

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

—

**Integraal verslag
van de interpellaties en
mondelinge vragen**

—

**Verenigde commissies voor
de Gezondheid en de Sociale Zaken**

—

**VERGADERING VAN
WOENSDAG 11 MAART 2015**

—

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE**

—

**Compte rendu intégral
des interpellations et
des questions orales**

—

**Commissions réunies de la Santé et
des Affaires sociales**

—

**RÉUNION DU
MERCREDI 11 MARS 2015**

—

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@bruparl.irisnet.be

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@parlbru.irisnet.be

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

INHOUD**INTERPELLATIES 5**

- van de heer Philippe Close 5

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,

en tot de heer Pascal Smet, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring,

en tot mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring,

betreffende "de financiële last van de rust- en verzorgingstehuizen voor de OCMW's, de RIZIV-financiering en de uit te bouwen samenwerkingen tussen openbare rust- en verzorgingstehuizen".

Bespreking – Sprekers: de heer Michel Colson, de heer André du Bus de Warnaffe, de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, de heer Philippe Close. 9

SOMMAIRE**INTERPELLATIONS 5**

- de M. Philippe Close 5

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,

et à M. Pascal Smet, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique d'aide aux personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des films,

et à Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, compétente pour la Politique d'aide aux personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des films,

concernant "la charge financière des maisons de repos et de soins pour les CPAS, le financement INAMI et les pistes de synergie à développer entre maisons de repos et de soins publiques".

Discussion – Orateurs : M. Michel Colson, M. André du Bus de Warnaffe, M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, M. Philippe Close. 9

- van de heer André du Bus de Warnaffe	18	- de M. André du Bus de Warnaffe	18
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,		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 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,		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,	
en tot de heer Pascal Smet, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring,		et à M. Pascal Smet, membre du Collège réuni, compétent pour la Politique d'aide aux personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des films,	
en tot mevrouw Céline Fremault, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Beleid inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring,		et à Mme Céline Fremault, membre du Collège réuni, compétente pour la Politique d'aide aux personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des films,	
betreffende "de geheelbenadering van sociale ongelijkheden op het vlak van de gezondheid".		concernant "la lutte de manière globale contre les inégalités sociales de santé".	
Bespreking – Sprekers: de heer Alain Maron, de heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College, de heer André du Bus de Warnaffe.	22	Discussion – Orateurs : M. Alain Maron, M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni, M. André du Bus de Warnaffe.	22

Voorzitterschap: mevrouw Khadija Zamouri, voorzitter van de commissie voor de Gezondheid, en de heer Ahmed El Ktibi, voorzitter van de commissie voor de Sociale Zaken.

Présidence : Mme Khadija Zamouri, présidente de la Commission de la santé et de M. Ahmed El Ktibi, président de la Commission des affaires sociales.

INTERPELLATIES

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,

EN TOT DE HEER PASCAL SMET, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET BELEID INZAKE BIJSTAND AAN PERSONEN, HET GEZINSBELEID EN DE FILMKEURING,

EN TOT MEVROUW CÉLINE FREMAULT, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET BELEID INZAKE BIJSTAND AAN PERSONEN, HET GEZINSBELEID EN DE FILMKEURING,

betreffende "de financiële last van de rust- en verzorgingstehuizen voor de OCMW's, de RIZIV-financiering en de uit te bouwen samenwerkingen tussen openbare rust- en verzorgingstehuizen".

INTERPELLATIONS

M. le président.- 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,

ET À M. PASCAL SMET, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, LES PRESTATIONS FAMILIALES ET LE CONTRÔLE DES FILMS,

ET À MME CÉLINE FREMAULT, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, LES PRESTATIONS FAMILIALES ET LE CONTRÔLE DES FILMS,

concernant "la charge financière des maisons de repos et de soins pour les CPAS, le financement INAMI et les pistes de synergie à développer entre maisons de repos et de soins publiques".

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

De heer Close heeft het woord.

De heer Philippe Close (PS) *(in het Frans).*- *Naast bevolkingsgroei krijgt Brussel ook te maken met vergrijzing. Die brengt nieuwe uitdagingen met zich. Helaas heeft het gewest tot nu toe geen doortastend beleid gevoerd op het vlak van rusthuizen (ROB's) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT's). Dat is natuurlijk niet uw schuld: er wordt al tien jaar geen duidelijk standpunt ingenomen.*

De PS-fractie pleit ervoor om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen door hen een beroep te laten doen op thuiszorg. Tegelijk zijn we ons bewust van de praktische en financiële beperkingen. Een andere positieve trend in die zin is de groei van het aantal dagopnames en de ambulante verzorging.

De zwaarste lasten die de gemeenten moeten dragen, komen van de politiezones, de OCMW's en de pensioenen. De ROB's en RVT's nemen een grote hap uit de OCMW-begroting.

De studiedienst van Belfius heeft de OCMW-financiën onder de loep genomen en vastgesteld dat alle Brusselse OCMW's over ten minste één ROB of RVT beschikken. De werkingsuitgaven bedragen gemiddeld 143 euro per bewoner en de inkomsten 121 euro. Gemiddeld zijn er 16,2% uitgaven en 13,5% inkomsten in de begroting 2014 ingeschreven. Er is dus een tekort!

De gemiddelde dagprijs gaat van 15 euro per bewoner in de kanaalgemeenten tot 29 euro in residentiële gemeenten in het noordwesten van Brussel. De gemiddelde kostprijs per dag en per bewoner bedraagt 117,9 euro en dat bedrag wordt structureel slechts voor 80% gedekt.

35% van de RH- en RVT-bewoners heeft al ooit OCMW-steun ontvangen.

De RIZIV-financiering is dus erg belangrijk voor de RVT-bedden. Kunt u ons vertellen hoe het precies zit met de overdracht van de middelen?

M. le président.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à l'interpellation.

La parole est à M. Close.

M. Philippe Close (PS).- Nous avons initialement déposé une large interpellation qui a été scindée en quatre parties. Si j'ai bien compris, vous allez répondre à la partie qui vous concerne.

Les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS) constituent une large problématique qui va rythmer notre session parlementaire, voire notre législation tout entière.

En effet, outre le phénomène de boom démographique qui s'avère une excellente opportunité pour Bruxelles, nous assistons également au vieillissement de notre population, qui résulte de l'excellence de notre secteur de santé publique. Les personnes vivent donc de plus en plus longtemps, mais cela augure d'autres défis. Or, dans le domaine des MR et MRS, on ne peut pas dire que la Région ait pris des positions très avancées et ce, alors que le problème se présente de façon quasi quotidienne. Bien sûr, cela ne relève pas de votre responsabilité, car voilà dix ans qu'il n'y a pas eu de véritable positionnement en la matière.

Je réaffirme la position du groupe PS en faveur du maintien à domicile le plus longtemps possible. Bien entendu, nous devons nous appuyer sur les structures qui permettent un tel maintien ainsi que les soins à domicile, même s'il existe des limites physiques et financières à cette mesure.

Un autre phénomène majeur, qui est positif, est celui de la "déhospitalisation". La tendance est à la médecine de jour. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) tend à limiter le financement des séjours en milieu hospitalier et des structures ambulatoires sont mises en place.

Les grosses charges sur les communes sont essentiellement générées par trois secteurs : les zones de police, les CPAS et les pensions. Parmi les charges des CPAS figure la mise aux normes des MR et des MRS. Ce poids financier des MR est extrêmement préoccupant pour les finances des

De bijzondere financieringswet legde in 2013 een basisbedrag vast dat geïndexeerd zal worden en aangepast aan de stijging van het aantal 80-plussers en het bbp.

Het derde luik is een financiering die deels de sociale voordelen voor het personeel dekt, met onder andere een automatische lineaire correctie als een vastgesteld maximum aan voltijdse equivalenten overschreden wordt.

Volstaan de begrote middelen? Er wordt gezegd dat het risico op een lineaire correctie in het derde deel reëel is. Hebt u daar informatie over?

De beleidsverklaring van het Verenigd College bepaalt dat er onderhandelingen komen met de federale overheid om opnieuw een aantal bedden tot RVT-bedden te laten omvormen, gezien de stijgende behoefte. Daarnaast zal het Verenigd College de behoefte aan en financiering van ROB-bedden en plaatsen voor kortverblijf opnieuw evalueren. Is daar al werk van gemaakt?

Het Brussels Gewest mag trots zijn op zijn goed presterende gezondheidsbeleid, dat financieel in evenwicht is. Elke Brusselaar, arm of rijk, kan een beroep doen op hoogwaardige gezondheidszorg.

Als PS-fractieleider vind ik het belangrijk dat de OCMW's een standpunt innemen in het debat over de rusthuizen.

Over de kwestie van de mogelijke komst van een Iris-netwerk van rusthuizen, verwijst de beleidsverklaring van het Verenigd College naar een studie met het oog op de verzelfstandiging van de 26 bestaande openbare structuren. Hoe zit het met die studie? Wat is de timing? Ik dring erop aan om de studie uit te voeren in overleg met de 19 OCMW's.

CPAS et, partant, pour les finances communales et régionales.

L'excellent service d'études de Belfius, qui travaille sur de longues périodes permettant des comparaisons dans le temps, comme dans le cas de l'étude Model for Automatic Hospital Analyses (MAHA) auprès des hôpitaux, a analysé les finances des CPAS et son étude indique que tous les CPAS bruxellois disposent d'au moins une MR ou d'une MRS. Selon cette étude, les dépenses d'exploitation relatives aux MR et MRS atteignent 143 euros par habitant en moyenne, et les recettes atteignent 121 euros par habitant. Le total des dépenses d'exploitation au budget 2014 est en moyenne de 16,2% pour 13,5% de recettes d'exploitation. Il y a donc un solde à financer !

La charge nette moyenne est de 22 euros par habitant, et varie de 15 euros par habitant pour les MRS localisées dans les communes du Grand canal, soit la banane bruxelloise ou le croissant bruxellois, à 29 euros par habitant pour les MRS situés dans les communes résidentielles du nord-ouest de Bruxelles.

Par ailleurs, selon la dernière radioscopie croisant les données de Belfius avec la section CPAS de l'Union des villes et communes belges (UVCB), le coût par jour et par résidant est de 117,9 euros en moyenne et celui-ci n'est couvert structurellement qu'à concurrence de 80%. Il ne s'agit donc pas uniquement d'un problème de gestion, mais bien d'un problème endémique.

Enfin, selon la radioscopie de l'UVCB, 35% des résidents des MR et MRS ont bénéficié d'une aide ponctuelle des CPAS.

Cela montre l'importance cruciale du financement par l'Inami des maisons de repos pour les lits MRS qui font l'objet de notre attention. Pouvez-vous nous éclairer sur le transfert de ces moyens ?

La loi spéciale de financement a arrêté un montant de base en 2013 qui sera indexé et adapté à l'évolution du nombre de personnes habitant le royaume de plus de 80 ans, du 1er janvier de l'année qui précède au 1er janvier de l'année concernée et adapté à la croissance du PIB par habitant du royaume.

Le troisième volet est un financement qui couvre en partie les avantages sociaux pour le personnel de soins au-delà des normes. L'arrêté royal du 17 août 2007 qui le régit prévoit une correction linéaire automatique en cas de dépassement d'un plafond en équivalents temps plein.

Les enveloppes sont-elles suffisantes pour rencontrer la situation actuelle et future, pour couvrir les frais et assurer la qualité des normes d'encadrement ? Certains évoquent le risque d'une correction linéaire dans le financement dit du troisième volet. Quelles sont vos informations à ce sujet ?

La déclaration politique du Collège réuni précise qu'il ouvrira une négociation avec l'autorité fédérale pour l'obtention de nouvelles reconversions de lits sur la base de l'évolution des besoins en lits MRS. Elle affirme également que le Collège réuni réévaluera les besoins en termes de places en MR et en court séjour et étudiera le financement en lien avec les autorités fédérales de ces structures et places d'accueil. Des démarches ont-elles été entreprises en ce sens ?

Cette charge importante pour les communes n'est pas sans interpeller les CPAS sur la prochaine politique à mener. La Région bruxelloise peut s'enorgueillir de sa politique de soins. En termes de santé publique, que ce soit le secteur privé ou le secteur public, s'il y a une politique où nous avons prouvé que nous pouvions gérer au niveau régional, en nous appuyant sur les communes et les CPAS et en rationalisant l'offre, c'est bien la politique de soins. Nous avons continué à avoir une politique de soins performante. Nous sommes arrivés à l'équilibre financier et nous avons offert à notre population, qu'elle soit pauvre ou riche, des soins d'extrêmement grande qualité.

En ce qui concerne les MR, les CPAS ne peuvent pas faire l'économie de ce débat. Tout comme lorsqu'on avait créé des chapitres XII bis pour la structure hospitalière, en tant que chef du groupe PS, je pense qu'il est important que les CPAS se positionnent.

Par rapport à la question d'un "réseau Iris des maisons de repos", la déclaration du Collège réuni mentionnait qu'une étude envisagerait un plan

Bespreking

De voorzitter.- De heer Colson heeft het woord.

De heer Michel Colson (FDF) *(in het Frans).*- *Het probleem is niet nieuw. Tijdens de vorige legislatuur heeft de meerderheid er lang over gedaan om naar financiële middelen te zoeken. Toen liepen de kosten op tot bijna 100 miljoen euro.*

De minister en ik gaven toen een persconferentie over de vergrijzing. We zeiden dat Brussel er voorlopig misschien minder onder leed dan de andere gewesten, maar dat haar beurt nog wel zou komen. In 2025 zal het inderdaad zover zijn!

Daarom moeten er alternatieven gezocht worden. In de pers vernemen we dat de sector meer en meer privatiseert. Kleine rusthuizen dreigen te verdwijnen en we zien steeds meer beursgenoteerde groepen opduiken.

Door hun groeiende marktaandeel zullen die beursgenoteerde groepen een invloed hebben op de OCMW's. Er zullen financiële gevolgen zijn. Ooit zal het pensioen van de bejaarde niet meer volstaan om de dagprijs te betalen.

Ik ben er voorstander van dat de overheid meer inspanningen levert voor de RVT-bedden, waar de privésector amper naar omkijkt. Een vermindering van de ROB-bedden ten voordele van de RVT-bedden staat trouwens in het regeerakkoord vermeld. Is dat door politieke wil ingegeven of ondergaan wij de situatie? Ik denk het laatste.

Volgens de Christelijke Mutualiteit zijn er in Brussel 5.000 à 6.000 RH-bedden om niet-

d'autonomisation des 26 structures publiques. Où en est cette étude ? A-t-elle déjà été commandée ? Dispose-t-on de son calendrier ? J'insiste pour que cette étude se fasse en concertation avec les 19 CPAS. Comme l'a prouvé la réforme hospitalière Iris, c'est en gardant un vrai ancrage local qu'on a pu développer une politique régionale de soins. J'espère que nous parviendrons aux mêmes résultats avec la politique d'accueil de nos aînés.

Discussion

M. le président.- La parole est à M. Colson.

M. Michel Colson (FDF).- Je me réjouis que notre collègue Philippe Close, réputé pour ses interventions sur les réseaux hospitaliers en général et sur le réseau Iris en particulier, rejoigne le cercle, un peu trop restreint selon moi, de celles et ceux qui suivent ce dossier au sein de ce parlement. Pourtant, ce problème n'est pas neuf ! Rappelez-vous que, sous la précédente législature, il a fallu beaucoup de temps à l'ancienne majorité pour imaginer un véhicule financier, alors que l'estimation des coûts frôlait les 100 millions d'euros, ce qui n'est pas neutre.

Nous avons, Monsieur le ministre et moi-même, donné une conférence de presse sur le papy et mamy boom en annonçant que, si Bruxelles était relativement épargnée par le vieillissement de la population en comparaison avec les deux autres Régions, son tour allait arriver. Cela concerne ma génération et effectivement, en 2025, on y est !

Cela a eu le mérite d'envisager les différentes alternatives existant dans ce secteur. Or dans la presse et les journaux télévisés d'hier s'est ouvert un débat sur certains aspects relayés dans l'interpellation de M. Philippe Close : la privatisation accrue de ce secteur. Jadis, il existait déjà un secteur privé, souvent monocommunautaire, dans ce domaine. Depuis, la petite maison de repos familiale a tendance à disparaître et l'on se trouve désormais confronté à de grands groupes cotés en bourse.

Il ne faut pas croire que la création de ces groupes et la part de plus en plus importante qu'ils

medische redenen bezet, meestal omwille van psychosociale factoren zoals eenzaamheid. Het zou goed zijn om preventief op te treden en die trend te stuiten.

Als de overheid zich vooral op de RVT's richt, bestaat het gevaar op gettovorming.

Oorspronkelijk waren de ROB's voor validen bestemd en de RVT's voor mindervaliden. Die logica wordt nu niet langer gevolgd. De vraag is of de overheid zich nu resoluut op meer RVT's zal richten, en in welke mate.

Wij vatten het debat nu aan. In 2025 zal het Brussels Gewest met een groot verzorgingsprobleem kampen.

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

prennent sur le marché est sans conséquence sur les CPAS. En raison de la loi de 1965 qui rend les CPAS compétents, il y a en effet des conséquences financières. Quand on voit le niveau des pensions, il apparaît que nous serons un jour amenés à suppléer, parce que le montant des pensions ne couvrira pas le prix de la journée.

Il y a une autre conséquence. Je suis partisan de davantage d'efforts de la part du secteur public en faveur des lits MRS, qui ne sont guère au centre des préoccupations du secteur privé. Faire basculer des lits MR vers le secteur MRS est d'ailleurs inscrit dans l'accord de majorité. Mais cela résulte-t-il d'une volonté politique, ou est-ce une situation que nous subissons ? Malheureusement, actuellement, nous sommes plutôt dans le dernier cas.

Je voudrais rappeler l'étude de la Mutualité chrétienne qui renforce mon raisonnement : il y aurait, à Bruxelles, 5.000 à 6.000 lits MR occupés pour des raisons non médicales. Les gens s'y trouvent pour des raisons psychosociales, majoritairement la solitude. Les moyens budgétaires étant ce qu'ils sont, je ne dis pas qu'il faut mettre ces gens à la porte, mais il serait intéressant de mener des politiques préventives pour éviter que cet apport gonfle encore.

Le secteur public se spécialise-t-il majoritairement dans les lits MRS ? Le danger ici, c'est le ghetto.

Rappelez-vous, le concept de lit MR et lit MRS reposait sur le critère de validité : lits MR pour les valides et lits MRS pour les non-valides. Nous ne sommes plus du tout dans cette logique.

La question essentielle est de savoir si le secteur public prend résolument le pas de se "spécialiser" dans davantage de MRS, et dans quelle proportion, pour éviter les ghettos.

Nous devons ouvrir ce débat fondamental maintenant, car en 2025, la Région bruxelloise ne sera pas épargnée par le problème du vieillissement de sa population.

M. le président.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- Door de zesde staatsherforming kwam het grootste deel van de extra bedden in de ROB's en RVT's, die onlangs door de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) toegekend werden, bij de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) terecht. Het aantal commerciële privébedden zou zijn toegenomen. Kan de GGC die toename wel financieren?

Wij zijn uiteraard voorstander van meer uitwisseling tussen de openbare ROB's en RVT's wanneer ze een grotere autonomie zullen krijgen door de invoering van een overkoepelende structuur. Daarbij moet echter ruimte komen voor samenwerking met enerzijds de overheid en anderzijds de verenigingen. Beide types vullen elkaar immers aan

Het lijkt me sterk dat 6.000 bedden in de ROB's worden ingenomen door personen die er niet thuishoren. Anderzijds klopt het wel dat heel wat van die bedden worden ingenomen door personen onder de 60 of 65 of personen die zorg nodig hebben en dus eerder in een RVT thuishoren.

Beantwoordt de huidige architectuur nog wel aan de behoeften? Is de zorgstructuur nog wel aangepast aan de noden van een ROB? We mogen er niet voor terugdeinzen om op basis van een diepgaande analyse van de Brusselse behoeften de huidige begrippen van ROB en RVT, die gebaseerd zijn op bedden en niet op patiëntenprofielen, te doorbreken.

De huidige gemiddelde kostprijs van 1.250 euro per maand is hoog. Test-Aankoop toont aan dat die prijs voor 60% van de inwoners het maandelijks inkomen overstijgt.

Wat moeten we doen om de ROB's en RVT's toegankelijk te maken voor de Brusselse bevolking die ze nodig heeft maar ze niet altijd kan betalen?

Er staan reeds heel wat alternatieven op papier, waarvan een aantal stilaan worden gerealiseerd: gemeenschapshuizen, Abbeyfieldhuizen, intergenerationeel wonen enzovoort.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Ce débat important a été réanimé par l'actualité médiatique depuis quelques jours.

Concernant l'augmentation du nombre de lits MR et MRS octroyés récemment par la Commission communautaire française (Cocof), on sait que, suite à la sixième réforme de l'État, la plupart d'entre eux vont basculer sous le giron de la Commission communautaire commune (Cocom). D'après les chiffres dont je dispose, il y aurait une augmentation du nombre de lits privés commerciaux. Cette évolution pose directement la question du financement : la Cocom va-t-elle pouvoir financer l'augmentation plus que significative du nombre de ces lits ?

Quant à l'autonomisation des MR et MRS publiques par le biais de la structure de centralisation dont fait état la déclaration de politique générale, nous sommes évidemment favorables à une multiplication des échanges entre les MR et les MRS. Nous émettons toutefois deux réserves. D'une part, les synergies doivent s'ouvrir autant au secteur public qu'au secteur associatif. Il ne s'agit pas de types d'institutions qu'il faut opposer car ils sont complémentaires. Dans le secteur privé, on trouve également du secteur associatif ; le secteur privé ne se limite donc pas au secteur commercial.

Venons-en à l'analyse des besoins de notre Région, question que l'on ne peut éluder, notamment au regard des chiffres produits par l'étude de la Mutualité chrétienne. Il me semble invraisemblable que 6.000 lits, soit deux tiers des 9.000 lits en maisons de repos, soient occupés par des personnes qui n'y ont pas leur place. Par contre, il est vrai qu'un nombre important de lits sont occupés, soit par des personnes qui n'ont pas 60 ou 65 ans, soit par des personnes qui devraient bénéficier de soins et devraient plutôt résider dans des MRS que dans des MR.

On peut donc se demander, M. le ministre, si l'architecture telle qu'elle est pensée, avec des MR d'une part et des MRS d'autre part, est encore cohérente par rapport aux besoins. Ne faudrait-il pas raisonner en fonction des patients et adapter des structures de soins aux maisons de repos ? Il faut profiter d'une analyse plus poussée des

besoins bruxellois pour ne pas avoir peur, le cas échéant, de briser le cadre dans lequel nous évoluons et assouplir ces notions de MR et de MRS qui sont aujourd'hui centrées sur les lits et peu sur les profils des patients.

À propos des prix démesurés qui ont fait la une des médias récemment, il est clair que la moyenne actuelle de 1.250 euros par mois reste élevée. Test-Achats montre que le coût d'un hébergement en maison de repos dépasse les revenus mensuels pour 60% des résidents.

Quelles initiatives devons-nous prendre pour rendre les MR et MRS accessibles à la population bruxelloise qui en a besoin et qui n'aura pas toujours les moyens de se les payer ?

Cela pose des questions importantes sur le financement des MR, l'intervention ou bien sur le renforcement et le soutien aux alternatives. Il y a beaucoup d'alternatives qui sont aujourd'hui sur papier. Quelques-unes voient le jour : les maisons communautaires, les maisons Abbeyfield, les formules intergénérationnelles... Il y a une maison Abbeyfield près de chez nous. J'ai, certes, pu remarquer que c'était accessible à un profil spécifique de gens qui acceptent de vivre en communauté, de partager un projet communautaire, mais cela répond à des besoins réels.

De voorzitter. - De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *De zesde staatsvorming zal gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg aan ouderen én voor de financiën van het Brussels Gewest.*

Het Brussels en het Waals Gewest hebben minder bedden in rustoorden voor bejaarden (ROB's) en rust- en verzorgingstehuizen (RVT's) dan het Vlaams Gewest. De overdracht gebeurde op basis van de bestaande toestand, waardoor het gewest met de meeste bedden met het grootste deel van de koek ging lopen. Het Brussels en het Waals Gewest moeten eigen middelen uitgeven om de norm te kunnen halen en nieuwe bedden te creëren. Binnen dat begrotingskader moeten we

M. le président. - La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni. - Nous ouvrons un débat essentiel que je ne suis pas sûr de pouvoir clore aujourd'hui. Nous héritons de ce chantier avec la sixième réforme de l'État. Il produira des effets sur la qualité des soins donnés aux populations les plus âgées, mais aussi sur les finances de notre Région.

La Région bruxelloise et, plus encore la Région wallonne, accusent un retard certain en matière de lits MR et, surtout, MRS. Or les transferts ont été réalisés sur la base d'une situation existante. La Région la plus avancée en termes de lits MR et MRS a donc bénéficié de la plus grosse part de gâteau. Les Régions bruxelloise et wallonne devront consacrer des moyens propres aux mises

werken.

In de Bijzondere Financieringswet (BFW) is voor elk gewest een dotatie opgenomen. De berekening van de dotaties is ingewikkeld:

- dotaties per sector met groeinormen;
- compensatiebedragen die moeten garanderen dat de gewesten niet verarmen;
- een financiële bijdrage aan de algemene begrotingsinspanning zodat het globale financiële evenwicht in 2016 wordt bereikt;
- een financiële bijdrage om een deel van de verzorgingskosten op te vangen.

De dotatie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) is gebaseerd op een momentopname, die ongunstig uitviel omdat wij een achterstand hebben. Daarnaast krijgen we net als iedereen een compensatie.

We moesten eveneens een bijdrage leveren om het financiële evenwicht te bereiken en de verzorgingskosten op te vangen. De dotatie vormt dus geen exact beeld van hoe we de middelen zullen besteden, maar geeft eerder een idee van de te volgen budgettaire lijn, zodat we kunnen bepalen hoe de GGC op de evolutie kan inspelen. Ten slotte zal de omschakeling van Cocof naar GGC geen verbetering brengen in de financiële situatie van de GGC.

De structuur van de dotatie voor de gewesten kunnen we niet zomaar per sector opsplitsen. We kunnen dan ook geen inkomstenenveloppe voor zorg in RVT's voorbehouden. Bij de volgende begrotingscontrole zullen we nagaan of onze middelen volstaan.

Voor de ROB's volgen we de uitgaven en de financiële verbintenissen in verband met nieuwe bedden nauwgezet.

Ook de planning voor nieuwe bedden houden we nauwlettend in de gaten.

De GGC trekt voor 2015 200 miljoen euro uit voor de financiering van zorg in RVT's. Zowat

aux normes et à la création de nouveaux lits, et en assumer seules le financement. Tel est le cadre budgétaire avec lequel nous devons composer.

La loi spéciale de financement (LSF) prévoit, pour chaque entité fédérée concernée, une dotation. Le système de calcul des dotations est complexe :

- des dotations par secteur avec des normes de croissance (clé, population, produit intérieur brut et inflation) ;
- des montants compensatoires garantissant le non-appauvrissement des entités fédérées ;
- une contribution financière à l'effort budgétaire global afin d'atteindre l'équilibre financier global en 2016 ;
- une contribution financière pour supporter une partie des coûts liés au vieillissement de la population.

D'une part, la Cocom a reçu une dotation sur la base d'une photographie qui n'était pas la meilleure pour nous qui accusons un retard en la matière. Ensuite, nous avons bénéficié, comme tous les autres, de montants compensatoires.

Parallèlement, nous avons dû apporter une contribution financière pour atteindre l'équilibre financier et pour le coût du vieillissement. La dotation dont nous disposons n'est donc pas la traduction des moyens tels qu'ils seront dépensés sur le terrain. Il s'agit plutôt d'un curseur budgétaire à suivre afin de voir comment la Cocom pourra réagir face à cette évolution. Vient ensuite la question du basculement qui, objectivement et à la différence de la Cocof, n'améliorera pas la situation de la Cocom.

Concernant l'enveloppe pour les secteurs des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et des MRS, la structure même de la dotation de chaque entité fédérée est multifactorielle et ne peut être découpée par secteur. On ne peut donc isoler, au niveau des recettes, une enveloppe réservée aux soins en MRS. Lors des prochains ajustements au budget, nous analyserons la suffisance des moyens.

80% daarvan is bestemd voor de rusthuizen. De omschakeling wordt op 59 miljoen euro geschat. De GGC zal dus in het totaal over 260 miljoen kunnen beschikken.

Dankzij de maatregel 'derde luik' die enkele jaren geleden werd genomen, is het mogelijk extra personeel in te zetten. Dat derde luik is voor de GGC goed voor een budget van 26,48 miljoen euro en in het kader van de omschakeling komt daar nog eens 7,9 miljoen euro van de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) bij, of 13% van het totale budget.

Voor het derde luik is het aantal voltijdequivalenten geplafonneerd op 25.000 voor heel België. Wordt dat aantal overschreden, dan geldt voor alle instellingen in het land een lineaire vermindering van de verschillende bedragen. Voor 2015 kunnen we nog niet uitmaken of het nationale plafond overschreden is.

We kunnen het reglement voor het derde luik momenteel niet aanpassen omdat de overgangperiode voor het financiële beheer van de rusthuizen nog tot 31 december loopt. Anders zouden we het protocol in gevaar brengen.

Sinds 1 juli 2014 beschikt de GGC over de bevoegdheid om ROB-bedden naar RVT-bedden om te schakelen en omgekeerd. Ze moet daar dus niet langer met de federale regering over onderhandelen.

We moeten maatregelen nemen om zo goed mogelijk aan de behoeften van de Brusselaars tegemoet te komen. Uit onderzoek blijkt immers dat de inwoners van Brussel in vergelijking met die van het Vlaams en het Waals Gewest sneller geneigd zijn om naar een rusthuis te gaan, terwijl ze eigenlijk minder op hulp aangewezen zijn. Een verklaring daarvoor schuilt mogelijk in de hoge woningprijzen in het Brussels Gewest en in het sociale isolement.

We moeten dan ook nadenken over het systeem en nagaan of het niet beter is ROB-bedden naar RVT-bedden om te zetten, zodat meer zwaar hulpbehoevenden in de RVT's terecht kunnen. Zelfstandige ouderen moeten thuis kunnen blijven wonen.

Pour le secteur des MR, nous suivons de près les dépenses et sommes attentifs au respect des engagements financiers liés à l'ouverture de nouveaux lits. J'y reviendrai tout à l'heure mais il s'agit d'une difficulté que je viens de découvrir, notamment à l'occasion du basculement.

Nous suivons de près le planning d'ouverture des lits et sommes soucieux, en collaboration avec les membres du Collège réuni en charge de l'Aide aux personnes - qui ont la compétence sur les prix d'hébergement - de mettre en place une programmation. Je reviendrai plus loin sur notre vision du développement des structures de MRS.

Concernant le troisième volet, 200.079.000 euros sont prévus en Cocom pour le budget 2015 pour financer les soins en MRS. Quelque 80% de ce budget financent le forfait de soins qui couvre les soins en maison de repos et donc le personnel infirmier, soignant, kiné. Le basculement, quant à lui, est évalué à 59.132.000 euros. Nous aurions donc une enveloppe globale de près de 260 millions pour la Cocom, après basculement.

Il y a quelques années, la mesure "troisième volet" a été prise, et permet de financer du personnel au-delà du personnel couvert par le forfait. Les règles de financement prévoient des normes de personnel en fonction du profil des résidents. Ce troisième volet représente, pour la Cocom, un budget de 26.480.000 euros et, dans le cadre du basculement, 7.991.000 euros venant de la Cocof, soit 13% du budget total.

Pour le troisième volet, il est prévu un plafond national de 25.000 équivalents temps plein. En cas de dépassement du plafond, une réduction linéaire des différents montants est prévue pour toutes les institutions du pays. Il est, pour 2015, encore trop tôt pour estimer s'il y aura un dépassement de ce plafond national.

Par ailleurs, la période transitoire pour la gestion du financement des soins en maison de repos courant jusqu'au 31 décembre 2017, il est à l'heure actuelle impossible, sans mettre à mal le protocole, d'adapter la réglementation pour le troisième volet.

J'en viens à la problématique de la reconversion de

We moeten af van de huidige manier van werken, waarbij we nieuwe ROB-bedden creëren die we vervolgens naar RVT-bedden omzetten. Daarvoor moeten we, in overleg met de federale regering, de wetten aanpassen. Bovendien houdt het feit dat de Cocof aan het einde van de vorige regeerperiode zeer veel ROB-bedden voor privé-instellingen goedkeurde, een bijkomend risico in.

De GGC stelt ongeveer 1.300 nieuwe bedden voorop, wat een extra kost van 11,35 miljoen euro inhoudt. Dat bedrag is niet in de dotatie van de federale overheid opgenomen, dus moet de GGC het zelf voor haar rekening nemen. Het is voor 80% voor commerciële instellingen bestemd. Het principe van de omschakeling houdt in dat de GGC de verbintenissen van de Cocof overneemt en ervoor betaalt. In het licht van de problematische vraagstructuur in Brussel zijn de gevraagde toegestane erkenningen schadelijk voor de algemene financiering en werking. Daar moeten we rekening mee houden.

De nieuwe bedden worden niet allemaal in 2015 beschikbaar, maar we moeten toch voor ogen houden dat de kosten sterk zullen toenemen. Als we de link tussen ROB-bedden en RVT-bedden niet verbreken, zullen we moeten betalen voor de omzetting van ROB-bedden in RVT-bedden in de openbare sector.

Als we die link niet verbreken, zal de privésector meer RVT-bedden creëren dan de openbare sector, terwijl die laatste ze veel harder nodig heeft. Bovendien ontstaat dan het risico dat de openbare sector ooit RVT-bedden van de privésector moet overnemen.

Blijkbaar zal van de 200 miljoen euro die de GGC gekregen heeft, 11 miljoen zeer snel verdwijnen omdat er weinig doordachte beslissingen genomen werden.

Een werkgroep moet in overleg met de spelers op het terrein nagaan in welke mate alternatieve vormen voor wonen en zorg mogelijk zijn. Op korte termijn wil ze uitmaken welke behoeften er bij de Brusselaars leven en wat de bestaande alternatieven zijn.

De studie naar mogelijke schaalvergroting door

lits. Depuis le 1er juillet 2014, la Cocom dispose, pour les MR et les MRS, de la pleine compétence, à la fois en terme de financement, d'agrément et de programmation. Si, jusqu'à présent c'est le niveau fédéral qui programmait la reconversion de lits MRPA en lits MRS, la Cocom peut à l'heure actuelle décider d'elle-même de reconvertir des lits. Il n'est dès lors plus nécessaire, au-delà de la période transitoire, de négocier avec le niveau fédéral pour obtenir de nouvelles reconversions de lits.

Les contraintes budgétaires liées à la sixième réforme de l'État mais également la réalité sociosanitaire bruxelloise demanderont de prendre les mesures adéquates pour mieux répondre aux besoins des Bruxellois tout en évitant les dérapages budgétaires. En effet, les données montrent que les Bruxellois, comparativement à la Flandre et à la Wallonie, ont tendance à entrer plus tôt en maison de repos et y sont en moyenne moins dépendants : 38% des résidents à Bruxelles ont un profil de dépendance léger. Une hypothèse pouvant expliquer cette réalité est le coût du logement à Bruxelles et l'isolement social des personnes.

Ces éléments nous invitent à repenser le système, et à évaluer dans quelle mesure on ne devrait pas réserver ses maisons de repos à des profils de dépendance plus lourds par la reconversion de lits MRPA en lits MRS, en mettant l'accent sur la qualité de l'hébergement, tout en favorisant le maintien à domicile des personnes âgées plus autonomes.

Je pense que le schéma qui consiste à créer des lits MRS à partir de lits MR est révolu. Aujourd'hui, pour créer des lits MRS, il faut nécessairement créer des lits MR. On doit pouvoir casser ce mécanisme et cela nécessite une modification de la législation. Comme aujourd'hui, on hérite encore toujours de la législation fédérale, il faudra se concerter avec les collègues compétents en matière de lits MR. Mais je crois que ce mécanisme-là n'est pas le plus judicieux. Il existe un risque supplémentaire du fait que, en fin de législature précédente, la Cocof a agréé énormément de lits MR pour des institutions privées.

een netwerk van openbare rusthuizen op te richten, is nog niet van start gegaan. De ministers voor Bijstand aan Personen werken samen met vertegenwoordigers van de negentien OCMW's aan een herziening van de organieke OCMW-wet. Een van de thema's die ze bespreken, is de samenwerking en een mogelijke schaalvergroting tussen de OCMW's onderling, maar ook tussen OCMW's en gemeenten en OCMW's en verenigingen.

In de algemene beleidsverklaring staat dat de OCMW's de speerpunten worden van het lokale beleid, met name via een beter overleg met alle verenigingen en de openbare sector. Bovendien moeten ze gemakkelijker kunnen participeren in een vzw of een privaatrechtelijke vereniging zonder winstoogmerk.

Tijdens de voorbereidende gesprekken over de herziening van de organieke wet werd de vraag naar het behoud van een zekere onafhankelijkheid van de OCMW's tegenover de gemeentelijke overheid meermaals gesteld. Er werd ook geopperd dat ze lokaal ingebed moeten blijven, zodat ze op de behoeften van de plaatselijke bevolking kunnen inspelen.

We verwachten de resultaten van de herziening van de organieke wet na de zomervakantie.

À la Cocom, nous avons fait une estimation beaucoup plus responsable et nous arrivons avec un portefeuille d'accords en termes de créations de lits MR qui s'élève à environ 1.300 lits. Pour la Cocom, si tout cela devait se concrétiser, cela représente un coût supplémentaire de 11.350.000 euros. Il s'agit, bien entendu, d'un montant qui ne se retrouve pas dans la dotation du niveau fédéral. Il faudra donc l'assumer seul et il sera dédié à 80% à des structures commerciales. Tel est le principe du basculement : nous reprenons les engagements de la Cocof et nous allons devoir les assumer. Connaissant le problème de la structure de la demande en Région bruxelloise - problème qui ne date pas d'hier -, les agréments qui ont été accordés de manière quelque peu accélérée sont évidemment dommageables pour la structure globale tant du financement que du fonctionnement. Il faudra cependant prendre cela en compte.

Je ne dis pas que cela va avoir un impact direct sur le budget de 2015. On peut penser que les 1.300 lits ne vont pas tous s'ouvrir en 2015, mais on s'achemine vers une progression importante des coûts. C'est ce qui justifie l'utilité, selon moi, de casser le lien entre MR et MRS. Dans le cas contraire, le secteur public sera propriétaire d'un certain nombre de lits MR et, s'il veut les convertir en lits MRS, il faudra le payer.

On va devoir réfléchir à casser ce lien. À défaut, nous aurons un développement plus accentué de lits MRS dans les structures privées alors qu'on en a besoin dans les structures publiques. Le risque est aussi qu'à un moment, les structures publiques doivent racheter des lits MRS aux structures privées.

Je pose le problème, qui m'est apparu suite à l'évaluation de l'Inami. C'est inquiétant, car il apparaît que sur les 200 millions d'euros que nous avons reçus, 11 millions vont être mangés très rapidement par des décisions peu élaborées. Mais soit : chacun se reconnaîtra dans ses choix.

Dans ce cadre, un groupe de travail entre les cabinets de la Santé et de l'Aide aux personnes a été mis en place afin d'évaluer concrètement la possibilité de développer des formes alternatives de logement et de soins, en concertation avec les

acteurs de terrain. Une première réunion a eu lieu en février. L'objectif à court terme est d'évaluer, sur la base de la littérature et des bonnes pratiques de terrain, les besoins des Bruxellois et les différentes formes alternatives existantes sur la base des critères de coût, de qualité de vie et de faisabilité. Il est dès lors un peu tôt pour s'avancer sur les formes alternatives de logement et de soins sur lesquelles nous souhaiterions mettre l'accent.

Plus spécifiquement en ce qui concerne les CPAS, l'étude sur la recherche d'économies d'échelle entre maisons de repos publiques - via le plan d'autonomisation des structures publiques qui pourraient constituer un réseau - n'a pas encore été lancée. En effet, les ministres de l'Aide aux personnes travaillent en ce moment, avec les représentants des dix-neuf CPAS, à une révision de la loi organique des CPAS. Parmi les thèmes abordés figurent les collaborations et économies d'échelle possibles entre CPAS, entre CPAS et communes, ou encore avec le secteur associatif.

Dans la déclaration de politique générale (DPG), il est prévu de faire des CPAS les fers de lance de la politique publique sociale locale, notamment par la mise en place d'une meilleure coordination avec tous les acteurs des secteurs associatifs et publics. Il y est également prévu de faciliter la participation des CPAS à une asbl ou à une association non lucrative de droit privé.

Au sein des discussions sur la révision de la législation organique, il y a une demande importante pour le maintien d'une autonomie des CPAS par rapport à leur commune. Ce débat a d'ailleurs été porté au parlement, tant en commission qu'en séance plénière.

Il y a également une demande de maintenir l'autonomie des CPAS à l'échelon du territoire communal, de façon à pouvoir prendre en compte les besoins locaux des habitants. Les conclusions de ce travail de révision de la législation organique sont prévues pour la rentrée, après les grandes vacances.

Voilà les éléments de réponse que j'ai à vous livrer de ma part et celle de mes collègues. Je vous ai également fait part des quelques inquiétudes que j'ai par rapport à des choix qui ont été faits, dont

De voorzitter. - De heer Close heeft het woord.

De heer Philippe Close (PS) (in het Frans).- *De gewestelijke overheid zal niet anders kunnen dan een deel van de financiering op zich te nemen. De vraag is hoe die in overleg met de OCMW's concreet ingevuld moet worden.*

We moeten nagaan waarom de Cocof zoveel privébedden kreeg. In het kader van de zesde staatshervorming en de vergrijzing moeten we ons beleid vooral afstemmen op de periode 2025-2030.

Het Brussels Gewest voerde bijzonder belangrijke normen in, maar stelde nooit een regeling op voor de financiering ervan. De gemeentebesturen weten vaak niet hoe ze de zaken moeten aanpakken.

Bij de hervorming van de ziekenhuisstructuren vroeg iedereen zich af waar we naartoe wilden en hoe er binnen de sector bespaard kon worden zonder het aanbod aan te tasten. Hetzelfde zal wellicht met de ROB- en RVT-bedden gebeuren.

We moeten naar een alomvattend, overkoepelend beleid streven.

- *Het incident is gesloten.*

**INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ
DU BUS DE WARNAFFE**

nous sommes prisonniers et qu'il nous faudra malgré tout assumer.

M. le président. - La parole est à M. Close.

M. Philippe Close (PS). - On n'est qu'au début d'un débat dont on parle depuis longtemps. En Région bruxelloise, on ne fera pas l'économie d'une part de financement dans ce secteur, à l'instar que de ce nous avons connu dans le domaine des structures hospitalières. Il faut, bien sûr, étudier comment il convient de le chiffrer et de l'articuler avec les CPAS.

Il faudra, certes, voir pourquoi on a agréé à la Cocof autant de lits privés, et je bats ma coulpe dans mon camp également à cet égard pour dégager ce qui a pu se passer. Mais en dépit de cela, de la sixième réforme de l'État, du papyboom, il faudra tout de même, ainsi que M. Colson l'a souligné, se projeter en 2025-2030 pour établir le grand plan.

Historiquement, notre Région a mis en place des normes extrêmement importantes, mais n'a jamais dit comment on pourrait les financer. Par conséquent, les pouvoirs locaux se sont souvent sentis désorientés. Lorsqu'on a dû faire ce momentum en 1995 à propos des structures hospitalières, on s'est demandé vers quoi on voulait se diriger et comment on pouvait rationaliser ce secteur tout en garantissant l'offre sur tout le territoire régional. J'imagine qu'il en sera de même avec les MR et les MRS encore plus.

Une vraie logique globale doit se dégager après une période où l'on a trop segmenté les débats. Votre réponse va dans le sens de cette globalisation et de cette budgétisation et ce, avant d'entrer dans le détail du qui est accueilli par qui et comment. Vous voulez donc d'abord trouver cette équation et je m'en réjouis.

- *L'incident est clos.*

**INTERPELLATION DE M. 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,

EN TOT DE HEER PASCAL SMET, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET BELEID INZAKE BIJSTAND AAN PERSONEN, HET GEZINSBELEID EN DE FILMKEURING,

EN TOT MEVROUW CÉLINE FREMAULT, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET BELEID INZAKE BIJSTAND AAN PERSONEN, HET GEZINSBELEID EN DE FILMKEURING,

betreffende "de geheelbenadering van sociale ongelijkheden op het vlak van de gezondheid".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- *Mijn vraag was tot de heer Vervoort gericht omdat de ongelijkheden op gezondheidsvlak niet alleen te maken hebben met het gezondheidsbeleid, maar ook met het beleid inzake onderwijs, stedenbouw of cultuur.*

Wij hebben het geluk om over een kwalitatief hoogstaand en toegankelijk gezondheidssysteem te beschikken, maar toch zijn er nog werkpunten. Zo zijn er nog een aantal ongelijkheden op het gebied van gezondheid en nemen die zelfs toe. Uit de

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,

ET À M. PASCAL SMET, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, LES PRESTATIONS FAMILIALES ET LE CONTRÔLE DES FILMS,

ET À MME CÉLINE FREMAULT, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, LES PRESTATIONS FAMILIALES ET LE CONTRÔLE DES FILMS,

concernant "la lutte de manière globale contre les inégalités sociales de santé".

M. le président.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à l'interpellation.

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Initialement, ma question était adressée à M. Vervoort. Les services l'ont réorientée ici, et cette réorientation traduit une difficulté ontologique liée au sujet : les inégalités sociales de santé ne sont pas uniquement liées au secteur de la santé, comme le démontrent toutes les études à l'heure actuelle. En effet, celles-ci se mesurent aussi à l'aune d'autres politiques telles que l'enseignement, l'urbanisme, la culture... C'est la raison pour laquelle j'avais initialement adressé ma question au ministre-président, responsable

studies blijkt dat het sterfte- en ziektecijfer verband houdt met de sociaal-economische achtergrond.

Hoe lager je op de sociale ladder staat, hoe slechter je gezondheid. Dat begint al in de kinderjaren. Leerlingen van scholen in kansarme buurten hebben bijvoorbeeld meer gezondheidsproblemen en worden vaker ziek dan leerlingen in scholen die door een meer welgesteld publiek worden bezocht.

Hoe goed onze sociale bescherming ook is ontwikkeld, ze volstaat niet om ongelijkheden op het gebied van gezondheid weg te werken. Er moet ook aan andere factoren worden gewerkt. Dat is de reden waarom de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Unie aanraden om in alle beleidsdomeinen rekening te houden met gezondheid.

Ongelijkheid op het gebied van gezondheid heeft te maken met economische, sociale en culturele ongelijkheid. Organisaties als de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en de EU bevelen overigens aan om in alle beleidsdomeinen rekening te houden met gezondheid. Dat kan door meerdere sectoren te laten samenwerken en alle beleidsniveaus erbij te betrekken.

Voorts benadrukken deskundigen dat leefgewoonten die gevolgen hebben voor de gezondheid geen individuele keuzes zijn, maar aangeleerd gedrag dat binnen een groep wordt bestendig. Het sociaal netwerk waarin iemand evolueert, heeft dus een sterke invloed op het gezondheidsgedrag en is een factor waar we rekening mee moeten houden bij het promoten van gezondheid.

Als we de ongelijkheden op gezondheidsvlak willen verminderen, moeten wij uiteraard ook de toegang tot de diensten verbeteren door de buurtdiensten (onthaal van kwetsbare personen en nieuwkomers), de eerstelijnszorg (huisartsen) en de sociale netwerken te versterken.

Welke maatregelen worden er genomen om de ongelijkheden op gezondheidsvlak weg te werken? Wordt er een doelgroepenbeleid gevoerd?

principal de cette Région en termes de coordination des différentes politiques déclinées ici.

Notre pays détient un système de santé performant en termes d'accessibilité financière et de qualité des soins. Nous pouvons nous en réjouir. Néanmoins, malgré certains efforts déjà déployés, les inégalités de santé persistent et ont même tendance à s'accroître. Ce constat est d'autant plus indéniable que de nombreuses études ont établi que les taux de mortalité et de morbidité suivent systématiquement un gradient socio-économique prononcé.

Cette problématique ne touche toutefois pas uniquement les groupes se situant dans le bas de l'échelle sociale. Il n'existe pas de fossé entre les personnes de l'échelon le plus bas et les autres. La santé diminue au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale.

Ce fait se remarque dès l'enfance. Selon un article relayé dans le journal Éducation Santé, le service promotion de la santé à l'école (PSE) de Bruxelles-Capitale révèle que dans les écoles dites "moins favorisées", on observe chez les élèves un capital santé plus bas et un cumul plus fréquent de certaines pathologies que dans les écoles dites "favorisées".

Il faut dès lors se rendre à l'évidence : la protection sociale, aussi bonne soit-elle, ne permet pas de réduire les inégalités sociales de santé. La plupart des gains en la matière sont à enregistrer en dehors du secteur des soins de santé. Inversement, la santé de la population peut aussi avoir une incidence sur d'autres secteurs : enseignement, emploi, sécurité sociale, etc. C'est pour cette raison que mon interpellation était adressée au ministre-président.

En d'autres termes, les inégalités sociales de santé sont moins le fait d'une inégalité face aux soins de santé que la conséquence d'un ensemble d'inégalités économiques, sociales et culturelles. Pour promouvoir la santé, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union européenne (UE) recommandent d'ailleurs de pouvoir construire une politique de santé dans toutes les politiques publiques. Celle-ci peut se déployer en créant une

Kunt u de samenwerking met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, het Centre bruxellois de promotion de la santé en de andere mono- en bicommunautaire instellingen toelichten? Hoe vaak werken ze samen?

Wordt er ook regelmatig overlegd met de ministers van de andere beleidsniveaus en met de plaatselijke besturen?

Wat wordt er gedaan om in alle beleidsdomeinen aandacht te besteden aan gezondheid?

Het gewest heeft al heel wat opmerkelijke maatregelen genomen, maar die volstaan niet en zijn te versnipperd om de ongelijkheden weg te werken. Overweegt u een globaal en geïntegreerd actieplan?

collaboration intersectorielle en la matière, impliquant la participation de tous les domaines d'action politique et de tous les niveaux de pouvoir.

D'autre part, les experts insistent sur le fait que les comportements de santé ne relèvent pas de la décision individuelle, mais sont appris et maintenus au sein d'un groupe. Le réseau social et le système dans lequel chaque individu évolue ont une forte influence dans ces comportements de santé, de telle sorte qu'on ne peut promouvoir la santé indépendamment de son contexte.

La réduction des inégalités sociales de santé passe évidemment aussi par une accessibilité accrue aux services. Les structures d'aide de proximité - accueil des personnes fragilisées, des primo-arrivants... -, la première ligne de soins que constituent les médecins généralistes, les réseaux locaux, etc., représentent des acteurs incontournables dans ce domaine qu'il faut soutenir et renforcer.

De manière générale, quelle approche et quelles démarches sont-elles utilisées pour lutter contre les inégalités sociales de santé, très prégnantes à Bruxelles ? Existe-t-il une volonté de cibler des groupes particuliers, plus fragilisés, sans toutefois tomber dans le stéréotype et la ségrégation ?

Quelle est la nature des échanges avec l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, le Centre bruxellois de promotion de la santé et les autres services bruxellois mono- et bicommunautaires s'impliquant dans cette problématique ? À quelle fréquence ont-ils lieu ?

Je songe aux maisons médicales ou aux structures d'éducation permanente, de lutte contre la pauvreté et d'égalité des chances.

Des concertations régulières ont-elles lieu avec les ministres des autres niveaux de pouvoirs concernés et les pouvoirs locaux sur la question des inégalités de santé en Région bruxelloise ?

Quelles initiatives sont-elles prises pour promouvoir une approche transversale de la santé et garantir une prise en compte systématique de

Bespreking

De voorzitter.- De heer Maron heeft het woord.

De heer Alain Maron (Ecolo) *(in het Frans).*- *Ik zou graag wat meer informatie krijgen over het Brussels Plan voor de gezondheidszorg.*

Een maand geleden kwam dat plan hier al ter sprake naar aanleiding van het debat over de nieuwe opdrachten van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

Het is goed dat er een Brussels Plan voor de gezondheidszorg komt, want dat biedt de kans om in meerdere beleidsdomeinen en voor het hele grondgebied rekening te houden met gezondheid.

Naar aanleiding van een vorige interpellatie over dit onderwerp hebt u de centrale plaats benadrukt die het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn in dat plan zou innemen. U zei ook dat u overleg wilde plegen.

Hebt u ondertussen al vooruitgang geboekt in dit dossier? Is het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van start gegaan met de coördinatie van de uitwerking van dat plan?

Is er al een eerste overlegronde gestart met de verschillende instanties die er mogelijk bij worden betrokken? Die instanties zijn zeer talrijk omdat gezondheid niet enkel medisch personeel, maar ook veel andere personen aangaat.

l'impact sur la santé de l'ensemble des politiques publiques ?

Une série d'initiatives visant à réduire les inégalités de santé se traduisent par des actions remarquables en Région bruxelloise, mais elles restent insuffisantes, morcelées et peu coordonnées pour atténuer ce phénomène inquiétant.

Dès lors, des réflexions sont-elles menées pour mettre en œuvre, le cas échéant, un plan d'action global et intégré afin de réduire ces inégalités sociales de santé ?

Discussion

M. le président.- La parole est à M. Maron.

M. Alain Maron (Ecolo).- La question de M. André du Bus de Warnaffe est en soi extrêmement intéressante mais ouvre un très large débat. Pour ma part, je souhaite obtenir des informations complémentaires concernant le Plan de santé bruxellois.

Il y a un mois, on l'a évoqué dans cette commission à l'occasion du débat sur les nouvelles missions de l'Observatoire de la santé et du social. M. du Bus de Warnaffe était également intervenu dans ce cadre, car il connaît très bien cette matière depuis longtemps.

La volonté de mettre en œuvre ce Plan de santé bruxellois est très positive car il constitue une opportunité pour notre Région de disposer d'une vision transversale, multifactorielle et territorialisée. Cela nous permettra également d'agir sur les différents déterminants de la santé.

Lors de l'interpellation précédente, vous aviez souligné la place centrale qu'occuperait l'Observatoire de la santé et du social dans l'élaboration de ce plan, et exprimé votre importante volonté de concertation. Un mois et demi plus tard, je voudrais profiter de la présente interpellation de M. du Bus de Warnaffe, potentiellement fort liée à ce Plan de santé bruxellois, pour savoir si vous avez progressé dans ce dossier.

Kunt u de planning verder toelichten?

Welke rol zult u de nog op te richten instelling van openbaar nut (ION) laten spelen voor deze problematiek? De twee zullen op elkaar moeten worden afgestemd omdat er heel wat deskundigen uit de sociale sector en de gezondheidssector deel zullen uitmaken van deze ION. Ik veronderstel dat ze een rol zal spelen in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg, ook wat de uitvoering van de maatregelen uit dat plan betreft.

Waar staan we nu met betrekking tot het Brussels Plan voor de gezondheidszorg en de betrokkenheid van de toekomstige ION bij dat plan?

De voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Het gezondheidsbeleid van de huidige legislatuur zal vorm krijgen in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Het is niet de bedoeling een zoveelste plan op te stellen of te breken met het beleid van het verleden. We willen de prioriteiten voor de komende jaren bepalen, op basis van initiatieven uit het verleden.*

We stellen vast dat Brusselaars vaker medische zorgen uitstellen en minder vaak een huisarts

L'Observatoire de la santé et du social a-t-il pu commencer son travail de coordination lors de l'élaboration du plan ?

Les premières concertations ont-elles été enclenchées avec les différents acteurs potentiellement concernés ? Ces acteurs sont fort nombreux puisque, ainsi que l'a fort opportunément rappelé M. du Bus de Warnaffe, la question de la santé ne touche pas que les professionnels de la santé, mais beaucoup d'autres personnes.

Si vous avez des idées complémentaires concernant l'agenda de l'élaboration de ce Plan de santé bruxellois, n'hésitez pas à nous en faire part.

Par ailleurs, comment comptez-vous articuler cette problématique avec l'organisme d'intérêt public (OIP) à venir ? Je ne tiens pas à mélanger tous les sujets, mais il semble que le gouvernement ait un peu du mal à accoucher de cet OIP s'occupant des aspects social et de santé. Il n'en demeure pas moins qu'une articulation sera nécessaire puisque de nombreux professionnels liés peu ou prou aux secteurs social et de la santé vont se retrouver dans cet OIP.

J'imagine qu'il devra également travailler dans le cadre du Plan de santé bruxellois, en amont, mais aussi concernant la mise en œuvre des actions qui seront retenues.

Dès lors, où en sommes-nous au niveau de l'élaboration du Plan de santé bruxellois et de son articulation avec l'OIP ?

M. le président.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- L'élaboration de notre politique de santé pour la présente législature sera structurée au sein du Plan de santé bruxellois. L'idée n'est pas de créer un énième plan, ni de faire table rase du passé, mais de prioriser les actions sur lesquelles nous allons nous concentrer pour les années à venir. Nous le ferons sur la base des initiatives prises par le passé, en Région bruxelloise et à l'échelon fédéral, et en concertation avec les acteurs de terrain.

raadplegen dan Vlamingen en Walen. Tegelijkertijd heeft Brussel het grootste aanbod van ziekenhuizen en ambulante zorg.

We moeten voor ons gezondheidsbeleid dus rekening houden met de specifieke sociaal-economische en culturele eigenschappen van het Brussels Gewest. Het beleid moet heel lokaal gericht zijn, het aanbod van gezondheidszorg moet duidelijker bekend worden gemaakt, en we moeten rekening houden met multiculturaliteit. De instanties op het terrein moeten het zorgaanbod meer op de patiënt richten en netwerken uitbouwen.

Vanaf 2015 trekken we middelen uit voor Abrumet, het Brussels gezondheidsnetwerk, waarbij huisartsen toegang krijgen tot de gegevens van ziekenhuizen en vice versa. Iedereen moet gesensibiliseerd worden om deel te nemen aan dit netwerk.

De methode voor de uitvoering en opvolging van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg wordt weldra voorgesteld aan het Verenigd College. Volgende week ontmoeten wij de vertegenwoordigers van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn om het dossier samen af te ronden. Het Observatorium zal een centrale rol spelen in de opvolging van het plan en zal ook de nodige indicatoren ontwikkelen voor het opvolgen en evalueren van de maatregelen.

Na de goedkeuring van het project door het Verenigd college zal er een overlegronde plaatsvinden met de instanties op het terrein en het Verenigd college.

Wij willen ook graag de ministers van de andere betrokken beleidsniveaus uitnodigen voor dat overleg.

Aan de wetgeving voor de oprichting van de instelling van openbaar nut (ION) wordt momenteel gewerkt. Ik heb me er altijd tegen verzet om het ontwerp van ordonnantie over die oprichting met spoed te laten behandelen door de Raad van State. De tekst moet immers grondig worden bestudeerd.

De ION zal samen met de administratie belast zijn

Quels sont nos constats ? C'est en Région bruxelloise que le report de soins est le plus important (26% contre 14% au niveau national) ; c'est en Région bruxelloise que les patients fréquentent le moins un médecin généraliste (12% contre 17% au niveau national) ; mais c'est en Région bruxelloise que l'offre de soins, hospitalière et ambulatoire, est la plus grande.

Ce paradoxe implique que nous devons travailler à la santé de tous les Bruxellois en tenant compte des spécificités socio-économiques et culturelles de la Région. Nous devons développer des approches davantage par quartier, doter l'offre de soins d'une meilleure lisibilité et prendre en compte la multiculturalité dans les politiques de santé que nous mènerons. Il faudra également encourager les acteurs de terrain à structurer davantage l'offre de soins autour du patient et à travailler davantage en réseau.

À ce sujet, dès 2015, nous finançons Abrumet, le réseau de santé bruxellois, qui permet déjà aux médecins généralistes d'accéder aux données hospitalières et qui permettra également aux hôpitaux d'accéder aux données des médecins extrahospitaliers. Il faut connecter cette seconde ligne avec la première et sensibiliser tout le monde à entrer dans le réseau.

La méthodologie de mise en œuvre et de suivi du Plan santé bruxellois sera prochainement présentée au Collège réuni. Nous rencontrons l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale dans le courant de la semaine prochaine pour finaliser ensemble le dossier. L'observatoire jouera un rôle central dans le suivi du plan en termes de soutien méthodologique, mais également de développement d'indicateurs nécessaires au suivi et à l'évaluation des actions qui seront menées.

Après approbation du projet par le Collège réuni, une réunion de lancement de la concertation sera organisée afin de réunir, d'une part, tous les acteurs de terrain et, d'autre part, les membres dudit Collège réuni.

Nous souhaiterions également inviter à cette réunion de lancement les ministres des autres entités politiques dont les compétences ont un

met de uitwerking en toepassing van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Om geen tijd te verliezen, hebben we besloten in afwachting van de oprichting van de ION al vooruitgang te boeken met de methode die ik heb toegelicht.

De toegang tot gezondheidszorg voor kansarmen zal uitgebreid aan bod komen in de verschillende delen van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg.

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) (in het Frans).- *In uw antwoord beperkt u zich eigenlijk tot de gezondheidszorg in de strikte zin van het woord. Ik had het over allerlei factoren die een invloed hebben op gezondheid, maar daarover hebt u niets gezegd.*

Mijn vraag was gericht tot minister-president Vervoort en niet tot de voorzitter van het Verenigd college. Ik pleitte ervoor om gezondheid aan bod te komen in meerdere beleidsdomeinen, en niet enkel in de gezondheidszorg zelf. Alle studies tonen aan dat gezondheid niet enkel samenhangt met de beschikbaarheid van medische zorgen.

impact sur le territoire bruxellois.

L'ordonnance concernant l'organisme d'intérêt public (OIP) a été arrêtée par le gouvernement et il suit le processus législatif. Je me suis toujours opposé à demander systématiquement l'urgence au Conseil d'État, car je considère que ce n'est pas une bonne politique. Ce texte fondateur nécessite une analyse précise et rigoureuse de la structure juridique et administrative que nous allons mettre en place. Les délais nécessaires au Conseil d'État ne correspondent pas toujours à ceux du monde politique, mais il faut aussi respecter cette institution.

L'OIP sera donc bien, avec l'administration, en charge de l'élaboration et de l'opérationnalisation de ce plan de santé. Mais nous avons décidé de ne pas attendre la création de l'OIP et, afin de ne pas perdre de temps, d'avancer selon la méthodologie que j'ai évoquée.

La question de l'accès aux soins, en particulier pour les publics précarisés, sera un point d'attention transversal aux différentes thématiques qui constitueront le plan de santé bruxellois.

M. le président.- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je vous remercie pour vos réponses, mais je regrette qu'elles ne soient pas sorties du cadre strict de la santé médicale. L'ensemble des aspects que j'ai abordés, à savoir le lien avec les autres déterminants de la santé, ont été occultés. Vous me direz que vous êtes le ministre chargé de la santé à la Cocom, et que vous répondez à ce titre.

Ma question était adressée à M. Rudi Vervoort, ministre-président de la Région bruxelloise, et pas au président du Collège réuni. Elle portait sur une approche multisectorielle des déterminants de la santé. Or je constate que l'on en revient au strict cadre médical.

Je le regrette vraiment. Vos réponses, certes, sont pertinentes sur l'aspect de la santé, mais j'aurais aimé que notre parlement aborde ce dossier de manière transversale. Toutes les études montrent

De voorzitter.- De heer Gosuin heeft het woord

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College (in het Frans).- *Ik kan geen commentaar geven op de beslissingen van het Uitgebreid Bureau van het parlement.*

- *Het incident is gesloten.*

en effet que la santé dépend d'autres facteurs que le seul accès aux soins.

M. le président.- La parole est à M. Gosuin.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Il ne m'appartient pas de commenter les décisions du Bureau élargi du parlement.

- *L'incident est clos.*