liet u een gedetailleerde evaluatie maken van de gevolgen van die maatregelen voor het Brussels Gewest? Welk standpunt zal het Verenigd College op het Interministerieel Comité innemen ter verdediging van de belangen van de Brusselaars, die door de federale maatregelen bedreigd worden?

en moins. À l'échelle de la Région, en tenant compte de tous nos hôpitaux, privés comme publics, l'impact social sera de l'ampleur des récents plans collectifs de licenciements. Sans exagération, on peut nommer l'impact de ces mesures comme un nouveau Caterpillar.

Dans notre Région, où une partie significative de la population renonce à se soigner faute de moyens et où les inégalités d'accès à la santé se creusent, quelles vont être, à votre avis, les conséquences de ces mesures d'austérité pour ces citoyens fragilisés ? Quelles vont être les conséquences de cette austérité pour les CPAS en charge d'aider les patients précarisés ?

À l'heure où nous travaillons à la mise en œuvre du Plan Santé bruxellois, où nous soutenons des réseaux hospitaliers de qualité et le rapprochement de ces réseaux dans des projets communs, où nous veillons à préserver l'accessibilité aux soins de santé malgré l'augmentation rapide de notre démographie et malgré le vieillissement d'une partie de celle-ci, il semble urgent d'investir dans cette démarche plutôt que de couper dans nos moyens.

Pourriez-vous nous faire part de vos informations sur les mesures qui seront prises ? Des concertations sont-elles déjà en cours ? Avez-vous rencontré des représentants du secteur et des réseaux ? Des évaluations plus précises sur les impacts de ces mesures pour la Région bruxelloise existent-elles déjà ou sont-elles en cours d'élaboration ? Quelle position sera prise par le Collège réuni lors du comité interministériel pour défendre les intérêts de Bruxelles qui sont sérieusement mis en danger par les mesures imposées par le niveau fédéral ?

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- De heer Maron heeft het woord.

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).- De federale regering heeft maatregelen aangekondigd die voor heel wat beroering zorgen in de gezondheidssector en die invloed hebben op materies die onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie*

Discussion

Mme la présidente.- La parole est à M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- Le secteur de la santé est fortement bousculé par les mesures qui viennent d'être annoncées par le gouvernement fédéral, car elles ont des conséquences sur les matières qui relèvent de la Région, plus particulièrement de la Cocom.

(GGC) vallen.

Er werd een moratorium ingesteld voor de erkenning van nieuwe gezondheidscentra, die zich de voorbije jaren vooral richtten op de kwetsbaarste burgers die een doktersbezoek vaak uitstellen, met nefaste gevolgen voor de volksgezondheid en de sociale zekerheid. Die zogenaamde besparingen zullen leiden tot meer kosten en een hogere druk op de spoeddiensten.

De maatregelen staan haaks op die van de GGC om de eerstelijnszorg te versterken en geïntegreerde gezondheidscentra te openen.

Net als mevrouw Emmery wijs ik op de negatieve gevolgen van de besparingen in de ziekenhuissector. Ze leiden tot een zwaardere werklast voor het personeel en zetten de directies ertoe aan om de sluiting van bepaalde diensten in overweging te nemen. Die sluitingen worden dan nog aangekondigd voor de hervorming van de sector van start is gegaan, terwijl die net op een min of meer natuurlijke manier tot besparingen zou leiden. Ik zeg niet dat de sector niet gerationaliseerd mag worden, maar dat moet oordeelkundig en volgens een plan verlopen. Dat was net de bedoeling van de hervorming die de GGC voor ogen staat. De federale overheid steekt nu stokken in de wielen. Dat is een kras staaltje van onsamenhangend beleid.

Het niet-indexeren van de honoraria heeft geen rechtstreeks verband met de bevoegdheden van de GGC, maar het houdt wel een risico in. Artsen, ook huisartsen, zullen immers hun tarieven verhogen en daar zullen vooral de minst vermogende patiënten onder lijden.

Het is duidelijk dat de federale regering een steeds scherper onderscheid wil maken tussen 'care' en 'cure' en zich wenst te ontdoen van een deel van het gezondheidsbeleid.

Die strategie is wellicht vooral ingegeven door louter budgettaire overwegingen en is niet gericht op de verbetering van de openbare diensten of de verduidelijking van de bevoegdheidsverdeling.

Net als mijn collega en vele andere betrokkenen luid ik de alarmklok en vraag ik het Verenigd College om te reageren op de maatregelen die de

Ainsi, un moratoire a été instauré pour l'agrément de nouvelles maisons médicales au forfait. L'on sait pourtant que ces dernières s'adressent à un public fragilisé qui aura tendance à reporter les soins, avec des effets néfastes sur la santé publique et la sécurité sociale. Ces prétendues économies finiront donc par générer des surcoûts et provoquer un engorgement des services d'urgence.

De telles mesures s'opposent à d'autres, annoncées par la Cocom, comme le renforcement de la première ligne de soins, considéré comme prioritaire par le Collège réuni, ou l'ouverture de centres de soins intégrés, ces derniers reposant sur un système de maisons médicales au forfait.

À l'instar de Mme Emmery, je souhaite également pointer un deuxième aspect : les économies dans le secteur hospitalier. Celles-ci ont, entre autres, des répercussions sur la charge de travail du personnel, et des pistes de suppression de certains services - soins intensifs, urgences, maternité - sont envisagées. On annonce la suppression de ces services avant même la mise en œuvre de la réforme du paysage hospitalier qui devait entraîner, de manière plus ou moins naturelle, des économies par le biais de la constitution de réseaux et de la spécialisation des institutions.

Ce travail n'a pas encore été fait, mais le niveau fédéral met la charrue avant les bœufs de manière aveugle et indistincte. Il y a sans doute moyen de rationaliser le secteur mais encore faut-il le faire avec discernement et de manière planifiée. C'était le principe de la réforme paysage envisagée. Cela n'a pas été fait. En revanche, les économies et les suppressions de services sont bel et bien en route, ce qui a bien sûr un impact sur la politique hospitalière de la Cocom. En effet, il peut y avoir un impact relativement direct sur les infrastructures hospitalières. Si nous finançons l'ouverture de tel ou tel service et que ce dernier n'est plus financé par la suite au niveau fédéral, c'est un problème ou du moins une incohérence flagrante entre les politiques menées par les différents niveaux de pouvoir.

Je pointe aussi le risque de la non-indexation des honoraires médicaux, même si cela ne touche pas directement nos compétences. Cette non-indexation risque d'entraîner un

federale regering heeft aangekondigd. Op welke manier zult u in de overlegorganen blijk geven van onze bezorgdheid?

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Payfa heeft het woord.

Mevrouw Martine Payfa (DéFI) *(in het Frans).- DéFI keurde de verlaging van de groeinorm voor het gezondheidsbudget al af. De vorige regering beperkte de norm van 4,5% voor de periode 2004-2012 al tot 3%. Bij het begin van deze regeerperiode besloot de regering een bijkomende vermindering van 1,5% door te voeren. De recentste besparingen brengen de norm op 0,7%, wat wij betreuren.*

Er blijft geen marge meer over, dus is het onmogelijk geworden om in te spelen op nieuwe behoeften en het wordt zeer moeilijk om nieuwe overeenkomsten te sluiten. Het Irisnetwerk moet 14,5 miljoen euro besparen. Welke impact hebben de maatregelen bij de andere ziekenhuizen?

In de hele sector zouden 1.500 banen verdwijnen. Dat is verontrustend, omdat er mogelijk diensten moeten sluiten. Het is bovendien verontrustend voor het onderzoek, dat onmiskenbaar een troef is voor de kwaliteit van de Brusselse

déconventionnement massif des médecins et donc une augmentation des tarifs, y compris chez les généralistes, qui risquerait de toucher les patients les plus précaires.

On sent, dans les politiques mises en œuvre par le niveau fédéral, la volonté d'opérer une distinction de plus en plus forte entre le "care" et le "cure" ainsi que de se décharger d'une partie de la politique de la santé.

Non pas, sans doute, avec une vision d'amélioration du service pour le public ou de plus grande clarté dans la répartition des compétences, mais surtout dans le cadre d'une logique purement budgétaire.

Comme ma collègue vient de le faire, comme beaucoup de gens et de professionnels de la santé ces dernières semaines, nous voudrions tirer le signal d'alarme et vous demander la réaction du Collège réuni par rapport à l'ensemble des mesures fédérales annoncées. Comment, pour faire valoir nos préoccupations, activez-vous les organes de concertation ad hoc ?

Mme la présidente.- La parole est à Mme Payfa.

Mme Martine Payfa (DéFI).- Notre parti avait déjà dénoncé la baisse de la norme de croissance du budget de la santé. De telles économies sur la sécurité sociale se traduisent, notamment, par une nouvelle réduction de ladite norme à 0,7% pour 2016, sans concertation. Or la norme de 4,5% fixée pour la période 2004-2012 avait déjà été limitée à 3% par le gouvernement précédent. Et en début de législature, le gouvernement s'est accordé sur une diminution supplémentaire de 1,5%. Les nouvelles économies réduisent ladite norme à 0,7%, ce que nous regrettons.

Il ne reste aucune marge de manœuvre. Il sera donc impossible de répondre à de nouveaux besoins et très difficile de conclure des conventions. L'économie de 14,5 millions d'euros pour le seul réseau Iris fait d'ailleurs l'objet de plusieurs articles dans la presse médicale, dont le journal Le Spécialiste. Mais quel sera l'impact de ces mesures sur les autres hôpitaux ?

gezondheidszorg, ook voor de vele patiënten die van buiten het Brussels Gewest komen om zich hier te laten behandelen.

Op welk vlak wordt Brussel het hardst geraakt? DéFI krijgt de indruk dat Brussel steeds vaker geviseerd wordt door de andere gewesten. Misschien beperkt dat zich zelfs niet tot de gezondheidssector. Waar zal dat eindigen?

Hoe zult u reageren op deze situatie die in het bijzonder de Brusselse gezondheidssector treft?

Pour tout le secteur, on parle de 1.500 suppressions d'emploi. C'est très inquiétant puisqu'on parle de fermetures de services. C'est inquiétant aussi en matière de recherche, laquelle reste un atout incontournable pour la qualité de soins pour les Bruxellois et ceux qui se font soigner à Bruxelles. Nous savons, en effet, que les hôpitaux bruxellois drainent un public plus large, venant des Régions avoisinantes.

En quoi Bruxelles est-elle particulièrement touchée ? Nous avons l'impression de subir de plus en plus un "Brussels bashing" et que Bruxelles est davantage menacée que les autres Régions. Peut-être même n'est-ce pas uniquement le cas dans le secteur médical... Où est-ce que cela va s'arrêter ?

Quels seront votre réaction et vos moyens d'action, en tant que ministre compétent en matière de Santé, vis-à-vis de cette situation qui pénalise particulièrement la santé des Bruxellois ?

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik zal mij tot het onderwerp van deze interpellatie beperken.*

(Opmerkingen)

De maatregelen die federaal minister De Block aankondigt zijn niet alleen ingegeven door besparingen, maar ook door een diepgaande hervorming van de ziekenhuissector.

Het is voor het eerst dat er zo veel in de gezondheidssector wordt gesnoeid. Het gaat om een totaal van 900 miljoen euro, waarvan 90 miljoen euro directe besparingen op de financiële middelen van de ziekenhuizen en ongeveer 300 miljoen euro indirecte besparingen via de erelonen. Het is niet voor niets dat de artsenorde zo fel van leer trekt en de artsen bijna oproept om niet langer geconventioneerd te blijven. Ik denk dat de federale regering er zich niet goed van bewust is hoe groot de woede in de medische sector is en wat de mogelijke gevolgen daarvan kunnen zijn.

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vais répondre sur le cœur de la question, puisque vous évoquez celle de quelqu'un d'autre et anticipez celle que vous allez poser tout à l'heure.

(Remarques)

Nous avons effectivement pris connaissance des mesures annoncées par notre collègue Mme De Block. Il s'agit à la fois de mesures d'économies drastiques et aussi d'une note de vision pour une réforme profonde du secteur hospitalier.

C'est la première fois que des économies de cette envergure sont imposées au secteur de la santé, à hauteur de 900 millions d'euros, et en particulier au secteur hospitalier : 90 millions d'euros d'économies directes dans le budget des moyens financiers des hôpitaux, auxquels il faudra ajouter l'effet indirect des économies dans le secteur des honoraires médicaux, soit environ 300 millions d'euros. Ce n'est pas pour rien que toute la corporation des médecins s'agite pour l'instant, avec presque des appels à se déconventionner. Je crois que le gouvernement fédéral n'a pas encore

Op een gegeven ogenblik heeft een artsenoorlog bijna het hele land verlamd en de regering doen wankelen. Wij moeten dus oppassen, maar iedereen heeft zijn eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Wij betreuren dat de hervorming van de hele sector samenvalt met dergelijke grote besparingen. De hervorming omvat een aantal positieve elementen, zoals de ontwikkeling van een netwerk, maar daarvoor is vijf, zes of zeven jaar nodig. De besparingen zullen evenwel snel worden doorgevoerd, over twee jaar, en dreigen die hervorming in het gedrang te brengen.

De heer Vanhengel en ik zelf hebben direct gereageerd. Ik heb dit punt op de agenda van de interministeriële conferentie van 24 oktober geplaatst om meer uitleg en overleg te vragen. De andere deelstaten hebben onze vraag gesteund en met succes. Aan het einde van de vergadering heeft minister De Block beloofd om overleg te plegen.

Dat overleg is noodzakelijk omdat de hervorming een impact op onze bevoegdheden zal hebben. Een vermindering van de verplichtingen van de ziekenhuizen zal bijvoorbeeld leiden tot een wijziging van de erkenningsnormen.

Enkele dagen na de interministeriële conferentie heeft een eerste werkgroep plaatsgehad, maar het echte debat zal plaatsvinden op 22 december. Mijn medewerkers hebben een nota voorbereid waarin een gedetailleerde analyse van de ziekenhuishervorming wordt gevraagd. Wij willen dat in die hervorming rekening wordt gehouden met de Brusselse situatie.

De federale besparingsmaatregelen zullen de welzijns- en gezondheidssector hard treffen. Ik ben geen federaal minister en kan de noodzaak van die besparingen niet beoordelen, maar zoals wij in een brief aan minister De Block hebben opgemerkt, betreuren wij de methodologie en de timing.

Dergelijke besparingen van de ziekenhuissector vragen in een of twee jaar, dreigt de financiële stabiliteit van de ziekenhuizen te ondermijnen. Wij hebben op 28 november de ziekenhuisfederaties ontmoet en hen gevraagd de impact van de

pris la mesure exacte de la colère qui monte dans le monde médical et de ses conséquences possibles.

À un moment donné, une "grande guerre" des médecins a presque paralysé ce pays et je peux vous affirmer que les gouvernements ont presque tremblé et ont été bousculés. Je tiens à attirer votre attention. Je reçois régulièrement des représentants du milieu médical et du milieu hospitalier, et je peux vous dire que la colère ne fait que gronder de jour en jour avec les conséquences que cela peut impliquer, mais chacun a ses responsabilités, chacun a ses compétences.

En ce qui concerne la note de vision sur la réforme, nous déplorons en effet qu'une réforme qui engage l'avenir de tout un secteur soit avancée concomitamment à des économies de cette taille. Je m'explique. En réalité, ils veulent faire des économies sur deux ans. Et la réforme est une réforme qu'a priori le collège ne conteste pas dans son ensemble. Il y a des éléments très positifs dans cette réforme : l'organisation en réseau, etc. mais ce sont des réformes qui devront se faire sur 5, 6, 7 ans. Or, la rapidité de l'exigence budgétaire fera qu'il n'y aura finalement pas de réforme. Cela risque de contribuer à la destruction massive de l'outil et la réforme ne pourra pas être sereinement accomplie. Pour qu'une réforme se fasse, et je vous le dis, il y a des éléments très positifs dans la vision de Madame De Block, il faut donner du temps au temps.

Mon collègue Guy Vanhengel et moi-même avons réagi très tôt à l’annonce de ces mesures. Lors de la conférence interministérielle (CIM) du 24 octobre dernier au cours de laquelle je représentais la Cocom, j'ai personnellement forcé la mise à l’ordre du jour de ce point et demandé une information plus précise de toutes les mesures annoncées ainsi qu’une concertation préalable à leur mise en œuvre.

Toutes les autres entités fédérées présentes ont rejoint notre position. À l’issue de la réunion, la ministre De Block s’est engagée à mener une concertation avec les entités fédérées.

Pourquoi une concertation ? Parce que cette réforme, qu'on le veuille ou non, va avoir un

maatregelen in te schatten. Voor de Irisziekenhuizen zou de besparing 14 miljoen euro bedragen en voor de andere ziekenhuizen die van de GGC afhangen 12 miljoen euro, in totaal dus 26 miljoen euro.

Over de concrete acties onderhandelen we binnen de interministeriële conferentie. Noch ikzelf, noch het Verenigd College kunnen de federale besparingsmaatregelen afremmen of uitstellen. Enkel de federale regering kan de pertinentie van die maatregelen bepalen. Ik vraag haar alleen om voorzichtig te zijn. Het is gevaarlijk om de medische sector op die manier te behandelen.

De maatregelen zullen inderdaad een grote impact op de Irisziekenhuizen hebben. Zo is de intrekking van de maatregel met betrekking tot universitaire bedden slecht nieuws voor de Irisziekenhuizen. Het gaat evenwel niet om een anti-Brusselbeleid. De maatregel treft alle ziekenhuizen.

Een positief element van de hervorming is de ontwikkeling van een netwerk. De bestaande verzuiling kost veel geld en energie. Het is een goede zaak dat alle ziekenhuizen in een netwerk zullen worden geplaatst.

Het gevaar bestaat evenwel dat ons netwerk enkel zal afgestemd worden op de personen die op ons grondgebied leven. Het Brussels Gewest telt 1,2 miljoen inwoners, maar door de economische activiteit, de toestroom van pendelaars, de aanwezigheid van talrijke toeristen en de specialisering van de ziekenhuizen schommelt het patiëntenbestand eerder tussen 1,5 en 1,6 miljoen personen.

Wij hebben dit punt op de agenda van de interministeriële conferentie geplaatst, een brief aan onze federale collega gericht, een nota opgesteld, vragen gesteld en kritiek geformuleerd. Wij hebben de federale regering gewezen op de risico's die ze neemt. De bal ligt nu in haar kamp.

impact sur nos compétences. Lorsqu'on parle de "réduction des obligations des hôpitaux", il va soi que cela mènera à des modifications des normes d'agrément. Même s'il s'agit de normes simplifiées, nous sommes concernés et c'est pourtant nous qui avons attiré l'attention sur le fait qu'il est impossible de mener à bien cette réforme sans concertation accomplie et préalable avec les autorités fédérées.

Un premier groupe de travail a été tenu quelques jours après la CIM, mais les véritables discussions auront lieu le 22 décembre lors d'une réunion pour laquelle mes collaborateurs ont préparé une demande d'analyse fouillée de la note de vision sur la réforme hospitalière. En effet, nous voulons que la réalité bruxelloise soit prise en compte dans cette réforme.

Pour en revenir aux économies, nous déplorons, certes, que des secteurs sociosanitaires soient si durement touchés par les mesures d'économie fédérales. N'étant pas ministre fédéral, je ne puis apprécier l'absolue nécessité de telles économies sur ce secteur sensible, mais, quoi qu'il en soit, nous critiquons, comme nous l'avons rappelé tout récemment dans un courrier à la ministre De Block, "la méthodologie et le timing imposé au secteur hospitalier en la matière".

Imposer de telles économies dans un délai d'un an, voire de deux ans nous semble présenter un risque majeur de déstabilisation financière pour les hôpitaux. Nous avons rencontré les fédérations hospitalières le 28 novembre dernier et nous leur avons demandé d'affiner les premières estimations chiffrées de l'impact des économies sur les hôpitaux relevant de la Cocom. Pour le réseau Iris, le chiffre de 14 millions d'euros a été cité et, pour les autres hôpitaux relevant de la Cocom, il s'agit de 12 millions, soit un total de 26 millions d'euros d'économies.

Concernant les actions à prendre, nous sommes en discussion au sein de la conférence interministérielle. Ni moi ni le Collège ne pouvons freiner, ralentir ou reporter le train d'économies que souhaite faire le gouvernement fédéral. Seul celui-ci peut en estimer la pertinence. Je dis simplement et humblement : attention, c'est casse-cou ! S'attaquer au secteur médical de cette manière, c'est ouvrir un dossier à haut risque.

On évoque aussi un impact accru sur les hôpitaux Iris. En effet, le retrait d'une mesure bénéficiant aux lits universitaires comme le B7b est préjudiciable aux hôpitaux Iris. Soyons clairs : il ne s'agit pas d'une mesure d'économies antibruxelloise, elle vise tous les hôpitaux. Bruxelles est touchée via la logique de réseau. Cette notion de réseau est partagée par moi et mon collègue : c'est l'élément positif. On l'a assez dit : la pilarisation telle qu'elle existe est coûteuse en moyens, en énergie... La mise en réseau est une chose positive.

Mais dès le moment où la mise en réseau est calquée sur un territoire et donc sur un nombre d'habitants, elle met directement en péril les hôpitaux bruxellois, dans la mesure où ceux-ci bénéficient d'une patientèle venue à 33% de l'extérieur de la Région bruxelloise.

Le danger serait que notre réseau soit mis en adéquation avec la seule population vivant sur notre territoire. La Région bruxelloise compte 1,2 million d'habitants, mais son activité économique, l'afflux de navetteurs, la présence de touristes et la spécialisation de son réseau hospitalier font que la patientèle oscille davantage autour de 1,5 ou 1,6 million.

Nous avons inscrit ce point à la conférence interministérielle, adressé un courrier à notre homologue, rédigé une note, posé des questions et émis des critiques. Nous avons attiré l'attention sur les risques pris par le gouvernement fédéral. Il appartient désormais à ce dernier de prendre attitude.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Emmery heeft het woord.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Dit zijn duidelijk maatregelen op korte termijn, waar geen voorafgaande analyse is voor gebeurd. Ik ben het dus met u eens dat er onvoldoende tijd is besteed aan de hervorming. Zo'n hervorming moet geleidelijk aan en op een langere termijn gebeuren.*

Onze ziekenhuizen ontvangen inderdaad ook patiënten van buiten het Brussels Gewest. Zoals u zegt, is de gehanteerde methode dus fout.

Mme la présidente.- La parole est à Mme Emmery.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Vous avez posé la question de la pertinence des décisions prises au niveau fédéral. Pour moi, il n'y en a aucune quand on voit la manière et surtout le moment de l'annonce de ces mesures. On se rend compte qu'il s'agit de mesures à court terme qui n'ont pas fait l'objet d'une analyse et qui n'ont donc aucune pertinence.

Je vous rejoins donc pleinement quand vous dites que l'on n'a pas donné de temps au temps pour

Als de hervorming inderdaad verloopt zoals de federale regering die heeft uitgetekend, wat betekent dat dan concreet voor het gewest? Welke financiële middelen kan het bijdragen?

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik zou kunnen zeggen dat we zonder problemen die 26 miljoen zullen ophoesten, maar we moeten realistisch blijven: het is onmogelijk. Dat zou ten koste van ander beleid gaan. Niemand kan zomaar de middelen vervijfvoudigen.*

De medische en institutionele sectoren zeggen dat de gekozen strategie niet uitvoerbaar is. Dergelijke besparingen op die termijn zijn onmogelijk. De federale regering moet haar eisen bijstellen of elders besparen.

De enige oplossing is dat de gewesten de opgelegde besparingen compenseren, maar dat zou een gevaarlijk precedent zijn.

réformer. C'est évident : il s'agit d'une mesure, d'une ampleur pourtant considérable, prise à la petite semaine. Dans le paysage d'un secteur qui tente actuellement de se réformer - on a bien vu qu'on est capable de le faire à Bruxelles avec le réseau Iris -, il faut que la réforme se fasse dans un processus non immédiat et qui s'inscrive dans une certaine durée.

Quant à la méthodologie, je vous rejoins complètement. Notre bassin de patientèle ne concerne pas uniquement la Région de Bruxelles-Capitale. Nos hôpitaux reçoivent également des patients provenant de l'extérieur de la Région. Considérer notre réseau de soins sous cette unique vue, c'est commettre une complète faute méthodologique.

Voilà ce qu'il en est actuellement. On sait que les prémices d'une concertation sont en marche, même si cela n'est pas encore évident aujourd'hui.

Si les choses se passent vraiment de la manière décidée par le gouvernement fédéral, quelle sera l'implication de la Région par rapport aux communes et aux hôpitaux ? Quel est le soutien que la Région est à même d'apporter dans le scénario actuel ? En effet, la mesure a été prise au niveau fédéral, l'impact financier sera donc clairement là.

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Il serait tellement aisé de répondre qu'il n'y a pas de soucis et que nous allons combler les 26 millions. Mais il faut être réaliste à un moment donné. Ce n'est et ce ne sera pas possible pour la Région bruxelloise ou alors vous devrez, vous parlementaires, me dire où l'on doit aller chercher l'argent, auquel cas il conviendra alors de supprimer des pans importants d'autres politiques. Or, je ne suis pas magicien et je pense que personne ne peut, au gouvernement, multiplier les euros par cinq par sa seule volonté. Il faudra qu'on nous dise où aller chercher cet argent. Je pense qu'aborder le problème de cette manière n'est pas de bonne politique.

Les secteurs médical et institutionnel s'emploient à

Dit is onhoudbaar. De farmasector is boos. De medische wereld is een machtige electorale lobby!

expliquer que la stratégie déployée ne pourra pas être concrétisée. Il est impossible d'exiger de telles économies à un tel rythme. La colère gronde et elle atteindra le gouvernement fédéral s'il ne revoit pas ses exigences budgétaires, quitte à réaliser des économies ailleurs.

La seule solution consisterait à laisser les entités fédérées compenser les économies imposées par le gouvernement fédéral, mais ce serait un précédent dangereux. Ne nous précipitons pas.

Je ne crois pas que ce soit tenable. Le monde de la pharmacie est en ébullition. Vous savez, le monde médical est un puissant lobby électoral !

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Emmery heeft het woord.

Mme la présidente.- La parole est à Mme Emmery.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- De sector maakt het publiek bewust van deze kwesties. Dat zou een aanzienlijke mobilisatie kunnen teweegbrengen.*

Mme Isabelle Emmery (PS).- Merci pour votre clarté. Ceci doit être connu du secteur, qui s'emploie pour l'instant à sensibiliser aussi le public sur ces questions. Cette réponse pourrait entraîner une mobilisation conséquente.

- Het incident is gesloten.

- L'incident est clos.

INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

TOT DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN TOT DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDSBELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de opsporing van borstkanker".

INTERPELLATION DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "le dépistage du cancer du sein".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de interpellatie beantwoorden.

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à l'interpellation.

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Borstkanker is nog steeds de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. In België worden jaarlijks 10.500 nieuwe gevallen vastgesteld.*

Het Brussels Gewest voerde de mammotest in om borstkanker zo vroeg mogelijk te kunnen opsporen. Vrouwen van 50 tot 69 jaar kunnen die test om de twee jaar gratis laten uitvoeren. Brumammo krijgt daarvoor subsidies van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), maar er zijn in Brussel twee verschillende centra die mammotests doen.

In het kader van de zesde staatshervorming kreeg de Franse Gemeenschapscommissie de bevoegdheid om borstkanker op te sporen, maar Brumammo valt onder de GGC. Op dit moment bestaan er protocolovereenkomsten om dat institutionele probleem op te vangen. Worden die in 2017 voortgezet?

Over de vorm van de opsporing en het risico op overdiagnoses wordt nog gediscussieerd. Voorstanders van de test vinden het een voordeel dat borstkanker in een vroeg stadium kan worden opgespoord. Tegenstanders pleiten ervoor om de mammotest weer af te schaffen omdat hij mensen nodeloos ongerust maakt en bovendien in 20% van de gevallen tot overdiagnose zou leiden. In dat laatste geval worden vrouwen behandeld omdat ze een gezwel hebben, dat echter zonder behandeling nooit kwaadaardig zou zijn geworden.

Daarom pleiten sommigen voor opsporing op basis van individuele risicofactoren bij vrouwen en niet alleen op grond van hun leeftijd. Voor elke risicogroep zouden er aparte onderzoeken kunnen worden gevoerd die op verschillende tijdstippen worden herhaald.

Overweegt u om die opsporingsmethode in te voeren? Bent u op de hoogte van wetenschappelijke studies waaruit blijkt dat dergelijk onderzoek doeltreffender is? In 2015 wees u er nog op dat de opsporing van borstkanker in Brussel met een aantal problemen kampte.

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Il y a plusieurs semaines, nous pouvions lire dans la presse une série d'articles concernant le dépistage du cancer du sein. Celui-ci reste le premier cancer chez la femme (35%), avec près de 10.500 nouveaux cas annuels recensés en Belgique.

À ce sujet, je rappelle que le mammotest a été mis en place pour détecter les cancers au stade le plus précoce possible. Il est proposé gratuitement, tous les deux ans, aux femmes de 50 à 69 ans. Les missions sont confiées, pour la Région de Bruxelles-Capitale, à Brumammo, subventionné par la Commission communautaire commune (Cocom), mais il existe à Bruxelles deux centres distincts de lecture de mammotests.

Avec le transfert de compétences lié à la sixième réforme de l'État, des crédits ont été donnés à la Cocof pour réaliser le dépistage du cancer du sein. Or, c'est bien de la Cocom que Brumammo dépend. Actuellement, il existe des protocoles d'accord entre les différentes entités pour coordonner ces incohérences institutionnelles. Pouvez-vous nous indiquer ce qu'il en sera pour 2017 ? Ces protocoles d'accord seront-ils reconduits ?

En ce qui concerne la question même du dépistage, celle-ci fait encore débat. Ce n'est d'ailleurs pas neuf. Je me souviens avoir organisé un colloque au parlement de la Communauté française il y a six ans sur ce sujet. On y avait déjà évoqué les enjeux des différentes formes de dépistage et des problèmes de surdiagnostic.

Par exemple, en France, la ministre Marisol Touraine envisage de revoir ce système, voire d'arrêter le programme de dépistage. Les arguments en faveur du dépistage correspondent aux arguments d'une prévention secondaire qui permette de trouver le cancer du sein à un stage précoce afin d'augmenter les chances de guérison. Dans les arguments en défaveur du dépistage, outre le caractère anxiogène du dépistage, certains avancent le problème du surdiagnostic. Par exemple, certaines femmes à qui on décèlerait des cellules cancéreuses subiraient un traitement alors qu'il se peut que ces cellules n'évoluent jamais

Van alle Brusselse vrouwen tussen 50 en 69 jaar laat 10% zich door Brumammo controleren en gaat 60% voor een controle langs bij een huisarts. De tests van Brumammo kosten 240.000 euro, terwijl slechts 10% van de vrouwen er een beroep op doet. U moet de efficiëntie van het systeem dan ook in vraag stellen, zeker in de huidige context van besparingen.

Hoe is de situatie vandaag? Wat hebt u gedaan om de opsporing van borstkanker doeltreffender te maken?

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Ik dank de heer du Bus de Warnaffe voor zijn vragen. Ook de sp.a blijft overtuigd van het belang van een goede screening. Het is een goede zaak dat in Brussel Brumammo met de coördinatie wordt

jusqu'au cancer. Le surdiagnostic serait évalué à 20%.

C'est pourquoi certains préconisent une révision du système de dépistage du cancer du sein et prônent une "stratégie de dépistage stratifiée" selon la catégorie de risque de la femme et non plus uniquement selon l'âge. Par exemple, en intégrant les facteurs de risques individuels, familiaux, génétiques ou encore de mode de vie, chaque catégorie de risque aurait son type d'examen ainsi que son rythme de contrôle.

Une réflexion est-elle entamée sur le sujet ? Avez-vous pris connaissance de différentes études scientifiques prouvant ou infirmant l'efficacité d'un "dépistage stratifié" ? Quel est l'état de la réflexion pour la Région bruxelloise ? Par ailleurs, lors de mon interpellation du 11 mars 2015, vous aviez souligné les différentes questions sur l'efficacité de notre dépistage.

Vous nous aviez annoncé que "(...) le dépistage de 10% des femmes passe par Brumammo alors que 60% des femmes de 50 à 69 ans se font dépister non via Brumammo, mais en passant par leur généraliste. Il ne faudrait donc pas conclure que seules 10% des femmes se font dépister. Mais il y a effectivement un problème, puisque 90% des femmes ne suivent pas la filière mise en place par les autorités, qui coûte 240.000 euros. Nous devons donc nous interroger sur l'efficacité du système. Il y a un effort à faire en Belgique."

Un an après ce constat, quelle est l'évolution de la situation ? Qu'avez-vous mis en place pour améliorer l'efficacité du système de dépistage ? Vu ces derniers constats, il nous semble grandement nécessaire d'élaborer une réflexion globale concernant le dépistage du cancer du sein.

Discussion

Mme la présidente.- La parole est à Mme Goeman.

Mme Hannelore Goeman (sp.a) *(en néerlandais).- Le sp.a est tout aussi convaincu de l'importance du dépistage. Le fait que Brumammo assure la coordination de celui-ci à Bruxelles permet d'éviter des situations kafkaïennes. Nous*

belast om kafkaiaanse toestanden te vermijden. Wij hopen dat voor darmkankerscreening snel een soortgelijk initiatief tot stand zal komen.

De heer du Bus vraagt zich af of het samenwerkingsakkoord tussen de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) zal worden voortgezet. Ik neem aan dat uw antwoord ook zal gelden voor de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC).

Wij zijn het erover eens dat een participatiegraad van 10% veel te laag is, zeker omdat de screening bij Brumammo met een dubbele controle gepaard gaat, waardoor nog beter kan worden gegarandeerd dat kanker in een vroeg stadium wordt opgespoord. Als we een reële impact op de volksgezondheid willen hebben en levens willen redden, moet dat percentage absoluut omhoog. Ik sluit mij daarom aan bij de vragen van de heer du Bus de Warnaffe. Welke concrete maatregelen hebt u voor ogen om de participatiegraad te verhogen? Ik denk bijvoorbeeld aan een campagne om de screenings van Brumammo meer bekendheid te geven.

espérons qu'une initiative semblable verra le jour pour le dépistage du cancer du côlon.

M. du Bus de Warnaffe s'interroge sur la reconduction du protocole d'accord entre la Cocof et la Cocom. Je suppose que votre réponse inclura la VGC.

Il faut absolument dépasser le pourcentage de 10% de femmes dépistées par Brumammo si nous voulons avoir un réel impact sur la santé publique et sauver des vies. Quelles mesures concrètes envisagez-vous afin d'accroître le taux de participation ?

Mevrouw de voorzitter.- De heer Manzoor heeft het woord.

De heer Zahoor Ellahi Manzoor (PS) *(in het Frans).- Ik sluit mij aan bij de vragen van de heer du Bus. Er wordt een niet onaanzienlijk bedrag van 240.000 euro uitgetrokken voor de opsporing van borstkanker. Zoals u in 2015 meedeelde, maakt evenwel maar 10% van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar gebruik van die mogelijkheid. De meeste vrouwen verkiezen een onderzoek door hun huisarts.*

Volgens recente studies zou een systematische opsporing van borstkanker meer na- dan voordelen hebben wegens het stralingsgevaar. Misschien zou het dus beter zijn om de beslissing om een test uit te voeren over te laten aan de huisartsen, die hun patiënten beter kennen. Zij weten of in de familie al iemand borstkanker heeft gehad en of er bepaalde risicofactoren zijn, zoals het gebruik van bepaalde contraceptiva, overgewicht, roken of de consumptie van alcohol.

Mme la présidente.- La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Je rejoins l'inquiétude de M. du Bus. En effet, une somme non négligeable, 240.000 euros, est consacrée au dépistage du cancer du sein. Or, comme vous le signaliez en 2015, seules 10% des femmes de la tranche d'âge 50-69 ans utilisent cette filière. Les autres préfèrent passer par leur médecin de famille.

Vu que les études récentes tendent à montrer qu'un dépistage systématique serait plus nocif que bénéfique, du fait du rayonnement lors de la mammographie, il me paraît dès lors plus judicieux de laisser la décision du dépistage mammaire aux généralistes qui connaissent leurs patientes, notamment leurs antécédents familiaux qui constituent un facteur très important. En effet, on sait qu'avoir une mère, une tante ou une grand-mère ayant eu un cancer du sein est un facteur à risque pour la patiente. Il y a également les facteurs de risque personnels - prise d'hormones

Het lijkt mij dus nuttiger en waarschijnlijk goedkoper om een gerichte informatiecampagne ten aanzien van de huisartsen te voeren en de mammotest niet systematisch, maar op beslissing van de huisarts te laten uitvoeren.

de contraception, excès de poids, tabac, alcool... - qui sont mieux connus par les généralistes.

Une conscientisation de ces derniers, via une information ciblée, coûterait probablement moins cher à la collectivité tout en continuant à offrir un dépistage à une tranche d'âge éventuellement élargie, de manière non systématique, mais sur décision du médecin généraliste. Ce dernier connaît mieux la patiente, ses antécédents et travaille avec des gynécologues qui font un examen manuel des seins et qui aident le médecin généraliste à prendre cette décision.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Brumammo wordt sinds de zesde staatshervorming door de GGC, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie gefinancierd. Buiten de overdracht van de opdracht, de middelen en de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap voor de opsporing van borstkanker naar de Franse Gemeenschapscommissie is er dus niets aan de financiering gewijzigd.*

Ik volg de wetenschappelijke debatten over de opsporing van borstkanker en houd daar rekening mee voor het informeren van patiënten over de voordelen en de risico's van de opsporing. Ik ben het met u eens. Zelf ben ik van mening dat de huisarts de meest aangewezen persoon is om informatie te verstrekken. Niet alle Brusselaars hebben echter een huisarts. Dat is al een eerste probleem.

Een tweede probleem is dat het om complexe wetenschappelijke informatie gaat, die soms moeilijk over te brengen is. De derde moeilijkheid schuilt in het feit dat een deel van de bevolking moeilijk te bereiken is, bijvoorbeeld in wijken waar het verloop groot is.

Zelfs wie een officieel adres heeft, beschikt niet altijd over een eigen brievenbus, waardoor sommige brieven verloren gaan.

Uiteraard ben ik op de hoogte van de

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Depuis le lancement du programme de dépistage du cancer du sein, l'asbl Brumammo est cofinancée par les trois Communautés compétentes : Cocom, Vlaamse Gemeenschap, Communauté française et, maintenant, Cocof depuis la sixième réforme de l'État. Il n'y a donc pas de modification du financement de Brumammo à la suite de la sixième réforme de l'État hormis le transfert de charge, de moyens et de compétences de la Communauté française à la Cocof.

En matière de stratégie, nous suivons les débats scientifiques sur la question et les réflexions progressent sur la façon d'informer les patientes des avantages et des risques notamment. Je souscris évidemment à votre objection et je pense que le meilleur lieu d'information est le médecin généraliste. Or, nous connaissons le problème en Région bruxelloise : tous les Bruxellois n'ont pas un médecin de famille et cela pose donc une première difficulté.

La deuxième difficulté est qu'il s'agit d'une information scientifique et complexe, et qu'il n'est pas toujours évident de faire passer ce type d'information auprès du public. La troisième difficulté est qu'il existe, entre le lancement de la campagne et le reçu sur le terrain, une certaine volatilité. En effet, il y a, dans certains quartiers, une mobilité relativement importante des gens qui déménagent.

aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) voor de opsporing van borstkanker en de manier om vrouwen daarover te informeren.

Al van bij het begin van de opsporingscampagnes wordt er over de voor- en nadelen gedebatteerd. In de pers duikt het onderwerp ongeveer twee keer per jaar op, telkens met dezelfde vragen over de doeltreffendheid van de methode en de bewustmaking. De gemeenschappen hebben ervoor gekozen om de Europese richtlijnen te volgen, die zullen worden aangepast als de wetenschappers een consensus hebben bereikt over de beste manier om borstkanker op te sporen.

Ik wacht het Europese standpunt af. Er rijzen vragen over de huidige methode, maar ook over de alternatieven.

Brumammo werkt via een constante follow-up van de screening aan een verbetering van de kwaliteit. Het aantal gevallen waarin een derde onderzoek nodig is omdat de resultaten van het eerste en het tweede onderzoek tegenstrijdig zijn, nam daardoor beduidend af.

(verder in het Nederlands)

Als we de opsporing van borstkanker willen bevorderen, is het belangrijk dat de informatie aan de patiënten genuanceerd wordt gebracht en dat zowel over de voordelen als de nadelen van de opsporing wordt gecommuniceerd, zoals bevestigd wordt door de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Campagnes voor het grote publiek zijn dus niet altijd de beste oplossing omdat de boodschap vaak erg complex is.

(verder in het Frans)

Het belangrijkste is dat vrouwen zich laten onderzoeken op borstkanker, het maakt niet uit of ze daarvoor naar de huisarts of naar Brumammo gaan. Daarom zijn er geen extra maatregelen om de mammotest te promoten, ook al roept het vragen op dat zo weinig vrouwen een beroep doen op het aanbod van de overheid.

De communicatie moet gericht zijn op de 10% vrouwen die zich helemaal niet laat onderzoeken.

Quand on a une adresse, on n'a pas toujours une boîte aux lettres. C'est le problème à Bruxelles. Je le vis chez Actiris : dans certaines maisons, il y a six familles pour une seule boîte aux lettres, le courrier se perd... Ce n'est pas si simple !

Nous avons évidemment pris connaissance des différentes recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, KCE, sur les stratégies de dépistages du cancer du sein et sur la méthode pour informer les femmes.

Le débat sur les pour et les contre d'un dépistage organisé du cancer du sein dans sa forme actuelle existe depuis le début des campagnes de dépistage. En termes journalistiques, c'est même un marronnier ! Ça revient presque deux fois par an avec des questions sur l'efficacité, les méthodes, la sensibilisation... Mais ce n'est pas une critique. À ce jour, la position retenue dans l'ensemble des Communautés a été de suivre les directives européennes, qui devraient être remises à jour lorsque la science permettra un nouveau consensus sur la meilleure manière d'effectuer ce dépistage.

Nous attendons une prise de position européenne, car si la situation actuelle est en débat, les alternatives le sont encore plus : par exemple, ne plus organiser le dépistage de manière systématique, mais selon certains facteurs de risque compte tenu des caractéristiques individuelles, et plus uniquement selon des critères d'âge.

Sachez en tout cas que Brumammo travaille actuellement à l'amélioration de la qualité du dépistage par une surveillance continue de la performance du screening. On peut ainsi constater que le nombre de troisièmes lectures - en cas de désaccord entre le premier et le deuxième lecteur - a notablement été réduit.

(poursuivant en néerlandais)

Pour promouvoir le dépistage du cancer du sein, il faut - l'étude du KCE nous le rappelle - que l'information à destination des patients soit nuancée et présente tant les avantages que les inconvénients du dépistage. Vu la complexité du message à faire passer, l'efficacité des campagnes destinées au grand public est parfois remise en

Daar ben ik ook van uitgegaan bij het opstellen van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg, al ben ik mij ervan bewust dat we nooit iedereen zullen kunnen overtuigen. Een klein aantal vrouwen is niet te bereiken of wil niet onderzocht worden. Dat is hun goed recht en de overheid moet die wens dan ook respecteren.

De acties worden in overleg met de huisartsen gevoerd. Hoewel de kwaliteit van de mammotest minstens even goed is als die van een diagnostische mammografie, zijn de meeste Franstalige specialisten nog steeds geneigd om die laatste voor te schrijven.

Het is dus zaak om de beste manier te vinden om zo veel mogelijk vrouwen te bereiken. De criteria aanpassen kan alleen als dat in heel België gebeurt, anders zouden in Brussel andere criteria gelden dan in Vlaanderen en Wallonië.

Mevrouw de voorzitter.- De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

question.

(poursuivant en français)

En matière de sous-utilisation du programme, aucune action n’a été entreprise à notre connaissance pour renverser la balance. Il n'y a donc pas intérêt à ce que des efforts conséquents soient consentis pour que celles qui passent par leur généraliste se soumettent au dépistage organisé par Brumammo. L'essentiel est qu'il y ait un dépistage.

Nous devons nous focaliser sur le recrutement des personnes ne participant à aucun dépistage plutôt que de convaincre les tenants du dépistage individuel de participer au dépistage organisé. Il est cependant vrai que le faible taux de recours au dépistage organisé est une préoccupation.

Nous devons donc concentrer nos efforts sur la sensibilisation des personnes qui ne participent à aucun dépistage. C'est cette orientation que nous avons prise lors de l'élaboration du Plan de santé bruxellois (PSB). Il ne s'agira pas de passer d'un type de dépistage à un autre, mais d'aller chercher les 10% de femmes qui ne font aucun dépistage. C'est sur ces femmes que nous devons concentrer nos efforts, même s'il est impossible de convaincre tout le monde. Il y aura toujours une marge de personnes qui, soit ne seront pas contactées ou contactables, soit qui ne souhaiteront pas le faire. Il faut respecter la liberté individuelle de chacun.

Les actions seront en tout cas menées avec la médecine générale. Si la qualité du dépistage organisé est équivalente, voire supérieure, la majorité des spécialistes francophones prescrivent encore aujourd’hui une mammographie diagnostique en lieu et place d’une mammographie de dépistage, le mammotest.

Pour résumer, il faut donc trouver le meilleur moyen pour toucher ces personnes qui échappent au radar. Cependant, si on peut changer les critères, il serait malvenu que les critères de contact bruxellois soient différents de ceux des autres Communautés. Il faudrait donc aboutir à une uniformisation sur le territoire.

Mme la présidente.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Ik benadruk dat er een belangrijke evolutie plaatsvindt in de geneeskunde, die steeds meer is toegespitst op het individu. Het besef is gekomen dat ziekten verband houden met het milieu waarin de patiënt vertoeft, zijn voorgeschiedenis enzovoort. Ook genetica en epigenetica komen daarbij aan bod. Daarom wordt tegenwoordig vaker voor een op persoonlijke leest geschoeide methode gekozen dan voor een algemene aanpak.*

Ik ben het met u eens dat we ons vooral moeten toespitsen op vrouwen die zich helemaal niet laten onderzoeken, maar we moeten mensen ook bewustmaken van individuele risico's. Dat is essentieel voor een efficiënte geneeskunde en het vermijden van overdiagnosticering.

Er zijn verhalen bekend van vrouwen die bijvoorbeeld maar net een borstamputatie konden vermijden, terwijl ze helemaal geen borstkanker hadden.

U zou in de interministeriële conferentie Volksgezondheid de beleidsverantwoordelijken van de andere gewesten meer bewust moeten maken van het probleem, zodat de opsporingsmethoden in de drie gewesten op gecoördineerde wijze kunnen worden bijgestuurd.

- Het incident is gesloten.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je vous rejoins tout à fait dans votre analyse de la situation. Je voudrais toutefois insister sur le fait que l'on assiste à une évolution importante de la médecine qui s'avère de plus en plus individualisée. On comprend que l'émergence d'une pathologie s'inscrit dans un contexte environnemental, tant physique que social, de l'histoire de l'individu. Ce sont tous des enjeux de l'épigénétique qui ont été mis en lumière, entre autres par le professeur Jean-Jacques Cassiman, et de la génétique en tant que telle. Cette prise de conscience fait qu'aujourd'hui, de plus en plus de personnes comprennent les nuances à apporter sur des démarches qui se veulent systématiques.

Si je peux partager votre objectif de cerner et de viser ceux qui échappent actuellement au radar de la détection et du dépistage, il va falloir progressivement investir dans la prise de conscience des risques individuels. En effet, c'est là où résidera la clé d'une médecine plus performante et d'un évitement des surdiagnostics, estimés aujourd'hui à 20%. Certains diagnostics entraînent même parfois des conséquences dramatiques.

Un de nos collègues, qui ne pouvait être parmi nous aujourd'hui, me racontait l'histoire de quelqu'un qu'il connaît bien et qui a évité de justesse une ablation mammaire alors qu'il n'y avait strictement rien.

Cette question, prégnante, ira de plus en plus à l'encontre du dépistage généralisé puisqu'il faudra affiner les démarches. À cet égard, vous devriez, au sein de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique, accélérer le processus de prise de conscience de vos collègues régionaux de telle manière que l'évolution soit coordonnée au sein des trois Régions en matière de stratégie de dépistage.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAGEN

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde zijn de mondelinge vragen.

QUESTIONS ORALES

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle les questions orales.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW ISABELLE EMMERY

AAN DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN AAN DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de uitvoering van de doelstelling van de GBV voor een zorgcontinuüm gelet op de inkomensongelijkheid bij specialisten, tussen specialisaties en tussen netwerken".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de mondelinge vraag beantwoorden.

Mevrouw Emmery heeft het woord.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Sinds de zesde staatshervorming zijn wij bevoegd voor de erkenningsnormen in de gezondheidszorg. Overeenkomstig het regeerakkoord biedt dat een uitgelezen kans om de kwaliteit voorop te stellen, groeperingen, netwerken en synergieën aan te moedigen en de sluiting en omvorming van bedden te versoepelen.*

Volgens L'Écho van 7 oktober 2016 zijn er grote honorariumverschillen tussen de specialisten. Dat verschil kan oplopen van 20 euro voor een raadpleging bij een orthopedist tot 55 euro voor een raadpleging bij een oncoloog.

In 2012 vroeg het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) aan het consultancybureau Deloitte om de ziekenhuisrekeningen te analyseren. Het is geen verrassing dat uit de analyse grote verschillen tussen de specialisaties zijn gebleken. De lijst wordt aangevoerd door de nierspecialisten, de artsen in klinische biologie, de cardiologen en radiologen. In al die specialisaties worden tal van

QUESTION ORALE DE MME ISABELLE EMMERY

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la mise en œuvre de l'objectif de la DPR pour un continuum de soins au regard des disparités dans les revenus des spécialistes, entre spécialités et entre réseaux".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à la question orale.

La parole est à Mme Emmery.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Avec la sixième réforme de l'État, nous sommes désormais compétents pour l'édiction des normes d'agrément en matière de soins de santé.

La déclaration de politique régionale précise que cette nouvelle compétence offre l'opportunité de développer une nouvelle politique d'agrément tournée vers la qualité, favorisant les regroupements, les réseaux et les synergies, et permettant une gestion plus souple des fermetures et des reconversions de lits.

Or, un article du journal L'Écho du 7 octobre 2016, relayé par divers titres de presse, fait état d'écarts importants dans les rémunérations entre médecins spécialistes que ce soit entre spécialités ou entre le Nord et le Sud du pays. Si l'on se penche sur la nomenclature, on observe de gros écarts en fonction des spécialités. Cela va de 20 euros pour une consultation chez un orthopédiste à 55 euros pour une visite chez l'oncologue.

technische handelingen gefactureerd die doorgaans goed door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) worden terugbetaald.

Zoals in de analyse wordt opgemerkt, storten de artsen een deel van hun honorarium aan de ziekenhuizen voor het gebruik van de lokalen en het materiaal. De bedragen in de nomenclatuur beantwoorden dus niet altijd aan het reële inkomen van de arts.

Het gewest is niet bevoegd voor de medische erelonen, maar die laatste vormen een essentieel onderdeel van het huidige financieringsmodel van de gezondheidszorg. In het Brussels Plan voor de gezondheidszorg moeten wij dus rekening houden met het feit dat een deel van de erelonen terug naar de ziekenhuizen en andere zorginstellingen vloeit.

De grote verschillen tussen de specialisaties, instellingen en netwerken kunnen een belemmering vormen voor de ontwikkeling van een multidisciplinair zorgcontinuüm tussen de verschillende Brusselse gezondheidsstructuren. Ze bemoeilijken de overdracht van patiënten tussen twee instellingen, een multidisciplinaire behandeling, de sluiting of omvorming van bedden en ons erkenningsbeleid, dat de kwaliteit van de zorg wil verhogen en groeperingen, netwerken en synergieën wil bevorderen.

Hoe zit het met de verschillen in het Brussels Gewest? Hebt u daar een duidelijk beeld van? Zo niet, hoe zult u die informatie verkrijgen? Zullen die verschillen de uitvoering van het regeerakkoord niet bemoeilijken?

En 2012, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) avait demandé aux consultants de Deloitte de se pencher sur les comptes des hôpitaux. Sans surprise, d'énormes disparités étaient apparues en fonction des spécialités. Ainsi, on retrouvait en tête le néphrologue, suivi du médecin en biologie clinique, du cardiologue et du radiologue. Autant de spécialités qui facturent beaucoup d'actes techniques, généralement bien remboursés par l'Inami.

Il est fait certes état du fait que les médecins rétrocèdent une partie de leurs honoraires aux hôpitaux pour l'utilisation des locaux et du matériel. Les montants prévus par la nomenclature ne correspondent dès lors pas toujours au salaire réel du médecin.

Si les compétences régionales ne concernent pas les honoraires médicaux, ces derniers sont un élément essentiel du modèle de financement actuel des soins de santé. Pour mettre en œuvre les objectifs de la déclaration de politique régionale sur le Plan de santé bruxellois, il nous paraît essentiel de prendre en compte cette question des revenus des médecins, en partie liée aux honoraires et aux modèles de rétrocession de ces honoraires par les hôpitaux et autres institutions de soins.

En effet, nous pensons que des disparités importantes de revenus entre intervenants en fonction de leur spécialité, de leur institution, de leur réseau vont causer un frein majeur à la définition du parcours de soin, d'un continuum de soins de manière décloisonnée et multidisciplinaire entre différentes structures de santé bruxelloises.

Elles vont compliquer sensiblement :

- les transferts de patients d'une structure à l'autre ;

- l'approche multidisciplinaire entre différents spécialistes et autres intervenants sur un même patient ;

- les fermetures ou reconversions de lits ;

- et, au final, notre politique d'agrément tournée vers la qualité et favorisant les regroupements, les réseaux et les synergies.

Disposez-vous d'une vision claire de la situation actuelle sur la Région bruxelloise ? Sinon, que comptez-vous mettre en œuvre pour obtenir les informations utiles sur ces disparités de revenus de médecins spécialistes ? Ces disparités sont-elles compatibles avec la mise en œuvre des objectifs que nous nous sommes fixés dans la déclaration de politique régionale ?

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- U antwoordt zelf al op uw vraag: de GGC is inderdaad niet bevoegd voor de medische honoraria en de relaties tussen artsen en ziekenhuisbeheerders.*

Los van de hervorming en de budgettaire beperkingen ben ik niet van plan om veel energie te steken in het opstellen van een overzicht van de inkomsten van geneesheren-specialisten. Dat is trouwens gevaarlijk, aangezien er geen juridische basis voor is. Het zou dan ook weinig opleveren.

Ik zie andere prioriteiten voor de besteding van de middelen. De verschillen in de inkomsten waren ongetwijfeld wel een van de redenen waarom de minister ziekenhuisnetwerken wilde oprichten.

Het lijkt nuttig om ziekenhuizen te doen samenwerken, maar de verschillen zijn zo groot dat er wellicht enige terughoudendheid zal zijn om samen in een netwerk te stappen. De minister moet nagaan hoe ze dat probleem kan aanpakken. Ik zie niet goed in wat de GGC daaraan kan doen.

Een hervorming van de nomenclatuur laat al twintig, dertig jaar op zich wachten. Ze is zo complex dat geen enkele federale minister er zich tot nu toe aan gewaagd heeft. Momenteel is de gezondheidssector er door de hervormingen en de besparingen zo slecht aan toe, dat een hervorming van de nomenclatuur de druppel wordt die de emmer doet overlopen. Het is mij een raadsel hoe de federale minister dat kan oplossen. Het is in elk geval niet aan de GGC om daar wat aan te doen. Voorzichtigheid lijkt mij in dit geval geboden.

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Il me semble que vous répondez vous-même à votre question. Effectivement, les compétences de la Cocom en matière hospitalière ne concernent ni les honoraires médicaux, ni les relations entre les médecins et les gestionnaires hospitaliers. Même si le sujet peut légitimement nous préoccuper, la Cocom n’a aucune marge de manœuvre réglementaire en la matière.

Très objectivement, si nous sortons du débat sur la réforme et sur les restrictions budgétaires, je ne me vois pas dépenser une énergie complémentaire ni demander à mon administration de dépenser la même énergie pour tenter de cerner cette réalité qui ne date pas d'aujourd'hui, mais déjà de plusieurs décennies et d'établir un cadastre des revenus des médecins spécialistes. Nous ne disposons pas d'une base juridique contraignante pour le faire et procéder de cette manière serait tout à fait casse-cou. Même si je le faisais avec ma bonne tête, je n'obtiendrais aucun résultat.

Il faut donc savoir sérier ses priorités au regard de ses moyens d'action. À défaut, on court derrière tous les lapins pour n'en attraper finalement aucun.

Je pense avoir répondu à la question sur les obligations budgétaires. Il y a donc d'autres priorités. Sans doute cette disparité des revenus est-elle en elle-même une contrainte à l'objectif voulu par la ministre de créer des réseaux.

Faire travailler des hôpitaux entre eux semble être salutaire, mais les disparités sont telles aujourd'hui que des réticences risquent de se manifester, compte tenu précisément des disparités qui existent entre les hôpitaux qui devraient entrer dans le même réseau demain. Il s'agit de

contraintes. Il incombera à la ministre de les analyser et de voir comment elle peut répondre à ces difficultés, mais je ne vois pas comment la Cocom pourrait intervenir.

Depuis vingt, voire trente ans, je sais, en tant que responsable politique qui s'intéresse au problème de la santé, que cette réforme de la nomenclature médicale est en chantier. Or, c'est un chantier si complexe qu'aucun ministre fédéral à ce jour n'a pu ni même osé s'y plonger. Dans l'état de mal-être dans lequel le milieu médical se trouve actuellement, à cause des réformes imposées et des restrictions budgétaires, c'est la goutte qui va faire déborder le vase. Je ne vois pas comment la ministre fédérale peut aborder ce sujet, étant donné qu'on s'attaque à une situation qui est complexe depuis vingt ans. Mais ne demandez pas à la Cocom d'ouvrir ce chantier. De mon expérience politique, j'ai au moins acquis une vertu : la prudence.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Emmery heeft het woord.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Dat is een duidelijk antwoord. Ik weet dat de GGC in dit geval geen bewegingsruimte heeft, maar aangezien de hele situatie wordt herbekeken en u het zich kunt permitteren om dit soort zaken aan te kaarten, wil ik u vragen om dat te doen.*

Voorzichtigheid is weliswaar geboden, maar soms verhindert ze ons om vooruitgang te boeken. U moet niet ondoordacht te werk gaan, maar u kunt de vraag stellen wanneer dat past.

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW HANNELORE GOEMAN

AAN DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE

Mme la présidente.- La parole est à Mme Emmery.

Mme Isabelle Emmery (PS).- La réponse est suffisamment claire. Comme je l'ai dit d'emblée dans ma question, je sais qu'il s'agit d'une compétence sur laquelle on n'a pas de marge de manœuvre, encore qu'elle peut être portée là où il se doit. Puisqu'on se situe dans une mise à plat de la situation et qu'on peut se permettre, lors du débat, d'évoquer également ce type de question, je vous incite à le faire.

Même si je trouve, comme vous, qu'il convient d'être prudent, la prudence ne permet pas toujours d'avancer. Il ne faut pas se comporter comme un chien fou, mais la question peut être posée là où il convient de le faire.

- L'incident est clos.

QUESTION ORALE DE MME HANNELORE GOEMAN

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES

FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN AAN DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de door besparingen getroffen wijkgezondheidscentra".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de mondelinge vraag beantwoorden.

Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- De wijkgezondheidscentra bieden al tientallen jaren toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg aan iedereen die in het werkingsgebied van het centrum woont.

In een wijkgezondheidscentrum hoeft een patiënt niet te betalen voor consultaties of huisbezoeken en dient hij evenmin remgeld te betalen. Dat wordt immers rechtstreeks geregeld met het ziekenfonds. Dit verlaagt de drempel om een beroep te doen op medische zorg, zeker voor mensen voor wie die zorg om financiële redenen moeilijk toegankelijk is. In Brussel kampen zeer veel mensen met dat probleem.

In 2008 heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de kwaliteit en de kosten van de wijkgezondheidscentra diepgaand onderzocht. Uit die studie bleek dat de wijkgezondheidscentra erin slagen om de meest kwetsbare personen te bereiken en dat zij op het vlak van kwaliteit even goed, en op een aantal punten zelfs beter scoren dan de reguliere geneeskunde. Het advies van het Kenniscentrum was dan ook om de wijkgezondheidscentra uit te breiden en verder te ontwikkelen.

De conclusie van het Kenniscentrum over de meerwaarde van de wijkgezondheidscentra is ons niet vreemd. Ook in de aanbevelingen van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg en de commissie Gezondheid werd al herhaaldelijk gewezen op het belang van de uitbreiding van de initiatieven inzake eerstelijnsgezondheidszorg,

FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "les maisons médicales touchées par les économies".

Mme la présidente.- Le membre du Collège Didier Gosuin répondra à la question orale.

La parole est à Mme Goeman.

Mme Hannelore Goeman (sp.a) *(en néerlandais).- Les maisons médicales offrent depuis des dizaines d'années des soins de santé de qualité, à des tarifs abordables, à des personnes qui résident dans leur zone d'action et notamment à un public défavorisé.*

En 2008, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a mené une étude approfondie sur la qualité et la structure de coût des maisons médicales. Selon celle-ci, les maisons médicales parviennent à toucher un public particulièrement vulnérable, en offrant une qualité de soins comparable, voire supérieure sur toute une série de points, à la médecine conventionnelle. Le KCE recommande donc de poursuivre le développement des maisons médicales et de multiplier celles-ci.

Ces conclusions ne font que corroborer les recommandations du Plan de santé bruxellois (PSB) et de la Commission de la Santé.

Un cinquième de la population bruxelloise est contraint de différer une visite médicale pour des raisons financières. Quelque 20 à 25% des Bruxellois n'ont pas de médecin de famille et se rendent aux urgences en cas de problème de santé sérieux. C'est la raison pour laquelle nous voulons, avec la Cocom, investir un maximum dans les soins de première ligne.

Dans ce contexte, il est affligeant de constater que ces investissements sont sapés par les autorités fédérales, qui contrecarrent chaque tentative

waaronder de wijkgezondheidscentra.

We weten immers dat een vijfde van de Brusselse bevolking doktersbezoeken moet uitstellen om financiële redenen en dat 20 tot 25% van de Brusselaars geen huisarts heeft en een beroep op de spoeddiensten doet voor acute gezondheidsproblemen. We kennen de pijnpunten. Daarom willen we met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) zo veel mogelijk investeren in eerstelijnsgezondheidszorg.

Het is dan ook schrijnend om te zien dat deze investeringen ondermijnd worden door een federale overheid die elke uitbreiding van de wijkgezondheidscentra tegenhoudt. Federaal minister Maggie De Block heeft de erkenning van de wijkgezondheidscentra tijdelijk stopgezet. Enkel de centra die een dossier indienden voor 8 oktober 2016 en kunnen bewijzen dat ze vanaf 1 januari kunnen starten, mogen hun plannen voortzetten. De rest wordt in de wachtrij gezet. Niemand weet hoe lang het nog zal duren voordat er nieuwe wijkgezondheidscentra zullen komen. Duizenden patiënten blijven in de kou staan.

Wat is de impact van deze besparingsmaatregel voor Brussel? Hoeveel centra zullen er nog van start kunnen gaan op 1 januari 2017?

Zijn er centra die plannen hadden om op te starten, maar die hun plannen moeten opbergen? Over hoeveel centra gaat het?

Zult u extra investeren, zodat het aanbod van wijkgezondheidscentra in Brussel toch nog kan worden uitgebreid?

d'ouverture d'une nouvelle maison médicale. La ministre fédérale Maggie de Block a même suspendu provisoirement la procédure d'agrément des maisons médicales, abandonnant ainsi des milliers de patients à leur sort. Seuls les centres ayant introduit un dossier avant le 8 octobre et étant en mesure de prouver qu'ils ouvriront leurs portes avant le 1er janvier sont autorisés à poursuivre leur projet.

Quel est l'impact de cette mesure d'économie pour Bruxelles ? Combien de maisons médicales réussiront-elles à ouvrir leurs portes le 1er janvier 2017 ?

Combien de futures maisons médicales devront-elles renoncer à leur projet ?

Allez-vous investir en conséquence, pour permettre malgré tout d'élargir l'offre dans ce domaine ?

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College.- Er zijn 78 multidisciplinaire gezondheidscentra die eerstelijnszorg verstrekken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Daarvan zijn er 69 door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) erkend om met een forfaitaire financiering te werken.

Van die 69 medische huizen zijn er 29 erkend door de Franse Gemeenschapscommissie. De

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni *(en néerlandais).- Il existe 78 centres de santé multidisciplinaires de première ligne en Région de Bruxelles-Capitale, dont 69 sont reconnus par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) pour fonctionner au forfait.*

Quelque 29 maisons médicales sont agréées par la Cocof. Les 40 autres n'ont pas d'agrément d'une communauté. La Cocom ne reconnaît pas de

overige 40 zijn niet door een gemeenschap erkend. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) erkent zelf geen medische huizen.

Volgens de bevoegde federale overheid en het RIZIV zullen de volgende vijf Brusselse wijkgezondheidscentra begin volgend jaar nog van start kunnen gaan met hun oprichting of met hun omschakeling naar het forfaitaire systeem: Medigand, Saint-Guidon, Galilée, De Wand en Sainte-Agathe.

Volgens diezelfde bron werd er na de aankondiging van het moratorium op 8 oktober geen Brussels dossier meer ingediend.

Dokters van de Wereld heeft drie projecten waarop de maatregel een weerslag kan hebben. We weten niet of er nog andere centra zijn die plannen hadden.

De federale maatregel is een tijdelijke ingreep om een beleidsevaluatie uit te voeren waarbij de organisatie, de werking en de kostenstructuur van de medische huizen geanalyseerd worden. De uiteindelijke bedoeling is dat de regelgeving en de werking nog verbeterd worden.

In de tweede helft van 2017 zouden er opnieuw dossiers ingediend kunnen worden. Wij zijn ons ervan bewust dat er in Brussel projecten worden uitgewerkt die ondersteund worden door het Brussels Gewest, de gemeenten en de wijkverenigingen. Mensen investeren daar tijd en middelen in. Die projecten verdienen het om gerealiseerd te worden.

Het is echter nog te vroeg om nu al extra middelen te beloven waarmee het aanbod van medische huizen in Brussel kan worden uitgebreid. De federale maatregel is slechts van beperkte duur. Een financiering door de GGC is dus voorlopig nog niet aan de orde.

Er vindt een reflectie plaats over deze kwestie in het kader van de hervorming van de eerstelijnszorg in Brussel.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Goeman heeft het woord.

maisons médicales.

Selon l'information que nous avons obtenue de l'autorité fédérale compétente et de l'Inami, cinq maisons médicales bruxelloises pourront encore soit ouvrir leurs portes soit effectuer le passage au forfait au début de l'année prochaine : Medigand, Saint-Guidon, Galilée, De Wand et Sainte-Agathe.

D'après la même source, aucun dossier bruxellois n'a été envoyé depuis l'annonce du moratoire et donc après le 8 octobre.

Trois projets de Médecins du Monde risquent de ressentir les retombées de cette mesure. Nous ne savons pas si d'autres centres avaient des projets en perspective.

La mesure fédérale est prévue sur une base temporaire en vue d'évaluer la politique menée et d'améliorer la réglementation et l'organisation des maisons médicales.

De nouveaux dossiers pourront être introduits dans la deuxième moitié de 2017. Des projets sont développés à Bruxelles, soutenus par la Région, les communes et des associations, dans lesquels des personnes ont investi du temps et des moyens et qui méritent d'être réalisés.

La mesure fédérale n'est que de durée limitée. Un financement de la Cocom, n'est donc, pour l'instant, pas à l'ordre du jour.

Une réflexion sur cette question est en cours dans le cadre de la réforme des soins de première ligne à Bruxelles.

Mme la présidente.- La parole est à Mme Goeman.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Ik hoop inderdaad dat het slechts om een tijdelijke maatregel gaat en dat de GGC geen extra middelen zal hoeven te investeren.

U vermeldt dat drie projecten van Dokters van de Wereld mogelijk een weerslag zullen ondervinden van de bevriezing van de middelen. Kunt u toelichten om welke projecten het precies gaat?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College.- Van één project ken ik de precieze locatie niet, maar de andere twee projecten waren gepland in Anderlecht en Molenbeek.

Volgens mijn diensten is de federale maatregel duidelijk tijdelijk bedoeld.

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER JACQUES BROTCHI

AAN DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN AAN DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de ziekte van Huntington".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de mondelinge vraag beantwoorden.

De heer Brotchi heeft het woord.

De heer Jacques Brotchi (MR) *(in het Frans).- De ziekte van Huntington is een neurodegeneratieve aandoening die het gevolg is van een genmutatie. De ziekte wordt doorgegeven door een dominant gen: elk kind waarvan een van de ouders aan de ziekte lijdt, heeft jammer genoeg*

Mme Hannelore Goeman (sp.a) *(en néerlandais).- J'espère en effet qu'il s'agit d'une mesure temporaire et que la Cocom ne sera pas obligée d'investir des moyens supplémentaires.*

Quels projets de Médecins du monde devraient-ils pâtir du gel des moyens ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni *(en néerlandais).- Deux de ces projets sont prévus à Anderlecht et Molenbeek. Je ne connais pas la localisation du troisième.*

Mes services confirment le caractère temporaire de la mesure fédérale.

- L'incident est clos.

QUESTION ORALE DE M. JACQUES BROTCHI

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la maladie de Huntington".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à la question orale.

La parole est à M. Brotchi.

M. Jacques Brotchi (MR).- Je vais vous parler d'une maladie que je connais bien en tant que neurochirurgien pour en avoir vu quelques cas durant ma carrière.

La maladie de Huntington est une maladie

een risico van 50% om ze ook te krijgen. De ziekte treft ongeveer 10 personen op 100.000. Het gaat om ongeveer 1.000 tot 1.200 gevallen in België, waarvan 450 tot 500 in het Brussels en Waals Gewest en 600 à 700 in Vlaanderen.

Deze complexe ziekte is zeer ingrijpend. Ze tast de fysieke integriteit, het cognitieve vermogen en de persoonlijkheid van de patiënt aan. Ze leidt tot een afname van de autonomie en uiteindelijk tot volledige afhankelijkheid. De ziekte breekt meestal uit rond de leeftijd van dertig jaar en leidt geleidelijk tot dementie. Er bestaat momenteel geen behandeling. De meeste patiënten overlijden rond de leeftijd van zestig jaar. De ziekte is uitputtend voor de omgeving, waar veel van wordt geëist, zodat sommige patiënten alleen komen te staan.

Van de 1.000 bekende patiënten in België, zijn er 200 totaal afhankelijk. De overeenkomst die sinds 2009 bestaat tussen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en sommige ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen volstond slecht om 85 patiënten op te vangen, van wie geen enkele in het Brussels Gewest. Die opvangcapaciteit wordt gedeeld met patiënten met multiple sclerose (MS) en amyotrofe laterale sclerose (ALS).

De verdeling van de bevoegdheden na de staatshervorming bemoeilijkt het leven van de gezinnen en patiëntenverenigingen. De federale overheid is bevoegd voor de behandeling van de ziekte, maar de gewesten voor de ruimere zorgverstrekking. De patiënten en verenigingen moeten weten hoe ze op middellange en lange termijn behandeld zullen worden en over welke middelen ze daarvoor zullen beschikken. Weet u dat? Zo neen, waarom niet? Zo ja, wanneer en hoe zult u hen op de hoogte brengen?

De interministeriële conferentie (IMC) heeft een nieuw beleid voor chronisch zieken goedgekeurd. Het is de bedoeling dat mensen worden gegroepeerd per arrondissement met ongeveer 125.000 inwoners. Aangezien 27% van de bevolking chronisch ziek is, gaat het dus om circa 30.000 chronisch zieken per arrondissement. De ziekte van Huntington is echter zeldzaam: slechts een op de 10.000 inwoners wordt erdoor getroffen, of twaalf mensen per arrondissement. Hoe kunnen mensen met een zeldzame ziekte

génétique neurodégénérative qui résulte de la mutation d'un gène. Il s'agit d'un gène dominant : chaque enfant dont un des parents souffre de la maladie a malheureusement 50% de risque d'être atteint à son tour. La maladie frappe environ 10 personnes sur 100.000, soit environ 1.000 à 1.200 cas en Belgique, dont 450 à 500 dans les Régions wallonne et bruxelloise et 600 à 700 en Flandre. À ces chiffres, il faut encore ajouter toutes les personnes qui risquent de développer cette maladie en raison de son caractère héréditaire : enfants, collatéraux, etc.

Cette maladie complexe est lourde et dévastatrice. Elle touche l'intégrité physique, les facultés cognitives et la personnalité. Elle entraîne des déficits sévères et une perte d'autonomie. Au stade ultime, le malade est en situation de dépendance totale. La maladie de Huntington se déclare en général autour de la trentaine par des mouvements anormaux. Une démence s'installe ensuite progressivement. Malheureusement, aucun traitement n'est possible à l'heure actuelle et le décès survient autour de la soixantaine.

Cette maladie est épuisante pour l'entourage, énormément sollicité, avec la conséquence pour certains malades de vivre une situation de rupture et d'abandon.

Il y a en Belgique près de 1.000 cas déclarés, dont 200 sont en phase de dépendance totale. Une convention entre l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), le service public fédéral (SPF) Santé et certains hôpitaux et maisons de repos et de soins (MRS) existe depuis 2009, mais n'a permis de dégager que 85 lits, et aucun en Région bruxelloise. Ces lits sont à partager avec les personnes atteintes de sclérose en plaques et de sclérose latérale amyotrophique.

Le partage des responsabilités, à la suite de la réforme de l'État, complique la vie des familles et des associations de patients qui les soutiennent. La partie "cure" relève du niveau fédéral, la partie "care" relève des Régions. Les patients et les associations qui les représentent ont besoin de vision à moyen et long terme sur la manière dont ils seront traités et les ressources dont ils disposeront. Êtes-vous en mesure de leur donner ces éléments de réponse ? Si non, pourquoi ? Si oui, quand et comment les tiendrez-vous

voldoende opgevangen worden? Zullen zij niet opgaan in de massa? Dreigt de opdeling in arrondissementen er niet toe te leiden dat er expertise verloren gaat?

Voor zeldzame ziekten zoals die van Huntington, is de kennis van de specifieke eigenschappen en opvolgingstechnieken van essentieel belang. Huisartsen en verzorgend personeel in rust- en verzorgingstehuizen (RVT) zijn vaak amper op de hoogte van de kenmerken van de ziekte.

Sinds 2009 is er dankzij de conventie met betrekking tot de ziekte van Huntington, amyotrofe laterale sclerose (ALS) en multiple sclerose (MS) al een beperkte oplossing door de invoering van enkele gespecialiseerde instellingen. Er werd vastgesteld dat patiënten met de ziekte van Huntington daardoor beter werden behandeld. Dreigt de behandeling van chronisch zieken in arrondissementen er niet toe te leiden dat de verbeteringen die de genoemde conventie teweegbrachten, worden tenietgedaan? Kunt u garanderen dat dat niet zal gebeuren? Zal het plan voor de geïntegreerde zorgverstrekking aan chronisch zieken de mogelijkheid bieden om de behandeling van zeldzame ziekten te centraliseren bij specifieke organisaties?

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De ziekte van Huntington is een zeldzame, complexe en zware ziekte. Zowel de patiënt als zijn omgeving heeft ondersteuning en begeleiding nodig.*

Daarom startte de federale overheid in 2009 een

informés ?

Une nouvelle politique en faveur des maladies chroniques a été approuvée par la conférence interministérielle (CIM). Cette nouvelle politique souhaite un regroupement par arrondissement, soit des bassins d'environ 125.000 personnes. Tenant compte que 27% de la population souffre de maladie chronique, cela représentera une population de 30.000 personnes atteintes. Mais la prévalence de malades huntingtoniens est très faible, avec un pour 10.000, et représenterait douze personnes par "zone". Comment assurer une prise en compte et une prise en charge suffisante des malades atteints de maladie rare ? Ne seront-ils pas noyés dans la masse ? Et ne risque-t-on pas de perdre les points de référence et d'expertise existants ?

Pour des maladies rares de type Huntington, la connaissance des spécificités de la maladie et des techniques de suivi sont des éléments critiques. Les médecins généralistes et le personnel soignant des maisons de repos et de soins (MRS) sont souvent peu au courant des spécificités de la maladie.

Depuis 2009, la convention maladie de Huntington-sclérose latérale amyotrophique (SLA)-sclérose en plaques apporte un début de réponse en spécialisant quelques institutions. Au fil du temps, on a constaté une amélioration très nette de la qualité de la prise en charge. Cependant, ne doit-on pas craindre que la création de bassins de suivi au niveau des arrondissements fasse perdre les ambitions que les conventions ont apportées ? Quelles garanties donnez-vous ? Enfin, le Plan soins intégrés en faveur des malades chroniques permettra-t-il de maintenir une certaine centralisation des organisations concernant les maladies rares ?

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Comme vous l'indiquez, la maladie de Huntington est une maladie rare, complexe et lourde, et tant les patients que leurs familles doivent être soutenus et accompagnés dans le suivi et la prise en charge de celle-ci.

programma voor de verzorging van patiënten die lijden aan de ziekte van Huntington, met als doel een betere samenwerking tussen ziekenhuizen en rusthuizen, de uitbreiding van de expertise van het rusthuispersoneel en de invoering van medische follow-up, zowel in de ziekenhuizen als in de rusthuizen. Voor dit programma moet een overeenkomst worden gesloten tussen enerzijds het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en anderzijds het gespecialiseerde ziekenhuis en de rusthuizen. Momenteel bestaan er in België vier van die overeenkomsten, namelijk in Saint-Servais, Luik, Bierbeek en Lede.

De minst getroffen patiënten kunnen in een revalidatiecentrum terecht, waarbij het RIZIV het grootste deel van de financiering voor zijn rekening neemt. Die centra bieden een geïntegreerd revalidatieprogramma aan.

De zorgverstrekking aan patiënten die lijden aan de ziekte van Huntington valt hoofdzakelijk onder de bevoegdheid van de federale regering. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) kan weinig ondernemen. Op dit ogenblik is het moeilijk om het Brusselse aanbod voor de tenlasteneming van deze patiënten uit te breiden. Ik volg de evolutie van het federale beleid echter nauwgezet.

Over de gevolgen van de invoering van zorggebieden voor de verbetering die de genoemde overeenkomsten teweegbrachten, kan ik geen standpunt innemen, aangezien er in Brussel geen overeenkomst van die aard bestaat.

De twee Brusselse proefprojecten voor chronisch zieken, Keep Moving en Boost, zijn niet gericht op patiënten met de ziekte van Huntington. Keep Moving loopt in Sint-Joost-ten-Node en is bedoeld voor patiënten met nierinsufficiëntie, hartinsufficiëntie, longinsufficiëntie, diabetes en neurologische aandoeningen.

Boost loopt in Brussel-Stad, Sint-Gillis en Sint-Joost-ten-Node. Dat project richt zich op patiënten met hart- en vaatziekten, diabetes type 2, chronisch obstructieve longziekte (COPD) en chronische nierinsufficiëntie.

C'est en ce sens que le pouvoir fédéral a lancé, en 2009, un programme de prise en charge globale de la maladie de Huntington. Ce programme a pour objectif de renforcer la collaboration entre hôpitaux et maisons de repos, de développer l'expertise du personnel des maisons de repos dans la prise en charge des patients et de permettre une supervision médicale, tant à l'hôpital qu'en maison de repos. Ce programme doit faire l'objet d'une convention signée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) d'une part, et par les institutions partenaires (hôpital de référence et maisons de repos) d'autre part. À l'heure actuelle, quatre conventions ont été signées en Belgique : Saint-Servais, Liège, Bierbeek et Lede.

Pour les cas moins lourds, un accueil est prévu en centre de revalidation, également financé par l'Inami pour la plupart. Il s'agit de centres de rééducation pour affections locomotrices et neurologiques, qui proposent un programme intégré de revalidation comprenant des interventions de médecins, de kinésithérapeutes, de psychologues, d'ergothérapeutes et de travailleurs sociaux.

La politique de santé concernant la prise en charge de la maladie de Huntington relève principalement de la compétence du pouvoir fédéral. La Commission communautaire commune (Cocom) n'a que peu de leviers quant à celle-ci. Nous pouvons, à ce stade, difficilement étendre l'offre bruxelloise de prise en charge de ces patients, mais nous devons rester attentifs à l'évolution de la politique fédérale en la matière.

Par ailleurs, concernant votre question au sujet de l'impact de la politique des bassins de soins sur les améliorations apportées par les conventions, nous pouvons difficilement nous positionner, dans la mesure où il n'y a actuellement pas de convention sur le territoire bruxellois.

Enfin, en ce qui concerne votre question sur le Plan relatif aux maladies chroniques, les deux projets pilotes bruxellois (Keep Moving et Boost) n'ont, à ce stade, pas retenu les patients atteints de la maladie de Huntington comme groupe cible. S'agissant du projet Keep Moving, qui s'étend sur le territoire des communes de Saint-Josse-ten-Noode, Anderlecht et Forest, les pathologies

visées sont les suivantes : insuffisances rénale, cardiaque et pneumologique, diabète et maladies neurologiques.

Le second projet bruxellois, Boost, s'étend sur la Ville de Bruxelles, Saint-Gilles et Saint Josse-ten-Noode. Les pathologies visées par ce projet sont les maladies cardiovasculaires - insuffisance cardiaque chronique, hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, infarctus -, le diabète de type 2, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'insuffisance rénale chronique (IRC).

Mevrouw de voorzitter.- De heer Brotchi heeft het woord.

Mme la présidente.- La parole est à M. Brotchi.

De heer Jacques Brotchi (MR) *(in het Frans).- Jammer genoeg zijn er geen specifieke projecten voor huntingtonpatiënten die volledig afhankelijk zijn.*

M. Jacques Brotchi (MR).- Je suis un peu triste de constater que rien n'est prévu spécifiquement pour la maladie de Huntington et pour ces patients qui se trouvent en situation de dépendance totale.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Dat is inderdaad jammer, maar blijkbaar vonden de actoren uit de gezondheidszorg het niet nuttig om bij de GGC een projectvoorstel in te dienen.*

Ik heb geen invloed op de zorgprojecten en kan niet beslissen over wat binnen de medische wereld moet gebeuren. Ik heb geijverd voor specifieke Brusselse projecten, maar ik heb geen enkele invloed op de beslissingen van de federale jury.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je le constate comme vous, mais si les appels à projets ne s'adressent pas à la Cocom, c'est sans doute que l'ensemble des acteurs hospitaliers et médicaux qui ont soumis des projets n'ont pas jugé utile de reprendre cet aspect dans l'appel à projets lancé tout récemment.

Je ne puis influencer les projets ni indiquer ce qui est bien au monde médical et hospitalier. J'ai essayé de faire en sorte qu'il y ait des projets bruxellois - ce qui est déjà pas mal - et que des projets bruxellois soient retenus. Pour le reste, je ne puis influencer le jury du niveau fédéral quant aux projets à retenir.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Brotchi heeft het woord.

Mme la présidente.- La parole est à M. Brotchi.

De heer Jacques Brotchi (MR) *(in het Frans).- Overweegt u niet om een bewustmakingscampagne te voeren?*

Ik begrijp dat u weinig kunt doen als er geen projectvoorstellen komen. De patiëntenverenigingen kloppen bij mij echter aan

M. Jacques Brotchi (MR).- Ne pourrait-on pas envisager des campagnes de sensibilisation ?

Pour ma part, je suis sollicité par des associations de patients, mais je comprends votre réponse : si aucun projet n'a été soumis, il n'y a rien à faire. Cependant, les associations s'interrogent et nous

met hun vragen. Ik zou graag zien dat daar een antwoord op komt.

Mevrouw de voorzitter.- Misschien moet u de verenigingen aansporen om actie te ondernemen.

- Het incident is gesloten.

aimerions trouver une solution pour elles.

Mme la présidente.- Peut-être pourriez-vous rencontrer ces associations et les inciter à agir.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ALAIN MARON

AAN DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

EN AAN DE HEER DIDIER GOSUIN, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET GEZONDHEIDS-BELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de herziening van de wetgeving betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen".

Mevrouw de voorzitter.- Collegelid Didier Gosuin zal de mondelinge vraag beantwoorden.

De heer Maron heeft het woord.

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).- Eind september organiseerde de federale minister van Volksgezondheid een persconferentie over de herziening van het koninklijk besluit van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Die herziening zal een impact hebben op het Brusselse gezondheidsbeleid. Het koninklijk besluit heeft betrekking op het opsporen van ziekten en gebreken, het stellen van diagnoses, het instellen of uitvoeren van behandelingen en het toedienen van vaccins.*

Voortaan zal in Brussel een groot deel van die medische handelingen onder de bevoegdheid van de gemeenschapscommissies vallen, en meer bepaald van de Gemeenschappelijke

QUESTION ORALE DE M. ALAIN MARON

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

ET À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la révision de la législation relative à l'exercice des professions de santé".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à la question orale.

La parole est à M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- Fin septembre, la ministre fédérale de la Santé publique organisait une conférence de lancement de la révision de la législation relative à l'exercice des professions de santé. Cette révision ne sera pas sans répercussions sur l'organisation des politiques de santé sur notre territoire. En effet, l'arrêté royal 78 du 10 novembre 1967, qui cadre l'exercice de l'art médical, indique notamment "soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé, soit la vaccination".

Or, une partie non négligeable de ces actes est désormais, à Bruxelles, de la compétence des commissions communautaires, et notamment de la

Gemeenschapscommissie (GGC).

Het koninklijk besluit regelt bovendien de handelingen die door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) worden terugbetaald, de medische wachtdienst en de planningscommissie. Al die elementen hebben een grote impact op de organisatie van het zorgtraject en van de eerstelijnszorg, die een belangrijk instrument is om de gezondheidsongelijkheden in ons gewest weg te werken.

Aangezien het om een belangrijke hervorming gaat, zal de federale minister een overlegronde organiseren om dan in de loop van 2018 een wetsontwerp te kunnen indienen.

Heeft het Verenigd College al overlegd met de federale overheid? Zo ja, wat werd er besproken? Zo neen, staat er overleg gepland?

Wat is het standpunt van het Verenigd College over de eerste beleidsvoornemens die de federale minister heeft aangekondigd, namelijk:

- het organiseren van de gezondheidszorgberoepen volgens het zogenaamde margrietmodel en meer bepaald de coördinatiefunctie van de multidisciplinaire teams;

- het onderscheid tussen 'cure'- en 'care'-handelingen, dat een aanzienlijke invloed kan hebben op de verdeling van de financiering van de zorgtrajecten. 'Cure'-handelingen zouden een federale aangelegenheid worden, 'care'-handelingen een zaak van deelstaten;

- het feit dat er meer aandacht zal uitgaan naar de centrale rol van de patiënt. Natuurlijk is dat belangrijk, maar we moeten er wel over waken dat we patiënten niet te veel verantwoordelijkheid in de schoenen schuiven, vooral omdat niet iedereen even gemakkelijk kan omgaan met de informatie;

- de nadruk op evidence-based medicine (geneeskunde op basis van proefondervindelijk bewijs), waardoor zorgpraktijken die toch doeltreffend gebleken zijn, opzijgeschoven dreigen te worden, getuige de hervorming van de wet betreffende psychotherapie;

Commission communautaire commune (Cocom).

Par ailleurs, cet arrêté comporte également des dispositions relatives aux actes pouvant faire l'objet d'un remboursement de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), à l'organisation de la garde médicale et aux modalités de fonctionnement de la commission de planification. Tous ces éléments ont un impact déterminant sur l'organisation du trajet de soins, et notamment de la première ligne, dont on connaît l'importance cruciale par rapport aux défis que rencontre notre Région en matière de santé, tels que les inégalités sociales de santé.

Considérant l'importance de l'enjeu, la ministre fédérale a décidé d'organiser une période de consultation sur le projet de réforme, avec pour objectif annoncé de déposer un projet de loi dans le courant de l'année 2018.

Une concertation sur cet enjeu majeur a-t-elle déjà eu lieu entre le pouvoir fédéral et le Collège réuni ? Le cas échéant, pouvez-vous nous livrer la teneur des échanges ? Dans la négative, un contact est-il prévu à cette fin ?

Dans tous les cas, le Collège réuni a-t-il déjà arrêté une position sur la question ? Si oui, quelle est-elle ? Quel est son opinion sur les premières orientations dévoilées par la ministre fédérale, telles que :

- l'organisation des professions sur le modèle de la "marguerite" (et notamment la fonction de coordination des équipes multidisciplinaires dans le cadre des prescriptions groupées) ;

- la distinction entre les pratiques de "cure" et de "care", qui pourrait avoir des répercussions non négligeables sur la répartition du financement des trajets de soins. Le volet "cure" irait au niveau fédéral, et le volet "care", aux entités fédérées ;

- le rôle central que le projet semble vouloir confier au patient. Si la participation de celui-ci est un enjeu important, il convient toutefois de ne pas verser dans une responsabilisation excessive, eu égard notamment aux inégalités en matière de littératie ;

- le focus sur "l'evidence-based medicine", avec le

- de nadruk op pathologie ten koste van een meer globale benadering van de patiënt?

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) werd uitgenodigd op de conferentie van 28 september over de herziening van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. De GGC kon net als de andere instanties haar opmerkingen en vragen meedelen via een speciaal daartoe gecreëerd mailadres.*

De herziening werd toegelicht tijdens de interkabinettenwerkgroep Gezondheidsberoepen van de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 5 oktober, waarna een eerste debat werd gevoerd. Het is binnen die werkgroep dat het overleg tussen de federale overheid en de GGC zal plaatsvinden.

Het is hoog tijd dat het koninklijk besluit nr. 78 grondig wordt herzien. Wij zijn dus blij dat mevrouw De Block met die hervorming is gestart. De wet is niet meer aangepast aan de sociologische context, de moderne zorgbehoeften en de nieuwe informatie- en communicatietechnologieën.

De hervorming is opgebouwd rond de achttien componenten van het gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken, genaamd "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid", waar wij ook bij betrokken zijn.

In het nieuwe model wordt de patiënt centraal geplaatst en de hiërarchieën afgeschaft om naar een geïntegreerde en multidisciplinaire zorg te evolueren. Dat lijkt ons een goed uitgangspunt. Alle zorgverleners hebben een eigen expertise en zijn allemaal onmisbare schakels in het zorgsysteem.

risque d'écarter des pratiques qui ont pourtant fait leurs preuves, comme on l'a vu dans la réforme de la loi sur la psychothérapie ;

- l'organisation des soins centrée sur les pathologies, aux dépens d'une approche plus globale du patient, et notamment psychosociale ?

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- La Commission communautaire commune (Cocom) a été invitée à la conférence de lancement de la révision de la législation relative à l'exercice des professions de santé du 28 septembre dernier. À cette occasion, elle a été conviée, comme tout un chacun, à communiquer ses questions et remarques par le biais d'une adresse mail créée à cet effet.

Plus spécifiquement, lors de la réunion du groupe de travail intercabinets sur les professions de santé de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique du 5 octobre dernier, cette révision de la législation a été explicitée aux entités fédérées et un premier débat a été entamé. C'est donc au sein de ce groupe de travail que la concertation entre le niveau fédéral et la Cocom aura lieu sur cet enjeu majeur de santé publique.

La consultation publique entamée par le cabinet de Mme De Block au sujet de la réforme de ce que l'on appelait antérieurement l'arrêté royal n°78, a donné lieu à une multitude de remarques actuellement en cours d'analyse.

Cette réforme en profondeur de la loi qui régit l'exercice des professions de santé était nécessaire et attendue. Nous sommes donc satisfaits que Mme De Block ait entrepris ce chantier d'envergure. En effet, cette loi n'est plus du tout adaptée au contexte sociologique et de soins actuel. Il y a donc lieu d'en revoir les fondements pour prodiguer des soins modernes, en adéquation avec les nouveaux besoins de la population et les évolutions technologiques, notamment en matière de technologies de l'information et de la communication (TIC).

Notons que ce chantier s'articule autour des dix-

Zoals de federale minister opmerkt, blijft niettemin een zekere functionele hiërarchie nodig om een duidelijk zorgsysteem te organiseren.

In dat verband vinden wij dat het begrip "groepsvoorschrift" niet voldoende werd uitgewerkt. Wie zal bijvoorbeeld nagaan of de zorg wordt verstrekt volgens de timing in het voorschrift? Ook de coördinatie van de multidisciplinaire ploegen in het kader van groepsvoorschriften vormt een probleem. Hoe zal die concreet in haar werk gaan?

Uw vraag over het onderscheid tussen "cure" en "care" is bijzonder pertinent. De vage grens tussen bijstand en zorg is ook vaak ter sprake gekomen binnen de interministeriële conferentie. Doel van mevrouw De Block is om de wet beter op praktijk af te stemmen en illegale praktijken te vermijden.

De verschuiving van de uitgaven van de federale overheid naar de deelstaten is een risico. Als bepaalde prestaties die nu onder de gezondheidszorg vallen ("cure") in de nieuwe wet als bijstand worden beschouwd ("care"), bestaat het risico dat ze uit de nomenclatuur verdwijnen en niet langer door het RIZIV worden terugbetaald. In dat geval zal de kostprijs zeker toenemen, niet alleen voor de deelstaten, maar ook voor de patiënt. Dat punt zullen wij zeker onder de aandacht brengen in onze discussies met de federale overheid.

Doel van de hervorming is om de zorgverleners meer te responsabiliseren. Er zal van elke zorgverlener worden verwacht dat hij zijn patiënten individueel begeleidt om ervoor te zorgen dat die patiënten hun gezondheidskennis verbeteren en hun gezondheid en zorg zelf in handen nemen. Die begeleiding kan eventueel gebeuren via telegeneeskunde en telemonitoring.

Doel is dus om de patiënt zo autonoom mogelijk te maken. Dat is een lovenswaardige doelstelling, maar ze zal tijd vragen en bepaalde pedagogische kwaliteiten die sommige zorgverleners zullen moeten aanleren.

Bovendien zijn niet alle patiënten bekwaam om hun gezondheid zelf te beheren. Zowel de sociale ongelijkheden als de digitale breuk kunnen in dit

huit composants développés dans le cadre du plan conjoint en faveur des maladies chroniques, qu'il appuie. Ce plan, dont nous sommes également partie prenante, est intitulé "Des soins intégrés en vue d'une meilleure santé".

Placer le patient au centre du nouveau modèle qui supprimerait les hiérarchies pour tendre vers des soins de santé intégrés, consacrés pleinement à l'interdisciplinarité et à la multidisciplinarité, nous semble un point de départ sensé. Tous les professionnels des soins ont leur propre expertise et sont, à leur manière, des maillons indispensables des soins aux patients.

Cependant, comme l'indique la ministre fédérale, il faut admettre qu'une certaine forme de hiérarchie fonctionnelle reste nécessaire pour disposer d'une organisation des soins claire.

Dans ce contexte, la notion de prescription groupée n'est pas suffisamment définie dans le concept présenté. Qui va s'assurer que les soins sont bien effectués selon le calendrier défini dans la prescription ? La coordination des équipes multidisciplinaires dans le cadre des prescriptions groupées pose aussi question. Comment va-t-elle s'organiser concrètement ? Les informations reçues à ce sujet restent encore à clarifier.

Votre question relative à la distinction entre les pratiques de "cure" et de "care" est extrêmement pertinente. En effet, la frontière floue entre l'aide et les soins a déjà fait l'objet de nombreuses discussions au sein de la CIM de la santé publique. L'objectif de Mme De Block est de s'adapter à la réalité de terrain et d'éviter les pratiques illégales qui ont lieu actuellement.

Cependant, le glissement des dépenses du niveau fédéral vers les entités fédérées est un risque. En effet, si certaines prestations considérées comme relevant des soins de santé, - donc "cure" - passent, dans le cadre de la révision de la loi, dans le domaine de l'aide - donc "care" -, elles pourraient ne plus être couvertes par la nomenclature et ne plus bénéficier du remboursement par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami). Le coût augmenterait alors indubitablement, non seulement pour les entités fédérées, mais aussi pour le patient. Il s'agit d'un point auquel nous serons

systeem voor problemen zorgen. De verplichting om de patiëntendossiers elektronisch bij te werken is een positieve maatregel, maar niet alle patiënten zullen in staat zijn om hun dossier online te raadplegen of beheren.

De focus op een "evidence-based medecine" kan inderdaad praktijken uitsluiten die in bepaalde gevallen nuttig zijn. Het gebruik van gidsen met goede praktijken die gebaseerd zijn op wetenschappelijke literatuur is niettemin een factor die bijdraagt aan betere kwaliteit van het zorgsysteem.

De vraag is welke invulling er aan het concept evidence-based medicine zal worden gegeven in het wetsontwerp. Zal er rekening worden gehouden met een consensus van de experten of enkel met wetenschappelijke publicaties, waardoor een reeks praktijken dreigt te worden uitgesloten die doeltreffend zijn maar waarover nog niet voldoende klinisch onderzoek is verricht? Dat risico is vooral groot voor de geestelijke gezondheidszorg, de niet-conventionele praktijken en de behandeling van psychosomatische klachten.

De evidence-based medecine is gebaseerd op statistische gegevens, maar een behandeling die goed werkt voor de meeste mensen heeft soms geen effect bij andere personen, die beter gebaat zijn bij behandelingen die minder doeltreffend of ondoeltreffend blijken voor de meeste mensen. Bovendien is het niet omdat een behandeling vandaag doeltreffend is, dat ze dat morgen ook nog zal zijn. We moeten dus voorzichtig zijn.

Niets in de hervorming wijst erop dat de zorg op basis van de pathologieën zal worden georganiseerd. Integendeel, het nieuwe model is gebaseerd op een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak waarin de patiënt en zijn zorgbehoeften centraal staan.

De grote lijnen van de hervorming werden bekendgemaakt, maar er moeten nog heel wat begrippen worden gedefinieerd of verduidelijkt. Wij zullen de hervorming dus van nabij opvolgen in de werkgroep.

particulièrement attentifs lors de nos discussions avec le gouvernement fédéral.

Concernant la responsabilité excessive du patient, l’objectif de la réforme est que chaque prestataire de soins soit davantage responsabilisé dans la motivation et le soutien à son patient, afin qu'il devienne le pilote de ses soins de santé et améliore sa "health literacy". Il est donc attendu du professionnel de la santé qu’il accompagne individuellement ses patients, afin que ceux-ci prennent en main leur santé, ainsi que les soins qu'elle requiert. Par exemple, le professionnel accompagnera le patient dans le cadre des autosoins et de l'autogestion, avec éventuellement l'appui de la télémédecine et du télémonitoring.

Le but poursuivi est donc d'autonomiser au maximum le patient dans le cadre de ses soins de santé. Cet objectif est très louable, mais exigera du temps pour les professionnels de la santé, ainsi que des compétences pédagogiques, que certains devront sans doute acquérir.

De plus, tous les patients/citoyens n'ont pas la capacité d'être les acteurs de la gestion de leur santé. Les risques créés par les inégalités sociales sont réels dans ce modèle, et des systèmes devront être mis en place pour les pallier. Il en va de même pour les risques induits par la fracture numérique. Si l’obligation de tenir à jour un dossier de patient électronique est une avancée positive que nous soutenons, tous les patients ne seront pas à même de le consulter ou de le gérer avec un code d'accès et un mot de passe.

Comme vous le soulignez, le focus sur "l'evidence based medicine" pourrait, par ailleurs, écarter des pratiques utiles dans certains cas. Cependant, l'utilisation de guides de bonnes pratiques fondées sur les preuves de la littérature scientifique constitue indéniablement un facteur d'amélioration de la qualité des soins.

Il est donc important de voir comment ce concept "d'evidence-based medicine" sera défini dans le projet de loi. Tiendra-t-on compte des consensus d'experts ou uniquement des publications scientifiques, avec le risque d'exclure toute une série de pratiques efficaces mais qui n'ont pas encore fait l'objet de suffisamment d'études cliniques probantes ? Ce risque est

particulièrement aigu dans le domaine de la santé mentale, des pratiques non conventionnelles ou des traitements de troubles d'origine psychosomatique.

Rappelons aussi que le concept "d'evidence-based medicine" se base sur des données statistiques et que le développement de la médecine personnalisée nous démontre qu'un traitement qui fonctionne sur la majorité de la population n'aura aucun effet sur une série de personnes, qui répondront mieux à d'autres traitements considérés comme moins efficaces - voire pas efficaces du tout - sur la plupart des patients. De plus, ce qui est valide et efficace aujourd'hui ne le sera peut-être plus demain. Il y a donc, en effet, lieu d'être très vigilant.

Votre dernière question concerne l'organisation des soins centrée sur les pathologies. Rien dans ce qui nous a été présenté à ce jour ne va dans ce sens. Au contraire, dans le nouveau modèle, les soins de santé sont organisés autour du patient de manière multidisciplinaire et intégrée. Le patient et l'ensemble de ses besoins sont au centre du modèle.

Pour terminer, je souhaiterais insister sur le fait que, si les grands principes de la réforme ont été donnés, énormément de concepts doivent encore être définis ou clarifiés. Nous suivrons donc ce chantier de près dans le cadre du groupe de travail sur les professions de santé de la CIM de la santé publique.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Maron heeft het woord.

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).- Wij zijn het uiteraard eens met de grond van uw bezorgdheid.*

Een strikt onderscheid tussen 'care' en 'cure' houdt inderdaad een aantal risico's in en niet alleen financiële, door een mogelijke verschuiving van een deel van de ziekteverzekering van de federale overheid naar de deelstaten. Het mogelijk wegvallen van een aantal preventieve zorgen, kan immers ook schadelijk zijn voor de efficiëntie van ons gezondheidszorgsysteem.

Mme la présidente.- La parole est à M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- Nous rejoignons, évidemment, vos préoccupations sur le fond.

Concernant la distinction entre "care" et "cure", le risque budgétaire que vous avez relevé existe, avec des glissements possibles de la couverture fédérale vers les entités fédérées. Il faut aussi être vigilant quant à une scission sur le fond, dans la mesure où l'intégration des pratiques préventives au sein des soins est promue un peu partout et améliore l'efficacité du système et des lignes de soins. Si l'on distingue ces choses de manière excessive, cela peut avoir les impacts budgétaires

Het is uiteraard een goede zaak de autonomie van de patiënt te versterken, maar zoals u zegt, moeten we daar niet te ver in doorschieten, want dat zou sociale ongelijkheid in de hand werken. Het responsabiliseren van de patiënt betekent dat er ook meer sancties mogelijk zijn en dat bepaalde zorgen in mindere mate vergoed worden als de patiënt niet zelfstandig alle aanbevelingen heeft gevolgd of alle beschikbare middelen heeft gebruikt, terwijl iedereen weet dat er op dat vlak geen gelijkheid is. De meest kwetsbare burgers dreigen zich zo af te wenden van de gezondheidszorg.

Mevrouw de voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Het is inderdaad belangrijk om de preventie te versterken. Dat valt onder onze bevoegdheid, maar wij krijgen de indruk dat de lasten systematisch worden doorgeschoven terwijl de winst nooit wordt gedeeld.*

Dat is een zwak punt in de zesde staatshervorming. Als de gemeenschappen een goed preventiebeleid voeren, vermindert dat de kosten voor de gezondheidszorg en dus voor de federale overheid, maar die winst wordt niet gedeeld met de gemeenschappen.

Een ander voorbeeld zijn de federale besparingsmaatregelen inzake werkgelegenheid. Het kost ons heel veel geld om de personen die door die maatregelen worden getroffen opnieuw in het circuit op te nemen.

Er is een reëel probleem met de institutionele architectuur in ons land: de bevoegdheden zijn zo met elkaar verweven dat elke beslissing een

potentiels que vous avez pointés, mais comporter également des risques en termes d'efficacité du système médical.

J'entends bien l'attention que vous accordez à l'autonomisation des patients. Les mettre au centre des soins est une très bonne chose, mais vous avez pointé les risques potentiels que les inégalités sociales induisent pour la santé des patients, s'ils sont trop autonomisés sans disposer des outils suffisants. C'est peut-être faire trop de procès d'intention ou être trop craintif par rapport à ce que pourrait imposer le gouvernement fédéral, mais la responsabilisation accrue du patient peut aussi induire des risques de sanction et de moindre remboursement d'un certain nombre de soins si le patient n'a pas suivi de manière autonome toutes les recommandations qui lui ont été faites ou n'a pas utilisé tous les outils disponibles. Or, tout le monde n'est pas égal en la matière. Il y a donc un risque d'effet en cascade de décrochage du système de soins d'une partie de la population la plus précarisée.

Mme la présidente.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je n'interviendrai pas sur la deuxième partie de votre réflexion, mais uniquement sur les aspects liés à la distinction entre "care" et "cure". En effet, nous devons multiplier les actes de prévention qui relèvent clairement de notre compétence. Or, il y a un danger à reporter systématiquement les charges sur l'un et les bénéfices, sur l'autre.

Selon moi, il s'agit d'une faiblesse de la sixième réforme de l'État. Si l'on accepte les transferts de compétences, le fait de travailler en silo constitue un frein. Il aurait été intéressant de prévoir des critères de responsabilisation, et que de bonnes politiques communautaires en termes de prévention, qui auraient permis de réaliser des économies, créeraient un intéressement. Mais un tel mécanisme n'existe pas.

À l'inverse, prenons l'exemple de la politique de l'Emploi, que j'ai l'honneur de gérer : le pouvoir fédéral fait des économies et nous devons dépenser énormément de moyens pour essayer de remettre les personnes touchées par ses mesures

watervaleffect heeft, terwijl er nooit geld terugvloeit.

Als wij onze staat correct willen laten werken, moeten wij responsabiliseringsmechanismen invoeren die in werking treden wanneer een overheid een maatregel neemt die positieve of negatieve effecten op een andere overheid heeft. Dat is de enige manier om tot een volwassen federalisme te komen, in plaats van ons te focussen op de herfederalisering of defederalisering van bepaalde bevoegdheden. De vraag is of wij allemaal bereid zijn om een dergelijk debat te voeren.

- Het incident is gesloten.

dans le circuit.

Un réel problème se pose dans l'architecture institutionnelle de notre pays : les compétences sont à ce point imbriquées que tout mouvement implique des conséquences en cascade, sans qu'il y ait de retour.

Nous devrons un jour réfléchir à la manière de faire fonctionner cet État correctement. À défaut, nous rejoindrons la volonté de certains d'aller de plus en plus loin dans des réformes centrifuges qui feront que la sixième réforme de l'État en appellera une septième, puis une huitième, jusqu'à l'acte final. Si l'on veut éviter ces forces, incontestablement en mouvement, il faut recréer des mécanismes de responsabilisation s'appliquant lorsqu'un pouvoir prend une mesure ayant un impact, positif ou négatif, sur un autre.

C’est là que l'ingénierie politique entre en jeu, pour arriver à un fédéralisme mature et non à une désintégration, au lieu de s'adonner à la refédéralisation ou la défédéralisation de certaines compétences. Mais sommes-nous tous capables de mener ce débat ?

- L'incident est clos.