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 20 FEBRUARI 2019

RÉUNION DU

MERCREDI 20 FÉVRIER 2019

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 www.parlement.brussels

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 www.parlement.brussels

INHOUD

Interpellatie van mevrouw Isabelle Emmery 8

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 ongelijkheden inzake de ziekenhuisrekening naar aanleiding van de laatste Solidaris-barometer".

Bespreking – Sprekers:

Mevrouw Isabelle Emmery (PS)

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College

Interpellatie van mevrouw Isabelle Emmery 13

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,

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,

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

SOMMAIRE

Interpellation de Mme Isabelle Emmery 8

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 inégalités en matière de facture hospitalière suite au dernier baromètre Solidaris".

Discussion – Orateurs :

Mme Isabelle Emmery (PS)

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

Interpellation de Mme Isabelle Emmery 13

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,

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,

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

inzake Bijstand aan Personen, het Gezinsbeleid en de Filmkeuring,

betreffende "de gevolgen van de federale hervorming van de ziekenhuisnetten in Brussel voor de openbare netten en met name de situatie van de Iris Ziekenhuizen Zuid".

Bespreking – Sprekers:

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo)

Mevrouw Liesbet Dhaene (N-VA)

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College

Mevrouw Isabelle Emmery (PS)

Mondelinge vraag van de heer Michel Colson 28

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 veiligheid van het elektronisch medisch dossier".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 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,

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 medisch-sociale software

d'aide aux personnes, les Prestations familiales et le Contrôle des films,

concernant "les effets à Bruxelles de la réforme fédérale des réseaux hospitaliers sur les réseaux publics et la situation des hôpitaux Iris Sud en particulier".

Discussion – Orateurs :

Mme Magali Plovie (Ecolo)

Mme Liesbet Dhaene (N-VA)

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

Mme Isabelle Emmery (PS)

Question orale de M. Michel Colson 28

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 sécurité du dossier médical électronique".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 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,

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 logiciel médical social

Topaz".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 36

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 "het recordaantal gevallen van mazelen in Europa".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 42

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 pediatrische palliatieve zorgen in het Brussels Gewest".

Mondelinge vraag van mevrouw Isabelle Emmery 52

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

Topaz".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 36

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 nombre record de cas de rougeole enregistrés en Europe".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 42

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 soins palliatifs pédiatriques en Région bruxelloise".

Question orale de Mme Isabelle Emmery 52

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,

Betrekkingen,

betreffende "de mond- en gebitshygiëne".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 56

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 "het huisartsentekort in Brussel en de Impulseopremies".

Mondelinge vraag van de heer Abdallah Kanfaoui 59

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 investering van de Koning Boudewijnstichting in de hervorming van de thuisverzorging".

Mondelinge vraag van de heer Abdallah Kanfaoui 60

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

concernant "la santé bucco-dentaire".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 56

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 pénurie de médecins généralistes à Bruxelles et les primes Impulseo".

Question orale de M. Abdallah Kanfaoui 59

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'investissement de la Fondation Roi Baudouin dans la réforme des soins de santé à domicile".

Question orale de M. Abdallah Kanfaoui 60

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

Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

betreffende "het zorgaanbod in Brussel voor patiënten met een dubbele diagnose".

Mondelinge vraag van de heer David Weytsman

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 artificiële intelligentie in de sector van de gezondheidszorg".

réuni, compétent pour la Politique de la santé, la Fonction publique, les Finances, le Budget et les Relations extérieures,

concernant "l'offre de soins à Bruxelles pour les patients concernés par le double diagnostic".

Question orale de M. David Weytsman

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'intelligence artificielle dans le secteur de la santé".

Voorzitterschap: de heer Hasan Koyuncu, tweede ondervoorzitter.
Présidence : M. Hasan Koyuncu, deuxième vice-président.

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 ongelijkheden inzake de ziekenhuisrekening naar aanleiding van de laatste Solidaris-barometer".

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Uit de recentste barometer van de ziekenhuiskosten van Solidaris blijkt dat gelijkheid onder de Belgen op dat vlak ver te zoeken is.*

De jaarlijkse barometer geeft de evolutie van de ziekenhuissector in België vanuit het standpunt van de patiënt weer. Solidaris maakt hem op basis van de facturen van zijn leden die het voorbije jaar in het ziekenhuis verbleven. Het gaat om meer dan 500.000 opnames.

Het ziekenfonds onderzocht alle facturen voor de plaatsing van een knieprothese en bestudeerde de verschillen naargelang de kamerkeuze. Zo wil Solidaris het debat over de ziekenhuissector en in het bijzonder over de materiaalkosten op gang brengen.

De verblijfskosten maken voor de patiënt met gemiddeld 31% het grootste deel van de factuur uit. De materiaalkosten zijn goed voor 22% van het totale bedrag.

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 "les inégalités en matière de facture hospitalière suite au dernier baromètre Solidaris".

Mme Isabelle Emmery (PS).- Les Belges seraient loin d'être égaux devant les factures hospitalières. Tel est le titre accrocheur repris dans la presse à la suite de la publication du dernier baromètre des coûts hospitaliers réalisé par Solidaris.

Ce baromètre est devenu un rendez-vous annuel de la mutualité socialiste. Il permet de mesurer les évolutions du secteur hospitalier dans notre pays, sous l'angle du patient. Pour l'établir, Solidaris a tout simplement passé au crible les factures de ses affiliés ayant séjourné à l'hôpital l'année passée, en ne prenant en considération que le coût du séjour hospitalier lui-même. Cela représente un total de plus de 500.000 admissions.

Parmi ces factures, elle a isolé celles d'une intervention chirurgicale classique, à savoir le placement d'une prothèse du genou, et examiné leur évolution en fonction de la catégorie de chambre choisie. Solidaris entend, par cet exercice, alimenter les discussions sur le secteur hospitalier, en particulier sur le coût du matériel.

Daarna volgen de honoraria met 17%, andere supplementen met 14% en supplementen voor geneesmiddelen met 13%. Het gaat om gemiddelden, die sterk schommelen naargelang het verblijf. Dat geldt in het bijzonder voor de materiaalkosten.

De plaatsing van een knieprothese kost gemiddeld 3.000 euro. De ziekteverzekering neemt daarvan 83% voor haar rekening. Voor wie in een gedeelde kamer ligt, maakt de kost van het materiaal twee derde van de factuur uit.

Uit de studie blijkt dat de materiaalkosten niet afhankelijk zijn van het sociaal statuut, waardoor die kosten in verhouding zwaarder wegen voor rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV-statuut). Ook de categorie van de kamer heeft geen invloed op de prijs van het materiaal. Daardoor maakt het voor personen met een RVV-statuut 75% van de factuur uit, tegenover 64% voor andere patiënten in een gedeelde kamer.

Het verschil met een eenpersoonskamer is onbeduidend.

Het grootste verschil tussen de facturen wordt volgens de studie veroorzaakt door de keuze voor een bepaald ziekenhuis. Zo krijgt de patiënt voor het materiaal gemiddeld 386 euro gefactureerd in het goedkoopste ziekenhuis, tegenover 726 euro in het duurste. Dat heeft niet alleen invloed op het bedrag dat de patiënt moet betalen, maar ook op de kosten voor de ziekteverzekering.

Uit onderzoek blijkt dat dat grote verschil niet samenhangt met de hoeveelheid gebruikt materiaal of de leeftijd van de patiënt. Mogelijk heeft het met het type materiaal te maken.

Welke conclusies trekt u uit de studie van Solidaris? Weerspiegelt ze volgens u de Brusselse realiteit?

De gezondheidszorg moet voor alle Brusselaars toegankelijk blijven. Wat onderneemt u om de praktijken van de Brusselse openbare ziekenhuizen te sturen?

Met welke controles wilt u dergelijke perverse

La mutuelle suit ainsi l'évolution de la facture globale des patients, dont les suppléments d'honoraires constituent un élément important.

Le premier poste de dépenses à leur charge (31% en moyenne) correspond au total des tickets modérateurs - ce qu'il leur reste à payer après tous les remboursements dont ils peuvent bénéficier - liés aux frais de séjour générés. Le deuxième poste est celui du coût du matériel, qui représente un cinquième de la facture (22%).

Viennent ensuite les honoraires (17%), les autres suppléments (14%) et les suppléments pour médicaments (13%). Ce ne sont là que des moyennes. Cette répartition varie fortement d'un séjour à l'autre, en particulier pour le coût du matériel, qui constitue le principal poste de dépenses pour certains séjours alors qu'il est nul pour d'autres.

En analysant le cas particulier d'une prothèse du genou, Solidaris constate que le coût total moyen s'élève à plus de 3.000 euros. La plus grosse part, soit 83%, est prise en charge par l'assurance maladie. Dans le cas d'une chambre commune, le coût du matériel explique deux tiers de la facture. Sur les 828 euros payés en moyenne par le patient, 557 euros y sont uniquement liés. Les 271 euros restants globalisent les honoraires, les frais de séjour, les médicaments, etc.

Selon l'étude, le coût du matériel ne varie pas en fonction du statut social, de sorte que ce type de coût est proportionnellement plus lourd à supporter pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) que pour les autres ayants droit. De même, la catégorie de chambre n'influe pas sur le coût du matériel. Pour les patients bénéficiant du statut de BIM, le coût moyen du matériel à leur charge s'établit à 548 euros, contre 559 euros pour les patients classiques. Il est donc, là aussi, proportionnellement plus élevé pour eux : 75% de la facture qui leur est présentée, contre 64% dans les autres cas de figure, toujours pour une chambre commune ou à deux lits.

En chambre particulière, il est en moyenne de 564 euros, contre 556 euros dans une chambre commune ou à deux lits. Là non plus, la différence

effecten tegengaan?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Jaar na jaar stellen we vast dat er heel wat Brusselse ziekenhuizen staan in de top tien van ziekenhuizen die de hoogste supplementen aanrekenen. Dat roept vragen op over de toegankelijkheid van die ziekenhuizen voor de Brusselse bevolking.*

In de regelgeving over de facturering van honoraria en ziekenhuisverblijven is een beperking van de ziekenhuisfacturen en de honorariumsupplementen opgenomen. Elke patiënt kan op zijn vraag worden behandeld tegen het door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) aanbevolen tarief.

In andere bepalingen is opgenomen dat de patiënt vooraf van de verblijfskosten op de hoogte moet

n'est pas marquée.

Le choix de l'hôpital est, selon l'étude, l'élément qui fait varier plus que sensiblement les factures. Le baromètre indique ainsi que le coût moyen du matériel facturé au patient oscille entre 386 euros dans l'hôpital le moins cher et 726 euros dans l'établissement le plus cher. Le matériel peut donc revenir jusqu'à deux fois plus cher selon l'hôpital. Cela affecte non seulement la facture du patient, mais également celle à charge de la collectivité, soit l'assurance-maladie.

L'analyse met en évidence que ni le nombre de pièces utilisées pour l'intervention ni l'âge du patient ne permettent d'expliquer de tels écarts de coût. Une hypothèse est qu'ils résulteraient du type de matériel choisi.

Je présume que vous avez pris connaissance de cette étude. Quelles conclusions en tirez-vous ? Selon vous, reflète-t-elle la réalité bruxelloise ?

L'accès aux soins de santé est un élément essentiel au regard de la situation de nombreux Bruxellois. Que mettez-vous en œuvre pour réguler les pratiques des hôpitaux publics bruxellois relevant de la compétence et de la tutelle de la Cocom ?

Quels sont les contrôles mis en place pour analyser ces effets pervers et les contrer ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous remercie pour votre interpellation et pour l'excellent résumé que vous venez de faire du baromètre hospitalier de Solidaris.

Les données relatives aux coûts des séjours hospitaliers pour les patients, en ce compris les suppléments d'honoraires, font l'objet de plusieurs études, essentiellement issues des organismes assureurs, et nous en prenons connaissance régulièrement.

La proportion des hôpitaux bruxellois dans le top 10 des hôpitaux qui demandent le plus de suppléments est un constat qui se confirme d'année en année. Ces classements peuvent, bien sûr, interpeller quant à la capacité de nos hôpitaux, en particulier des hôpitaux publics, d'assurer une

worden gebracht. De opnameverklaring is speelt daarbij een belangrijke rol.

Het systeem is zeker niet perfect. Het is echter de federale regering die bevoegd is om het te verbeteren.

De inrichtende machten van de openbare ziekenhuizen kunnen wel hun tariefbeleid aanpassen, zodat de tarieven betaalbaar blijven.

Daarnaast zijn in het Brussels Gewest de ministers die bevoegd zijn voor gezondheid niet belast met het toezicht op de OCMW's of de openbare ziekenhuizen, want die vallen onder bijstand aan personen.

Solidaris komt in zijn recentste barometer tot de conclusie dat de verschillen in ziekenhuiskosten niet door het statuut van de patiënt of zijn kamerkeuze worden beïnvloed. De materiaalkosten maken een aanzienlijk deel van de totale factuur uit, zeker als de patiënt recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming. Solidaris beveelt aan om het remgeld voor de materiaalkosten voor patiënten met een laag inkomen te beperken. Dat heeft gevolgen voor het budget voor gezondheidszorg, maar technisch gezien is dat het eenvoudigst en het verlicht de kosten voor de patiënt aanzienlijk. De verblijfskosten en de honorariumsupplementen aanpakken, is heel wat moeilijker.

Voor veel patiënten zijn die kosten te hoog, maar de ziekenhuizen, die moeite hebben om hun financiën in evenwicht te houden, putten er hun middelen uit. Een diepgaande hervorming van de financiering en de rol van het ziekenhuis, de spreiding van de activiteiten over ziekenhuizen en de artsenhonoraria is dan ook nodig.

Federaal minister De Block werkt aan twee van die aspecten, namelijk een forfaitaire vergoeding voor weinig variabele activiteiten en een nauwere samenwerking tussen de ziekenhuizen, die moet leiden tot een betere spreiding van de activiteiten.

Als de volgende federale regering geen globale hervorming doorvoert, dan zal een aantal patiënten aanzienlijk meer moeten betalen.

accessibilité financière à la population bruxelloise.

Toutefois, il est utile de rappeler que la réglementation relative à la facturation des honoraires et des séjours hospitaliers - elle relève de la compétence fédérale - prévoit un encadrement des factures hospitalières, en ce compris des suppléments d'honoraires. Elle dispose notamment que chaque patient peut être traité au tarif préconisé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), s'il en fait la demande. Le gestionnaire de l'hôpital doit lui garantir cet accès à ce tarif. Il s'agit de l'article 152, § 3, de la loi sur les hôpitaux.

D'autres dispositions de la même loi sur les hôpitaux prévoient des exigences d'information préalable des patients sur les coûts des séjours. Il s'agit principalement de la déclaration d'admission qui doit être remplie avant l'hospitalisation.

Le système est-il parfait ? Certainement pas ! Mais l'améliorer requiert une compétence qui, dans notre pays, reste fédérale.

Vous nous interrogez sur nos actions de régulation des honoraires médicaux et des coûts de séjour hospitalier. Je vous répète qu'il s'agit d'une compétence exclusive de l'autorité fédérale et que toute intervention d'une entité fédérée en la matière constituerait un conflit d'intérêts sanctionnable par les juridictions.

Il serait, par contre, possible que les pouvoirs organisateurs des hôpitaux publics, dont vous faites partie, prennent des mesures relatives aux politiques tarifaires locales afin de rendre ces dernières plus accessibles.

En outre, je ne dois pas vous rappeler une autre incongruité de notre Région : les ministres en charge de la santé n'y exercent pas la tutelle sur les CPAS ni sur les hôpitaux publics, puisque ladite tutelle est exercée par les ministres en charge de l'aide aux personnes.

Enfin, vous nous interrogez sur les conclusions que nous tirons de l'étude de Solidaris. J'observe que le point mis en exergue par le dernier baromètre des coûts hospitaliers concerne le coût

du matériel qui ne varie pas selon le statut des patients ou leur choix de chambre. Ce coût du matériel prend une part importante dans la facture totale d'un séjour hospitalier, d'autant plus lorsque le patient bénéficie d'une intervention majorée. L'une des recommandations de Solidaris est d'alléger le ticket modérateur du matériel, en priorité pour les patients les plus modestes. Cette recommandation implique, certes, un coût important pour le budget des soins de santé, mais elle serait la plus simple à mettre en œuvre sur le plan technique et permettrait un réel allègement de la charge sur les patients. Car, pour le surplus, s'attaquer à la question des coûts de séjour hospitalier et, en leur sein, des suppléments d'honoraires médicaux ne peut se faire de manière isolée.

S'ils sont difficilement acceptables pour les patients, ces coûts participent au financement des hôpitaux, dont l'équilibre financier est fortement mis sous pression. Il est donc nécessaire d'opérer une réforme plus profonde en abordant des questions telles que le financement de base de l'hôpital, son rôle, la répartition des activités entre hôpitaux et, bien entendu, les honoraires médicaux.

La ministre fédérale Mme De Block a entamé le travail sur deux de ces aspects, à savoir la forfaitarisation des activités à basse variabilité et la collaboration accrue entre hôpitaux via les réseaux qui, à terme, doit mener à une répartition différente des activités entre ces mêmes hôpitaux.

Compte tenu de la santé financière de ceux-ci et de la pression à laquelle ils sont soumis pour s'adapter à leur environnement et aux exigences technologiques, une réforme globale sera nécessaire, sauf à accepter une augmentation significative de la facture pour un certain nombre de patients. Tel n'est pas mon souhait. Un arbitrage budgétaire devra être opéré au niveau fédéral sous la prochaine législature pour parvenir à un équilibre.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Het federale beleid heeft het financiële evenwicht van de ziekenhuizen in gevaar gebracht. Dat heeft als gevolg dat de honorariumsupplementen sterk*

Mme Isabelle Emmery (PS).- Nous subissons effectivement une politique fédérale qui a mis à mal l'équilibre financier de nos hôpitaux ces derniers temps. Nous le constatons, l'inflation des

stijgen, waardoor het factuurbedrag toeneemt, ook voor de patiënt.

Het is belangrijk dat de patiënt goed geïnformeerd wordt over de kosten van zijn ziekenhuisopname, maar dat volstaat niet om de gezondheidszorg voor alle Brusselse patiënten toegankelijk te maken. Ik betreur het dat het Verenigd College niet meer kan ondernemen en dat de coördinatie met de Brusselse openbare ziekenhuizen niet beter is.

- Het incident is gesloten.

suppléments d'honoraires vient répondre à ce déséquilibre en augmentant la facture, y compris celle des patients. J'aurai l'occasion de vous interroger à nouveau à ce propos.

En tant que ministre régional en charge de la santé, vous mettez l'accent sur l'information qui doit être donnée aux patients. C'est une bonne chose et cela doit faire partie intégrante de notre plan de santé. Toutefois, une telle démarche ne suffira pas à rendre les soins de santé totalement accessibles à tous les patients Bruxellois. Nous regrettons que nos moyens d'action soient limités et que la coordination avec nos hôpitaux publics, qui doivent être à la base de l'accès aux soins, ne soit pas meilleure.

- L'incident est clos.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW ISABELLE EMMERY

TOT 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,

TOT 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,

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,

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,

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,

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,

betreffende "de gevolgen van de federale hervorming van de ziekenhuisnetten in Brussel voor de openbare netten en met name de situatie van de Iris Ziekenhuizen Zuid".

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Op grond van een wetsontwerp van de federale overheid zouden de Brusselse ziekenhuizen zich moeten hergroeperen in vier netwerken. De bedoeling is dat elk netwerk een kwaliteitsvol basisaanbod kan verstrekken. Het gaat onder meer om spoedeisende zorg en ouderenzorg. Elke vestiging van een netwerk zou zich toeleggen op bepaalde specialisaties.*

Het ontwerp werd aangenomen door de Kamer en wordt van kracht op 1 januari 2020. Het Brussels Gewest zal dan beschikken over een Nederlandstalig netwerk, opgebouwd rond het UZ Brussel, een confessioneel netwerk rond Saint-Luc en een vrijzinnig netwerk rond het Erasmusziekenhuis en een aantal ziekenhuizen in Brussel-Stad. Het is nog de vraag hoe het verder moet met de Iris Ziekenhuizen Zuid, het Centre hospitalier interrégional Edith Cavell (Chirec) en de Europa Ziekenhuizen.

De hervorming van federaal minister De Block leidt dus tot ingrijpende veranderingen in het Brussels Gewest.

Onlangs vond een buitengewone vergadering van de raad van bestuur van de Iris Ziekenhuizen Zuid plaats. Op de agenda stonden de organisatie van die ziekenhuisverenigingen en de onderhandelingen met het Chirec naar aanleiding van de hervorming.

Voor de samenstelling van ziekenhuisnetwerken moeten er duidelijke, gedetailleerde akkoorden worden gesloten. Daarin zal moeten staan hoe de Iris Ziekenhuizen Zuid de sociale opdrachten kunnen voortzetten die ze krijgen van de gemeenten en OCMW's en van de Iriskoepel.

Ik neem aan dat de nieuwe organisatie van de Brusselse ziekenhuizen ruimschoots aan bod kwam bij de opmaak van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Welke scenario's worden voorgesteld? Zijn er vertegenwoordigers of

concernant "les effets à Bruxelles de la réforme fédérale des réseaux hospitaliers sur les réseaux publics et la situation des hôpitaux Iris Sud en particulier".

Mme Isabelle Emmery (PS).- Un projet de loi fédérai impose aux hôpitaux bruxellois de se regrouper en quatre réseaux locorégionaux. Selon ses auteurs, le principe est de maintenir une offre de base de qualité sur tous les sites d'un réseau, notamment les urgences, les soins aux personnes âgées et le pôle mère-enfant, et de spécialiser chaque site.

Le texte vient d'être voté à la Chambre et entrera en vigueur le 1er janvier 2020. À cette date, la Région bruxelloise disposera d'un réseau néerlandophone articulé autour de l'Universitair Ziekenhuis (UZ) Brussel, d'un réseau confessionnel centré sur Saint-Luc et d'un réseau laïc avec Erasme et les hôpitaux de la Ville de Bruxelles. Resterait à définir l'avenir des Hôpitaux Iris Sud (HIS), du Centre hospitalier interrégional Édith Cavell (Chirec) et des Cliniques de l'Europe (Sainte-Élisabeth et Saint-Michel).

La réforme de la ministre De Block, qui vise à mettre les hôpitaux en réseau pour l'exercice des missions dites locorégionales, implique de facto des changements dans le paysage hospitalier bruxellois.

Un conseil d'administration extraordinaire destiné à statuer sur l'organisation des HIS et les mandats de négociation avec le potentiel partenaire que constitue le Chirec dans le cadre de cette réforme s'est tenu récemment.

La mise en réseau nécessite que des accords clairs et détaillés soient conclus avec les autres hôpitaux membres du réseau. Ces accords doivent notamment porter sur la manière dont les HIS pourront continuer à exercer les missions sociales qui leur incombent et leur sont confiées par les communes, les CPAS associés et le réseau Iris. En effet, la création d'un réseau ne peut servir de prétexte à l'abandon des missions sociales. De plus, ces accords doivent respecter la loi sur le réseautage clinique qui modifie la loi coordonnée

medewerkers van uw kabinet betrokken bij de besprekingen?

Er dreigen nog maar een paar grote spelers over te blijven, met onder meer het netwerk van het Erasmusziekenhuis en de ziekenhuizen in Brussel-Stad, en het netwerk met het Chirec en de Iris Ziekenhuizen Zuid. Zullen de Iris Ziekenhuizen Zuid hun sociale opdrachten behouden? Aangezien het Erasmusziekenhuis een privéziekenhuis is, vraag ik me ook af hoe het dan zit met de sociale opdrachten van de ziekenhuizen van Brussel-Stad.

Welke criteria moeten worden nageleefd bij het opstellen van de akkoorden voor de oprichting van de ziekenhuisnetwerken? Hoe veranderen de statuten in juridisch opzicht?

Wat zijn de gevolgen voor de financiering van de ziekenhuizen en de investeringssubsidies? De federale overheid financiert weliswaar de ziekenhuizen, maar het Brussels Gewest verstrekt ook subsidies voor investeringen.

Wat zijn de gevolgen voor de personeelsleden van de openbare ziekenhuizen? Hoe zit het met hun pensioenen? De Algemene Centrale der Openbare Diensten heeft zich daarover al uitgesproken. Het zou u niet onverschillig mogen laten dat de onvrede in de sector toeneemt.

Zult u ervoor zorgen dat de hervorming ten goede komt van de Brusselaars? Het Verenigd College mag niet stilzwijgend toekijken bij de besprekingen over de toekomst van de openbare Brusselse ziekenhuizen.

sur les hôpitaux.

Nous pouvons donc présumer que la question du paysage hospitalier bruxellois a été abordée largement dans l'élaboration du Plan de santé bruxellois.

Les scénarios proposés vous sont-ils connus ? Vos cabinets ou vos collaborateurs ont-ils été impliqués dans les pourparlers en cours ?

Un effet centrifuge semble s'opérer avec, d'un côté, le pôle Ville de Bruxelles-Érasme et, de l'autre, le pôle HIS-Chirec. Dans un tel scénario, les HIS pourront-ils conserver leurs missions sociales ? La question se pose également pour les hôpitaux de la Ville de Bruxelles, Érasme étant aussi une structure privée.

Quels seront les critères à strictement respecter pour permettre les accords entre hôpitaux publics et privés, dans le cadre de la mise en réseau des missions locorégionales ? Quels seront les changements juridiques des statuts induits par ces accords ?

Quelles seront, dans de tels scénarios, les conséquences sur le financement des infrastructures des hôpitaux et les aides aux investissements qui les concernent ? En effet, s'il est clair que l'État fédéral finance les hôpitaux, la Région a aussi des moyens d'action à travers l'aide qu'elle octroie sous forme d'investissements.

Enfin, qu'en sera-t-il du personnel et des pensions du personnel de ces structures publiques ? Vous avez certainement remarqué que la Centrale générale des services publics (CGSP) s'est largement exprimée sur ces sujets dernièrement. Que la grogne soit en train de se développer ne devrait pas vous laisser indifférent.

Enfin, vous vous êtes impliqué dans cette réforme et avez contribué à la naissance de ce beau réseau public. Travaillerez-vous également à ce que cette réforme se déroule en tenant compte de la santé des Bruxellois ? Nous traversons un moment particulier et je pense que le silence du Collège réuni ne serait pas de bon ton dans le cadre des discussions sur l'avenir et sur ce que doit être la préservation de notre réseau de santé publique

bruxellois.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- We bevinden ons op een belangrijk keerpunt voor de ziekenhuisnetwerken. Het kan gevolgen hebben voor de volksgezondheid, het beeld dat we hebben van de ziekenhuizen en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.*

Openbare ziekenhuizen moeten iedereen een kwaliteitsvolle zorgverlening kunnen bieden. Dat was een van de doelstellingen bij de oprichting van de Iriskoepel. Het Brussels Gewest draagt daar via de gemeenten 10 miljoen euro aan bij.

De invoering van de ziekenhuisnetwerken zou die doelstelling echter in gevaar kunnen brengen. Tot nu maakte de Iriskoepel het immers mogelijk om gespecialiseerde zorg en wijkdiensten onder het systeem van de Brusselse gezondheidszorg te houden.

In welke mate bent u betrokken bij de oprichting van die netwerken?

Mme Magali Plovie (Ecolo).- Nous nous trouvons en effet à un tournant important, qui touche à diverses questions autour des réseaux hospitaliers et de leur impact sur la santé publique, de notre image des hôpitaux dans un proche avenir et de l'accès pour tous aux soins de santé.

Cet accès à des soins de qualité pour tous est une obligation du secteur public, même si celui-ci n'est pas seul à assumer cette mission. La pérennisation de ces soins était, historiquement, l'un des objectifs ayant présidé à la mise en place de cet outil qu'est le réseau des hôpitaux Iris. Il faut s'en réjouir. Tous les partis s'y sont d'ailleurs investis.

La Région de Bruxelles-Capitale a une responsabilité en la matière et soutient cet objectif grâce à l'ordonnance de 2002 qui accorde, via les communes, 10 millions d'euros aux hôpitaux publics.

La vision régionale est donc importante pour assurer l'accès de tous aux soins de santé sur l'ensemble du territoire. Or, la future mise en place des réseaux - qui touche à l'organisation des spécialisations et des services de proximité - pourrait menacer cet objectif. Jusqu'à présent, l'association faîtière Iris a permis de maintenir celui-ci au cœur du système bruxellois de santé publique.

Quelle est votre implication dans l'établissement de ces réseaux, qui affecteront la poursuite de cet objectif à différents niveaux ?

Mevrouw Liesbet Dhaene (N-VA).- De federale hervorming van de ziekenhuisnetwerken zal in Brussel een heel grote impact hebben. Ik ben echter vooral bezorgd over de gevolgen voor de Nederlandstalige zorgverlening.

Brussel heeft volgens de regelgeving recht op maximaal vier netwerken. Daarvan vallen drie netwerken onder de gezamenlijke voogdij van verschillende overheden: het Waals Gewest, de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof), de

Mme Liesbet Dhaene (N-VA) *(en néerlandais).- La réforme fédérale des réseaux hospitaliers aura un très grand impact à Bruxelles. Pour ma part, je m'inquiète surtout de ses conséquences pour les soins prodigués en néerlandais.*

Selon la réglementation, Bruxelles a droit à maximum quatre réseaux. Trois d'entre eux tombent sous la tutelle conjointe de la Région wallonne, de la Commission communautaire française (Cocof), de la Communauté française et

Franse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC). Die besturen hanteren een verschillend taalstelsel. De ziekenhuizen die vallen onder de Franse Gemeenschap, de Cocof en het Waals Gewest, zijn eentalig Frans. De ziekenhuizen die erkend zijn door de GGC, zouden tweetalig moeten zijn.

Twee netwerken zouden voorlopig een probleem kunnen vormen bij de organisatie van het ziekenhuizenlandschap, en dan houd ik even geen rekening met de ziekenhuizen waarvan nog niet zeker is bij welk netwerk ze zullen aansluiten. Het netwerk Iris Ziekenhuizen Zuid, dat zijn de OCMW-ziekenhuizen, moet tweetalig zijn, maar omvat ook een privéziekenhuis, Chirec, dat aan een veel minder streng taalstelsel onderworpen is dan de Irisziekenhuizen. Dat is een probleem. Het netwerk met de ziekenhuizen van Brussel-Stad en het Erasmusziekenhuis van de ULB, vormt ook een probleem.

De hervorming van de ziekenhuisnetwerken beoogt eigenlijk een rationalisering. Als er bijvoorbeeld in verschillende ziekenhuizen van het netwerk een dienst urologie bestaat, kan hun werking gerationaliseerd worden door de dienst urologie te centraliseren in één ziekenhuis. Dat kan echter een ziekenhuis zijn dat volledig onderworpen is aan een eentalig Frans taalstelsel. Door het schrappen van een tweetalige dienst binnen een tweetalig ziekenhuis, waar de Nederlandstalige Brusselaars terechtkonden, wordt de Nederlandstalige zorg in Brussel verminderd, want die dienst verhuist dan naar een eentalig ziekenhuis. Dat baart mij zorgen.

Ik sluit mij aan bij de vraag over de erkenningscriteria van de ziekenhuisnetwerken. Welke waarborgen moeten voorkomen dat de Nederlandstalige zorg in Brussel vermindert? Het is een verplichting van de GGC om daar rekening mee te houden en de Nederlandstalige zorg te waarborgen in de criteria voor de vorming van de netwerken. Volgens artikel 5bis van de bijzondere wet van 12 januari 1989 is er een standstillclausule, die bepaalt dat geen enkele ordonnantie, besluit of administratieve handeling afbreuk mag doen aan het tweetalige karakter.

U lacht, mijnheer de minister, maar het is wel een

de la Commission communautaire commune (Cocom). Les hôpitaux qui relèvent de la Communauté française, de la Cocof et de la Région wallonne sont unilingues francophones. Les hôpitaux agréés par la Cocom devraient être bilingues.

Deux réseaux pourraient ainsi poser problème dans l'organisation du paysage hospitalier : d'une part, le réseau HIS, soit les hôpitaux des CPAS, qui doit être bilingue mais qui comprend aussi le Chirec, hôpital privé soumis à un régime linguistique nettement moins strict et, d'autre part, le réseau formé par les hôpitaux de la Ville de Bruxelles et l'hôpital Erasme.

La réforme poursuit un objectif de rationalisation. Par exemple, s'il existe un service d'urologie dans plusieurs hôpitaux d'un même réseau, leur fonctionnement pourra être rationalisé en centralisant ce service dans un seul hôpital. Il se peut cependant que cet hôpital soit soumis à un régime unilingue francophone. C'est préoccupant.

Je me joins à la question relative aux critères d'agrément pour les réseaux hospitaliers. Quelles garanties empêcheront la diminution des soins prodigués en néerlandais à Bruxelles ? La Cocom a l'obligation d'en tenir compte dans les critères de formation des réseaux. L'article 5bis de la loi spéciale du 12 janvier 1989 prévoit une clause de standstill, stipulant que les ordonnances, règlements et actes administratifs ne peuvent porter préjudice au caractère bilingue et aux garanties dont bénéficient les néerlandophones.

Vous riez, M. le ministre, mais c'est un fait.

Comment garantirez-vous le respect de l'article 5bis en cas de fusion d'hôpitaux bilingues avec des hôpitaux purement francophones ?

feit. Ik vind het een beetje jammer. Ik weet dat u altijd de hete kolen uit het vuur moet halen voor uw Nederlandstalige collega's. Die zijn bij dergelijke debatten helaas zelden aanwezig, terwijl dat eigenlijk hun taak is. Maar u zit hier nu, dus ik stel mijn vragen aan u.

Artikel 5bis verbiedt dus elke administratieve handeling, ordonnantie of besluit die het tweetalige karakter van Brussel vermindert of afbreuk doet aan de waarborgen voor Nederlandstaligen. Dat artikel wordt bijzonder ruim geïnterpreteerd. Het betreft alle geldende waarborgen, zonder onderscheid, dus zeker ook in verband met de tweetalige zorgverlening in de ziekenhuizen van de GGC.

Hoe garandeert u het respect voor artikel 5bis bij een fusie van tweetalige ziekenhuizen met zuiver Franstalige ziekenhuizen?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De invoering van netwerken doet geen afbreuk aan de verplichtingen van de openbare ziekenhuizen en aan de verplichting van hun tweetalige dienstverlening. Mevrouw Dhaene, de N-VA zat in de federale regering toen dit wetsontwerp werd voorgesteld. Ik neem aan dat uw partij zich toen heeft geïnformeerd.*

Het is goed dat het wetsontwerp vorige week werd aangenomen, ook al bevindt de federale regering zich in een moeilijke situatie.

Van bij het begin van deze regeerperiode probeert het Brussels Gewest de ziekenhuizen in netwerken in te schakelen. Zo ondertekenden we in 2015 in de interministeriële conferentie Volksgezondheid een protocolakkoord over de hervorming van de ziekenhuissector.

De rol van de GGC bij deze hervorming bestaat erin om de ziekenhuisnetwerken te erkennen, rekening houdend met de normen van de federale overheid. Binnenkort zullen we een ontwerp van ordonnantie voorleggen aan het parlement om de erkenning wettelijk te regelen.

Het Verenigd College staat achter de doelstelling

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je vous confirme que le réseau ne change en rien les obligations inhérentes au secteur public couvertes par la Commission communautaire commune (Cocom) et l'obligation de proposer une offre bilingue. Votre formation politique était au gouvernement lorsqu'elle a négocié ces réseaux - c'est une initiative du gouvernement fédéral appuyée par votre parti au Parlement -, et je présume qu'elle a posé ces questions.

La loi sur les réseaux a été votée la semaine dernière et nous nous réjouissons que ce projet ait pu aboutir, malgré le contexte fédéral sensible. Je voudrais - une fois n'est pas coutume - saluer, au passage, la ténacité de notre collègue Maggie De Block.

Nous avons inscrit la Région bruxelloise dans la logique des réseaux, dès le début de cette législature, notamment en signant un protocole d'accord sur la réforme du paysage hospitalier, en 2015, en conférence interministérielle (CIM) de la santé publique.

Je précise que le rôle de la Cocom, dans cette réforme, est d'agréer les réseaux dans le respect des normes de base édictées par l'autorité fédérale. Un projet d'ordonnance sera d'ailleurs soumis très

van de hervorming van de netwerken, namelijk om voor iedereen in zijn streek een toegankelijk basisaanbod van ziekenhuisdiensten te garanderen. Het aanbod wordt gereorganiseerd om de kwaliteit te behouden en zelfs te verbeteren.

Ik begrijp dat u zich zorgen maakt over de plaatselijke opdrachten van de openbare ziekenhuizen, maar we moeten streven naar een evenwicht tussen de lokale beschikbaarheid van de diensten en de kwaliteit van de dienstverlening. Een concentratie van ziekenhuisdiensten bevordert de kwaliteit.

Het is jammer dat de hervorming van de wetgeving door de invoering van ziekenhuisnetwerken niet gepaard gaat met de hervorming van de planning van het dienstenaanbod. Het zou veel duidelijker zijn voor de ziekenhuizen als ze wisten welke diensten overal aangeboden moeten worden en welke op slechts een of meer locaties van het netwerk.

We stonden erop dat er in het Brussels Gewest vier ziekenhuisnetwerken zouden komen en dat ook ziekenhuizen uit de Rand zich daarbij zouden kunnen aansluiten. Aanvankelijk was dat niet de bedoeling, maar wij hebben ervoor gestreden om een partij terug te fluiten die het keurslijf waarin het Brussels Gewest gevangen zit, nog wilde aansnoeren.

De federale hervorming komt voor de ziekenhuizen op een moment waarin ze kampen met financiële moeilijkheden. De bevoegde federale minister ziet de netwerken als een oplossing om de onevenwichtige financiering van de ziekenhuizen aan te pakken. Ik ben echter minder optimistisch. Een financieel evenwicht binnen een netwerk is pas op lange termijn mogelijk, op voorwaarde dat de federale overheid werk maakt van de hervorming van het dienstenaanbod, de basisfinanciering en de medische nomenclatuur.

We merken dat ziekenhuizen steeds meer samenwerken, met of zonder hervorming. In de privésector hebben de afgelopen vijftien jaar heel wat fusies plaatsgevonden.

Ik word regelmatig geïnformeerd over de

prochainement à cette assemblée, afin de donner une base légale à l'agrément des réseaux.

Tout d'abord, nous souscrivons à la philosophie de la réforme des réseaux, qui est de garantir une offre de base accessible à tous géographiquement (dans le cadre de ce qu'on appelle les missions locorégionales des réseaux), une offre réorganisée permettant de maintenir, voire d'augmenter, la qualité des prises en charge.

En effet, si j'entends bien votre préoccupation pour les missions locales des hôpitaux publics, il n'en reste pas moins que l'accessibilité géographique doit se concilier avec l'impératif de qualité de nos soins. Pour le dire plus prosaïquement, faire de tout partout ne signifie pas forcément faire les choses correctement. En médecine, la concentration des activités est un gage de qualité. Il faut donc réussir à ménager le local et la qualité.

Nous regrettons d'ailleurs que la réforme de la loi sur les hôpitaux qui a créé les réseaux n'ait pas pu avancer parallèlement à la réforme de la planification de l'offre des services. Il aurait été beaucoup plus clair pour les hôpitaux de savoir quelles étaient les activités considérées comme locorégionales et, au sein de chaque réseau, quelles activités devaient être centralisées en un ou plusieurs sites.

Nous avons tenu à ce que le territoire bruxellois compte quatre réseaux qui puissent s'ouvrir aux hôpitaux des territoires voisins, même s'ils relèvent d'autres autorités. Le texte initial - émis d'ailleurs par le gouvernement - n'autorisait pas cette communication en dehors du territoire bruxellois. Nous nous sommes battus pour faire plier le parti, au sein du gouvernement, qui tenait à entériner le carcan bruxellois dans tout ce qu'il a de stupide.

Ensuite, la réforme fédérale est menée dans un contexte financier tendu pour les hôpitaux. La ministre fédérale voit dans les réseaux une manière de résoudre les déséquilibres financiers des hôpitaux du pays. Nous ne partageons pas tout à fait son optimisme. Les collaborations ne pourraient mener à un équilibre financier qu'à moyen ou long terme, et à condition que les autres

vorderingen van de onderhandelingen tussen de Brusselse ziekenhuizen. Het zou ongepast zijn om me daarmee te bemoeien, maar ik controleer wel of de netwerken in regel zijn met de federale wetgeving. Binnenkort zullen we de ziekenhuizen oproepen om een intentieverklaring in te dienen. Dat is de eerste stap voor de erkenning van de netwerken, die tegen 1 januari 2020 rond moet zijn.

Het lijkt me een goede zaak dat er rust kan neerdalen op de Brusselse ziekenhuissector en dat de ziekenhuizen die onder de bevoegdheid van de GGC vallen, de kansen benutten die de aanwezigheid van universitaire ziekenhuizen bieden. We hopen dat er een evenwichtige samenwerking tot stand komt, waarbij de ziekenhuizen van de GGC niet de tweede viool hoeven te spelen.

U stelde vragen over een mogelijke samenwerking tussen de Iris Ziekenhuizen Zuid en een of meer privéziekenhuizen, meer bepaald inzake de gevolgen voor de sociale opdrachten. De toezichthoudende overheid moet ervoor zorgen dat in het samenwerkingsakkoord van het netwerk rekening wordt gehouden met de specifieke opdrachten van de openbare ziekenhuizen. De raad van bestuur van Iris Ziekenhuizen Zuid zou daarover naar verluidt een juridische studie laten uitvoeren, maar ik heb die nog niet gezien.

Ik zal verder ingaan op uw vragen over de gevolgen van de ziekenhuisnetwerken voor de openbare ziekenhuizen.

Het is de bedoeling dat elk netwerk in juridisch opzicht kan worden onderscheiden van de ziekenhuizen in dat netwerk. De ziekenhuizen behouden hun autonomie, maar bepalen een gemeenschappelijke strategie. Ze kunnen naar eigen goeddunken bepalen in welke mate ze een gemeenschappelijk beleid voeren, bijvoorbeeld op het gebied van personeel. Elk ziekenhuis kan zijn personeelsstatuten behouden. Het spreekt voor zich dat de filosofie van de netwerken op lange termijn tot de organisatie van gemeenschappelijke activiteiten en een eengemaakt personeelsbeleid strekt, maar dat hoeft niet meteen vanaf 1 januari 2020 te worden geregeld.

éléments de la réforme hospitalière soient pris à bras-le-corps par les autorités fédérales : la planification de l'offre, le financement de base de l'hôpital et la nomenclature médicale.

Toutefois, même si la réforme n'avait jamais été prise, force est de constater que l'histoire hospitalière va dans le sens d'un accroissement des collaborations accrues. J'en veux pour preuve les dernières fusions essentiellement privées ces quinze dernières années et, plus récemment, les travaux de collaboration au sein du Centre hospitalier universitaire (CHU) Brugmann entre les hôpitaux publics et l'Université libre de Bruxelles (ULB).

Nous sommes bel et bien tenus informés des négociations en cours au sein des hôpitaux bruxellois. Cela dit, il ne nous revient pas d'intervenir dans ce cadre, mais bien de contrôler que les réseaux à constituer respecteront la lettre et l'esprit de la loi fédérale. Nous lancerons prochainement un appel à déclaration d'intention qui sera la première étape d'un processus d'agrément des réseaux. Pour rappel, ceux-ci doivent être agréés avant le 1er janvier 2020.

Dans le cadre des scénarios évoqués par les médias, il me semble intéressant que le parc hospitalier bruxellois se stabilise et que les hôpitaux bicommunautaires profitent de l'opportunité que constitue la présence d'hôpitaux universitaires sur le territoire bruxellois. Nous sommes, bien sûr, attentifs à ce que ces négociations entre établissements bicommunautaires et universitaires aboutissent à un résultat équilibré qui ne transforme pas nos hôpitaux bicommunautaires en institutions de seconde classe.

Quant à une possible collaboration entre les Hôpitaux Iris Sud (HIS) et un ou plusieurs hôpitaux privés, en particulier en ce qui concerne les missions sociales des hôpitaux publics - pour autant que celles-ci soient définies -, il revient au pouvoir organisateur des HIS de veiller à ce que les particularités publiques de leurs hôpitaux soient garanties dans un accord de collaboration de réseau. Il nous revient qu'une étude juridique a été commanditée par le conseil d'administration d'un HIS mais, au moment où je vous réponds,

Om netwerken mogelijk te maken met zowel openbare als privéziekenhuizen moet de OCMW-ordonnantie worden aangepast. Dat zou nog tijdens deze regeerperiode moeten gebeuren. Zonder die aanpassing zijn gemengde netwerken onmogelijk. Mijn twee collega's in het Verenigd College die toezicht houden op de OCMW's, zijn bevoegd voor die aanpassing.

Het is voorbarig om de rol van de toezichthoudende overheid in het Brussels Gewest en de Iriskoepel al te bepalen, maar het zou best kunnen dat de Iriskoepel zal zorgen voor de coördinatie van de openbare ziekenhuizen die deel uitmaken van de verscheidene netwerken.

De wet bepaalt dat de federale overheid beslist over de financiering van de ziekenhuisnetwerken. Aanvankelijk is het de bedoeling dat elk ziekenhuis zijn budget afzonderlijk beheert. De regelgeving over de financiering van de uitbating van de ziekenhuizen moet worden aangepast aan de evolutie van de netwerken.

De hervorming heeft geen rechtstreekse invloed op de financiering van de ziekenhuisinfrastructuur waarvoor de GGC bevoegd is. Het is echter wel de bedoeling om bij de goedkeuring van de bouwkalender rekening te houden met de strategie van de netwerken. Voor ziekenhuisnetwerken met leden waarvoor verschillende overheden bevoegd zijn, zullen de regels moeten worden aangepast.

nous n'avons pas encore pu en prendre connaissance.

Enfin, en ce qui concerne, de manière plus générale, les effets de réseaux sur les hôpitaux locaux et en particulier les hôpitaux publics, je vais tenter d'éclairer vos diverses interrogations.

Je rappelle que le principe des réseaux est celui de la création d'une structure juridique distincte des hôpitaux membres du réseau, qui se maintiennent comme entités autonomes mais dont la stratégie doit être définie en commun. Le niveau d'intégration de la gouvernance, des activités et du personnel des hôpitaux au sein d'un réseau est laissé au libre choix des hôpitaux. Il n'y a aucune obligation de reprendre, au niveau de la personnalité juridique que constitue le réseau, l'ensemble du personnel des hôpitaux membres du réseau. Les statuts du personnel peuvent donc continuer à exister au niveau de chaque hôpital. Il est évident que la philosophie des réseaux pousse, à terme, les hôpitaux à mettre des activités et du personnel en commun, mais cette étape peut être réfléchie dans un délai plus long que celui imposé par l'échéance du 1er janvier 2020.

La création d'un réseau, dont les membres associatifs seront à la fois des acteurs privés et publics, nécessite une adaptation de l'ordonnance relative aux CPAS, qui devrait intervenir sous cette législature. Sans cette adaptation, les réseaux mixtes (privé-public), en ce compris la collaboration annoncée entre les hôpitaux relevant de la Ville de Bruxelles et d'Érasme, ne peuvent pas exister. Ceci mettrait en péril, à notre sens, l'avenir du parc hospitalier bruxellois, d'où la nécessité de cette ordonnance qui relève de la compétence de mes deux collègues ayant la tutelle sur les CPAS.

En ce qui concerne la tutelle régionale et l'association faîtière Iris, il est sans doute trop tôt pour fixer leur rôle futur lorsque les réseaux auront pris leur rythme de croisière. Mais on peut tout à fait imaginer que la faîtière assure la coordination des hôpitaux publics situés dans plusieurs réseaux.

Pour le financement des hôpitaux, la loi prévoit que l'autorité fédérale peut fixer un budget des

moyens financiers au niveau d'un réseau. Mais, dans un premier temps, les hôpitaux devraient garder ce budget en leur sein. La réglementation sur le financement de l'exploitation de l'hôpital doit être revue pour correspondre à l'évolution des réseaux.

Le financement des infrastructures qui relèvent de notre compétence n'est pas directement impacté par la réforme. Mais il est toutefois prévu d'inclure la question de la stratégie des réseaux dans l'approbation des futurs calendriers de construction. En outre, pour les réseaux qui comprendront des hôpitaux relevant d'autorités différentes, les règles d'intervention devront être adaptées.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- U maakt zich blijkbaar geen zorgen over het behoud van het Brusselse openbare zorgnet dat voor iedereen, zonder onderscheid van sociaal statuut, toegankelijk is. De vorming van ziekenhuisnetwerken zou ook geen gevolgen hebben voor het statuut van het personeel en hun pensioenopbouw.*

U zegt dat een netwerk met verschillende personeelsstatuten en verschillende opdrachten mogelijk is. Ik vrees echter dat dat zal leiden tot een dualisering van de zorg in een zorg die de rijken zich kunnen veroorloven en een zorg die voor iedereen betaalbaar is.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Je relirai votre réponse encore avec attention. À vous entendre, j'ai le sentiment que vous ne nourrissez aucune crainte concernant le maintien de notre réseau de santé publique avec sa dimension de spécificité, c'est-à-dire un accès de tous aux soins, indépendamment du statut social des personnes. J'entends aussi que cette mise en réseau ne mettrait pas à mal le statut du personnel, avec tout ce que cela comporte en matière de charges pour les pensions.

Vous nous dites donc que l'on pourrait avoir un réseau avec divers statuts du personnel et différentes missions. Toutefois, in fine, n'assisterons-nous pas à une dualisation de la médecine dans un réseau, avec d'une part une médecine pour les plus privilégiés et d'autre part une médecine accessible pour tous ? Sur ce point, vous n'avez pas exprimé la crainte qui m'habite. Je suis consciente que, dans cette question, le rôle des ministres bicommunautaires est compliqué puisque la matière relève du fédéral et que la tutelle s'exerce de manières diverses. Il n'empêche que je reste fort préoccupée par les conséquences potentielles de ce mélange des genres qui mènerait à une dualisation du secteur de la santé dont pâtiraient les Bruxellois.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- Ik deel de bezorgdheid van mevrouw Emmery. U wijst op een gebrek aan planning bij de federale*

Mme Magali Plovie (Ecolo).- Je partage les inquiétudes de Mme Emmery. En effet, vous évoquez le manque de planification dans le chef

overheid. Het is belangrijk om over zowel gespecialiseerde diensten als wijkdiensten te beschikken, maar als alles op zijn beloop wordt gelaten, worden de doelstellingen soms niet gehaald. Het risico op een geografische splitsing is reëel. De GGC moet op die bezorgdheden een antwoord bieden.

de l'État fédéral. Disposer de lieux de spécialisations et maintenir des services de proximité est, certes, pertinent, mais laisser faire ne permet pas toujours de rencontrer les objectifs fixés. Il y a là un risque réel de dualisation géographique très important, et la Cocom a un rôle majeur à jouer dans ce dossier. Même si les compétences sont morcelées, ce qui complique la situation, nous devons répondre aux inquiétudes persistantes.

Mevrouw Liesbet Dhaene (N-VA).- U staat inderdaad niet in voor de federale overheid, maar hier gaat het over de implementatie op het niveau van de GGC. De verplichting van artikel 5bis, de standstill, slaat op de GGC en op Brussel.

U zegt dat de hervorming geen effect heeft, maar dat heeft ze wel. Het is niet omdat het taalstelsel van de ziekenhuizen zelf niet wijzigt, dat het aanbod van de netwerken niet kan wijzigen. Ik verwijs naar het voorbeeld van een dienst urologie die in het kader van het netwerk gerationaliseerd zou worden en naar een Franstalig ziekenhuis zou gaan, waar die dienst dan geen tweetalige dienstverlening meer zou aanbieden. Dat valt ook onder artikel 5bis. Het gaat immers om een waarborg die kan of zal verdwijnen door de ziekenhuisnetwerken.

Zult u in het kader van de implementatie van de ziekenhuisnetwerken artikel 5bis respecteren of niet?

Mme Liesbet Dhaene (N-VA) *(en néerlandais).- Vous n'êtes en effet pas responsable pour le niveau fédéral, mais on parle ici de la mise en œuvre au niveau de la Cocom. L'obligation de respect de l'article 5bis, le standstill, concerne la Cocom et Bruxelles.*

Vous dites que la réforme n'a pas d'effet, mais elle en a. Ce n'est pas parce que le régime linguistique ne change pas que l'offre des réseaux ne peut pas changer. L'article 5bis parle d'une garantie qui peut ou va disparaître avec la mise en place des réseaux hospitaliers. Allez-vous, dans ce cadre, le respecter ou pas ?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Natuurlijk zullen we artikel 5bis naleven. Van uw waanbeelden over de taalwetgeving kan ik u niet genezen.*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Évidemment, on respecte l'article 5bis, je pourrais le dire dix fois. Je connais vos fantasmes de type linguistique, et je ne vais pas vous en guérir.

Mevrouw Liesbet Dhaene (N-VA).- Dat geldt ook voor u.

Mme Liesbet Dhaene (N-VA) *(en néerlandais).- Cela vaut aussi pour vous.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik heb geen informatie gekregen waaruit blijkt dat er een probleem is met het taalgebruik in de ziekenhuizen. Ik beweer niet dat daarover nooit klachten zijn, maar die komen*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je n'ai pas reçu d'alerte sur ce point dans le cadre de la prestation de soins en Région bruxelloise. Je ne veux pas dire qu'il n'y a pas de plainte, mais j'observe que certaines proviennent de personnes

van mensen die noch Frans, noch Nederlands spreken.

Mevrouw Liesbet Dhaene (N-VA).- Mijnheer Gosuin, Brussel is een tweetalig gewest. Mijn probleem wordt veroorzaakt door mensen als u.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik heb begrip voor uw vrees. De invoering van ziekenhuisnetwerken kan maar een succes worden als ze gepaard gaat met een algemene hervorming, en daarvoor is de federale overheid bevoegd.*

De dualisering van de gezondheidszorg is al een feit. Uw vraag over de facturatie is daar het bewijs van. De oplossing voor dat probleem ligt bij de financiering van de ziekenhuizen. Als de overheid de ziekenhuizen te weinig blijft financieren, wordt de verleiding voor hen zeer groot om voorrang te geven aan winstgevende activiteiten en rijke patiënten.

Een ziekenhuisnetwerk is gewoon een organisatiemodel om de kwaliteit te verbeteren door in overtollige diensten en technologische middelen te snoeien, dus daar ligt het probleem niet. Ik ben een van de zeldzame politici die de verzuiling, met katholieke of vrijzinnige scholen en ziekenhuizen, altijd stompzinnig heeft gevonden.

De beleidsverantwoordelijken moeten over duidelijke doelstellingen beschikken inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de financiering van het beleid, rekening houdend met de verschillende sociaal- economische situaties in ons land, zonder dat de gezondheidszorg volledig wordt genationaliseerd. Ik maak me niet de illusie dat er op dat gebied veel zal veranderen.

Het is op zich geen probleem dat openbare en privéziekenhuizen banden hebben. Wat is er mis mee dat het Erasmusziekenhuis samenwerkt met de ziekenhuizen van Brussel-Stad? Dat is zelfs een goede zaak, want samenwerking leidt tot een betere gezondheidszorg. Een gezondheidszorg met qui ne parlent ni le français, ni le néerlandais, et qui éprouvent des difficultés à trouver une continuité de soins.

Mme Liesbet Dhaene (N-VA) *(en néerlandais).- M. Gosuin, Bruxelles est une Région bilingue. Mon problème est causé par des gens comme vous.*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je peux comprendre vos craintes. La logique de réseaux est une logique à laquelle le Collège a souscrit. Elle est imparfaite, si elle n'est pas accompagnée d'une réforme globale. Cette réforme est de la compétence de l'État fédéral ! Soyons clairs : la dualisation dont vous parlez apparaît déjà dans les faits. Votre question sur la facturation en est la preuve.

La réponse se trouve dans la clé de financement des hôpitaux ! Si nous continuons à étrangler les hôpitaux financièrement, la tentation sera grande d'aller vers des activités plus lucratives, vers des gens qui ont plus de moyens pour pouvoir équilibrer les comptes. C'est aussi basique que cela.

Il ne s'agit pas du réseau en tant que tel. Le réseau est une organisation qui vise à améliorer la qualité, en évitant la redondance de services et de technologies. C'est dans l'air du temps. Je suis de ceux - espèce rare dans le milieu politique - qui ont toujours trouvé stupide la manière dont la Belgique a construit, sur des piliers catholiques ou non, publics ou non, l'école ou les hôpitaux ! J'ai dû apprendre à vivre avec ce constat.

Il faut que les responsables politiques aient des objectifs clairs en matière d'accès aux soins de santé, de financement des politiques compte tenu des situations socio-économiques diverses de notre pays, sans faire des pouvoirs publics les uniques garants en matière de soins de santé. Nous devons évoluer dans ce sens, même si je ne me fais pas beaucoup d'illusions sur la possibilité de briser les chapelles quelles qu'elles soient.

L'existence de liens entre les hôpitaux publics et privés n'est pas malsaine. Que l'hôpital Érasme

twee snelheden wordt niet veroorzaakt door samenwerkingsverbanden, maar door het uitblijven van een algemene hervorming. Het staat overigens niet vast dat de invoering van ziekenhuisnetwerken financieel voordelig zal zijn. Ik pleit voor een verdere hervorming en een aangepaste financiering.

Ik heb de afgelopen dertig jaar in dit parlement talloze debatten over de openbare en privéziekenhuizen meegemaakt. Sommige katholieke privéziekenhuizen klaagden dat de openbare ziekenhuizen alle geneeskundige zorg voor armen op zich namen. De openbare ziekenhuizen vonden dat maar normaal en eisten de bijbehorende financiering op. Het leidde tot eeuwig gekibbel over de financiering.

Het wordt tijd om dat achter ons te laten en een globale visie op de ziekenhuissector aan te nemen. Ik ben het wel met u eens dat de invoering van ziekenhuisnetwerken niet alle problemen zal oplossen en al helemaal geen einde zal maken aan de gezondheidszorg met twee snelheden. Het zal zelfs nog erger worden als de overheid alleen naar de centen kijkt in plaats van de kwaliteit van de dienstverlening in het oog te houden.

We hebben ook al gedebatteerd over ambulante zorg. Velen pleiten daarvoor, maar deze vorm van zorgverlening kan ertoe leiden dat armen het nog moeilijker krijgen. Ze zijn vaak onvoldoende geschoold of hebben geen geschikte omgeving om de zorg thuis voort te zetten.

De kostprijs van de gezondheidszorg is natuurlijk belangrijk, maar als er honderden miljoenen worden beknibbeld op de gezondheidszorg, is dat onvermijdelijk nadelig voor de toegankelijkheid van die zorg voor de armsten.

Met de ziekenhuisnetwerken staan we niet aan het einde, maar aan het begin van een nieuw hoofdstuk. Het debat is niet afgelopen, de strijd nog niet gestreden.

travaille avec les hôpitaux de la Ville de Bruxelles ne me paraît pas illégitime. Il faut même lui donner la possibilité de le faire pour qu'il puisse optimaliser ses compétences et offrir la meilleure médecine. Ce n'est pas cela qui va favoriser la dualisation, c'est l'absence d'une réforme globale. Aujourd'hui, la réforme est imparfaite. Croire que seule l'organisation de ce réseau va entraîner un gain financier est un parti pris idéologique. C'est possible, mais pas certain. Il faut donc accompagner ce choix d'autres réformes et mener une réflexion sur le financement des hôpitaux.

Pendant trente ans, j'ai participé dans notre parlement à des débats internes au sein des majorités sur le traitement à réserver aux hôpitaux publics et aux hôpitaux privés. Certains hôpitaux privés, plutôt d'obédience catholique, se plaignaient du fait que les hôpitaux publics pensaient avoir le monopole des pauvres, et les hôpitaux publics prétendaient de leur côté que c'était le cas et qu'il était donc normal qu'ils soient financés. Cela a donné lieu à des procès incessants concernant les financements.

Nous devons dépasser tout cela. Nous devons avoir une vision beaucoup plus globale du secteur. J'estime toutefois, comme vous, que le réseau ne va pas tout résoudre. La dualisation que l'on constate aujourd'hui ne va pas s'estomper avec le réseau. Et celle-ci s'aggravera si la pression financière qui est mise sur les hôpitaux, et de manière générale sur les soins de santé, continue à avoir uniquement une visée budgétaire et pas de qualité de service.

De même, au sein de cette assemblée, nous avons eu de grands débats sur les soins ambulatoires. De manière générale, les courants les plus progressistes vous diront que ce type de soins est fantastique. Mais, d'un autre côté, les services de soins en ambulatoire risquent de fragiliser surtout les personnes qui sont en situation socio-économique faible, parce qu'elles n'ont pas les infrastructures, parfois pas le niveau d'éducation et pas l'environnement qui leur permet une certaine qualité de soins. Donc, le secteur ambulatoire, présenté de manière un peu mythique comme le paradis des soins, risque de constituer un grand tourment pour ceux et celles qui sont plus

fragilisés.

Aucune réponse ne permet de supprimer ce problème. La seule manière de contribuer à le résorber est d'enfin pratiquer une mise à plat, plutôt que de maintenir une lecture purement budgétaire de la gestion des soins de santé, ce que nous faisons depuis vingt ans, quelles que soient les majorités. Le volet budgétaire est, certes, indispensable, mais il ne faut pas se limiter à trouver comment grappiller quelques centaines de millions sur les soins de santé, car cela se répercute de facto sur celles et ceux qui ont le moins accès aux soins de santé.

Ce débat n'est pas clôturé. Le réseau n'est pas la fin, mais le début d'une histoire. Le combat sur d'autres thèmes, comme celui que vous évoquez, n'est certainement pas terminé.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Uw visie is interessant. We staan aan de vooravond van een hervorming die volgens u bevorderlijk is voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, op voorwaarde dat ze gepaard gaat met een ruimere hervorming en in goede banen wordt geleid. Dat is echter niet het geval.*

Mme Isabelle Emmery (PS).- Votre vision est très intéressante, mais il y aurait beaucoup de choses à changer. Le fait est que nous sommes face à une réforme dont vous dites vous-même qu'elle améliorera la qualité de nos soins de santé, pour autant qu'elle soit accompagnée correctement ou qu'elle s'accompagne d'autres réformes. Or, actuellement, cet accompagnement n'existe pas.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De inrichtende machten, waar u trouwens bij bent betrokken, moeten daarover beslissen.*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Mais ce sont aux pouvoirs organisateurs, dont vous faites partie, de décider.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Ik zet mij daar zowel hier als in die inrichtende macht volledig voor in.*

Mme Isabelle Emmery (PS).- Je m'y bats autant que je me bats ici.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Hoe komt het dat zelfs de Iris Ziekenhuizen Zuid en het UVC Brugmann, die toch allebei tot de openbare sector behoren, het zo moeilijk eens kunnen worden?*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Comment se fait-il que, même au niveau public, on ait du mal à s'entendre entre les HIS et le CHU Brugmann ?

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Ik vind dat even jammer als u.*

Mme Isabelle Emmery (PS).- Je le déplore autant que vous.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Maar u staat toch aan het roer? Het is jammer dat er daar geen netwerk tot*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Vous êtes pourtant à la manœuvre. Vous n'avez même pas été capables, au niveau public, de

stand komt.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- U weet net zo goed als ik dat het beslissingsproces van een ziekenhuisstructuur bijzonder complex is.*

De hervorming mag de openbare ziekenhuizen niet verzwakken. De Brusselse openbare ziekenhuizen verstrekken zorg aan de armste Brusselaars en werken met opgeleid personeel dat rechten heeft verworven. We moeten erop toezien dat daar geen afbreuk aan wordt gedaan.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Dan moet u het netwerk van Brusselse openbare ziekenhuizen versterken! Ik heb de organisatie van de ziekenhuizen altijd inefficiënt gevonden. Het is jammer dat een goede interne samenwerking van de openbare ziekenhuizen wordt verhinderd door interne politieke spelletjes, maar het is nooit te laat om dat recht te trekken.*

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Ik weet niet naar wie u verwijst. U moet er trouwens rekening mee houden dat het lokale bestuursniveau nog steeds het eerste aanspreekpunt is voor patiënten.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Dat ontken ik toch niet?*

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Die hebben toch geen negatief effect.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Toch wel. Dat blijkt duidelijk uit wat er over de hervormingen wordt beweerd.*

Het UVC Brugmann heeft bijvoorbeeld beslist om vooral samen te werken met het Erasmusziekenhuis. Dat mag best, maar het had ook kunnen beslissen om samen te werken met de openbare ziekenhuizen. Dat kan ook op het lokale

construire ce réseau, pour toutes sortes de raisons relevant de sous-chapelles locales.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Vous savez comme moi qu'il y a énormément de niveaux décisionnels dans ces structures.

Cette réforme, dont on se réjouit pour ce qu'elle aura de positif, ne doit pas affaiblir le réseau public. À ce stade, la situation n'est pas claire à ce sujet. Nos hôpitaux publics fournissent des soins aux Bruxellois les moins privilégiés et disposent d'un personnel qualifié, qui a des droits. Il faut protéger les hôpitaux publics sur ces deux plans.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Consolidez le réseau public bruxellois ! À titre personnel, j'ai toujours trouvé cette structuration inefficace. Objectivement, je peux vous le dire : ce sont des jeux politiques internes qui ont empêché que même les hôpitaux publics travaillent de manière coordonnée et je le regrette. Je n'ai jamais été à la manœuvre, mais il n'est pas trop tard.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Je ne sais pas à quelles chapelles vous faites référence. S'il s'agit de chapelles territoriales, vous devez aussi prendre en considération que l'interlocuteur, pour le patient, c'est encore le niveau local. Sur un territoire, les premiers à être interpellés sont les conseillers communaux et le bourgmestre.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Qui dit le contraire ?

Mme Isabelle Emmery (PS).- Les chapelles n'ont donc pas cet effet négatif.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Si, elles l'ont ! On le voit bien dans les déclarations des uns et des autres concernant cette réforme des réseaux. Soyons clairs, si le siège CHU Brugmann décide de travailler prioritairement avec l'hôpital Érasme, c'est pour atteindre un excellent niveau. Je ne dis pas que cela ne se justifie pas, mais ils auraient pu suivre une autre logique, celle d'une structuration de l'ensemble du réseau public qui aurait constitué un très beau réseau. Pourquoi ne pas avoir procédé de

niveau.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Wat dat betreft, ben ik het met u eens.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik respecteer de lokale autonomie, maar ik maak in tegenstelling tot u geen deel uit van de inrichtende macht van de ziekenhuizen.*

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Ik verdedig overal hetzelfde standpunt.*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik hoop dat uw standpunt zal worden gehoord in Sint-Gillis en de andere gemeenten waar de Iris Ziekenhuizen Zuid gevestigd zijn.*

Mevrouw Liesbet Dhaene (N-VA).- Ook de N-VA is tegen zuilen en voor optimalisatie en rationalisering. De N-VA is niet tegen de hervorming als dusdanig. De rationalisering mag in Brussel echter niet leiden tot minder Nederlandstalige zorgverlening. Dat zou niet wettelijk zijn. Het Brussels Gewest is volgens een institutioneel akkoord tweetalig en moet dat akkoord respecteren. Uw antwoord is beneden alle peil, maar ik neem er kennis van.

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER MICHEL COLSON

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

la sorte ? Nous aurions ainsi respecté les logiques locales.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Je suis d'accord avec vous sur ce point.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je respecte l'autonomie locale. Je ne suis pas dans ce pouvoir organisateur. Vous par contre, vous y siégez. Je viens de le découvrir. Vous êtes donc à la manœuvre.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Je défends la même chose partout !

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Dans ce cas, j'espère que vous vous ferez entendre à Saint-Gilles et dans les autres communes concernées par les HIS.

Mme Liesbet Dhaene (N-VA) *(en néerlandais).- La N-VA est aussi pour l'optimisation et la rationalisation, elle n'est pas contre la réforme en tant que telle. La rationalisation ne peut cependant pas aboutir, à Bruxelles, à moins de soins pour les néerlandophones. La Région bruxelloise est bilingue en vertu d'un accord institutionnel et elle doit respecter cet accord. Votre réponse est en dessous de tout.*

- L'incident est clos.

QUESTION ORALE DE M. MICHEL COLSON

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

GEZONDHEIDSBELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de veiligheid van het elektronisch medisch dossier".

De heer Michel Colson (DéFI) *(in het Frans).- Op 24 september meldde de pers een verontrustend probleem met de veiligheid van de elektronische medische dossiers. Een hacker zei dat hij de servers van de Belgische ziekenhuizen in minder dan vijf uur kon kraken en zelfs persoonlijke medische dossiers kon inkijken.*

Het Australische bedrijf Nuix publiceerde een grote internationale enquête waaruit blijkt dat 39% van de hackers in minder dan vijf uur tijd of vijftien uur, als ze minder ervaren zijn, toegang hebben tot gevoelige informatie van ziekenhuizen en zorginstellingen.

Kunt u de bevolking en de medische sector geruststellen wat de veiligheid van patiëntengegevens betreft? Welke maatregelen neemt de regering om het kraken van elektronische medische dossiers tegen te gaan? Beperkt de decentralisering van het Belgische systeem het risico op hacking?

De hacking van medische informatie lijkt uit te gaan van informaticabedrijven die hun beveiligingsprogramma's aan de man willen brengen. Nochtans worden die programma's, zodra ze op de markt komen, door hackers geneutraliseerd.

Bevestigt u dat? Kunnen hackers gemakkelijk worden geïdentificeerd?

FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la sécurité du dossier médical électronique".

M. Michel Colson (DéFI).- La presse s'est fait l'écho, le 24 septembre dernier, d'une faille particulièrement inquiétante en matière de sécurité informatique du dossier médical électronique. S'agissant des hôpitaux belges, un hacker s'est exprimé en ces termes : "Je peux pirater leurs serveurs en moins de cinq heures, je peux même aller dans les dossiers médicaux de certains patients. C'est inquiétant, car je pourrais sortir des informations concernant la santé des politiques, etc.".

Ces propos s'apparentent à une forme de chantage en période préélectorale. Il n'empêche qu'ils soulèvent la question bien réelle de la sécurité informatique de notre réseau. La société australienne Nuix, spécialisée dans la gestion de données à grande échelle, a publié une grande enquête internationale sur le sujet et les résultats sont interpellants : 39% des hackers affirment pouvoir dérober des données sensibles dans un hôpital ou un organisme de soins de santé en moins de cinq heures, quinze heures pour les moins initiés.

M. le ministre, je n'ignore pas les efforts que vous avez consentis pour contrôler ce passage à l'informatisation des dossiers médicaux en toute sécurité. Toutefois, il me semble indispensable de rassurer la population et le corps médical par rapport à la protection de ces données sensibles.

Dès lors, pourriez-vous m'indiquer quelles sont les mesures prises par le gouvernement pour éviter le piratage dans le cadre de cet objectif d'informatisation des dossiers médicaux ? La décentralisation du système belge limite-t-elle les risques de ce piratage ?

Ce piratage des informations médicales semble être généralement orchestré par les sociétés informatiques, qui font ainsi pression pour qu'on achète leurs pare-feu et autres systèmes de

sécurité, systèmes bien entendu immédiatement dépassés par les hackers dans la semaine qui suit leur sortie sur le marché.

Confirmez-vous cette tendance ? Les auteurs de ces attaques sont-ils facilement identifiables ?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Vaak wordt het veiligheidscriterium ingeroepen om het elektronisch delen van medische informatie te weigeren. Sommige zorgverleners - gelukkig zijn het er steeds minder - weigeren zelfs gebruik te maken van software voor het beheer van patiëntendossiers.*

In België is het delen van medische gegevens georganiseerd in hubs, een metahub en kluizen, met sterk beveiligde technologieën gebaseerd op criteria die door het eHealth-platform zijn vastgelegd. Dat alles beperkt het risico op hacking.

Op het vlak van het Brussels Gezondheidsnetwerk (BGN) is het volgende in het werk gesteld:

- veiligheidsbeleid gebaseerd op de ISO 27.000-norm;

- goede veiligheidspraktijken bij de administratie;

- decentralisering en opdeling van de informatie, waardoor ze kan worden gedeeld en de impact van een eventuele cyberaanval beperkt blijft;

- gebruik van een erkend cryptografisch systeem, dat kan worden aangepast aan de behoeften;

- beveiligde verbinding met het netwerk;

- follow-up van de system event log.

Het BGN wordt tweejaarlijks, binnenkort jaarlijks, doorgelicht door een onafhankelijke expert.

De ziekenhuizen hebben verplicht een veiligheidsconsulent en een data protection officer (DPO) in dienst. Bovendien moeten ze zich schikken naar de nieuwe Europese regelgeving, de

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- La sécurité des données médicales électroniques est une préoccupation permanente pour les informaticiens, les prestataires de soins et, bien entendu, les patients. Cet élément de sécurité est très souvent invoqué pour refuser le partage de données par voie électronique, voire, pour certains prestataires - heureusement de plus en plus rares -, pour refuser l'utilisation des technologies numériques et donc des logiciels de gestion des dossiers patients informatisés.

Comme vous le soulignez, l'infrastructure belge en hub, métahub et coffres-forts qui relient les hôpitaux et les prestataires de première ligne pour permettre l'échange de données de santé utilise des technologies hautement sécurisées selon des critères prédéfinis par la plate-forme eHealth. Tout cela limite fortement les risques de piratage.

Plus particulièrement au niveau du Réseau santé bruxellois (RSB), les éléments suivants sont de nature à nous rassurer :

- la mise en place d'une politique de sécurité inspirée par la norme IS0 27.000 garantissant le maintien et l'évolution du niveau de sécurité dans le temps ;

- l'emploi de bonnes pratiques de sécurité dans le cadre de l'administration des infrastructures ;

- le cloisonnement et la décentralisation de l'information permettant la transmission des dossiers des patients tout en réduisant significativement l'impact d'une attaque ;

- l'emploi d'une architecture cryptographique reconnue correspondant à l'état de l'art en la matière et présentant une capacité d'évolution dans le temps ;

- la connexion au réseau est sécurisée (cryptée de

algemene verordening gegevensbescherming (AVG). De ziekenhuizen kunnen dus niet anders dan te investeren in computerbeveiliging.

In vergelijking met andere sectoren investeren ziekenhuizen weinig in computerbeveiliging (1% tegenover 10% bij de financiële sector). Dat valt te verklaren door de geringe middelen die de federale overheid de ziekenhuizen voor informatica ter beschikking stelt.

De experts van het BGN raden aan om met een cloudomgeving te werken. Paradoxaal genoeg boezemt die werkwijze angst in, omdat men de indruk heeft dat men niet weet waar de gegevens zich precies bevinden en men ze overal kan raadplegen.

Nochtans biedt een cloudomgeving de hoogst mogelijke veiligheidsgarantie. De corebusiness van bedrijven die dit systeem verkopen, bestaat uit het onderhoud en de beveiliging van de servers. Ook is het voordelig dat een kleine zorginstelling de beveiliging van haar programma's kan delen met alle andere gebruikers van de cloud en daardoor geen gespecialiseerd personeel in dienst hoeft te nemen.

Brusafe+, onze multidisciplinaire kluis voor eerstelijnszorgaanbieders, is een mooi voorbeeld van een in een cloud gehoste, digitale kluis, die aan de hoogst mogelijke beveiligingsnormen beantwoordt.

Voor onze experts is het geen gemakkelijke opdracht om de identiteit, het profiel en de motivatie van hackers te achterhalen.

bout en bout) ;

- il existe un suivi du journal des événements système.

Dans ce contexte, un audit du Réseau santé bruxellois est réalisé tous les deux ans, et bientôt tous les ans, par un expert externe indépendant.

Les hôpitaux sont tenus d'avoir un conseiller en sécurité de l'information et un DPD (délégué à la protection des données). De plus, ils sont soumis à la nouvelle réglementation européenne, le RGPD (règlement général sur la protection des données). Ces deux rôles poussent les institutions hospitalières à investir de plus en plus dans la sécurité informatique pour se conformer à la législation.

On peut bien sûr regretter le caractère limité de l'investissement comparativement à d'autres secteurs. Selon des estimations, les hôpitaux belges dépenseraient seulement 1% de leur chiffre d'affaires en sécurité informatique, contre 10 % pour le secteur financier. Cela peut s'expliquer par le mode de financement fédéral des hôpitaux, qui ne prévoit pas suffisamment de budget pour l'informatique, même si la ministre De Block a réalisé certaines mesures en la matière pendant cette législature.

Pour contrer les hackers, selon nos spécialistes du Réseau santé bruxellois (RSB), la solution se trouverait dans le système de l'informatique en nuage (cloud). Paradoxalement, ce système peut faire peur parce qu'on a l'impression de ne pas pouvoir déterminer exactement où se trouvent les données et parce que celles-ci sont accessibles de partout.

Cependant, dans un système d'informatique en nuage, le client a la garantie que son infrastructure est la plus sûre du marché. En effet, les sociétés qui vendent ce système ont comme cœur de métier l'entretien des serveurs et leur sécurité. Ainsi, au lieu de devoir recruter des informaticiens avec des compétences complexes et rares, ce qui est difficile pour de petites institutions de santé, il est possible de mutualiser la sécurité des applications avec tous les autres clients du fournisseur du

nuage.

Brusafe+, notre coffre-fort bruxellois multidisciplinaire de première ligne, est un bel exemple de coffre-fort numérique hébergé dans un nuage et qui, de ce fait, répond aux normes de sécurités les plus élevées du marché.

Pour ce qui est de l'identification des hackers, il est difficile pour nos experts de se prononcer sur leur identité, leur profil et leurs motivations.

De heer Michel Colson (DéFI) *(in het Frans).- Het is belangrijk om de patiënten en de artsen gerust te stellen. We moeten hun uitleggen dat het nieuwe systeem meer garanties biedt op het vlak van gegevensbeveiliging.*

In mijn hoedanigheid van OCMW-voorzitter was ik verantwoordelijk voor het beheer van een rusthuis. Ik heb toen vastgesteld dat het medisch geheim er niet werd nageleefd. We hebben moeten ingrijpen. Nu zijn er meer garanties dan vroeger, toen iedereen de dossiers kon inkijken.

M. Michel Colson (DéFI).- Je crois qu'il faut dédramatiser et continuer à faire de la pédagogie sur cet aspect. Je fais partie d'une génération totalement démunie face à l'informatique, mais je pense aussi qu'il faut continuer à expliquer au patient et à certains médecins généralistes plus réticents qu'en fin de compte, l'accès aux données n'est pas forcément mieux garanti avec le système informatique actuel qu'avec le système précédent.

De par mon expérience de président de centre public d'action sociale (CPAS) responsable d'une maison de repos, je peux vous dire que le secret des données médicales est un leurre. Je crois qu'il s'agit là d'un argument que nous devons avancer face aux résistances. Il y a davantage de garanties aujourd'hui qu'auparavant dans le cadre de dossiers accessibles à n'importe qui. Dans la maison de repos en question, nous avons dû prendre des mesures extrêmement précises et fermes à ce sujet.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Dat er bij het parket medische dossiers zijn gestolen van slachtoffers van de aanslagen, toont aan dat een papieren dossier zeker niet veilig genoeg is.*

- Het incident is gesloten.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- D'ailleurs, le fait que le Parquet a été visité et qu'on y a volé des dossiers de santé personnels de victimes des attentats de Bruxelles montre que le papier est loin d'offrir la plus grande sécurité.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

AAN DE HEER GUY VANHENGEL, LID VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR HET

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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 medisch-sociale software Topaz".

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Topaz is een geïnformatiseerd medisch-sociaal dossier dat sinds juli gebruikt wordt door verenigingen in de medische sector. Financiers ervan zijn de Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, Dokters van de Wereld (DVDW) en de Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF). De gebruikersinterface moest zowel in het Nederlands als in het Frans eind december 2018 beschikbaar zijn. Het was de bedoeling transversaal te werk te gaan tussen alle zorgverleners en de patiënten.*

Volgens le Journal du médecin zou dit dossier een transdisciplinair gebruik mogelijk maken door de op maat gemaakte modules voor de verschillende beroepen en diensten. Bijkomende modules, zoals voor tolkdiensten, zijn mogelijk en zeer nuttig in het Brussels Gewest. De dienstverleners kunnen met elkaar communiceren dankzij instant messaging.

Topaz kan ook nagaan of patiënten verzekerbaar zijn, antecedenten en allergieën beheren, elektronische voorschriften verwerken, een agenda aanmaken voor het beheren van de afspraken en consultaties en herinneringsberichten sturen naar de patiënten.

De administratieve en financiële notificatiemodule maakt een onmiddellijk en forfaitair factuurbeheer mogelijk, kan het personeelsbeheer integreren in de software van de sociale secretariaten, tewerkstellingssubsidies automatisch beheren en

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 logiciel médical social Topaz".

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je signale que j'ai déposé ma question le 8 octobre dernier. Le logiciel dont je vais vous parler n'est plus vraiment une nouveauté.

Le logiciel Topaz, lancé en juillet dernier, est un dossier médical informatisé "social-santé", intégré et labellisé par le monde associatif médical. Il est financé sur fonds propres, notamment par la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF), Médecins du monde (MDM) et la Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF). L'interface devait être entièrement bilingue (français et néerlandais) et définitivement opérationnelle à la fin décembre 2018.

Face à la surreprésentation de logiciels créés par ou pour les médecins, le secteur associatif a voulu dépasser l'interdisciplinarité et aller vers une transdisciplinarité entre tous les prestataires de soins et les patients propriétaires de leurs données.

Selon le Journal du médecin, ce dossier permettra une utilisation transdisciplinaire, basée sur des modules "métiers" développés sur mesure : médical, kinésithérapeute, infirmier, psychologue, social et juridique. Des modules complémentaires rendront également possibles des services tels que l'interprétariat, très utile en Région bruxelloise. Les prestataires pourront dialoguer grâce à une messagerie instantanée interne.

Topaz proposera également :

activiteitenverslagen genereren.

Topaz kan ook de gebruikersgegevens van Pricare, het softwareprogramma van de maisons médicales, en Jade, dat van de centra voor gezinsplanning, verwerken.

Dit is een interessant programma, want het koppelt de gezondheidsaspecten en de sociale aspecten van de patiënt.

Bent u hiervan op de hoogte?

Hebt u beslist om dit programma compatibel te maken met het Brussels Gezondheidsnetwerk? Hoe ging u te werk? Tegen wanneer zal dit klaar zijn?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Op 22 juni 2018 werd het softwareprogramma Topaz door zijn ontwikkelaars voorgesteld in de vergadering van het comité e-gezondheid.brussels. Dat comité werd in 2016 opgericht na de invoering van het platform e-gezondheid.brussels, dat technologische ontwikkelingen sneller ter beschikking wil stellen van patiënten en de gezondheidssector.*

Het softwareprogramma werd dus voorgesteld aan alle leden van dit comité: de vertegenwoordigers van lifetech.brussels, Innoviris, de Brusselse Vereniging voor Medische

- la vérification de l'assurabilité des patients ;

- la gestion des antécédents et des allergies ;

- la prescription électronique ;

- un agenda pour la gestion des rendez-vous, la création de consultations directement au départ d'un rendez-vous, l'affichage et la configuration de l'horaire de plusieurs prestataires et l'envoi de textos de rappel aux patients ;

- un module de notification administratif et financier permettant la gestion de la facturation directe à l'acte et au forfait, l'intégration de la gestion du personnel aux programmes des secrétariats sociaux, la gestion automatique des subventions à l'emploi et l'élaboration automatique des rapports d'activité ;

- les migrations de données des utilisateurs de Pricare, le logiciel des maisons médicales, et de Jade, celui des centres de planning familial.

Je trouve pour ma part ce nouveau programme particulièrement intéressant, car il lie la santé et le social.

Avez-vous eu connaissance du lancement de ce nouveau logiciel ?

Avez-vous décidé de le rendre compatible avec le Réseau santé bruxellois (RSB) ? Dans l'affirmative, comment avez-vous décidé de procéder, et pour quand cela est-il prévu ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Le logiciel Topaz a été présenté par ses concepteurs lors de la réunion du comité e-santé.brussels du 22 juin dernier, qui s'est tenue à mon cabinet. Pour rappel, ce comité, qui se réunit tous les deux mois, découle de la mise en place en 2016 de la plate-forme e-santé.brussels, dont le but est d'accélérer la mise à disposition de solutions technologiques pour les patients et le monde de la santé en Région de Bruxelles-Capitale, par le soutien à l'innovation et à l'entrepreneuriat dans l'e-santé.

Cette plate-forme est composée de représentants

Telematica (Abrumet), de Plate-forme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS), de Federatie van de technologische industrie (Agoria), de administratie van de GGC, de kabinetten van de collegeleden bevoegd voor gezondheid en de ziekenhuiskoepels.

Doordat het programma gezondheidsaspecten en sociale aspecten koppelt is het bijzonder interessant. De Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) steunt overigens de ontwikkeling en het gebruik ervan.

Topaz is ontstaan uit de integratie van de softwareprogramma's van organisaties die door de Cocof worden gesubsidieerd, namelijk Pricare van de maisons médicales en Jade van de centra voor gezinsplanning. Beide organisaties wilden een gemeenschappelijk en transdisciplinair programma, dat de patiënten structureel volgt.

Topaz wil een softwareprogramma aanbieden tegen een aanvaardbare kostprijs, waarbij het gegevensbeheer overgelaten wordt aan de organisaties zelf. Daarnaast wil het ook mobiele middelen aanbieden, waardoor de organisaties en de patiënten met elkaar in verbinding staan.

Topaz is helemaal compatibel met het Brussels Gezondheidsnetwerk. Aangezien het programma gebaseerd is op Pricare, wordt het erkend als elektronisch medisch dossier (EMD) en kunnen steekkaarten van het elektronisch medisch kerndossier op het netwerk gepubliceerd worden.

Brusafe+ fungeert conform de internationale normen als kluis voor multidisciplinaire gegevens en maakt het elektronisch delen van gegevens mogelijk.

Topaz is een van de softwareprogramma's die in aanmerking komen voor het consultatiebureau voor huisartsengeneeskunde dat de GGC sinds 2016 steunt en dat gereorganiseerd wordt in het kader van een structurele financiering.

Via de Brusselse Vereniging voor Medische Telematica (Abrumet) kan de GGC de opleiding voor het gebruik van Topaz steunen.

de lifetech.brussels, d'Innoviris, de l'Association bruxelloise de télématique médicale (Abrumet), de la Plate-forme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS), de la Fédération de l'industrie technologique (Agoria), de l'administration de la Cocom et des cabinets de la santé. Les coupoles hospitalières ont rejoint la plate-forme en 2018.

Le logiciel Topaz a donc été présenté à tous ces partenaires. Alliant, comme vous le soulignez, les aspects de la santé et du social, il apparaît de ce fait comme particulièrement intéressant. La Cocof soutient d'ailleurs son développement et son utilisation pour les secteurs qu'elle gère.

Topaz provient de l'évolution et de l'intégration de deux logiciels utilisés par les acteurs de terrain subventionnés par la Cocof. Il s'agit de Pricare pour les maisons médicales et de Jade pour les centres de planning familial. Le projet est né de la volonté de ces acteurs de développer un outil commun, une solution transdisciplinaire, avec une approche structurée commune du suivi des patients.

Les objectifs de Topaz sont d'offrir :

- un logiciel à des coûts acceptables, car issu du secteur associatif ;

- la maîtrise des données par les acteurs eux-mêmes ;

- des outils communicants et mobiles adaptés aux acteurs de terrain et aux patients.

Topaz est tout à fait interopérable avec le Réseau santé bruxellois (RSB). Comme il émane de Pricare, le logiciel est labellisé en tant que dossier médical informatisé (DMI) de généraliste et permet la publication, sur le réseau, de fichiers sumehr (summarized electronic health record, dossier santé électronique résumé).

De même, Brusafe+, le coffre-fort bruxellois destiné à stocker les données multidisciplinaires selon les normes internationales, est opérationnel et permettra donc un échange de données entre les différents utilisateurs du logiciel une fois

connecté.

Dans ce contexte, Topaz est l'un des logiciels pressentis pour le dispensaire de médecine générale que la Cocom soutient depuis 2016 et qui est en phase de réorganisation dans le cadre d'un financement structurel.

En outre, la Cocom pourrait intervenir, par l'entremise de l'Association bruxelloise de télématique médicale (Abrumet), dans le volet concernant la formation à l'utilisation du logiciel Topaz.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Het softwareprogramma wordt dus goed geïntegreerd in het Brussels gezondheidsnetwerk.*

- Het incident is gesloten.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Ce logiciel est donc en voie de bonne intégration dans le réseau e-santé.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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 "het recordaantal gevallen van mazelen in Europa".

QUESTION ORALE 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 nombre record de cas de rougeole enregistrés en Europe".

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Het Regionaal Bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) berichtte in de pers over meer dan 41.000 gevallen van mazelen bij Europese*

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Cette question remonte à quelques mois, mais le sujet reste d'actualité, lorsqu'on découvre les chiffres sur les cas de rougeole en Belgique.

kinderen en volwassenen in de eerste helft van 2018. 37 personen zijn aan de ziekte overleden. Dat zijn de hoogste cijfers van de laatste tien jaar.

In België noteerde men tussen juli 2017 en juni 2018 94 gevallen van mazelen. In de eerste helt van 2018 waren het er 72. Hoewel het niet om een epidemie gaat, haalt België zeker niet de doelstelling van minder dan één geval per miljoen personen.

De opflakkering van de ziekte zou te wijten zijn aan een daling van het aantal vaccinaties. Om een epidemie te vermijden, stelt het WGO dat elke gemeenschap voor minstens 95% gevaccineerd moet zijn. Ook moeten er inspanningen worden geleverd om kinderen en volwassenen die niet systematisch alle vaccins hebben gekregen, alsnog in te enten.

In Frankrijk en Italië, de landen waar de grootste weerstand tegen vaccins bestaat, waren in 2018 duizenden gevallen van mazelen.

Het is belangrijk om de bevolking goed in te lichten over het goedkope en efficiënte BMR-vaccin tegen bof, mazelen en rodehond.

Kunt u de recentste Brusselse cijfers geven? Wat is de dekkingsgraad voor de eerste en de tweede dosis van het vaccin? Hebt u nieuwe preventiecampagnes georganiseerd ten behoeve van doelgroepen die een hoger risico lopen om de ziekte te krijgen of door te geven?

Zal de federale overheid een verplichte vaccinatie invoeren, zoals dat onlangs in Frankrijk gebeurde? Hoever staat de enquête van het office de la naissance et de l'enfance (ONE) over de dekkingsgraad van de eerste dosis van het vaccin?

Enkele collega's en ik hebben een voorstel van resolutie ingediend met de vraag om een Brussels coördinatieplatform voor het vaccinatiebeleid in het leven te roepen. De geïntegreerde database voor de vaccinatie van Brusselse kinderen moet worden ingezet om epidemieën te vermijden.

In het Brussels Plan voor de Gezondheidszorg is er sprake van een gecentraliseerd informatiepunt inzake preventiebeleid. Welke rol zal die cel

La presse a récemment relayé les inquiétudes du bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Au cours des six premiers mois de 2018, plus de 41.000 enfants et adultes en Europe ont contracté la rougeole et 37 en sont morts, soit deux fois plus que pour l'ensemble de l'année 2017. Le nombre de cas n'a jamais été aussi élevé ces dix dernières années. L'an passé, quelque 24.000 personnes ont été infectées par ce virus alors qu'en 2016, à peine 5.300 cas avaient été recensés.

En Belgique, 94 cas de rougeole ont été enregistrés ente juillet 2017 et juin 2018. Sur les six premiers mois de 2018, on en compte 72. Il ne s'agit donc pas d'une épidémie comme en 2017. Néanmoins, selon l'OMS, notre pays, avec 32 cas par million de personnes, est loin d'atteindre l'objectif d'un taux d'incidence de moins d'un cas par million.

Cette recrudescence de la maladie serait due à un recul de la vaccination. Or, toujours selon l'OMS, pour éviter une épidémie, il faut une couverture vaccinale d'au moins 95% par deux doses de vaccin antirougeoleux, chaque année au sein de chaque communauté, et consentir des efforts pour atteindre les enfants, les adolescents et les adultes qui n'ont pas reçu tous les vaccins dans le cadre d'une vaccination systématique antérieure.

En France et en Italie, des milliers de cas ont été recensés en 2018. C'est justement dans ces deux pays que les mouvements antivaccins sont les plus virulents.

Il est pourtant primordial de rétablir la vérité sur le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), qui est bon marché et efficace.

Quelle est la situation à Bruxelles ? Pourriez-vous actualiser vos propos ? Disposez-vous de données relatives aux cas de rougeole répertoriés dans notre Région ?

Quel est le taux de couverture vaccinale pour les première et deuxième doses à Bruxelles ?

Avez-vous organisé de nouvelles campagnes de prévention sur le terrain pour cibler les groupes identifiés comme plus exposés au risque de

spelen in de totstandkoming van preventie- en vaccinatiecampagnes?

contracter la maladie, de la développer et de la transmettre ?

Savez-vous si le niveau fédéral a la volonté de rendre le vaccin obligatoire comme c'est le cas en France depuis peu ? Qu'en est-il de l'enquête de couverture vaccinale de première dose prévue pour 2018-2019 et qui devait être organisée avec l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) ?

Avec plusieurs de mes collègues, nous avons déposé une proposition de résolution relative à la mise en place d'une coordination bruxelloise pour la politique de vaccination. Plus que jamais, cette base de données intégrée sur la vaccination des enfants bruxellois peut servir d'outil pour lutter contre de futures épidémies.

Par ailleurs, le Plan de santé bruxellois (PSB) prévoit la création de la cellule Bruprévention, un point unique sur les politiques de prévention. Pourriez-vous nous donner plus d'informations quant au rôle de ce nouvel organe dans les futures campagnes de prévention et de vaccination ?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Conform de ordonnantie betreffende het preventieve gezondheidsbeleid van 19 juli 2007 en het besluit van het Verenigd College van 23 april 2009 betreffende de preventie van overdraagbare ziekten, geldt voor de mazelen een meldingsplicht. Doordat de artsen (mogelijke) ziektegevallen aan onze diensten moeten melden, beschikken we over de exacte cijfers: 33 gevallen in 2016, 25 gevallen in 2017 (voornamelijk bij de Roma) en slechts 13 gevallen voor heel 2018. Meestal ging het om mensen die terugkeerden uit een land waar een epidemie woedde.*

Jammer genoeg wordt Brussel sinds januari 2019 getroffen door een mazelenepidemie: sinds 25 januari noteerden we 19 gevallen. Het gaat hoofdzakelijk om volwassenen uit landen met een hoge prevalentie, zoals Oekraïne en Roemenië.

De samenwerking tussen onze diensten en de ziekenhuizen verloopt uitstekend. De relatief lage cijfers in Brussel danken we wellicht aan de bewustmaking van de Brusselse artsen, die elk

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- En ce qui concerne la situation à Bruxelles, le nombre de cas répertoriés et le taux de couverture vaccinale, il est utile de rappeler que la rougeole est une maladie à déclaration obligatoire à Bruxelles, conformément à l'ordonnance du 19 juillet 2007 relative à la politique de prévention en santé et à l'arrêté du 23 avril 2009 du Collège réuni de la Commission communautaire commune relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles.

Chaque médecin a, par conséquent, l'obligation de notifier à nos services tout cas suspect ou confirmé. Nous disposons donc des données sur le nombre de cas et les communiquons bien volontiers. Ils étaient au nombre de 33 en 2016, de 25 en 2017 - principalement dans la communauté rom -, et de seulement 13 pour l'ensemble de l'année 2018. Là encore, la plupart des cas sont liés à des retours de pays où des épidémies importantes sévissent.

En revanche, une épidémie de rougeole sévit effectivement depuis le mois de janvier 2019, avec

ziektegeval snel opmerken en aan onze diensten melden, waarna een reeks profylactische maatregelen in werking treedt. Dat er zich ziektehaarden voordoen bij welbepaalde bevolkingsgroepen, maakt de ziekte ook gemakkelijker te bestrijden.

De laatste enquête over de dekkingsgraad van de eerste dosis van het vaccin dateert uit 2012. Die bedroeg toen 94,1%. De drempelwaarde voor groepsimmuniteit werd gehaald voor de leeftijdscategorie 12-24 maanden.

Over de dekkingsgraad van de tweede dosis van het vaccin is er in Brussel nooit een studie uitgevoerd in beide gemeenschappen. De laatste enquête dateert uit 2015 en werd uitgevoerd in het zesde jaar van het Franstalig basisonderwijs. De dekkingsgraad bedroeg 75,5%. Opvallend is dat een studie van de universitaire vereniging Provac uit 2009 het heeft over een dekkingsgraad van 85,9% voor Brussel. Dat cijfer is wellicht niet geheel betrouwbaar, aangezien de dekkingsgraad voor de Federatie Wallonië-Brussel in dat jaar maar 75,5% bedroeg. Dat is onvoldoende, maar het is wel een betrouwbaar cijfer aangezien het in 2012 en 2015 stabiel bleef.

Om de meest kwetsbare bevolkingsgroepen te bereiken en verdere besmetting te voorkomen, worden er voor elk apart ziektegeval profylactische maatregelen getroffen: via 'contact tracing' worden de personen in de onmiddellijke omgeving van de zieke verwittigd van de gevaren van de ziekte en de te nemen voorzorgsmaatregelen. Zo nodig wordt zo snel mogelijk een vaccin toegediend.

In 2018 werd in Brussel slechts één ziektehaard vastgesteld, opnieuw bij een Romagezin. In samenwerking met de vzw Le Foyer werden er toen preventiemaatregelen genomen.

Er is nood aan bewustmakingscampagnes over het globale belang van vaccinaties. Zo maken onze diensten in samenwerking met verschillende verenigingen folders ten behoeve van huisartsen en pediaters. Die wetenschappelijk onderbouwde informatie zal worden verspreid tijdens de week van de vaccinatie in april 2019.

19 cas répertoriés depuis le 25 janvier. Il s'agit essentiellement d'adultes originaires de pays à forte prévalence comme l'Ukraine, depuis la guerre, et la Roumanie. D'autres cas suspects sont sous surveillance.

Nous savons que la collaboration entre nos services et les hôpitaux est excellente et que l'information est donnée dès suspicion d'un cas afin de prendre les meilleures mesures préventives.

Le nombre de cas relativement faible à Bruxelles est probablement dû à la bonne sensibilisation des médecins bruxellois à la problématique de la rougeole, à travers la reconnaissance précoce des signes et la déclaration rapide à nos services, qui déclenchent une série de mesures prophylactiques.

Une autre raison est la présence de foyers dans des groupes à risque précis.

En ce qui concerne la couverture vaccinale de la première dose à Bruxelles, la dernière enquête datant de 2012 faisait état d'un taux de 94,1%, avec un intervalle de confiance situé entre 92,1 et 96,1%. Le seuil d'immunité collective était donc atteint pour la tranche d'âge 12-24 mois. Ce taux représentait déjà une augmentation de 3% par rapport à 2006, où nous en étions à 91,1%.

Pour ce qui est de la deuxième dose, compte tenu du partage des compétences, il n'y a jamais eu d'étude purement bruxelloise portant sur les deux communautés linguistiques de la Région. La dernière enquête en milieu scolaire - sixième primaire - réalisée en Communauté française affichait une couverture de 75,5% en 2015 chez les enfants de 11 à 12 ans. Toutefois - ce chiffre est à prendre avec toutes les précautions qui s'imposent -, une enquête réalisée par l'association universitaire Provac en 2009 portait la couverture vaccinale de deuxième dose pour Bruxelles à 85,9%, alors qu'elle était déjà de 75,5% pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce dernier taux reste insuffisant. Toutefois, il peut être considéré comme fiable, car il a été confirmé en 2012 et en 2015.

Quant aux campagnes de prévention de terrain, afin de cibler les groupes plus exposés et d'éviter,

Ook de Federatie Wallonië-Brussel zal in 2019 een globale bewustmakingscampagne over de vaccinatieproblematiek organiseren, gericht op zowel een breed publiek als op professionelen uit de zorgsector.

Omdat informatiecampagnes voor specifieke bevolkingsgroepen moeilijk hun doel bereiken en bovendien stigmatisering in de hand werken, gaat mijn voorkeur naar algemene campagnes over het belang van vaccinatie.

Ik weet niet of de federale overheid van plan is om de vaccinatie te verplichten.

Betreffende de enquête over de dekkingsgraad van het vaccin die in 2018-19 zou worden opgezet in samenwerking met het ONE, heeft het Verenigd College zijn fiat gegeven voor het protocolakkoord tussen het ONE en de GGC, voor de cofinanciering van de studie en voor het bestek van de openbare aanbesteding. De periode voor de indiening van kandidaturen liep tot 23 november 2018. Op 20 december hebben we een samenwerking tussen de ULB en de ULiège geselecteerd.

Voor dat project trekken we 50.000 euro uit. De rest wordt door het ONE gefinancierd.

De eerste vergadering van het begeleidingscomité vond plaats op 18 februari. De enquête zelf zal in april of mei van start gaan en zal maximaal vijftien maanden in beslag nemen. We zullen er veel uit leren en zullen ons kunnen schikken naar de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO).

Het is goed dat er een gecentraliseerd informatiepunt komt voor het preventiebeleid in Brussel. Momenteel lopen er voorbereidende vergaderingen om uit te maken welke vorm dat orgaan zal krijgen. In eerste instantie zal er gezorgd worden voor meer coördinatie op het vlak van de opsporing. Het zou logisch zijn als zowel vaccinatie als opsporing tot de opdracht van het informatiepunt zouden behoren.

Het zal tijd vergen om een Brusselse database voor de vaccins uit te werken, aangezien het ONE en Kind en Gezin daarvoor moeten samenwerken

voire de limiter la propagation, des mesures prophylactiques sont appliquées systématiquement pour chaque cas de rougeole. Une recherche de contacts proches ("contact tracing") est lancée afin de les avertir de la contagiosité et de la dangerosité de la rougeole, ainsi que des précautions à prendre en cas de développement de signes ou de symptômes de la maladie. Si nécessaire, une vaccination postexposition est organisée dans les plus brefs délais.

Seul un foyer épidémique a été mis en évidence à Bruxelles en 2018, au sein d'une famille, à nouveau dans la communauté rom, comme en 2017. Un travail de prévention a été mené en collaboration avec l'asbl Le Foyer.

Des campagnes de sensibilisation à l'importance de la vaccination, pas seulement contre la rougeole, semblent désormais nécessaires. À cet égard, des fiches à destination des médecins généralistes et des pédiatres sont produites par nos services en collaboration avec l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ) et Kaleido. Elles auront pour objectif de fournir une réponse scientifique adaptée aux patients et seront distribuées lors de la prochaine semaine de la vaccination organisée par l'OMS en avril 2019.

De plus, une campagne de sensibilisation à l'initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles sera menée en 2019. Son objectif est de faire passer le message d'une communication générale, mais précise, sur la vaccination, en ce compris contre la rougeole, afin de sensibiliser tous les publics et permettre aussi la bonne information et la formation des professionnels de la santé.

En effet, lors de l'épidémie de 2017, environ 10% des cas ont été détectés par des professionnels. Il a été prouvé que les campagnes qui ciblaient un groupe particulier en matière de vaccination avaient du mal à atteindre leur cible et qu'elles comportaient en outre des risques de stigmatisation. Pour cette raison, les choix se portent sur des campagnes précises et percutantes, mais à portée plus générale sur les enjeux réels de la vaccination.

Quant à l'éventuelle volonté du pouvoir fédéral de

en die instellingen niet altijd dezelfde logica of hetzelfde ritme volgen. Ook het Brussels Gezondheidsnetwerk (BGN) zullen we bij dat project betrekken.

rendre le vaccin obligatoire, nous n'avons pas connaissance d'un tel souhait ni d'une initiative précise en ce sens.

J'en viens à l'enquête de couverture vaccinale en collaboration avec l'ONE prévue en 2018-2019. Le 18 octobre 2018, le Collège réuni a approuvé le protocole d'accord entre l'ONE et la Cocom, le cofinancement de l'étude ainsi que le cahier des charges de l'appel à projets. Ce dernier a été envoyé le lendemain aux candidats susceptibles d'y répondre. La remise des offres s'est clôturée le 23 novembre 2018. Le 20 décembre 2018, un partenariat entre l'Université libre de Bruxelles et l'Université de Liège a été sélectionné.

Nous intervenons à hauteur de 50.000 euros dans ce dossier, l'autre part étant financée par l'ONE.

Le premier comité d'accompagnement s'est tenu le 18 février dernier. L'enquête proprement dite débutera vers avril ou mai, avec une recherche prévue pour une durée de quinze mois maximum. Il s'agit donc d'un processus en cours, qui apportera sûrement des enseignements enrichissants et nous permettra d'assurer la conformité avec les recommandations de l'OMS.

Concernant Bruprévention et son rôle dans la vaccination, nous estimons effectivement nécessaire de créer un point unique d'adressage pour les questions de prévention à Bruxelles. Les réunions préparatoires et les réflexions sont en cours pour déterminer la meilleure forme que pourra prendre cet organe. Dans un premier temps, il s'agira de couvrir de manière coordonnée l'extension des dépistages. L'organisation du projet pilote de dépistage du cancer colorectal lancé le 23 octobre 2018 en est un bon exemple.

La vaccination devrait logiquement faire partie des missions de cet organe, notamment lorsqu'elle peut recouper la problématique des dépistages, comme dans le cas du vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) qui permet de limiter les risques de cancer du col de l'utérus.

La création d'une base de données vaccinales bruxelloise prendra du temps, car ce processus implique plusieurs partenaires - ONE, Kind en Gezin - qui ne travaillent pas toujours selon les

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- De samenwerking met het ONE lijkt volledig operationeel. Nu komt het erop aan de resultaten af te wachten, want betrouwbare cijfers zullen er pas eind dit jaar zijn. Tijdens de volgende regeerperiode zal er aan het dossier moeten worden voortgewerkt.*

- Het incident is gesloten.

mêmes logiques ou les mêmes rythmes. Nous y associons le Réseau de santé bruxellois (RSB), car nous sommes convaincus qu'il pourrait jouer un rôle dans l'application d'une telle solution.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je vous remercie pour la précision de vos réponses et pour les éléments relatifs aux campagnes en cours.

La collaboration avec l'ONE semble totalement opérationnelle. À ce stade, il faut laisser à ces campagnes le temps de se déployer et en observer les résultats dans un an, car les chiffres fiables ne seront disponibles qu'en fin d'année. Il appartiendra donc à l'un ou l'autre collègue de reprendre le dossier sous la prochaine législature.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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 pediatrische palliatieve zorgen in het Brussels Gewest".

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- De Raad van de Franse Gemeenschapscommissie organiseerde onlangs een debat over pediatrische palliatieve zorgen. Veel betrokken ouders en mensen uit de praktijk vertelden over de problemen die daarmee gepaard gaan.*

QUESTION ORALE 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 "les soins palliatifs pédiatriques en Région bruxelloise".

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Un Jeudi de l'hémicycle a récemment été organisé par le Parlement francophone bruxellois sur le thème des soins palliatifs pédiatriques. Lors de cette matinée particulièrement bouleversante, de nombreux acteurs de terrain et des parents concernés se sont exprimés sur les difficultés qu'ils rencontraient au

Palliatieve zorgen worden verstrekt aan kinderen met een levensbedreigende ziekte. Dat gebeurt al vanaf de diagnose van de ziekte en de zorgen worden tijdens de volledige behandeling voortgezet. Palliatieve zorgen voor kinderen zijn toegespitst op een zo groot mogelijke levenskwaliteit en pijnbestrijding, rekening houdend met de wensen van het kind en zijn omgeving. Voorts wordt er voorzien in steun bij het levenseinde en het rouwproces.

Uit steeds meer studies blijkt dat palliatieve zorgen bevorderlijk zijn voor de levenskwaliteit van patiënten. Wel is het zo dat in vergelijking met andere Europese landen zeer veel Belgische patiënten hun laatste maanden in een ziekenhuis doorbrengen en er ook overlijden. In België zijn er in totaal vijf pediatrische teams die in totaal gemiddeld 720 kinderen per jaar begeleiden, waarvan een kwart minder dan een jaar oud is. Jaarlijks overlijden er 90 jonge kinderen, waarvan de helft thuis. Die kleintjes moeten een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden, met zo weinig mogelijk ziekenhuisopnames.

Werd er naar aanleiding van de publicatie van de studie over kinderen met complexe chronische ziekten in het Brussels Gewest nieuw overleg georganiseerd tussen de instanties op het terrein, de expertisecentra, de zorgcentra en de centra voor respijtzorg?

Welke maatregelen zijn nodig om aan de behoeften inzake pediatrische palliatieve zorgen te voldoen?

Tijdens deze regeerperiode werd het platform e-gezondheid.brussels ingevoerd. Werken pediaters en huisartsen sindsdien beter samen? Hoeveel kinderen werden in 2018 begeleid door de twee Brusselse pediatrische teams?

Komen de standpunten van de Brusselse Pluralistische Vereniging voor Palliatieve en Continue zorg aan bod in de interministeriële conferentie Volksgezondheid? Ik denk bijvoorbeeld aan de financiering van de pediatrische teams.

De capaciteit van de ziekenhuizen en de diensten voor palliatieve zorgen volstaat niet. Doorgaans quotidien.

Pour rappel, et selon le dernier rapport de la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs, quand on parle d'enfants souffrant de maladies limitant ou menaçant la vie, les soins palliatifs pédiatriques prennent place, plus que pour les adultes, dès l'annonce du diagnostic de la maladie et tout au long du trajet médical, et ce quel que soit le traitement ou l'issue de celui-ci. Les soins palliatifs pédiatriques sont donc axés sur l'optimalisation de la qualité de vie, associée à un contrôle de la douleur et des symptômes, dans le respect des choix posés par l'enfant et son entourage, et sur l'apport d'un soutien psycho-social et spirituel dans l'accompagnement de la fin de vie et du deuil.

Si les études qui démontrent que les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des patients sont de plus en plus nombreuses, la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs constate que la Belgique reste dans le peloton de tête européen en matière d'hospitalisations durant les derniers mois de vie, et par conséquent, de décès à l'hôpital. En Belgique, au total, cinq équipes de liaison pédiatrique accompagnent en moyenne 720 enfants par an, dont un quart ont moins d'un an. On compte 90 décès par an chez les jeunes enfants, dont la moitié à la maison. Ces enfants méritent des soins de qualité et la vie la plus normale possible en évitant les hospitalisations autant que faire se peut.

Une nouvelle concertation entre les différents acteurs de terrain, les centres d'expertise et les centres de soins et de répit a-t-elle été organisée à la suite de la publication de l'étude de l'Institut de recherche santé et société (IRSS) de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain) et de la Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus (FBSP) sur le recensement du nombre d'enfants atteints de maladies chroniques complexes en Région de Bruxelles-Capitale ?

Quelles mesures conviendrait-il de prendre pour répondre aux réels besoins en matière de soins palliatifs pédiatriques à Bruxelles ?

Depuis la mise en œuvre de la plate-forme e-santé.brussels pendant la présente législature, la

is er een wachttijd van zeven dagen. Hebt u er bij de federale overheid op aangedrongen om die capaciteit uit te breiden?

collaboration et les échanges entre pédiatres et médecins généralistes se sont-ils améliorés ? Combien d'enfants furent-ils pris en charge par les deux équipes de liaison pédiatrique bruxelloises en 2018 ?

Les positions de la FBSP concernant la formation, la qualification et la reconnaissance des professionnels sont-elles portées en conférence interministérielle (CIM) de la santé publique ? Je pense notamment au financement des équipes de liaison pédiatrique.

Enfin, le nombre de lits hospitaliers en soins palliatifs est insuffisant : sept jours d'attente sont en effet nécessaires pour avoir un lit. Avez-vous eu des échanges à ce sujet au niveau fédéral afin de demander une augmentation du nombre de lits en soins pédiatriques, compte tenu des besoins, de la situation géographique et de l'accessibilité ?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik besteed bijzondere aandacht aan het aanbod en de kwaliteit van palliatieve zorgen. Mijn kabinet was aanwezig bij het debat waar u naar verwees.*

U stelde een vraag over overleg naar aanleiding van een studie over kinderen met complexe chronische ziekten.

Ik wijs erop dat die studie nog niet is gepubliceerd. De resultaten werden echter wel al voorgesteld, onder meer op de voornoemde studiedag.

De studie zal officieel worden voorgesteld naar aanleiding van het zestiende wereldcongres van de Europese Vereniging voor Palliatieve Zorg in Berlijn, dat plaatsvindt van 23 tot 25 mei 2019.

Na het debat in het parlement stelden de drie Belgische federaties voor palliatieve zorgen samen een memorandum op met de belangrijkste eisen van de sector om pediatrische palliatieve zorgen te verbeteren.

Er heeft nog geen nieuw overleg met de instanties op het terrein plaatsgevonden. Ik kan echter wel zeggen dat de werkgroep voor pediatrische

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Comme vous le savez, je suis particulièrement attentif à la disponibilité de l'offre et à la qualité de la prise en charge au niveau des soins palliatifs en Région bruxelloise. À ce titre, mon cabinet était présent au Jeudi de l'hémicycle consacré aux soins palliatifs pédiatriques dans la Région.

J'aborderai maintenant votre question sur l'organisation d'une concertation à la suite de la publication de l'étude menée par l'Université catholique de Louvain (UCLouvain) et la Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus (FBSP), intitulée "Recensement du nombre d'enfants atteints de maladie chronique complexe en Région de Bruxelles-Capitale".

Pour commencer, cette étude n'a pas encore fait l'objet d'une publication scientifique. Ses résultats ont été présentés à différentes occasions, dont la séance du Jeudi de l'hémicycle au Parlement francophone bruxellois (PFB) du 6 décembre dernier.

Cette publication sera présentée au monde scientifique à l'occasion du seizième congrès mondial de l'Association européenne pour les soins palliatifs (European Association of Palliative Care ou EAPC), qui se tiendra à Berlin, du 23 au

palliatieve zorgen van de Brusselse Pluralistische Vereniging voor Palliatieve en Continue Zorg heeft beslist om een jaarlijkse vergadering te organiseren met de ziekenhuizen en de sector van de thuiszorg.

Met dat initiatief streeft de Brusselse Pluralistische Vereniging voor Palliatieve en Continue Zorg meerdere doelstellingen na, namelijk de bewustmaking van pediatrische ziekenhuizen inzake palliatieve zorg, het bijspijkeren van de kennis inzake palliatieve zorg voor kinderen en het versterken van de samenwerking tussen pediaters in ziekenhuizen, diensten voor ambulante palliatieve zorgen voor kinderen en de eerstelijnsopvang.

De splinternieuwe gewestelijke structuur ter ondersteuning van de eerstelijnszorg zal daar ongetwijfeld een rol in spelen. Het is van groot belang dat kinderen met een levensbedreigende ziekte kunnen worden verzorgd en hun laatste dagen doorbrengen in hun vertrouwde omgeving.

De gewestelijke structuur ter ondersteuning van de eerstelijnszorg kan ertoe bijdragen dat instanties van de eerstelijnszorg palliatieve thuiszorg op zich kunnen nemen.

De uiteindelijke doelstelling is om het aanbod van palliatieve zorg voor kinderen uit te breiden. Momenteel beschikken immers maar enkele ziekenhuizen over een specifiek team voor palliatieve pediatrische zorgen.

U stelde ook een vraag over maatregelen om tegemoet te komen aan de reële behoeften inzake palliatieve pediatrische zorgen in Brussel. De Brusselse Pluralistische Vereniging voor Palliatieve en Continue Zorg heeft ons haar eisenpakket bezorgd. Het sluit aan bij de internationale aanbevelingen, die ertoe strekken dat ernstig zieke kinderen recht hebben op goede palliatieve zorgen binnen het kader van de huidige gezondheidszorg.

Ik geef een overzicht van de eisen.

Ten eerste moeten het statuut en de nomenclatuur van de thuiszorg worden aangepast aan de specifieke context van de pediatrie. Die eis houdt

25 mai 2019. Un article scientifique est, à cette fin, en cours de rédaction.

Néanmoins, à la suite de la séance du Jeudi de l'hémicycle, un mémorandum a été rédigé et cosigné par les trois fédérations belges de soins palliatifs. Il reprend les principales revendications du secteur pour faire avancer les soins palliatifs pédiatriques en Belgique et, plus particulièrement, à Bruxelles.

Pour répondre plus précisément à votre question, depuis ce Jeudi de l'hémicycle, il n'y a pas eu de nouvelle concertation avec les acteurs de terrain. Cependant, je peux vous annoncer que le groupe de travail qui se penche sur les soins palliatifs pédiatriques au sein de la FBSP a décidé de réunir annuellement un réseau bruxellois englobant le secteur hospitalier et celui des soins à domicile. Cette rencontre annuelle sera ponctuée d'un exposé sur un sujet d'actualité en matière de soins palliatifs pédiatriques.

Avec cette nouvelle initiative, la FBSP souhaite atteindre les objectifs suivants :

- sensibiliser les pédiatres hospitaliers à la problématique des soins palliatifs pédiatriques ;

- actualiser leurs connaissances en soins palliatifs pédiatriques ;

- renforcer les liens de collaboration entre les pédiatres hospitaliers, les structures ambulatoires spécialisées en soins palliatifs pédiatriques à Bruxelles et la structure de première ligne, en vue d'optimiser le passage de l'enfant gravement malade entre les différents lieux de soins et de vie.

La nouvelle structure régionale d'appui à la première ligne de soins qui vient d'être mise en place aura certainement un rôle à jouer dans cet indispensable travail de mise en réseau. En effet, il est fondamental, pour permettre à un nombre plus important d'enfants dont la vie est menacée par une maladie, d'être soignés et de terminer leurs jours dans un lieu de vie.

La structure régionale d'appui à la première ligne peut renforcer la prise en charge des soins palliatifs à domicile par les acteurs de la première

echter verband met een bevoegdheid van de federale overheid waarover de GGC niets te zeggen heeft.

Ten tweede moeten de opleidingen inzake palliatieve zorgen voor kinderen worden versterkt. De GGC kan door middel van de gewestelijke ondersteuningsstructuur voor eerstelijnszorg continue opleidingen voor eerstelijnszorgverstrekkers inzake palliatieve zorg voor kinderen steunen. Voor de basisopleidingen is de GGC echter niet bevoegd.

Ten derde moeten er ook vrijwilligers die specifiek zijn opgeleid voor palliatieve pediatrische zorg kunnen deelnemen aan het netwerk voor thuiszorg. Er worden wel al vrijwilligers opgeleid om palliatieve zorgen te verstrekken, maar daarbij gaat geen specifieke aandacht naar palliatieve zorgen voor kinderen.

Ten vierde moet de financiering van de specifieke teams voor palliatieve zorgen voor kinderen worden verbeterd. Ook dat is een exclusief federale bevoegdheid. De FOD Volksgezondheid liet echter weten dat een verhoging van de middelen niet op de agenda staat, net zomin als een uitbreiding van het personeel van die teams.

Ten vijfde moeten de centra voor opvang en respijtzorg worden versterkt. In Brussel gaat het bijvoorbeeld om Villa Indigo.

Het zorghotel Cité Sérine wordt financieel gesteund door de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) in het kader van het decreet over ambulante zorg. Een bijkomende toelage van de federale overheid is echter nodig om de momenteel nog hoge bijdrage van de patiënten te beperken. Cité Sérine vangt elk jaar ook vier kinderen op. Het gaat om zogeheten 'middle care', een zorgaanbod dat het midden houdt tussen thuis- en ziekenhuiszorg. Momenteel pleegt de federale evaluatiecel Palliatieve Zorg daarover overleg.

Ten zesde moet de Belgian Paediatric Palliative Care Group (BPPC Group) worden versterkt. Die heeft de opdracht om aangepaste richtlijnen voor de palliatieve zorg voor kinderen in België op te stellen. De structuur ter ondersteuning van de ligne de soins.

Soulignons que l'objectif ultime est aussi d'étendre l'offre en soins palliatifs pédiatriques - par des équipes de liaison et d'autres structures ambulatoires - aux enfants gravement malades soignés dans des hôpitaux qui ne disposent pas d'une équipe de liaison. Actuellement, seuls les Cliniques universitaires Saint-Luc et l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (Huderf) disposent d'une telle équipe.

Quant à votre deuxième question sur les mesures à prendre pour répondre aux réels besoins en matière de soins palliatifs pédiatriques à Bruxelles, la FBSP nous a transmis ses revendications, cosignées par les trois fédérations belges de soins palliatifs, en vue de s'aligner sur les recommandations internationales qui affirment le droit inaliénable de l'enfant gravement malade de recevoir des soins palliatifs de qualité, intégrés dans le système de soins de santé actuel.

Il s'agirait donc :

- d'adapter le statut palliatif et la nomenclature des soins infirmiers à domicile aux spécificités pédiatriques. Cette revendication relève du niveau fédéral, la Cocom n'ayant aucune compétence ni moyen d'action en la matière ;

- de renforcer les formations en soins palliatifs pédiatriques. La Cocom, par le biais de la structure régionale d'appui à la première ligne, peut soutenir les formations continues en soins palliatifs pédiatriques pour les prestataires de première ligne. Pour la formation de base des professionnels, la Cocom n'est pas compétente ;

- d'inclure dans le réseau d'aides à domicile, centralisé par les plates-formes de soins palliatifs - soit, à Bruxelles, par la structure régionale d'appui à la première ligne -, des bénévoles formés spécifiquement en soins palliatifs pédiatriques. Actuellement, des bénévoles sont formés en soins palliatifs, mais l'approche pédiatrique n'est pas encore développée ;

- de revaloriser le financement des cinq équipes de liaison pédiatrique (+ 0,5 équivalent temps plein (ETP) pédiatre spécialisé, + 0,5 ETP psychologue,

eerstelijnszorg in het Brussels Gewest zou daaraan kunnen bijdragen door eerstelijnszorgverstrekkers te informeren over goede praktijken inzake palliatieve zorgen voor kinderen.

Ten zevende moeten palliatieve zorgen voor kinderen aan bod komen in een bewustmakingscampagne. De GGC trekt in 2019 50.000 euro uit voor een algemene campagne over palliatieve zorg, waarin ook dergelijke zorg voor kinderen aandacht zou kunnen krijgen.

Wij willen absoluut samenwerken met de federale overheid en de andere betrokken beleidsniveaus. Het zou een nationale campagne moeten worden.

U kunt nogmaals vaststellen dat de versplintering van de bevoegdheden, die zich specifiek voordoet in Brussel, een hindernis is die we moeten overwinnen om een samenhangend beleid te voeren dat tegemoetkomt aan de behoeften van de Brusselaars.

In het Brussels Plan voor de gezondheidszorg wordt dan ook aandacht besteed aan de coördinatie van de betrokken beleidsniveaus in Brussel, ter aanvulling van de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

Uw derde vraag ging over een betere samenwerking en uitwisselingen tussen pediaters en huisartsen naar aanleiding van de ontwikkeling van e-gezondheid. Het Brussels Gezondheidsnetwerk biedt inderdaad de mogelijkheid om computergegevens vlotter uit te wisselen tussen ziekenhuizen, pediaters en huisartsen. Ze kunnen elkaars onderzoeksresultaten en dergelijke immers bekijken. Het systeem moet echter nog meer worden gebruikt, vooral door de pediaters.

De verbindingsteams hebben goede relaties met de huisartsen die bereidwillig meewerken. Die worden uitgenodigd voor multidisciplinaire vergaderingen, waarbij ook verplegers en dergelijk zijn betrokken. Een van de deelnemers is bijvoorbeeld Tof-Services, een dienst die jongeren met meerdere handicaps thuis begeleidt.

Het is gebruikelijk dat pediaters contact hebben

+ 0,5 ETP assistant social). Là encore, il s'agit d'un financement exclusivement fédéral. Le Service public fédéral (SPF) Santé publique nous a fait savoir qu'aucune augmentation n'était à l'ordre du jour, ni celle du nombre d'équipes de liaison pédiatrique, ni celle de leur financement ;

- de renforcer le soutien aux structures d'hébergement et de répit. À Bruxelles, la Villa Indigo est une structure de répit soutenue par la Cocom.

De même, un projet d'hébergement de "middle care", la Cité Sérine, bénéficie d'un soutien financier de la Cocof dans le cadre du décret relatif à l'ordre des services ambulatoires. Cependant, un financement fédéral complémentaire sous forme de prix de journée serait nécessaire pour réduire la quote-part du patient, qui constitue actuellement une barrière à l'accessibilité. Parmi les patients de la Cité Sérine, quatre enfants par an sont accueillis. Le "middle care" fait actuellement l'objet d'une concertation au sein d'un groupe de travail de la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs (CFESP). En effet, non seulement plusieurs modèles devraient exister en fonction du profil des patients, mais aussi un prix de journée devrait permettre de réduire la contribution financière, actuellement importante, du patient ;

- de valoriser le Belgian Paediatric Palliative Care Group (BPPC group), dont la mission est de rédiger des directives adaptées au contexte belge pour les soins palliatifs pédiatriques. Sur ce point, la structure d'appui à la première ligne d'aide et de soins de la Région de Bruxelles-Capitale pourrait jouer un rôle dans la diffusion des bonnes pratiques dans le domaine des soins palliatifs pédiatriques auprès des prestataires de première ligne. Ces directives pourraient également être davantage valorisées dans le secteur hospitalier ;

- d'inclure les soins palliatifs pédiatriques dans une campagne de sensibilisation coordonnée par les fédérations. Comme déjà annoncé, la Cocom a réservé en 2019 un budget de 50.000 euros pour une campagne de sensibilisation du grand public aux soins palliatifs. L'aspect pédiatrique pourrait en être un volet.

met de huisarts, maar helaas wisselen ze nog te vaak informatie uit via onbeveiligde e-mail of op papier. De Brusselse Vereniging voor Medische Telematica (Abrumet) moet haar werk om professionals bewust te maken en op te leiden, kunnen voorzetten. Daarbij moet specifieke aandacht gaan naar palliatieve zorgen.

In 2018 zorgden de twee gespecialiseerde Brusselse teams voor 329 kinderen.

In 2013 ging het om 296 kinderen, en in de daaropvolgende jaren respectievelijk om 316, 293, 278 en 255 kinderen. Dat zijn overigens niet alleen Brusselse kinderen.

U vroeg ook of de standpunten van de Brusselse Pluralistische Vereniging voor Palliatieve en Continue Zorg inzake opleiding, kwalificatie en erkenning van professionele zorgverstrekkers aan bod komen in de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid.

Ik wijs erop dat de standpunten van de Brusselse vereniging worden gedeeld door de twee zusterverenigingen in dit land. Die eensgezindheid is van essentieel belang om een samenhangend plan inzake palliatieve zorgen voor kinderen op te stellen. Daar zijn immers meerdere overheden bij betrokken.

In de IMC Volksgezondheid zouden die betrokken overheden algemeen overleg moeten voeren. In theorie moet de werkgroep voor chronische ziekten zich bezighouden met palliatieve zorgen, maar in de praktijk gebeurt dat zelden.

Naar aanleiding van het Kankerplan 2008-2010 werden pediatrische verbindingsteams opgericht. De FOD Volksgezondheid liet echter weten dat die voorlopig niet worden uitgebreid.

Het overleg met de federale overheid over de uitbreiding van de capaciteit van de palliatieve zorg om de wachttijd te beperken, zit helaas muurvast.

Ik wil even de bevoegdheidsverdeling in herinnering brengen. De programmering en financiering van de ziekenhuisbedden voor palliatieve zorgen zijn federale bevoegdheden,

À ce sujet, nous tenons absolument à travailler en collaboration ainsi qu'à nous coordonner avec le niveau fédéral et les autres entités fédérées. L'impact n'en sera que plus grand. Il s'agirait donc d'une campagne nationale.

Comme vous le constatez, une fois encore, en Belgique et à Bruxelles particulièrement, le morcellement des compétences est un obstacle que nous nous devons de surmonter pour mettre en place des politiques cohérentes et qualitatives répondant aux besoins des Bruxellois.

C'est pourquoi, dans le Plan de santé bruxellois (PSB) adopté par le Collège réuni, qui vous sera présenté tout prochainement, l'axe 3 intitulé "Améliorer la conduite de la politique de santé" prévoit d'organiser la coordination des différentes entités politiques au niveau bruxellois en complément de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique.

Votre troisième question portait sur l'amélioration de la collaboration et des échanges entre les pédiatres et les médecins généralistes depuis le développement de l'e-santé pendant cette législature. Le partage électronique de données de santé au travers du Réseau santé bruxellois (RSB) permet effectivement de mieux articuler les informations entre l'hôpital, le pédiatre et le médecin généraliste et d'améliorer ainsi le trajet de soins. En effet, les médecins hospitaliers peuvent ainsi lire les sumehr (summarized electronic health record, dossier santé électronique résumé) des médecins généralistes, tandis que ces derniers peuvent avoir accès au dossier médical de leur patient : résultats de prises de sang, d'imagerie médicale, etc. Cependant, l'utilisation de ce système doit se généraliser encore plus, en particulier parmi les pédiatres de ville.

En matière de collaboration, il faut souligner le travail des équipes de liaison. Selon leur expérience, les relations sont bonnes avec les médecins généralistes qui s'engagent dans ce type de processus. Ils sont invités aux réunions multidisciplinaires de prise en charge, qui incluent l'équipe intrahospitalière - médecin, chef infirmière, assistante sociale et autres intervenants concernés -, l'équipe de liaison assurant la coordination et l'équipe du domicile, qui

terwijl de normen en de erkenningen bevoegdheden van de deelstaten zijn. De federale overheid gaat voor de financiering trouwens uit van een bezettingsgraad van 80%, terwijl die op veel plaatsen wordt overschreden om meer patiënten te kunnen opvangen. Die financiering is nooit aangepast aan de demografische, sociale en medische veranderingen.

In België zijn er 379 erkende bedden, waarvan 209 in Vlaanderen, 116 in Wallonië en 54 in Brussel. Sinds 1998 is dat aantal niet uitgebreid, ondanks de bevolkingstoename en de vergrijzing.

In 2014 drong de federale evaluatiecel Palliatieve Zorg aan op een uitbreiding van de palliatieve ziekenhuisbedden, rekening houdend met de behoeften, de toegankelijkheid en met gebieden waar zulke bedden ontbreken.

Overigens wil de sector zelf niet dat er specifieke, afzonderlijke eenheden voor pediatrische palliatieve zorg worden opgericht.

De federale evaluatiecel Palliatieve Zorg wil ook meer capaciteit van het type 'middle care'. Bij wijze van proefproject moeten eerst de bestaande structuren worden erkend. Een werkgroep van de evaluatiecel buigt zich specifiek over middle care. Begin 2019 start er een studie.

De gemeenschappen en gewesten werden uitgenodigd om deel te nemen aan de federale evaluatiecel Palliatieve Zorg. De administratie van de GGC is sinds kort vertegenwoordigd in de vergaderingen en zal daar de Brusselse eisen behartigen. Dat is een eerste stap in de richting van betere samenwerking tussen de federale overheid en de GGC.

comprend le médecin généraliste, les infirmiers et les kinés à domicile et l'équipe spécifique d'accompagnement, par exemple les Tof-Services, un service d'accompagnement à domicile destiné aux jeunes plurihandicapés.

Le médecin pédiatre intrahospitalier prend d'office contact avec le médecin généraliste, soit au cours de la réunion, soit par téléphone. Par après, ils utilisent hélas encore souvent l'échange d'informations par courriel non sécurisé, ainsi que le cahier de transmission papier au domicile. Le travail de sensibilisation et de formation des professionnels mené par l'Association bruxelloise de télématique médicale (Abrumet) doit donc se poursuivre, et certainement avec une action spécifique pour les soins palliatifs. Cela a déjà été discuté avec l'asbl.

En 2018, 329 enfants ont été pris en charge par les deux équipes de liaison bruxelloises.

À titre indicatif, voici les chiffres pour les cinq années passées, déjà communiqués dans le cadre d'une précédente question : 296 en 2013, 316 en 2014, 293 en 2015, 278 en 2016 et 255 en 2017. Remarquons que les enfants pris en charge par ces deux équipes ne sont pas toujours des Bruxellois.

En cinquième lieu, vous me demandez si les positions de la fédération sur la formation, la qualification et la reconnaissance des professionnels, et sur le financement des équipes de liaison pédiatriques sont portées en CIM de la santé publique.

D'abord, il faut souligner que les positions défendues par la fédération lors du Jeudi de l'hémicycle du 6 décembre 2018 le sont également par les deux autres fédérations du pays. Une telle position consensuelle à l'échelon national est essentielle pour le développement d'un plan cohérent d'avancement des soins palliatifs pédiatriques destiné à adapter l'offre aux besoins de ce secteur. En effet, plusieurs niveaux de pouvoir sont concernés, ainsi que mentionné plus haut.

Une concertation globale entre ces différents niveaux devrait avoir lieu dans le cadre de la CIM de la santé publique. En théorie, c'est le groupe de

travail intercabinets "Maladies chroniques" de la CIM qui doit traiter la politique palliative. Malheureusement, je le reconnais, ce thème n'y est que très rarement abordé.

Pour rappel, les équipes pédiatriques de liaison ont été créées dans le cadre du Plan Cancer 2008-2010, plus précisément dans le cadre de son action 23. Le Service public fédéral (SPF) Santé publique nous a fait savoir qu'aucune augmentation de ce nombre n'était prévue pour le moment. À ce stade, le débat est donc clos.

Les discussions avec le pouvoir fédéral sur l'augmentation du nombre de lits en soins palliatifs pour limiter le temps d'attente sont malheureusement au point mort, ainsi que mentionné précédemment.

Rappelons la répartition des compétences en la matière : la programmation et le financement des lits Sp (S4) sont de compétence fédérale ; les normes et l'agrément des unités relèvent des entités fédérées. Notons que le financement fédéral est prévu pour un taux d'occupation de 80%, mais beaucoup d'unités dépassent ce seuil, au bénéfice des patients, mais au détriment de l'institution. Le financement fédéral n'a jamais été adapté aux évolutions médicales et sociodémographiques.

En Belgique, 379 lits sont agréés : 209 en Flandre, 116 en Wallonie et 54 en Région bruxelloise. Du fait du moratoire, le nombre de lits agréés n'a plus été augmenté depuis 1998, soit 20 ans, malgré la croissance démographique et le vieillissement de la population.

En 2014, la cellule fédérale d'évaluation soulignait la nécessité d'augmenter le nombre de lits Sp (S4) en adaptant la répartition des lits supplémentaires et en tenant compte des besoins, de la situation géographique, des lieux non desservis et de l'accessibilité.

Soulignons que le secteur ne souhaite pas la création d'unités spécifiques de soins palliatifs pédiatriques.

La cellule fédérale d'évaluation revendique également la création de lits de "middle care", en

commençant par la reconnaissance, à titre de projets pilotes, de structures de ce type déjà existantes. Un groupe de travail au sein de la cellule fédérale d'évaluation a entamé une réflexion sur la modélisation des soins intermédiaires (middle care). Une étude sera lancée au début 2019.

Les Communautés et les Régions ont été invitées à intégrer la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs. Notre administration participe donc depuis peu à ses réunions. Elle pourra ainsi appuyer les revendications bruxelloises au sein de ce groupe. C'est un premier pas vers une meilleure articulation entre le niveau fédéral et la Cocom.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- De deelnemers aan het debat over palliatieve zorgen voor kinderen, kennen het probleem van de versplintering van bevoegdheden. Ze trekken aan de alarmbel.*

U zegt dat bepaalde werkgroepen niet naar behoren functioneren. Welnu, dan moet u met de vuist op tafel slaan. U zegt zelf dat u nu, aan het einde van uw politieke carrière, steeds meer vrijuit kunt spreken. Profiteer daarvan om de problemen aan de kaak te stellen in de IMC Volksgezondheid.

Ik weet natuurlijk dat ik u persoonlijk niet meer moet overtuigen. U hebt de steun van het cdH om bij de federale overheid aan te dringen op een oplossing.

Zou mevrouw Plovie nog even het woord mogen nemen? Zij heeft een brief naar de voorzitter van de commissie gestuurd, maar ontving nog geen antwoord.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je vous remercie d'avoir répondu à la longue série d'éléments qui nous ont été communiqués lors des Jeudis de l'hémicycle. Les intervenants ont démontré leur parfaite maîtrise du morcellement des compétences. Mais surtout, ils ont lancé un cri d'alarme.

J'entends que des groupes de travail ne fonctionnent pas comme ils le devraient. Vous devez taper du poing sur la table ! Vous nous dites que vous êtes de plus en plus libre dans vos propos et vos revendications politiques. Vous devez donc intervenir sans ménagement en conférence interministérielle (CIM) de la santé publique. Des groupes de travail sur les maladies chroniques fonctionnent mal. Il s'agit pourtant de sujets extrêmement graves.

Je sais que je prêche un converti, et vous avez tout notre soutien pour intervenir auprès de vos partenaires fédéraux afin de faire bouger les choses.

Enfin, M. le président, pouvez-vous donner un instant la parole à ma collègue Magali Plovie ? Elle avait écrit un courrier au président de la commission, qui n'a pas répondu.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- Tijdens het genoemde debat werd onder meer de studie voorgesteld waar u naar verwees. Ook de directrice van het Universitair Kinderziekenhuis*

Mme Magali Plovie (Ecolo).- Lors du Jeudi de l'hémicycle du 6 décembre, nous avons été touchés par plusieurs présentations intéressantes, dont celles de l'étude que le ministre a évoquée et

Koningin Fabiola kwam aan het woord.

Het debat werd georganiseerd door de Cocof, maar ging ook over zaken die de GGC aanbelangen. We zouden de teksten van die twee presentaties kunnen gebruiken om verder over de kwestie te debatteren. Ik heb op 7 december een brief gestuurd naar de voorzitter van deze commissie, maar kreeg nog geen antwoord.

De voorzitter.- U krijgt binnenkort een antwoord.

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW ISABELLE EMMERY

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 mond- en gebitshygiëne".

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Vorige maand betreurde een parlementslid van de N-VA het geringe aantal kinderen dat een jaarlijks bezoek aan de tandarts aflegt, ofschoon tandzorg tot de leeftijd van 18 jaar gratis is. Vooral de Walen en de Brusselaars werden met de vinger gewezen. Ze pleitte zelfs voor de defederalisering van de gezondheidszorg. Volgens haar zouden in Brussel 11%, in Wallonië 16% en in Vlaanderen 25% van de kinderen jaarlijks een tandartsbezoek afleggen.*

Volgens de Société de médecine dentaire (de

celle de la cheffe de clinique de l'hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (Huderf), Mme Christine Fonteyne.

Elles ont eu lieu dans le contexte de la Cocof, mais elles concernent également la Cocom. Nous pourrions partir de ces deux présentations pour nourrir nos débats. J'ai envoyé un courrier en ce sens le 7 décembre au président de notre commission, mais je n'ai pas reçu de réponse.

M. le président.- Vous recevrez bientôt la réponse, Mme Plovie.

- L'incident est clos.

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 santé bucco-dentaire".

Mme Isabelle Emmery (PS).- Le mois dernier, une députée N-VA déplorait le trop faible pourcentage d'enfants effectuant une visite annuelle chez le dentiste, alors que les soins dentaires sont gratuits jusqu'à leur dix-huitième anniversaire. Elle pointait surtout du doigt les Wallons et les Bruxellois et plaidait pour une défédéralisation des soins de santé. D'après ses chiffres, seuls 11% des enfants à Bruxelles, 16% en Wallonie et 25% en Flandre font examiner leurs dents annuellement.

Selon la Société de médecine dentaire

Franstalige tandartsenvereniging) liggen de cijfers van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) veel hoger. De cijfers uit 2016, die op de website van die instelling te vinden zijn, geven weer hoeveel kinderen tussen 5 en 14 jaar op drie jaar tijd tweemaal een tandartsbezoek afleggen: 70% in Vlaanderen, 62% in Wallonië en 58% in Brussel. De laatste jaren is in de drie gewesten een stijging merkbaar.

Bovendien blijkt uit de cijfers van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) dat de kosten voor tandzorg niet hoger liggen in het Franstalige deel van het land. Volgens het kabinet van de federale minister van Volksgezondheid legt gemiddeld 60% van de kinderen tussen vijf en zeventien jaar jaarlijks een bezoek af bij de tandarts.

De cijfers die door het N-VA-parlementslid werden geciteerd, hebben slechts betrekking op jongeren die gedurende vijf opeenvolgende jaren elk jaar naar de tandarts gaan.

Bent u op de hoogte van die polemiek, waarbij sommigen een somber beeld van de Brusselse volksgezondheid willen schetsen? Wat is uw standpunt? Hebt u maatregelen getroffen, in samenwerking met de sector?

Preventie op het vlak van mond- en gebitshygiëne is van groot belang, aangezien tandzorg een belangrijke gezondheidsmarker is en anders wordt benaderd naargelang het sociale milieu: omdat tandzorg zo duur is, wordt ze in sommige milieus verwaarloosd en uitgesteld.

Ik ga ervan uit dat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg niet alleen mijn fractie maar ook het Verenigd College na aan het hart ligt. Welke maatregelen neemt u om tandzorg toegankelijker te maken?

Is dat element opgenomen in het Brussels Plan voor de gezondheidszorg?

- l'association dentaire belge francophone -, les données officielles issues de l'Agence intermutualiste (AIM) montrent que ces pourcentages sont bien plus élevés. Selon les chiffres les plus récents de l'AIM, qui remontent à 2016 et sont publiés sur son site internet, on parle, pour les enfants de 5 à 14 ans ayant eu au moins deux contacts avec le dentiste sur une période de trois années civiles consécutives, de 70% des enfants en Région flamande, 62% en Région wallonne et 58% en Région bruxelloise. Ces dernières années, on constate aussi une nette évolution à la hausse dans les trois Régions.

Il n'apparaît également dans aucun chiffre de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) que les dépenses en santé dentaire seraient plus importantes dans la partie francophone du pays. Le cabinet de la ministre fédérale de la Santé a assuré qu'en moyenne, plus de 60% des enfants âgés de 5 à 17 ans se rendent chez un dentiste chaque année.

Les chiffres cités par la députée N-VA ne concerneraient donc que les jeunes s'étant présentés une fois par an durant cinq années consécutives chez un dentiste, tandis que ceux ayant sauté une consultation annuelle ne seraient pas comptabilisés.

Avez-vous connaissance de cette nouvelle polémique visant à décerner un bien sombre bulletin à notre Région en matière de santé ? Pourriez-vous nous faire part de votre position sur la question ainsi que des mesures spécifiques mises en place avec les professionnels de la santé en la matière ?

De manière plus large, j'aimerais vous interroger sur la prévention en matière de santé bucco-dentaire. Cette dernière constitue un marqueur important de la santé, régulièrement cité comme un révélateur du niveau social, alors qu'elle est souvent négligée et que les soins sont souvent reportés vu leur coût élevé. Or, en cette matière comme dans d'autres, une visite régulière permet d'éviter des problèmes plus graves pour la santé générale du patient.

Pourriez-vous nous éclairer sur les mesures concernant ce problème de santé et sur les moyens

mis en œuvre ? La question de l'accessibilité des soins de santé est un élément important pour notre groupe mais aussi, nous en sommes sûrs, pour le Collège de la Commission communautaire commune (Cocom). Quelles sont donc les actions mises en œuvre en faveur de l'accessibilité des soins de santé et, plus particulièrement, des soins dentaires ?

Ce problème est-il intégré comme tel dans le Plan de santé bruxellois ?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Zowel de Société de médecine dentaire als het kabinet-De Block betwisten de cijfers die volksvertegenwoordiger Van Camp (N-VA) aanhaalt en ook de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) uit 2016 spreken ze tegen.*

Volgens het IMA ging 47,7% van de Brusselaars tijdens ten minste twee van de voorbije drie jaar eenmaal naar de tandarts. Bij 5- tot 14-jarigen gaat het zelfs om 58,5%, dus veel meer dan 11%. Aangezien tandverzorging sinds 2009 gratis is voor jongeren onder de achttien, mogen we echter beter verwachten.

U begrijpt dat de polemiek eerder is toe te schrijven aan verkiezingskoorts dan aan een probleem met de volksgezondheid. De boodschap is vooral bedoeld om de gezondheidszorg naar de gemeenschappen over te hevelen.

Het is van groot belang om op jonge leeftijd met preventieve zorgen te starten. Dat betekent dat we kinderen en ouders van bij de geboorte het belang van tandverzorging moeten bijbrengen, iets waarvoor het Office de la naissance et de l'enfance (ONE) en Kind en Gezin verantwoordelijk zijn.

Ze zijn ook bevoegd voor gezondheidspromotie op school. Die speelt een belangrijke rol bij het verwerven van goede gewoonten, zoals de dagelijkse tandhygiëne.

De toestand bij volwassenen hangt nauw samen met de terugbetalingen die het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Les chiffres cités par la députée Van Camp (N-VA) sont à la fois contestés par la Société de médecine dentaire et par le cabinet de la ministre De Block, et contredits par les chiffres de l'Agence intermutualiste (AIM) datant de 2016.

Selon l'AIM, 47,7% des Bruxellois se sont rendus chez le dentiste sur une base annuelle au moins deux fois lors des trois années écoulées. Cette proportion monte même à 58,5% chez les 5-14 ans. Cette catégorie, précisément mise en exergue par la députée sur la base de chiffres erronés, est pourtant la mieux couverte. Nous sommes donc bien loin des 11% avancés.

Toutefois, si l'on tient compte du fait que, depuis 2009, les soins dentaires sont gratuits pour les moins de 18 ans, on est en droit d'attendre de meilleurs résultats.

Vous l'aurez donc compris, cette polémique semble davantage répondre à des enjeux électoralistes qu'à un problème de santé publique. Le fond du message vise une communautarisation des soins de santé plutôt qu'un panorama fiable de la santé bucco-dentaire.

En ce qui concerne la prévention, il est avant tout important de signaler que la prévention dans ce domaine doit commencer à un stade précoce afin d'éviter les détériorations futures. L'éducation sanitaire des enfants et des parents est donc essentielle dès la petite enfance et, par la suite, dans le milieu scolaire. Cette éducation sanitaire relève de la compétence de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) et de Kind en Gezin, qui utilisent plusieurs dispositifs et forment

goedkeurt. Hoewel er zich de voorbije jaren een gunstige evolutie voordeed, blijven er inspanningen nodig om de drempel voor de kwetsbaarste groepen te verlagen.

De interministeriële werkgroep Preventie heeft een technische werkgroep Tandverzorging die drempelverlagende voorstellen onderzoekt. Het accent ligt op mensen uit kwetsbare bevolkingsgroepen. Er is nog werk aan de winkel, want volgens de recentste IMA-cijfers gaat slechts 24% van de Brusselaars naar de tandarts voor preventieve tandverzorging.

Onze mogelijkheden om de mondhygiëne te verbeteren zijn beperkt. Toch omvat het Brussels Plan voor de gezondheidszorg multidisciplinaire doelstellingen die daartoe kunnen bijdragen. Zo wil het patiënten beter informeren, onder andere over de gratis tandverzorging voor minderjarigen. De economische toestand van gezinnen met kinderen bepaalt immers in grote mate hoe vaak de kinderen naar de tandarts gaan, terwijl ze er nochtans niet voor hoeven te betalen.

Ook voor senioren vormt tandhygiëne een uitdaging. Daarom is het belangrijk dat ook voor hen de drempel voor tandartsbezoek laag blijft.

Mijn kabinet werkte samen met tandartsen om het personeel van rust- en verzorgingstehuizen onder onze bevoegdheid bewust te maken van tandhygiëne. Het nam ook deel aan een werkgroep over ondervoeding bij ouderen, want die kan directe gevolgen hebben voor de orodentale gezondheid.

Een van de denksporen is de aanleg van een medisch dossier voor elke rusthuisbewoner met informatie over de controle van de mond- en tandhygiëne.

les personnes en contact avec les enfants afin de les sensibiliser.

Ces organismes sont également compétents pour la promotion de la santé à l'école, et l'on sait que le milieu scolaire joue un rôle important dans la prise de bonnes habitudes, telles que le fait de se brosser correctement et quotidiennement les dents.

La situation des adultes, qui dépend largement du pouvoir fédéral, est liée aux remboursements dentaires décidés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami). Bien que cette situation ait connu une évolution favorable ces dernières années, des efforts restent nécessaires pour garantir une meilleure accessibilité aux groupes les plus vulnérables.

Le groupe de travail interministériel consacré à la prévention, qui s'inscrit dans le cadre de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique à laquelle nous participons, a également mis sur pied un groupe de travail technique chargé de la santé dentaire. Ce groupe examine des propositions pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires préventifs, afin de les optimiser en mettant l'accent sur les personnes appartenant à une catégorie socio-économique défavorisée. Il s'agit là d'un enjeu car, toujours selon les derniers chiffres de l'AIM, seuls 24% des Bruxellois recourent à des soins dentaires préventifs.

En ce qui concerne le Plan de santé bruxellois, nous n'avons que peu de leviers directs de compétence en matière de santé bucco-dentaire. Néanmoins, le plan de santé reprend différents objectifs transversaux qui peuvent jouer un rôle dans son amélioration. Il en va ainsi de la volonté d'améliorer l'information des patients, pour laquelle l'exemple de la gratuité des soins dentaires pour mineurs est explicitement repris. En effet, comme le montrent les chiffres, cette gratuité est encore trop méconnue. Des différences sont effectivement observées dans la régularité des visites chez le dentiste pour les enfants en fonction du statut économique, alors que ces visites sont précisément gratuites. Les dispositifs visant à renforcer l'éducation thérapeutique des patients et leur rôle dans la prise en main de leur propre santé vont également dans ce sens.

Enfin, pour ce qui concerne les personnes âgées qui nous touchent peut-être plus directement, il y a une volonté d'affirmer le maintien à domicile tant que celui-ci est possible, et d'organiser des soins de proximité. Nous savons que l'hygiène dentaire est un enjeu pour les personnes âgées. Dès lors, il faut pouvoir faciliter les visites de dentistes ou les possibilités de dépistage.

Dans le cadre des maisons de repos et de soins qui relèvent de notre compétence, mon cabinet a travaillé avec des dentistes en vue de former et de sensibiliser le personnel de ces institutions à l'hygiène dentaire. Il a également participé à un groupe de réflexion sur la problématique de la dénutrition des personnes âgées, laquelle peut directement influencer la santé bucco-dentaire.

Parmi les pistes de réflexion, on envisage la possibilité de modifier les normes d'agrément des maisons de repos et de soins afin de constituer, pour chaque personne âgée, un dossier médical qui mentionnerait notamment les informations relatives au contrôle régulier de l'hygiène bucco-dentaire, prothèses dentaires incluses.

Mevrouw Isabelle Emmery (PS) *(in het Frans).- Dank u voor de informatie over wat het gewest kan doen. Voor het overige wou ik met mijn vraag ook de misplaatste en foutieve verklaringen rechtzetten.*

- Het incident is gesloten.

Mme Isabelle Emmery (PS).- Je vous remercie de nous avoir informés de ce que nous pouvons réaliser dans notre Région. Pour le reste, le but de ma question était aussi de rectifier des déclarations intempestives et erronées et d'enregistrer cette rectification dans les annales.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

QUESTION ORALE 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

GEZONDHEIDSBELEID, HET OPENBAAR AMBT, DE FINANCIËN, DE BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "het huisartsentekort in Brussel en de Impulseopremies".

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Naar aanleiding van het onderzoek van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad zei u dat u maatregelen wilt treffen om jonge huisartsen naar het Brussels Gewest te lokken.*

Volgens het onderzoek geeft 89% van de jonge artsen te kennen graag in een huisartsenpraktijk te willen werken, terwijl 92% graag in een multidisciplinair team zou werken. 77% van de respondenten haalt de moeizame zoektocht naar geschikt vastgoed aan als een belangrijk probleem.

Wilt u een Impulseopremie invoeren voor jonge artsen die in een huisartsenpraktijk willen werken?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Naar aanleiding van het onderzoek worden de Impulseopremies momenteel herzien. Het nieuwe premiestelsel treedt in 2020 in werking.*

De belangrijkste wijzigingen zijn:

- een vestigingspremie van 15.000 euro voor artsen die een praktijk starten in het Brussels Hoofdstedelijke Gewest. Dat komt neer op een vermindering van de bestaande premie met 5.000 euro;

- een aanvullende vestigingspremie van 15.000 euro voor artsen die een praktijk starten in een wijk met een artsentekort;

FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "la pénurie de médecins généralistes à Bruxelles et les primes Impulseo".

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- À la suite des résultats de l'étude réalisée par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, vous aviez annoncé entamer une réflexion sur les primes Impulseo afin de "promouvoir des mesures susceptibles d'attirer de jeunes médecins sur l'ensemble du territoire bruxellois".

Dans cette étude, 89% des jeunes médecins sondés plébiscitaient l'installation en pratique de groupe de médecine générale, et 92% d'entre eux se disaient attirés par le travail en équipes multidisciplinaires. Par ailleurs, la difficulté de trouver des locaux adaptés était mentionnée comme une des difficultés essentielles pour 77% des répondants.

Les jeunes médecins s'établissent en priorité dans des pratiques en groupe ; c'est un fait désormais avéré. Qu'en est-il d'une réflexion sur la mise en place de primes Impulseo pour ces jeunes qui plébiscitent l'installation en pratique de groupe de médecine générale ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- À la suite de l'étude réalisée à notre demande par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, le système des primes Impulseo est en cours de révision. Le nouveau système entrera en vigueur en 2020.

Les modifications principales sont les suivantes :

- une prime à l'installation de 15.000 euros pour tout médecin qui s'installe en Région de Bruxelles-Capitale. Il s'agit donc d'une diminution de 5.000 euros par rapport à la prime actuelle ;

- une prime à l'installation complémentaire de 15.000 euros pour les médecins qui s'installent dans un quartier en pénurie. La liste de ces quartiers en pénurie sera établie par les membres

- de mogelijkheid om de vestigingspremie toe te kennen tijdens een periode van een jaar voor de laatste opleidingsmaand van de huisartsen-opleiding. Daarmee helpen we artsen die vastgoed willen kopen of renoveren.

Tijdens een Impulseoforum in 2017 hadden jonge artsen naar dergelijke maatregelen gevraagd.

Jonge artsen geven inderdaad de voorkeur aan een groepspraktijk. Daarom komt er een projectoproep voor de oprichting van een dienst ter ondersteuning van mono- of multidisciplinaire groepspraktijken. Die dienst zal de huisartsen en eerstelijnshulpverstrekkers steunen bij de start van of de reorganisatie van hun praktijk tot groepspraktijk. Wijken met een ernstig huisartsentekort krijgen voorrang.

du Collège réuni compétents pour la Politique de santé, sur la base du monitoring des quartiers et des constatations faites par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. Cette liste comprenant huit zones et 30 quartiers est en cours de validation par les cercles de médecins généralistes. En effet, nous voulons nous assurer que les chiffres de pénurie établis scientifiquement par notre administration correspondent aux difficultés ressenties par le terrain ;

- nous voulons désormais permettre l'octroi de la prime à l'installation dans les douze mois précédant le dernier mois de la fin de la formation spécifique en médecine générale. Cette mesure vise à faciliter l'installation des médecins qui envisagent d'acquérir un bien ou d'effectuer des travaux de rénovation en vue de leur installation.

Il s'agit là de répondre à une demande exprimée par les jeunes médecins lorsque nous les avons rencontrés en 2017, lors d'un forum consacré à Impulseo et organisé conjointement par les cercles de médecine généraliste.

Les jeunes médecins ont aussi exprimé, comme vous le mentionnez, leur souhait de s'établir en pratique de groupe. Pour répondre à cette demande, un appel d'offres va être lancé, qui vise à proposer un service d'appui à la pratique de groupe, mono- ou pluridisciplinaire, au départ de pratiques de médecins généralistes, quelles que soient les formes de pratiques envisagées.

L'objectif est de soutenir les praticiens de médecine générale en particulier, et les praticiens de première ligne de soins en général, pour démarrer ou réorganiser leur pratique vers une pratique de groupe qui permet de renforcer l'accès aux soins de santé de première ligne, de mettre les besoins des personnes au centre de leur action et de permettre le développement d'une approche multidisciplinaire.

Ce service d'appui à la pratique de groupe, mono- ou pluridisciplinaire, doit permettre de soutenir les prestataires intéressés à toutes les étapes du projet, de sa conception à son démarrage. Il visera prioritairement le démarrage de projets dans les

zones en pénurie sévère de médecins généralistes.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Als ik u goed begrijp, hebben de huisartsen gevraagd een premie te krijgen om zich in een groepspraktijk te vestigen, maar hebt u het bedrag nog niet vastgelegd.*

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Si je vous ai bien compris, les médecins généralistes demandent de bénéficier d'une prime pour s'établir en pratique de groupe, mais vous n'en avez pas encore fixé le montant.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De premie blijft dezelfde, of een arts nu alleen of in een groepspraktijk werkt. Ze wordt echter aanzienlijk verhoogd, namelijk van 20.000 naar 30.000 euro.*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Qu'ils s'installent seuls ou en groupe, la prime reste la même. L'augmentation de la prime est significative, puisqu'elle passe de 20.000 à 30.000 euros.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Krijgen drie artsen die samen een groepspraktijk oprichten dan driemaal 30.000 euro?*

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Si trois médecins décident de s'installer en pratique de groupe, ils recevront trois fois 30.000 euros ?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ja, op voorwaarde dat ze het gebruik ervan kunnen rechtvaardigen.*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Oui, à condition, bien entendu, de justifier l'utilisation de ces montants.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Zal het systeem volgend jaar van kracht worden?*

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Le système entrera en vigueur dès l'année prochaine ?

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Inderdaad.*

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Oui.

- Het incident is gesloten.

- L'incident est clos.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ABDALLAH KANFAOUI

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

QUESTION ORALE DE M. ABDALLAH KANFAOUI

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

BEGROTING EN DE EXTERNE BETREKKINGEN,

betreffende "de investering van de Koning Boudewijnstichting in de hervorming van de thuisverzorging".

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ABDALLAH KANFAOUI

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 "het zorgaanbod in Brussel voor patiënten met een dubbele diagnose".

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER DAVID WEYTSMAN

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 artificiële intelligentie in de

RELATIONS EXTÉRIEURES,

concernant "l'investissement de la Fondation Roi Baudouin dans la réforme des soins de santé à domicile".

QUESTION ORALE DE M. ABDALLAH KANFAOUI

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'offre de soins à Bruxelles pour les patients concernés par le double diagnostic".

QUESTION ORALE DE M. DAVID WEYTSMAN

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'intelligence artificielle dans

sector van de gezondheidszorg".

De voorzitter.- Op verzoek van de indieners, die verontschuldigd zijn, en met instemming van de collegeleden, worden de mondelinge vragen naar een volgende vergadering verschoven.

_____

le secteur de la santé".

M. le président.- À la demande des auteurs, excusés, et avec l'accord des membres du Collège réuni, les questions orales sont reportées à une prochaine réunion.

_____