

BRUSSEL-HOOFDSTAD

---

**VERENIGDE VERGADERING  
VAN DE  
GEMEENSCHAPPELIJKE  
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

GEWONE ZITTING 2008-2009

19 FEBRUARI 2009

---

**Debat over het meerjarenplan  
voor de bouw van  
nieuwe ziekenhuis- en gezondheidsinstellingen**

**VERSLAG**

uitgebracht namens de commissie  
voor de Gezondheid

door de heer André du BUS de WARNAFFE (F)

---

Aan de werkzaamheden van de commissie hebben deelgenomen :

*Vaste leden* : de heer Bea Diallo, mevr. Anne Sylvie Mouzon, mevr. Souad Razzouk, mevr. Fatiha Saïdi, mevr. Françoise Bertieaux, de heren Michel Colson, Vincent De Wolf, mevr. Martine Payfa, de heren André du Bus de Warnaffe, Joël Riguelle, Paul Galand, Dominiek Lootens-Stael, Jean-Luc Vanraes, mevr. Brigitte De Pauw.

*Plaatsvervangers* : mevr. Anne Swaelens, mevr. Jacqueline Rousseaux, de heer Denis Grimberghs, mevr. Dominique Braeckman.

*Andere leden* : de heren Olivier de Clippele, Yves de Jonghe d'Ardoye d'Erp, mevr. Isabelle Emmery, de heer Frédéric Erens, mevr. Fatima Moussaoui, mevr. Viviane Teitelbaum.

BRUXELLES-CAPITALE

---

**ASSEMBLEE REUNIE  
DE LA COMMISSION  
COMMUNAUTAIRE  
COMMUNE**

SESSION ORDINAIRE 2008-2009

19 FEVRIER 2009

---

**Débat sur le plan pluriannuel  
de construction  
des institutions hospitalières et de santé**

**RAPPORT**

fait au nom de la commission  
de la Santé

par M. André du BUS de WARNAFFE (F)

---

Ont participé aux travaux de la commission :

*Membres effectifs* : M. Bea Diallo, Mmes Anne Sylvie Mouzon, Souad Razzouk, Fatiha Saïdi, Françoise Bertieaux, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf, Mme Martine Payfa, MM. André du Bus de Warnaffe, Joël Riguelle, Paul Galand, Dominiek Lootens-Stael, Jean-Luc Vanraes, Mme Brigitte De Pauw.

*Membres suppléants* : Mmes Anne Swaelens, Jacqueline Rousseaux, M. Denis Grimberghs, Mme Dominique Braeckman.

*Autres membres* : MM. Olivier de Clippele, Yves de Jonghe d'Ardoye d'Erp, Mme Isabelle Emmery, M. Frédéric Erens, Mmes Fatima Moussaoui, Viviane Teitelbaum.

**Inhoudstafel**

I. Uiteenzetting van de leden van het Verenigd College Guy Vanhengel en Benoît Cerexhe, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid.....	3
II. Gedachtewisseling.....	10
III. Hoorzittingen.....	29
III.1.a. Hoorzitting met mevrouw Myriam De Spiegelaere, wetenschappelijk directrice van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.....	29
III.1.b. Gedachtewisseling .....	35
III.2.a. Hoorzitting met de heer Marc Van Roosbroeck, directeur van de vzw BECOPRIVE .....	37
III.2.b. Gedachtewisseling .....	40
III.3.a. Hoorzitting met de heer Christian Dejaer, directeur van de vzw CBI, en met de heer Marc Van Campenhoudt, ondervoorzitter van de vzw CBI .....	41
III.3.b. Gedachtewisseling .....	45
III.4.a. Hoorzitting met de heer Gauthier Saelens, directeur van VALIDA.....	49
III.4.b. Gedachtewisseling .....	50
III.5.a. Hoorzitting met de heer Philippe Close, voorzitter van de raad van bestuur van IRIS, en de heer Dirk Thielens, waarnemend gedelegeerd bestuurder .....	52
III.5.b. Gedachtewisseling .....	56
IV. Einde van de bespreking.....	60
V. Bijlagen .....	61

**Table des matières**

I. Exposé des membres du Collège réuni Guy Vanhengel et Benoît Cerexhe compétents pour la Politique de la Santé.....	3
II. Echange de vues .....	10
III. Auditions.....	29
III.1.a. Audition de Mme Myriam De Spiegelaere, directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale .....	29
III.1.b. Échange de vues .....	35
III.2.a. Audition de M. Marc Van Roosbroeck, directeur de l'asbl COBEPRIVE .....	37
III.2.b. Échange de vues .....	40
III.3.a. Audition de M. Christian Dejaer, directeur de l'asbl CBI, et de M. Marc Van Campenhoudt, vice-président de l'asbl CBI.....	41
III.3.b. Échange de vues .....	45
III.4.a. Audition de M. Gauthier Saelens, directeur de VALIDA.....	49
III.4.b. Échange de vues .....	50
III.5.a. Audition de M. Philippe Close, président du conseil d'administration d'IRIS, et de M. Dirk Thielens, administrateur délégué f.f.....	52
III.5.b. Échange de vues .....	56
IV. Clôture des débats.....	60
V. Annexes .....	61

De commissie voor de Gezondheid heeft tijdens de vergaderingen van 9 oktober, 4 november 2008, 22 januari en 19 februari 2009 het Meerjarenplan voor de bouw van nieuwe ziekenhuis- en gezondheidsinstellingen onderzocht.

### **I. Uiteenzetting van de leden van het Verenigd College Guy Vanhengel en Benoît Cerexhe, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid**

De Collegeleden Guy Vanhengel en Benoît Cerexhe hebben de volgende toespraak voor de commissie gehouden :

« 468 miljoen EUR aan subsidies voor de bouw van nieuwe bicommunautaire Brusselse ziekenhuizen en psychiatrische verzorgingstehuizen de komende 12 jaar.

#### **VASTSTELLINGEN**

- Het Brussels Gewest heeft een groot aantal ziekenhuizen op haar grondgebied, en onder meer drie grote universitaire instellingen. Daarnaast bestaan er algemene, psychiatrische en ziekenhuizen voor chronisch zieken met een bicommunautair statuut. De Brusselse Ministers voor gezondheid, Benoît Cerexhe en Guy Vanhengel zijn bevoegd voor deze ziekenhuizen. Deze sector vertegenwoordigt 9 algemene ziekenhuizen met ruim 4.000 bedden, 6 psychiatrische ziekenhuizen met ongeveer 800 bedden en zowat 600 chronische bedden, verdeeld over 5 kleinere instellingen.
- 37 procent van de patiënten van deze ziekenhuisinstellingen zijn niet gedomicilieerd in Brussel.
- De ziekenhuissector evolueert voortdurend omwille van : de nieuwe medische technologieën; de toename van de dagopnames in alle ziekenhuisafdelingen zowel voor chirurgische als geriatrische opnames; de kortere duur van de ziekenhuisverblijven; maar ook de toename van het aantal bejaarde patiënten of patiënten met chronische ziekten.

Vandaar dat de Brusselse ziekenhuizen hun behoeften aan investeringen regelmatig moeten herzien.

#### **ANTWOORD VAN HET BRUSSELSE GEWEST : HET MEERJARENPLAN VOOR DE BOUW VAN NIEUWE ZIEKENHUIS- EN GEZONDHEIDSINSTELLINGEN**

##### *HERINNERING en CONTEXT*

- De levensduur van een ziekenhuisgebouw bedraagt gemiddeld net iets meer dan 30 jaar. De ziekenhuiswet legt

La commission de la Santé a examiné, lors des séances du 9 octobre, 4 novembre 2008, 22 janvier et 19 février 2009, le Plan pluriannuel de construction des institutions hospitalières et de santé.

### **I. Exposé des membres du Collège réuni Guy Vanhengel et Benoît Cerexhe compétents pour la Politique de la Santé**

Les membres du Collège Guy Vanhengel et Benoît Cerexhe ont tenu le discours suivant devant la commission :

« 468 millions d'EUR de subsidies seront consacrés à la construction des hôpitaux et des maisons de soins psychiatriques bicommunautaires bruxellois sur 12 ans.

#### **CONSTATS**

La Région bruxelloise regroupe sur son territoire un grand nombre d'hôpitaux dont trois grands hôpitaux universitaires. Il y a, en outre, des hôpitaux généraux, psychiatriques ou chroniques au statut bicommunautaire. Ceux-ci relèvent de la compétence des ministres bruxellois de la Santé Benoît Cerexhe et Guy Vanhengel. Ce secteur représente 9 hôpitaux généraux comptant un peu plus de 4.000 lits, 6 hôpitaux psychiatriques avec environ 800 lits et quelques 600 lits chroniques répartis sur 5 plus petites institutions.

Ces institutions hospitalières accueillent de très nombreux patients dont 37 % ne sont pas domiciliés à Bruxelles.

Le secteur des hôpitaux est un secteur en permanente évolution. En cause : les nouvelles technologies médicales; le développement de l'hospitalisation de jour dans tous les secteurs de l'hôpital, de la chirurgie à la gériatrie; le raccourcissement des durées de séjour; mais aussi l'augmentation du nombre des patients âgés ou souffrant de maladies chroniques.

Pour toutes ces raisons, les besoins en investissements des hôpitaux bruxellois doivent être très régulièrement réévalués.

#### **RÉPONSE DE LA RÉGION BRUXELLOISE : LE PLAN PLURIANNUEL DE CONSTRUCTION DES INSTITUTIONS HOSPITALIÈRES ET DE SANTÉ**

##### *RAPPEL et CONTEXTTE*

- La durée de vie d'un bâtiment hospitalier est en moyenne d'un peu plus de 30 ans. La loi sur les hôpitaux fixe

trouwens de duur van de afschrijving van de gebouwen vast op 33 jaar. Sinds 1989 voerden de Brusselse overheden een dynamisch beleid om het ziekenhuispark aan de hedendaagse eisen te laten voldoen. Ongeveer om de tien jaar herbekijken ze de noodzakelijke ingrepen, omdat het ziekenhuisbeleid gekenmerkt is door fusies, concentraties, rationalisaties. Wij noteren ook dat het Brussels Gewest de laatste tien jaar flink geïnvesteerd heeft om deze vernieuwingen mogelijk te maken.

- In het meerderheidsakkoord van het Brusselse Gewest is een hoofdstuk gewijd aan de investering in ziekenhuizen. Dat besteedt onder andere aandacht aan de opvang van zieke kinderen in de kamers « ouders – kinderen » en in andere gezondheidsinstellingen zoals het Huis voor Respijtzorg. Dit meerderheidsakkoord voorziet ook in de nieuwbouw van het ziekenhuis Bordet.
- Het vorige meerjarenplan is in december 2007 verstreken. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie moest dus een nieuw meerjarenplan opstellen voor de subsidiëring van de bouw van nieuwe ziekenhuizen en gezondheidsinstellingen.

#### *HET NIEUWE MEERJARENPLAN 2008-2019*

Op initiatief van de Ministers van Gezondheid Guy Vanhengel en Benoît Cerexhe heeft het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie de eerste fase van het meerjarenplan 2008-2019 goedgekeurd voor de bouw van de ziekenhuis- en gezondheidsinstellingen. Dat plan moet deze instellingen in staat te stellen het hoofd te bieden aan hun toenemende investeringsbehoeften. Een globaal budget van 468 miljoen EUR (45 % voor de openbare instellingen en 55 % voor de privé-instellingen) zal hieraan worden besteed gedurende de periode 2008-2019.

#### **Financieringsbronnen : herinnering**

Hoewel de Gemeenschappen en de Gewesten bevoegd zijn om te beslissen of bepaalde bouwwerken al dan niet recht hebben op een investeringssubsidie, komt het geld niet alleen van de Gemeenschappen en Gewesten, maar ook van de Federale overheid.

De beslissingen van de Gemeenschappen en Gewesten kunnen dus een impact hebben op de federale begroting.

Om de federale begroting niet in moeilijkheden te brengen, ondertekenen de gefedereerde entiteiten (Gemeenschappen en Gewesten) en de Federale Overheid op regelmatige basis een protocolakkoord. In dit akkoord leggen ze de gesloten enveloppen vast die in zekere zin de « trekingsrechten » vormen van de Gemeenschappen en Gewesten. Een protocolakkoord werd bijvoorbeeld ondertekend op 19 juni 2006 en vertaald in het Koninklijk Besluit van 1 maart 2007.

d'ailleurs la durée d'amortissement des bâtiments à 33 ans. Depuis 1989, les autorités bruxelloises ont mené une politique dynamique permettant au parc hospitalier de satisfaire aux exigences modernes. Dans ce cadre, la Région consent, tous les dix ans, à des efforts financiers importants pour répondre à la politique hospitalière et à son cortège de fusions, concentrations et rationalisations ... Ces dix dernières années, la Région bruxelloise a d'ailleurs consacré un solide budget à la réalisation de ces rénovations.

- L'accord de majorité en Région bruxelloise consacre un chapitre aux investissements dans les hôpitaux. Il s'agit notamment de l'accueil des enfants malades dans des chambres « parents – enfants » et dans d'autres établissements de santé comme la Maison de répit. Cet accord de majorité prévoit également la reconstruction de l'Institut Bordet.
- Le plan pluriannuel précédent est venu à expiration en décembre 2007. La Commission communautaire commune se devait donc d'élaborer un nouveau plan pluriannuel de subsidiation à la construction des hôpitaux et établissements de soins.

#### **LE NOUVEAU PLAN PLURIANNUEL 2008-2019**

À l'initiative des Ministres de la Santé Guy Vanhengel et Benoît Cerexhe, le collège réuni de la Commission communautaire commune a approuvé la première phase du plan pluriannuel 2008-2019 de construction des institutions hospitalières et de santé pour leur permettre de faire face à l'évolution de leurs besoins en investissements. Un budget total de 468 millions d'EUR (45 % pour les institutions publiques et 55 % pour les institutions privées) y sera consacré pour la période de 2008 à 2019.

#### **Sources de financement : rappel**

S'il appartient aux Communautés et aux Régions de prendre la décision d'accorder un subside en matière d'investissement, dans des travaux de construction, il revient à la fois aux Communautés et Régions et au pouvoir fédéral d'en assurer le financement.

Les décisions des Communautés et Régions peuvent donc avoir un impact sur le budget fédéral.

Pour ne pas mettre ce budget fédéral en difficulté, un protocole d'accord est régulièrement signé entre les entités fédérées (Communautés et Régions) et fédérale. Ce protocole d'accord fixe des enveloppes fermées qui constituent en quelque sorte des « droits de tirage » pour les Communautés et Régions. Un protocole d'accord a ainsi été signé le 19 juin 2006 et traduit dans l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> mars 2007.

Volgens dit systeem stelt de Federale Staat een jaarlijkse enveloppe ter beschikking van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie met een trekkingsrecht ter waarde van 19,034 miljoen EUR.

### Totaal bedrag van de financiering

Het Verenigd College heeft beslist dat de financiering van de bouwwerken door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie 20 miljoen EUR per jaar zal bedragen, en dit gedurende 12 jaar. Dit brengt het totaal van de beschikbare middelen op 39,034 miljoen EUR per jaar (nl. 20 miljoen euro + de 19,034 miljoen EUR van de Federale Staat) op. Dus 468,408 miljoen EUR in totaal voor de komende 12 jaren. Deze 468 miljoen euro dekken voor 100 % de kosten van de werken, dit is 21 % BTW en 10 % algemene kosten inbegrepen.

### GELIJKE BEHANDELING VAN ALLE ZIEKENHUIZEN

#### 1. Beschrijving van het Brusselse ziekenhuislandschap :

Het Brusselse ziekenhuislandschap in de ruimste zin van het woord kan als volgt beschreven worden.

28 ziekenhuizen beheren samen in totaal 40 ziekenhuis-sites, waarvan :

- 3 universitaire ziekenhuizen die elk één site uitbaten;
- 9 acute ziekenhuizen samen goed voor 21 ziekenhuis-sites;
- 6 zogenaamde « chronische » ziekenhuizen, d.i. gespecialiseerd in revalidatie en chronische ziekten;
- 9 psychiatrische ziekenhuizen;
- 1 militair ziekenhuis.

De GGC is bevoegd voor alle ziekenhuizen, behalve onderstaande 8 instellingen :

- de 3 universitaire ziekenhuizen, met name Saint-Luc (964 bedden), Erasmus (858 bedden) en UZ Brussel (709 bedden) waarvoor de Vlaamse en Franse Gemeenschap bevoegd zijn (aangezien het universitaire onderwijs slechts in een enkele taal wordt gegeven);
- de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) is bevoegd voor 3 instellingen : het Centre de Traumatologie et Revalidation (117 chronische bedden), het Centre Psychiatrique Parhélie (24 bedden) en het Equipe (15 psychiatrische bedden);
- de Vlaamse Gemeenschap is bevoegd voor één psychiatrisch ziekenhuis (Sint-Alexius, 44 bedden);

Dans ce système, la Commission communautaire commune dispose d'un « droit de tirage » dans une enveloppe mise à sa disposition par l'Etat fédéral de 19,034 millions d'EUR par an.

### Montant total du financement

Le Collège réuni a décidé que le financement des constructions par la Commission communautaire commune sera de 20 millions d'EUR par an pendant 12 ans, ce qui porte la totalité des moyens disponibles à 39,034 millions d'EUR par an (soit 20 millions + les 19,034 millions du fédéral) ou à 468,408 millions d'EUR au total pour les 12 années à venir. Ces 468 millions d'EUR couvrent le coût des travaux à 100 % c'est-à-dire avec la TVA de 21 % et des frais généraux à 10 % inclus.

### TRAITEMENT ÉQUITABLE DE TOUS LES HOPITAUX

#### 1. Description du paysage hospitalier bruxellois :

Le paysage hospitalier bruxellois dans son acceptation la plus large peut être décrit de la façon suivante.

28 hôpitaux exploitant au total 40 sites hospitaliers, dont :

- 3 hôpitaux universitaires exploitant chacun un seul site;
- 9 hôpitaux aigus exploitant 21 sites hospitaliers;
- 6 hôpitaux dits « chroniques », c'est-à-dire spécialisés en revalidation et maladies chroniques;
- 9 hôpitaux psychiatriques;
- 1 hôpital militaire.

Tous les hôpitaux dépendent de la Cocom sauf 8 :

- les 3 hôpitaux universitaires, soit Saint-Luc (964 lits), Erasme (858 lits) et l'UZ Brussel (709 lits) qui dépendent directement des Communautés française et flamande (puisque l'enseignement universitaire ne se fait que dans une seule langue);
- 3 hôpitaux qui dépendent de la Commission communautaire française (Cocof), soit le Centre de Traumatologie et Revalidation (117 lits chroniques), le Centre Psychiatrique Parhélie (24 lits) et l'Equipe (15 lits psychiatriques);
- un hôpital psychiatrique (Sint-Alexius, 44 lits) qui dépend de la Communauté flamande;

- het ministerie van Landsverdediging ontfermt zich over het Militair Ziekenhuis (met uitzondering van één verdieping waar bedden voor chronisch zieken van het UVC Brugmann gebruikt worden).

## 2. Gelijke behandeling van alle ziekenhuizen

Alle bicommunautaire ziekenhuizen werden, zonder uitzondering, in 2007 uitgenodigd om hun behoeften inzake bouwwerken mee te delen. De administratie van de GGC registreerde en behandelde alle aanvragen zodat ze beschikte over vergelijkbare gegevens van alle ziekenhuizen.

Op basis van deze gegevens maakte zij een onderscheid tussen (1) zuivere onderhoudswerken van de gebouwen en (2) werken die de patrimoniale waarde van het gebouw vermeerderen.

De eerste type werken (1) vallen integraal ten laste van de Federale Overheid in het kader van de financiering van de beheerskosten, die men over het algemeen de financiële middelen van het ziekenhuis noemt.

De tweede reeks werken (2) vallen onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen en Gewesten en kunnen dus worden ingeschreven in het meerjarenplan van de GGC.

Elk ziekenhuis kon in de loop van het jaar 2007 de samenvattende fiche van zijn aanvragen ontvangen en werd gevraagd zowel de inschrijving van de aanvraag (aard en kostprijs van de werken) als het bouwkostplafond van de werken te valideren.

Alle ziekenhuizen konden reageren en de aanvragen werden definitief afgesloten, in samenspraak met de ziekenhuizen.

De totale omvang van deze aanvragen bedraagt 532.538.000 EUR, 21 % BTW en 10 % algemene kosten inbegrepen.

Het Verenigd College heeft besloten de beschikbare budgettaire middelen voor het meerjarenplan (nl. 468 miljoen EUR) te verdelen tussen de openbare sector (45 %) en de privésector (55 %). Het College opteerde voor deze verdeelsleutel, ten eerste, omdat het overeenkomt met het aantal ziekenhuisbedden in elke sector en, ten tweede, omdat het in lijn ligt van het totaal aantal van de aanvragen die de openbare en privésector indienden.

De gelijke behandeling van de ziekenhuizen werd eveneens verzekerd dankzij het principe van het bouwkostplafond van nieuwbouwwerken. Dit principe werd ingeschreven in de wetgeving, en meer bepaald in het Ministerieel Besluit van 11 mei 2007 tot vaststelling van de maximumkostprijs die in aanmerking kan worden genomen voor de betoelaging van nieuwbouwwerken, uitbreidingswerken en herconditioneringswerken van een ziekenhuis of een dienst.

- et l'Hôpital Militaire qui dépend de la Défense nationale (sauf un étage où sont exploités des lits chroniques du CHU Brugmann).

## 2. Equité pour tous les hôpitaux

Tous les hôpitaux bicommunautaires, sans exception, ont été invités en 2007 à faire part de leurs besoins en terme de construction. Toutes les demandes ont été enregistrées et traitées par l'administration de la CCC de manière à pouvoir disposer de données comparables entre les hôpitaux.

Sur cette base, une distinction a été faite entre (1) les travaux qui concernent exclusivement l'entretien des bâtiments et (2) ceux qui augmentent la valeur patrimoniale.

Les premiers (1) sont totalement pris en charge par le Fédéral dans le cadre du financement des frais d'exploitation, ce qu'on appelle généralement le budget de moyens financiers des hôpitaux.

Les seconds (2) sont du ressort des Communautés et Régions et peuvent donc être inscrits dans le plan pluriannuel de la CCC.

Au cours de l'année 2007, chaque hôpital a eu l'occasion de recevoir la fiche de synthèse de ses demandes et une validation a été demandée tant pour ce qui concerne l'enregistrement de la demande (nature et coût des travaux) que le solde du plafond de construction.

Tous les hôpitaux ont pu réagir et les demandes ont été arrêtées définitivement, en concertation avec les hôpitaux.

Le total de ces demandes s'élève à 532.538.000 d'EUR, TVA de 21 % et frais généraux à 10 % inclus.

Le Collège réuni a décidé de répartir les moyens budgétaires disponibles pour le plan pluriannuel (soit les 468 millions d'EUR) entre le secteur public (45 %) et le secteur privé (55 %). Cette clé de répartition a été choisie d'abord parce qu'elle correspond au nombre de lits hospitaliers dans chaque secteur, ensuite, parce qu'elle est fidèle à la ventilation de la totalité des demandes introduites par les secteurs public et privé.

Le traitement équitable entre hôpitaux a également été assuré par la technique des plafonds à la construction. Cette technique a été inscrite dans la législation. Il s'agit de l'arrêté ministériel du 11 mai 2007 fixant le coût maximal pouvant être pris en considération pour l'octroi des subventions pour la construction de nouveaux bâtiments, les travaux d'extension et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service.

Samengevat bepaalt dit ministerieel besluit voor elk type ziekenhuis, en afhankelijk van de ziekenhuisdiensten waarover het beschikt, een subsidieplafond.

Van dit plafond worden de subsidies afgetrokken die de vorige jaren toegekend werden, maar nog niet afgeschreven werden. Wat hierna overblijft, is het bouwkostplafond. De afschrijvingsduur voor de gebouwen wordt op zijn beurt, zoals eerder gezegd, wettelijk vastgelegd op 33 jaar.

## *ZIEKENHUIZEN EN ENKELE ANDERE GEZONDHEIDS-INSTELLINGEN*

Naast de ziekenhuizen omvat het meerjarenplan ook de bouwwerken van andere gezondheidsinstellingen.

### **1. De psychiatrische verzorgingstehuizen**

Het betreft gezondheidsinstellingen die, vaak gedurende lange tijd, patiënten – waaronder ook mentaal gehandicapte patiënten – opnemen die lijden aan een gestabiliseerde chronische psychiatrische aandoening. Deze centra zijn in zekere zin de tegenhanger van de rust en verzorgingstehuizen, maar dan voor psychiatrische patiënten.

Voor de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) zal de financiering verlopen volgens de regels die van toepassing zijn op de rusthuizen : 60 % van de kosten van de werken wordt gefinancierd door de GGC, de overige 40% moeten de instellingen zelf, met eigen middelen financieren.

### **2. Het Huis voor Respijtzorg**

Het toekomstige Huis voor Respijtzorg dat in Evere gevestigd zal worden en waarvan de bouwwerken in de komende weken zullen aanvangen, is eveneens opgenomen in het meerjarenplan. De openbare aanbesteding werd begin augustus uitgeschreven, het toesturen van voorstellen werd afgesloten op 15 september jongstleden en de architect van de vzw is thans de ontvangen voorstellen aan het nakijken, onder controle van de administratie. Aangezien het Huis voor Respijtzorg een proefproject is (het is het eerste in België), zal de GGC alle bouwkosten op zich nemen.

### **3. Het Bordet Instituut**

De beslissing van het Verenigd College voorziet eveneens in de heropbouw van het Bordet Instituut op de campus van het Erasmusziekenhuis. Hiervoor wordt een budget uitgetrokken van in totaal 115 miljoen euro (waarvan 65 % gefinancierd wordt door het Meerjarenplan en 35 % via andere financieringsbronnen, zoals Beliris ter hoogte van 11 miljoen).

Pour faire bref, cet arrêté ministériel fixe, pour chaque type d'hôpital et en fonction des services hospitaliers dont il dispose, un plafond à la subsidiation.

De ce plafond sont déduits les subsides non encore amortis accordés les années précédentes, constituant ainsi le solde du plafond de construction. La durée d'amortissement, comme cela a été dit, est quant à elle fixée par la législation, à savoir 33 années pour les bâtiments.

## *HÔPITAUX ET QUELQUES AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ*

A côté des hôpitaux, d'autres établissements de santé ont été intégrés dans le plan pluriannuel.

### **1. Les maisons de soins psychiatriques**

Il s'agit d'établissements de santé qui ont pour mission d'héberger, souvent pour le long terme, des patients présentant un trouble psychiatrique chronique stabilisé ainsi que des patients handicapés mentaux présentant également un trouble psychiatrique chronique stabilisé. Il s'agit en quelque sorte du pendant des maisons de repos et de soins mais pour des patients psychiatriques.

Pour les maisons de soins psychiatriques (MSP), le financement se fera selon les règles applicables aux maisons de repos, à savoir que 60 % du coût des travaux sont financés par la CCC et que les 40 % restant doivent être financés par les établissements eux-mêmes sur fonds propres.

### **2. La Maison de répit**

La future Maison de répit qui sera installée à Evere et dont les travaux de construction débiteront dans les semaines à venir, figure également dans le plan pluriannuel. Le marché public a été lancé début août, la clôture de l'envoi des offres a eu lieu le 15 septembre dernier et l'architecte de l'ASBL est actuellement occupé à vérifier les offres reçues, sous le contrôle de l'administration. Comme la Maison de répit est un projet pilote (c'est la première en Belgique), la CCC prendra financièrement à sa charge la totalité du coût de construction.

### **3. L'Institut Bordet**

La décision du Collège réuni prévoit également la reconstruction de l'Institut Bordet sur le campus de l'hôpital Erasme, pour un budget total de 115 millions (dont 65 % financés par le plan pluriannuel, et 35 % par d'autres sources de financement telles que Beliris à hauteur de 11 millions).

#### 4. CHIREC (Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell)

Het Verenigd College stemde ten slotte ook in met een mogelijke nieuwbouw voor CHIREC op de terreinen van Delta in Oudergem.

##### *EEN MEERJARENPLAN VOOR NIEUWBOUW IN VERSCHILLENDE FASES*

###### **Fase 1**

Het Verenigd College heeft de eerste fase van het Plan goedgekeurd. Dat voorziet in de ontwikkeling van een meerjarenplan voor nieuwbouwprojecten (ook wel « bouwkalender » genoemd), gespreid over 12 jaar en voor een totaal bedrag van 468.408.000 EUR, verdeeld onder de privésector (55 %, of 257.624.400 EUR) en de openbare sector (45 %, of 210.783.600 EUR).

###### **Fase 2**

Tijdens de tweede fase zullen de ministers van Gezondheid, Guy Vanhengel en Benoît Cerexhe, in de komende weken aan het Verenigd College voorstellen om, op basis van een technisch onderzoek van de dossiers dat thans door de administratie wordt uitgevoerd, de definitieve bedragen per ziekenhuis vast te leggen, alsook de vastleggings- en vereffeningskredieten toe te kennen, gespreid over 12 begrotingsjaren. In dat opzicht zullen de ministers van Gezondheid aan het Verenigd College ook voorstellen om de optimale combinatie te bepalen tussen het subsidiëringssysteem van de GGC enerzijds en dat van de Federale Overheid anderzijds, en dus te kiezen tussen « 60-40 » of « 10-90 », wetende dat men binnen de enveloppe moet blijven die de federale overheid ter beschikking stelt van de GGC.

#### **Drie verschillende ziekenhuisgroepen**

Voor de planning van de subsidie-enveloppen per ziekenhuis kunnen we alvast drie verschillende ziekenhuisgroepen onderscheiden.

##### *1. Ziekenhuizen die dringend nood hebben aan bouwsubsidies*

Twee types dringende gevallen :

- Eerst en vooral is er de noodzaak om de aangegeven werken te beëindigen die in het vorige meerjarenplan gesubsidieerd werden, maar die langer duurden of meer kostten dan voorzien, dit meestal buiten de wil van de beheerders. Mogelijke redenen hiervoor zijn bijvoorbeeld vertragingen in de afgifte van de vergunningen wat tot vertragingen op de werf leidde, of uitzonderlijke,

#### 4. CHIREC (Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell)

Enfin, le Collège réuni a approuvé l'option d'une nouvelle construction pour le CHIREC sur le site de Delta.

##### *UN PLAN PLURIANNUEL DE CONSTRUCTION EN PLUSIEURS PHASES*

###### **Phase 1**

Le Collège réuni a marqué son accord sur la première phase du plan, soit la définition d'un plan pluriannuel de construction (appelé également calendrier de construction) sur une période de 12 ans à hauteur d'un montant total de 468.408.000 EUR, répartis entre le secteur privé (55 % soit 257.624.400 EUR) et le secteur public (45 % soit 210.783.600 EUR).

###### **Phase 2**

Dans une deuxième phase, les ministres de la santé Guy Vanhengel et Benoît Cerexhe proposeront, dans les semaines qui suivent, au Collège réuni de fixer, sur la base d'un examen technique des dossiers actuellement effectué par l'administration, les montants définitifs par hôpital ainsi que l'allocation des crédits budgétaires d'engagement et de liquidation, répartie sur 12 années budgétaires. A cet effet, les ministres de la santé proposeront également au Collège réuni de décider d'une combinaison optimale entre les systèmes de subvention CCC-fédéral de « 60-40 » ou « 10-90 », sachant qu'il faut rester dans l'enveloppe fédérale à disposition de la CCC.

#### **Trois groupes d'hôpitaux à distinguer**

Dans la planification des enveloppes de subsides par hôpital, on peut d'ores et déjà raisonnablement distinguer trois groupes d'hôpitaux.

##### *1. Les hôpitaux pour lesquels il y a des besoins urgents de subsides à la construction*

Deux types d'urgence :

- Il y a tout d'abord la nécessité de terminer les travaux qui avaient été subsidiés dans le plan pluriannuel précédent mais dont la durée a été plus longue ou le coût plus élevé que prévu, souvent pour des raisons qui échappent à la volonté des gestionnaires. Nous pensons ici aux retards dans les délivrances des permis ce qui entraîne des retards de chantier. Nous pensons également à des travaux



onvoorzienbare werken, of nog de aanzienlijke prijsverhogingen voor beton en staal. Kortom, in al deze gevallen is het uiterst belangrijk dat de werken worden verdergezet. Niets is immers duurder voor de overheid dan werven die stilliggen.

- Een tweede type dringende dossiers zijn deze rond gezondheidsbehoeften waarvoor een dringende oplossing nodig is. In het volgende hoofdstuk van onze uiteenzetting over de planning 2008 van de subsidies zullen we hierop verder ingaan.

## 2. Ziekenhuizen met bouwprojecten waarvoor eerst nog grondiger onderzoek nodig is

bijvoorbeeld om de bijzondere bestekken te kunnen opstellen, of waarvoor nog stedenbouwkundige of milieuvergunningen verkregen moeten worden.

## 3. Ziekenhuizen met langetermijnprojecten of -vooruitzichten

Hier denken we bijvoorbeeld aan ziekenhuizen die nog de bouwgrond moeten aankopen waarop ze hun nieuwe gebouwen willen bouwen.

### PLANNING VAN DE SUBSIDIES VOOR 2008

Het Verenigd College heeft ook ingestemd met de planning van de subsidies in 2008, die volgende punten omvat :

- 1° de uitvoering van de principiële akkoorden die afgesloten werden in het kader van het meerjarenplan tot 2007;
- 2° het opstarten van de uitvoering van het meerjarenplan vanaf 2008 voor de meest dringende dossiers.

Deze planning is opgenomen in de bijlage aan de parlementaire documenten omtrent de begroting 2008.

### HET PLAN KADERT BINNEN EEN COHERENT GEHEEL VAN VOLKSGEZONDHEID

Het meerjarenplan voor de bouw van ziekenhuizen mag in geen geval onze initiatieven in de andere gezondheidszorgsectoren belemmeren. We denken hier bijvoorbeeld aan de ambulante sector of de initiatieven voor een optimaal zorgcontinuüm tussen de woonplaats en het ziekenhuis, alsook aan de intermediaire gezondheidsstructuren (revalidatiecentra, rust- en verzorgingstehuizen, korte verblijven in rusthuizen, dagverzorgingscentra, enz.).

exceptionnels qu'il n'était pas possible de prévoir ou à l'augmentation sensible du prix du béton ou du prix de l'acier. Bref, pour toutes ces raisons, il est indispensable de poursuivre les travaux. Rien ne coûte en effet plus cher à la collectivité que des chantiers à l'arrêt.

- Le deuxième type de dossiers urgents sont ceux qui répondent à des besoins de santé auxquels il faut répondre rapidement. Nous fournirons quelques détails dans le chapitre suivant de notre exposé, consacré à la planification 2008 des subsides.

## 2. Les hôpitaux dont les projets nécessitent encore des études plus approfondies permettant

par exemple d'élaborer les cahiers spéciaux des charges, ou qui nécessitent encore des autorisations en matière d'urbanisme ou d'environnement.

## 3. Les hôpitaux dont les projets ou perspectives sont à plus long terme

Nous pensons ici aux hôpitaux qui doivent encore acquérir le terrain sur lequel ils envisagent la construction de leurs nouveaux bâtiments.

### PLANIFICATION 2008 DES SUBSIDES

Le Collège réuni a également donné son accord sur la planification 2008 des subsides qui reprend :

- 1° l'exécution des accords de principe délivrés dans le cadre du plan pluriannuel jusqu'en 2007;
- 2° le début d'exécution du plan pluriannuel à partir de 2008 pour les dossiers les plus urgents.

Cette planification figure en annexe des documents parlementaires relatifs au budget 2008.

### LE PLAN S'INSCRIT DANS UN ENSEMBLE COHÉRENT DE SANTÉ PUBLIQUE

Le plan pluriannuel de construction des hôpitaux ne doit pas occulter les initiatives que nous prenons dans les autres secteurs de la santé. Nous pensons notamment au secteur ambulatoire ou aux initiatives permettant de créer un continuum de soins optimal entre le domicile et l'hôpital, ainsi que les structures intermédiaires de santé (centres de révalidation, maisons de repos et de soins, courts séjours en maison de repos, centres de soins de jour etc.).

Wat dit zorgcontinuüm betreft, vermelden we twee initiatieven die ons na aan het hart liggen :

- het toekomstige platform voor overleg en ondersteuning van de thuiszorg en eerstelijnszorg (huisartsen, thuisverpleging, gezinszorg, kine's, enz.);
- de verschillende zorgalternatieven in het kader van het gezondheidsbeleid voor bejaarden.

Dit samenhangend gezondheidsgeheel zal ook steeds meer nodig zijn, nu de ziekenhuizen te maken hebben met een verkorting van de gemiddelde verblijfsduur en aangezien patiënten steeds vaker naar de dagkliniek gaan. Ziekenhuizen kennen dus duidelijk een lagere bezettingsgraad, wat herstructureringen nodig maakt. In sommige ziekenhuizen werden deze trouwens al uitgevoerd of aangevat. We denken hierbij bijvoorbeeld, en in ieder geval voor de bicommunautaire ziekenhuizen, aan de Sint-Etienne Kliniek of in het Frans Gasthuis. Om tegemoet te komen aan de toekomstige behoeften zal men zich meer moeten richten op de verzorging van oudere patiënten en patiënten met chronische ziektes. ».

## II. Gedachtewisseling

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt hoeveel bedden voorbehouden worden in de psychiatrische ziekenhuizen voor de alzheimerpatiënten. Zij wil een precies antwoord op deze vraag die zij al vaak gesteld heeft, met name op het ogenblik van de verklaring van het Verenigd College. Het Collegelid heeft het al jaren over de toekomstige vestiging aan Scheutbos. Hoe staat het daarmee ? Bovendien heeft deze site enkel betrekking op 60 bedden terwijl 10 tot 15.000 gezinnen door deze problematiek in Brussel getroffen worden.

De heer Paul Galand is verheugd dat de leden van het College de positieve acties in het Brussels Gewest in de verf gezet hebben. Het inloophuis is bijvoorbeeld een Brussels initiatief dat navolging krijgt in de andere Gewesten. Het is een mooi voorbeeld van samenwerking tussen parlement en regering, oppositie-meerderheid en federaal-gewestelijk (het Gewest financiert de constructie van dit inloophuis en de federale overheid de werking ervan).

De volksvertegenwoordiger vraagt of de billijke behandeling van de aanvragen, die als criterium gediend heeft voor het opstellen van dit investeringsplan, voldoet aan de verwachte behoeften. Hij wenst informatie over deze evaluatie om na te gaan op welke manier de behandeling van de aanvragen tussen de verschillende instellingen billijk moet zijn om aan de behoeften te voldoen.

Collegelid Guy Vanhengel zegt dat zijn collega Benoît Cerexhe en hijzelf aan de basis liggen van een nieuwe praktijk in de wereld van de ziekenhuizen. Tijdens een

Pour ce continuum de soins nous pouvons citer deux initiatives qui nous sont chères :

- la future plate-forme de concertation et de soutien aux soins à domicile et à la première ligne de soins (médecins généralistes, infirmières à domicile, aides familiales, kinés, etc.);
- les formes alternatives de soins dans le cadre de la politique de santé à l'égard des personnes âgées.

Cet ensemble cohérent de santé sera d'autant plus nécessaire que les hôpitaux sont confrontés à une diminution de la durée moyenne de séjour et que les patients recourent de plus en plus souvent à l'hôpital de jour. Ils ont donc un taux d'occupation en nette diminution entraînant des restructurations dont certaines ont déjà eu lieu ou sont en cours. Nous pensons à cet égard, en tout cas pour les hôpitaux bicommunautaires, à la Clinique Saint-Etienne et à l'Hôpital français. La réponse aux besoins futurs devra être plus orientée vers la prise en charge des patients âgés ainsi que des patients souffrant de maladies chroniques. » .

## II. Echange de vues

Mme Jacqueline Rousseaux souhaite connaître le nombre de lits qui seront réservés dans les hôpitaux psychiatriques aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. Elle désire recevoir une réponse précise à cette question qu'elle a déjà posée à de nombreuses reprises, notamment lors de la déclaration du Collège réuni. Le membre du Collège parle depuis de nombreuses années de la future implantation au Scheutbos. Où en est-on ? De plus, ce site ne ne concerne que soixante lits alors que 10 à 15.000 familles sont concernées par cette problématique en Région bruxelloise.

M. Paul Galand se réjouit que les membres du Collège aient souligné dans leur exposé les actions positives menées en Région de Bruxelles-Capitale. La maison de répit est ainsi une initiative bruxelloise qui fait des émules dans les autres Régions du pays. Il s'agit d'un parfait exemple de coopération parlement-gouvernement, opposition-majorité et fédéral-régional (la Région finance la construction de cette maison de répit et le fédéral son fonctionnement).

Le député se demande si le traitement équitable de l'ensemble des demandes, qui a servi à de critère à l'élaboration de ce plan d'investissements, répond aux besoins prévisibles. Il souhaite donc recevoir des données sur cette évaluation des besoins prévisibles de façon à voir en quoi le traitement des demandes entre les différentes institutions doit être équitable pour répondre à ces besoins.

Le membre du Collège Guy Vanhengel indique que son collègue Benoît Cerexhe et lui-même sont à la base d'une pratique nouvelle dans le paysage hospitalier. Lors

herstructurering brengen zij alle actoren bijeen, moedigen hen aan om zonder communautair of institutionele strubbelingen samen te werken en leiden hen naar een oplossing die aan de behoeften voldoet. Zo zijn Sint-Jan, het academisch ziekenhuis Brussel (moncommunautair Vlaams), CHIREC (bicommunautair privaat niet confessioneel) en de UCL (moncommunautair universitair) betrokken bij de overname van het Frans Gasthuis. Al deze partners hebben de levensbeschouwelijke, ideologische en communautaire tegenstellingen overschreden en hebben een consortium opgericht dat een nieuw aanbod heeft dat voldoet aan de gekende behoeften van de sector.

De heer Paul Galand is tevreden met dit initiatief. De leden van het Verenigd College baseren zich op de gegevens van het observatorium voor de gezondheid en het welzijn om hun kennis over de behoeften van de Brusselse bevolking aan te scherpen. Dat is met name het geval wanneer zij de herstructurering van het Frans Gasthuis oriënteren naar de geriatrische behoeften. De bejaarden zullen immers de komende tien jaar in aantal toenemen en zij lopen het gevaar in de armoede verzeild te raken. Er is dus nood aan collectieve kamers voor deze personen. Het onderzoek van de behoeften heeft ook aangetoond dat de neuro- en psychogeriatrische problemen in de toekomst zullen toenemen. De nieuwe erkenningen zullen daar dus rekening mee moeten houden. De psychiatrische behoeften zullen ook toenemen. De spreker denkt aan de personen met een geestelijke handicap en die een psychopathologische decompensatie doormaken. Er is een schrijnend tekort aan aangepast plaatsen voor deze mensen in de psychiatrische diensten. Het observatorium van de behoeften van de gehandicapten van de Cocof geeft interessante informatie over het aantal plaatsen dat nodig is voor dit type bevolkingsgroep. Er zal rekening mee gehouden moeten worden bij de erkenningen en de constructie van nieuwe diensten. Anderzijds wijst de Brusselse demografische curve erop dat de behoeften in de pediatrie groot zijn. Bij de bouw van nieuwe ziekenhuizen moeten dus aanpasbare kamers aangeboden worden. Het lid stelt voor om het team van het observatorium voor de gezondheid en het welzijn uit te breiden opdat het aan het Verenigd College regelmatig informatie zou kunnen bezorgen over de behoeften van de Brusselse bevolking.

De heer Paul Galand herinnert eraan dat het Brussels Parlement ordonnanties goedgekeurd heeft over de energieprestaties van gebouwen. Ongetwijfeld moet men die naleven om gewestsubsidies te krijgen. De constructies moeten dus geïnspecteerd worden opdat de ziekenhuizen een model van bio-constructie zouden worden. Er moet ook gebruik gemaakt worden van eco-constructie, gedacht worden aan rationeel energiegebruik en allergene materialen moeten voorkomen worden.

Collegelid Guy Vanhengel poneert dat het de reden is waarom zijn collega Cerexhe en hemzelf de bouw van een nieuwe entiteit voor de CHIREC voorstaan. Het was niet mogelijk om een performant energiesysteem te hebben in

d'une restructuration, ils rassemblent l'ensemble des acteurs concernés, les encouragent à collaborer en dehors de tout clivage communautaire ou institutionnel et les guident vers une solution qui répond aux besoins. Ainsi, l'hôpital Saint-Jean, het Akademisch Ziekenhuis Brussel (moncommunautaire flamand), le CHIREC (bicommunautaire privé non confessionnel) et l'UCL (monocommunautaire universitaire) sont impliqués dans la reprise de l'Hôpital français. Tous ces partenaires, dépassant les clivages philosophiques, idéologiques et communautaires, ont créé un consortium qui crée une offre nouvelle répondant à des besoins connus de l'ensemble du secteur.

M. Paul Galand se félicite de cette initiative. Les membres du Collège réuni s'appuient sur les données fournies par l'Observatoire de la Santé et du Social pour nourrir leurs connaissances des besoins de la population bruxelloise. C'est notamment le cas lorsqu'ils réorientent la restructuration de l'Hôpital français vers les besoins gériatriques. En effet, la population âgée va augmenter dans les dix prochaines années et elle risque d'être plus précarisée. Il faut donc prévoir des chambres collectives pour accueillir ces personnes. L'examen des besoins révèle également un accroissement futur des problèmes neuro- et psychogériatriques. Les agréments nouveaux devront donc tenir compte de ces besoins. Les besoins en psychiatrie vont également augmenter. L'orateur pense notamment aux personnes qui souffrent d'un handicap mental et qui font une décompensation psychopathologique. Il manque cruellement de places adaptées pour ces personnes dans les services psychiatriques. L'Observatoire des besoins de la personne handicapée de la Cocof donne des informations intéressantes sur le nombre de places nécessaires pour ce type de population. Il faudra en tenir compte dans les agréments et dans la construction des nouveaux services. D'autre part, la courbe démographique bruxelloise indique que les besoins en pédiatrie sont importants. Il faut donc que la construction des nouveaux hôpitaux prennent en compte la possibilité de chambres adaptables. Le commissaire suggère d'étoffer l'équipe de l'Observatoire de la Santé et du Social pour que ce dernier puisse fournir au Collège réuni une information régulière sur les besoins de la population bruxelloise.

M. Paul Galand rappelle que le Parlement bruxellois a voté des ordonnances sur la performance énergétique des bâtiments. Il suppose qu'il faut s'y conformer pour pouvoir bénéficier des subsides régionaux. Les constructions doivent donc être accompagnées d'inspections pour que les hôpitaux soient un modèle de bio-constructie. Il faut également recourir à l'éco-constructie, à l'utilisation rationnelle d'énergie et ne pas utiliser des matériaux allergisants.

Le membre du Collège Guy Vanhengel indique que c'est la raison pour laquelle son collègue Cerexhe et lui-même ont privilégié la construction d'une nouvelle entité pour le CHIREC. Il n'était pas possible d'avoir un système énergé-

de oude gebouwen van het Leopoldpark en op enkele andere kleine sites.

De heer Paul Galand dringt erop aan dat er geen diensten meer in een kelder moeten werken zonder daglicht.

Collegelid Benoît Cerexhe poneert dat de ziekenhuizen in den beginne zo niet bedoeld zijn. Het gebruik van de kelders is dikwijls het resultaat van een uitbreiding of van een ontwikkeling van diensten.

De heer Paul Galand zou ook willen weten of het vraagstuk van de crèches en de bedrijfsvervoerplannen in aanmerking worden genomen. De crèches zijn een essentieel element in de strijd tegen de schaarste aan verpleegsters. Zo ook is het belangrijk dat de bushalte of tramhalte goed gelegen is en makkelijk bereikbaar voor het personeel.

Overleg over het huisvestingsbeleid moet worden voorzien om te zorgen dat woningen financieel toegankelijk zijn voor het verplegend en technisch personeel in de nabijheid van deze nieuwe ziekenhuisvestigingen.

De spreker pleit ook voor een lagere BTW dan 21 % voor de ziekenhuisbouw. Dit maakt het mogelijk om belangrijke financiële marges vrij te maken.

Gezien de omvang en de duur van het meerjarenplan voor de bouw van de ziekenhuis- en gezondheidsinstellingen vraagt de heer Galand zich af of een bezinning is begonnen met de Brusselse ondernemers en werknemers inzonderheid inzake de beroepsopleiding. Het is mogelijk om de Economische en Sociale Raad en de Kamer van Koophandel van Brussel te raadplegen over deze vraagstelling. Het zou beter zijn om een Brusselse expertise te ontwikkelen terzake, welke daarna zou kunnen worden uitgevoerd naar de andere Gewesten .

Collegelid Benoît Cerexhe antwoordt dat er kan worden overwogen om sociale clausules te integreren in de overheidsopdrachten. Er is bijvoorbeeld al verplicht om te werken met een bepaald percentage Brusselse werknemers.

De heer Paul Galand dringt erop aan dat de preventiediensten en diensten ter bevordering van het werk worden betrokken voor de bouw van die nieuwe ziekenhuisinrichtingen om te vermijden dat later moet worden gesloopt al de gebouwen niet voldoen aan de gestelde voorwaarden.

Hij vraagt of de 115 miljoen voor Bordet zijn opgenomen in de 45 % van het totale budget van 468 miljoen EUR voor de openbare instellingen.

De volksvertegenwoordiger vestigt tenslotte de aandacht op de doorzichtigheid van de extraatjes. De CHIREC heeft geen goede faam terzake.

tique performant dans les vieux bâtiments du Parc Léopold et dans certains autres petits sites.

M. Paul Galand insiste pour que des services ne soient plus confinés dans des caves où le personnel travaille sans voir la lumière du jour.

Le membre du Collège Benoît Cerexhe précise que les hôpitaux n'ont pas été conçus comme cela à l'origine. L'utilisation des caves est souvent le résultat d'une extension ou d'un développement des services.

M. Paul Galand aimerait également savoir si la question des crèches et des plans de déplacements d'entreprise est prise en compte. Les crèches sont un élément essentiel pour lutter contre la pénurie d'infirmières. De même, il est important que de l'arrêt de bus ou de tram soit bien situé et facilement accessible pour le personnel.

Une concertation quant à la politique du logement à avoir doit être prévue pour veiller à ce que des logements soient financièrement accessibles au personnel infirmier et technique à proximité de ces nouvelles implantations hospitalières.

L'orateur plaide également pour une TVA inférieure à 21 % pour la construction hospitalière. Cela permettrait de dégager des marges financières importantes.

Etant donné l'ampleur et la durée du plan pluriannuel de construction des institutions hospitalières et de santé, M. Galand se demande si une réflexion a été engagée avec les entrepreneurs et les travailleurs bruxellois notamment en ce qui concerne la formation professionnelle. Il est possible de consulter le Conseil Economique et Social et la Chambre du Commerce bruxelloise sur cette question. Il serait judicieux de développer une expertise bruxelloise dans ce domaine, expertise qui pourrait être ensuite exportée dans les autres Régions.

Le membre du Collège Benoît Cerexhe répond qu'il est envisageable d'intégrer des clauses sociales dans les marchés publics. Il a, par exemple, déjà été imposé de travailler avec un certain pourcentage de main d'œuvre bruxelloise.

M. Paul Galand insiste pour que les services de prévention et de promotion du travail soient associés avant la construction de ces nouvelles institutions hospitalières pour éviter de devoir procéder à des démolitions ultérieures si les bâtiments ne répondent pas aux conditions requises.

Il demande si les 115 millions attribués à Bordet sont inclus dans les 45 % du budget total de 468 millions EUR consacrés aux institutions publiques.

Le député attire enfin l'attention sur la transparence des suppléments. Le CHIREC n'a pas une bonne réputation dans ce domaine.

Collegelid Guy Vanhengel poneert dat een neutrale studie uitgevoerd door Test Aankoop die vooroordelen niet bevestigt.

De heer Paul Galand vraagt wat er zal gebeuren met de meerwaarden op de doorverkoop van de vroegere terreinen van de sites van de CHIREC. De site Delta waar de nieuwe installaties van CHIREC komen is immers een gewestelijk terrein.

Collegelid Benoît Cerexhe antwoordt dat een onderhandeling aan de gang is met de CHIREC om de herbestemming van de drie huidige sites vast te leggen (Basiliek, Ukkel, Leopoldpark).

De heer Paul Galand vraagt aan de leden van het Verenigd College of ze garanderen dat er geen stadskanker zal zijn.

De leden van het Verenigd College antwoorden dat er geen gevaar is voor een stadskanker. Zij voegen eraan toe dat de site van het Leopoldpark gelegen in de Europese wijk een belangrijke vastgoedwaarde heeft.

De heer Paul Galand onderstreept dat de huisartsen goede waarnemers zijn van de behoeften aan hospitalisatie. Zij zijn een waardevolle bron van informatie en kunnen zien waar de problemen liggen.

Mevrouw Françoise Bertieaux bedankt de ministers voor hun uiteenzetting. Het is de eerste maal in jaren dat de parlementsleden over duidelijke en transparante informatie beschikken over het meerjarenplan en dat het mogelijk is daarover te spreken.

De volksvertegenwoordiger stelt vast dat het verschil tussen het bedrag van de vragen en alle beschikbare middelen vrij klein is (zestig miljoen EUR ongeveer). Wordt dit verschil weggewerkt met de neerwaarts herziene vragen of wordt het gehandhaafd met een verhoging van de middelen ?

De leden van het College hebben aangekondigd dat de werking van het huis voor respijtzorg op recurrente wijze zal worden gefinancierd door de federale overheid. Zal dat bedrag volstaan ?

Het Verenigd College heeft zopas de eerste fase van dat meerjarenplan goedgekeurd, te weten de enveloppe over twaalf jaar. Zal het College ermee rekening houden dat dit plan over een lange periode loopt en dat de bouwkosten in die periode zullen stijgen wanneer het de bedragen tijdens de tweede fase zal vaststellen ?

Mevrouw Jacqueline Rousseaux wijst erop dat Alzheimerpatiënten behoefte hebben aan specifieke infrastructuur. Over het algemeen hebben ze een goede fysieke conditie. Ze hebben evenwel bewegingsruimte nodig. Bovendien

Le membre du Collège Guy Vanhengel signale qu'une étude neutre réalisée par Test-Achat ne confirme pas ces préjugés.

M. Paul Galand demande ce qu'il adviendra des plus-values sur la revente des anciens terrains des sites du CHIREC. En effet, le site Delta qui accueillera les nouvelles installations du Chirec est un terrain régional.

Le membre du Collège Benoît Cerexhe répond qu'une négociation est en cours avec le CHIREC pour déterminer la réaffectation des trois sites actuels (Basilique, Uccle, Parc Léopold).

M. Paul Galand demande aux membres du Collège réuni s'ils garantissent qu'il n'y aura pas de chancre urbain.

Les membres du Collège réuni répondent qu'il n'y a aucun risque de chancre urbain. Ils ajoutent que le site du Parc Léopold situé dans le quartier européen a une valeur immobilière importante.

M. Paul Galand souligne que les médecins généralistes sont des observateurs particulièrement avertis des besoins en place d'hospitalisation. Ils sont une source précieuse d'informations et peuvent voir où se trouvent les problèmes.

Mme Françoise Bertieaux remercie les ministres pour leur exposé. C'est la première fois en de nombreuses années que les parlementaires disposent d'une information claire et transparente sur le plan pluriannuel et qu'il est possible d'en débattre.

La députée constate que l'écart entre le montant des demandes et l'ensemble des moyens disponibles est relativement faible (soixante millions d'EUR environ). Cet écart sera-t-il résorbé avec des demandes revues à la baisse ou sera-t-il maintenu avec une augmentation de moyens ?

Les membres du Collège ont annoncé un financement récurrent du Fédéral pour le fonctionnement de la maison de répit. Ce montant sera-t-il suffisant ?

Le Collège réuni vient d'approuver la première phase de ce plan pluriannuel, à savoir l'enveloppe sur douze ans. Tiendra-t-il compte du fait que ce plan s'étend sur une longue période et que les coûts de la construction vont augmenter pendant cette période lorsqu'il déterminera les montants lors de la deuxième phase ?

Mme Jacqueline Rousseaux signale que les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ont besoin d'une infrastructure particulière. Elles sont généralement en bonne condition physique et elles ont besoin de place pour se dé-

moeten ze gestimuleerd worden om hun intellectuele en lichamelijke mogelijkheden te behouden, onder meer via kookworkshops, activiteiten met ergotherapeuten. Met de opvang van die patiënten moet dus rekening worden gehouden bij nieuwe gebouwen en bij aanpassingen of uitbreidingen van oudere gebouwencomplexen. De volksvertegenwoordigster wijst erop dat een hoog percentage van de 93.000 60-plussers in het Brussels Gewest het risico loopt de ziekte van Alzheimer te krijgen. Het gaat hier om een echt maatschappelijk probleem en de spreekster wil weten hoe de leden van het College daarmee rekening houden.

De heer André du Bus de Warnaffe dankt de leden van het College voor hun duidelijke en exhaustieve uiteenzetting. Het plan is de vertaling van vragen van de verschillende Brusselse ziekenhuizen. Volgens de volksvertegenwoordiger zou het interessant zijn de drie ziekenhuisfederaties te horen om de werking en de specifieke kenmerken van het beheer van die verschillende ziekenhuizen beter te begrijpen. Het gaat om mensen uit de praktijk die een concrete visie zouden kunnen geven op de problemen waarmee ze geconfronteerd worden. Die drie federaties zijn IRIS, BECOPRIVE (Belgische Confederatie der Private Verzorgingsinstellingen) en CBI (Coördinatie van Brusselse instellingen voor welzijnswerk en gezondheidszorg).

Aangezien het onmogelijk lijkt om aan het btw-tarief van 21 % op de werken te ontkomen, vraagt de volksvertegenwoordiger of er geen onderhandelingen met de federale overheid moeten worden gevoerd om te waarborgen dat een deel van die 21 % via de Beliris-overeenkomst terug naar het Brussels Gewest vloeit.

Collegelid Guy Vanhengel wijst erop dat de btw-wetgeving op Europees niveau geregeld is. Bovendien moeten alle actoren op fiscaal vlak op dezelfde wijze worden behandeld. Ten slotte gaat het debat niet echt over die 21 % btw, maar over de financiële transfers tussen de verschillende deelgebieden. De kwestie van de financiering van Brussel wordt dus beter niet benaderd vanuit het btw-perspectief. Hij pleit veeleer voor een herziening van de financieringsregeling van de federale Staat die het Gewest in staat stelt om in zijn behoeften te voorzien en die rekening houdt met de economische inbreng van het Gewest in het hele land.

Collegelid Benoît Cerexhe herinnert eraan dat 37 % van de patiënten in de Brusselse ziekenhuizen uit Vlaanderen of Wallonië komen.

Volgens de heer André du Bus de Warnaffe kan het interessant zijn om in het kader van de huidige onderhandelingen tussen de gemeenschappen rekening te houden met de btw.

De volksvertegenwoordiger herhaalt de opmerkingen van de heer Paul Galand over het gebrek aan aangepaste opvangstructuren voor gehandicapten met gedragsstoornissen die zich in de klassieke psychiatrische ziekenhuizen

placieren. De plus, elles doivent être stimulées pour garder leurs facultés intellectuelles et mécaniques, notamment avec des ateliers de cuisine, des activités avec des ergothérapeutes. Il faut donc prendre en considération l'accueil de ces malades dans les nouvelles constructions et dans les adaptations ou les extensions de complexes plus anciens. La députée rappelle que parmi les 93.000 personnes âgées de plus de 60 ans en Région bruxelloise un pourcentage élevé risque d'être atteint de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'un véritable problème de société et l'oratrice souhaite savoir ce que les membres du Collège ont prévu pour ces malades.

M. André du Bus de Warnaffe remercie les membres du Collège pour leur présentation claire et exhaustive. Ce plan est la traduction des demandes émanant des différents hôpitaux bruxellois. Le député pense qu'il serait intéressant, pour mieux comprendre le fonctionnement et les spécificités de gestion de ces différents hôpitaux, d'entendre les trois fédérations hospitalières. Il s'agit de personnes de terrain qui pourraient offrir une vision concrète des problèmes qu'elles rencontrent. Ces trois fédérations sont IRIS, COBEPRIVÉ (Confédération belge des établissements privés de soins de santé) et CBI (Coordination bruxelloise d'institutions sociales et de santé).

Dans la mesure où il semble impossible d'échapper à une TVA de 21 % sur les travaux, le député se demande s'il n'y a pas là un espace de négociation à activer avec le Fédéral afin de garantir qu'une partie de ces 21 % soit rétrocédée à la Région bruxelloise à travers Beliris.

Le membre du Collège Guy Vanhengel signale que la législation sur la valeur ajoutée se situe dans un cadre européen. De plus, d'un point de vue fiscal, tous les acteurs doivent être traités de la même façon. Enfin, le débat ne se situe pas vraiment au niveau de ces 21 % de TVA mais plutôt au niveau des transferts financiers entre les différentes entités fédérées. Il ne convient donc pas d'attaquer la question du financement de Bruxelles sous l'angle de la TVA. Il plaide plutôt pour une révision du mécanisme de financement de l'Etat fédéral permettant à la Région de répondre à ses besoins et tenant compte de l'apport économique de la Région dans l'ensemble de notre pays.

Le membre du Collège Benoît Cerexhe rappelle que 37 % des patients qui fréquentent les hôpitaux bruxellois proviennent de Flandre et de Wallonie.

M. André du Bus de Warnaffe pense qu'il peut être intéressant de prendre en considération ce facteur TVA dans le cadre des négociations communautaires actuelles.

Le député réitère les remarques de M. Paul Galand concernant l'absence de structures d'accueil adaptées pour les personnes handicapées souffrant de troubles du comportement qui sont obligées d'aller dans des hôpitaux psy-

moeten laten verzorgen. In het Brussels Gewest bestaat er in die sector een tekort, terwijl er aangepaste voorzieningen bestaan in Vlaanderen en Wallonië. Hoe staat het met de reflectie over het plan om het ziekenhuis Saint-Etienne te laten aanpassen door het Sint Jansziekenhuis en bepaalde bedden te herbestemmen tot bedden met « dubbele diagnose » ?

De voorzitter neemt akte van het verzoek om hoorzittingen van de heer André du Bus de Warnaffe. Hij vindt dat het ook verstandig zou zijn om vertegenwoordigers van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn te horen, teneinde de vraag en het aanbod met elkaar te kunnen vergelijken en na te gaan of er inderdaad aan de vraag wordt voldaan. Na de begrotingsbesprekingen zal de voorzitter een voorstel inzake hoorzittingen doen.

Tot slot vraagt de heer Paul Galand het collegelid hoeveel bedden er zijn toegestaan voor de bicommunautaire ziekenhuizen in het Brussels Gewest.

Collegelid Benoît Cerexhe beantwoordt de verschillende vragen van de commissieleden als volgt :

« De informatie volgens welke de Brusselse ziekenhuizen gemiddeld 37,5 % niet-Brusselse patiënten opvangen komt van de studie die federaal minister Demotte in 2005 heeft laten uitvoeren : « De toekomstige behoefte aan acute ziekenhuisvoorzieningen in België (Prof. L. Cannodt, UZ Leuven; P. Gemmel, Universiteit Gent; D. Rossi, Fucam en W. Tambreur, UZ Leuven). Deze studie heeft alle gegevens geanalyseerd die alle ziekenhuizen systematisch moeten bezorgen aan de FOD Volksgezondheid. Volgens de studie gaat het in 93.983 of 37,54 % van de 250.355 ziekenhuisverblijven in het Brussels Gewest om niet-Brusselse patiënten. Bovendien gaat het in 35 % van de ziekenhuisverblijven om patiënten uit arrondissementen die niet aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest grenzen. Dat betekent dat een groot aantal patiënten zich verplaatsen. Kortom, het gaat hier om de aantrekkingskracht van de grote steden, die welbekend is in de gezondheidssector. Hoe gespecialiseerder de geneeskunde in de grootstad, hoe hoger dat percentage.

Wat betreft het aantal bedden ten opzichte van de behoeften, wijzen sommigen erop dat Brussel iets meer dan 8.000 bedden telt, te weten 7,91 bedden per 1.000 inwoners, terwijl een ander Gewest van het land 5,09 bedden per 1.000 inwoners telt. Men kan dan snel de volgende berekening maken : als de 37 % niet-Brusselse patiënten, te weten 2.960 bezette bedden, worden afgetrokken, komt men tot 5.040 bedden die daadwerkelijk worden bezet door Brusselselaars, te weten 5,04 bedden per 1.000 inwoners, zijnde eenzelfde verhouding als in dat andere Gewest.

Die berekening is een eerste benadering. Ze zou meer dan waarschijnlijk moeten worden verfijnd om rekening te houden met een potentieel groter aantal ziekenhuisopnames dan het gemiddelde, te meer daar men weet dat er in Brus-

chiatriques classiques. La Région bruxelloise se caractérise par une carence dans ce secteur-là alors que des infrastructures adaptées existent en Flandre et en Wallonie. Où en est la réflexion sur le projet de reconversion de l'hôpital Saint-Etienne par l'hôpital Saint-Jean avec la réaffectation de certains lits en lits qualifiés de « double diagnostic » ?

Le président prend note de la demande d'audition formulée par M. André du Bus de Warnaffe. Il pense qu'il serait également judicieux d'entendre des représentants de l'Observatoire de la Santé et du Social pour pouvoir confronter l'offre et la demande et voir s'il y a donc une réponse effective à la demande. Le président viendra avec une proposition d'auditions après les discussions budgétaires.

M. Paul Galand demande enfin au membre du Collège le nombre de lits autorisés pour les hôpitaux bicommunautaires en Région bruxelloise.

Le membre du Collège Benoît Cerexhe répond en ces termes aux différentes questions des commissaires :

« L'information selon laquelle les hôpitaux bruxellois accueillent en moyenne 37,5 % de patients non bruxellois provient de l'étude commandée en 2005 par le ministre fédéral Demotte « Les besoins futurs en équipements hospitaliers aigus en Belgique (Prof. L. Cannodt, UZ Leuven; P. Gemmel, Universiteit Gent; D. Rossi, Fucam et W. Tambreur, UZ Leuven). Cette étude a analysé l'entièreté des données que tous les hôpitaux doivent systématiquement transmettre au SPF Santé publique. Elle indique que sur les 250.355 séjours hospitaliers réalisés dans la Région bruxelloise, 93.983 ou 37,54 % sont des séjours réalisés par des patients non bruxellois. En outre, elle signale que 35 % des séjours sont réalisés par des patients venant d'arrondissements non limitrophes à la Région de Bruxelles-Capitale, ce qui constitue selon elle un déplacement significatif de patients. Bref, il s'agit de l'effet d'attraction des grandes villes, particulièrement bien connu dans le secteur de la santé. Plus la médecine y est spécialisée, plus ce pourcentage monte.

En ce qui concerne le nombre de lits par rapport aux besoins, certains pointent le fait qu'il y a Bruxelles un peu plus de 8.000 lits, soit 7,91 lits par 1.000 habitants, alors qu'une autre Région du pays compte 5,09 lits par 1.000 habitants. On peut répondre par le rapide calcul suivant : si on déduit les 37 % de patients non bruxellois, soit 2.960 lits occupés, on arrive à 5.040 lits réellement occupés par des Bruxellois, c'est-à-dire 5,04 pour 1.000 habitants soit un nombre identique à la Région évoquée.

Ce calcul est une première approximation. Il faudrait plus que probablement l'affiner pour tenir compte d'un recours à l'hospitalisation éventuellement plus important que la moyenne et ce, d'autant plus qu'on sait qu'à Bruxelles il

sel veel minder gebruik wordt gemaakt van thuiszorg. In elk geval kan men in de ziekenhuizen vaststellen dat steeds meer patiënten ambulante verzorging krijgen. Het aantal daghospitalisaties en raadplegingen neemt immers toe. Dat noemt men de « de bocht naar de ambulante verzorging » van de ziekenhuizen.

Er moet rekening worden gehouden met andere evoluties, zoals integratie van het ziekenhuis in een zorgnetwerk om continuïteit in de verzorging te verkrijgen. Het gaat onder andere om zorgcircuits of zorgprogramma's. De erkenningsnormen van het zorgprogramma voor geriatrie patiënten, vastgesteld bij het Koninklijk Besluit van 29 januari 2007, spreken bijvoorbeeld van een externe band die de beginselen van de geriatrie en geriatrie multidisciplinaire deskundigheid ter beschikking moet kunnen stellen van de huisarts, de coördinerende arts, de adviserende arts en de zorgverstrekkers voor de doelgroep. Die normen strekken er ook toe de continuïteit van de zorg te optimaliseren, om onnodige opnames te vermijden, samenwerking te bevorderen en functionele coöperatienetwerken tot stand te brengen.

Het spreekt voor zich dat de energieprestaties van de gebouwen een onderwerp zijn dat voortdurend aandacht verdient. Die prestaties zijn voorts zeer belangrijk voor de financiering van de exploitatiekosten. Men moet immers weten dat alleen al de bicommunautaire acute ziekenhuizen, te weten de ziekenhuizen zonder de chronische en psychiatrische ziekenhuizen en de drie universitaire ziekenhuizen, een oppervlakte hebben van 633.000 m<sup>2</sup>, te weten dezelfde oppervlakte van 170 voetbalterreinen. Met het federale systeem voor de financiering van de ziekenhuizen, dat gebaseerd is op vergelijkingen tussen de ziekenhuizen, verbeteren de ziekenhuizen die het best presteren op het vlak van energieverbruik het gemiddelde van alle ziekenhuizen, wat natuurlijk de minder goede ziekenhuizen benadeelt.

Wat het personeel van de ziekenhuizen betreft, zijn we het eens met de bekommernissen van de heer Galand. We gaan zelfs verder, want we ondersteunen het concept « gezondheidsbevorderend ziekenhuis ». De gezondheidsbevordering is een onderwerp dat niet alleen ons maar een groot aantal volksvertegenwoordigers van deze assemblee na aan het hart ligt. Een gezondheidsbevorderend ziekenhuis heeft als doel de kwaliteit van de verzorging, de leef- en werk-omstandigheden te verbeteren en te streven naar tevredenheid van de loontrekkenden, de patiënten en hun naasten. Een gezondheidsbevorderend ziekenhuis voelt zich ook verantwoordelijk voor wat er gebeurt buiten de acute ziekenhuisopnames en werkt samen met wie het behoort om een globale zorgs- en preventiebenadering te promoten.

Concreter gezien betekent de gezondheid bevorderen in een ziekenhuis :

1. de gezondheid van de patiënten verbeteren door niet alleen de ziekten te bestrijden maar door te focussen op de levenskwaliteit van de patiënten;

y a une importante sous-consommation dans les soins à domicile. En tout cas, on peut constater, au sein des hôpitaux, une plus grande utilisation des prises en charge ambulatoire. Il y a en effet un développement de l'hospitalisation de jour et des consultations. C'est ce qu'on appelle le « virage ambulatoire » des hôpitaux.

D'autres développements sont à prendre en considération comme l'intégration de l'hôpital dans un réseau de soins visant à obtenir un continuum de soins. Ce sont entre autres ce qu'on appelle les circuits de soins ou les programmes de soins. A titre d'exemple, les normes d'agrément du programme de soins pour patients gériatriques, fixées par l'arrêté royal du 29 janvier 2007 parlent de liaison externe définie comme devant permettre de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin généraliste, du médecin coordinateur et de conseillers et des prestataires de soins pour le groupe cible. Elle vise également à optimiser la continuité des soins, à éviter des admissions inutiles et à développer des synergies et des réseaux fonctionnels de collaboration.

En ce qui concerne la performance énergétique des bâtiments, il est évident que c'est un sujet permanent d'attention. Elle est par ailleurs très importante pour le financement des frais d'exploitation. Il faut en effet savoir que rien que pour les hôpitaux aigus bicommunautaires, c'est-à-dire à l'exclusion des hôpitaux chroniques et psychiatriques ainsi que des trois hôpitaux universitaires, le total des surfaces hospitalières en jeu est de 633.000 m<sup>2</sup>, soit l'équivalent de 170 terrains de football. Enfin avec le système fédéral de financement des hôpitaux basé sur des comparaisons inter-hospitalières, les hôpitaux les plus performants en utilisation d'énergie tirent vers le haut l'ensemble des hôpitaux, ce qui, bien entendu, pénalise les moins bons.

En ce qui concerne le personnel des hôpitaux, nous rejoignons les préoccupations évoquées par M. Galand. Nous allons même plus loin car nous soutenons le concept d'hôpital promoteur de santé. La promotion de la santé est un thème qui nous est cher comme il est cher à nombre de députés de cette Assemblée. Le but d'un hôpital promoteur de santé est d'améliorer la qualité des soins, les conditions de vie et de travail ainsi que la satisfaction des salariés, des patients et de leurs proches. Un hôpital promoteur de santé étend également ses responsabilités au delà des frontières étroites des épisodes cliniques aigus et coopère avec qui de droit pour promouvoir une approche globale des soins et de la prévention.

Plus concrètement, avoir une démarche de promotion de la santé à l'hôpital, c'est :

1. travailler dans une logique de santé axée sur la qualité de vie des patients, par delà la lutte contre les maladies,



2. educatieve acties opzetten met betrekking tot de gezondheid van de persoon die naar het ziekenhuis komen of in de buurt wonen;
3. samenwerken met andere gezondheidsactoren met het oog op de continuïteit van de verzorging;
4. van het ziekenhuis een plaats maken waar de leef- en werkomstandigheden een positieve invloed hebben op een ieders gezondheid;
5. de daadwerkelijke en concrete inspraak van patiënten en personeelsleden bij beslissingen die betrekking hebben op hun gezondheid, vergemakkelijken;
6. meewerken aan de verbetering van het gezondheidssysteem.

Wat het personeel van de ziekenhuizen betreft, willen we bijzondere aandacht schenken aan de artsen, alsook aan het verplegend, paramedisch, en verzorgend personeel.

Vandaag wordt de gezondheidszorg immers gekenmerkt door consumentisme, wat een enorme druk op de gezondheidswerkers legt. Het personeelstekort is een bedreiging die men niet uit het oog mag verliezen.

De sociale clausules in de overheidsopdrachten vormen een zaak die wij steunen. Wij zullen onmiddellijk nagaan met het bestuur van de GGC hoe zulks op technisch vlak geoptimaliseerd kan worden. Men mag immers niet uit het oog verliezen dat wij vasthouden aan de federale bevoegdheden voor de terugbetaling van het gedeelte van de kosten van de werken (40 % of 90 %) dat de Staat te deel valt en aan gemeenschapsbevoegdheden. De wetgeving op de overheidsopdrachten is overigens complex en onderworpen aan Europese regels. Bepaalde sociale clausules kunnen daar bijvoorbeeld in opgenomen worden, maar niet als keuzecriterium maar wel als uitvoeringscriterium voor de opdracht. Hij herinnert eraan dat voor de gesubsidieerde werken, alle opdrachten – of zij nu openbaar of privé zijn – onderworpen zijn aan de verplichting om gebruik te maken van overheidsopdrachten.

Wat Bordet doet, past in het meerjarenplan wat betreft 250 gewone bedden in het kader van het plafond voor het scheppen van deze bedden. De bijkomende financiering verbonden aan de universitaire aard van een aantal van die bedden, allemaal gekoppeld aan de ULB, zal buiten het plan gebeuren. Tot nu toe hebben wij nog geen precieze beschrijving van de oorsprong van de 96 bijkomende bedden. Volgens informatie waarover wij thans beschikken zullen 48 bedden afkomstig zullen zijn van het ziekenhuisnetwerk van de ULB, waarschijnlijk het Erasmusziekenhuis, en dat 48 bedden afkomstig zullen zijn van Sint-Pieter en/of Brugmann. De overdracht van de erkenning die thans door de Franse Gemeenschap afgegeven wordt voor de medisch-technische diensten, te weten radiotherapie, NMR en PET-

2. mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé des personnes qui fréquentent l'hôpital ou vivent à proximité,
3. travailler en partenariat avec d'autres acteurs de santé pour assurer la continuité des soins,
4. faire de l'hôpital un lieu où les conditions de vie et de travail exercent une influence favorable sur la santé de chacun,
5. faciliter la participation effective et concrète des patients et du personnel aux décisions qui concernent leur santé,
6. participer à l'amélioration du système de santé en général.

Pour en revenir au personnel des hôpitaux, nous voulons accorder une attention particulière aux médecins ainsi qu'au personnel infirmier, paramédical et soignant.

Aujourd'hui en effet les soins de santé sont imprégnés de consumérisme qui impose une pression énorme aux travailleurs de santé. La pénurie de personnel est une menace qu'il ne faut pas perdre de vue.

Les clauses sociales dans les marchés publics sont un sujet que nous soutenons. Nous allons immédiatement voir avec l'administration CCC comment optimiser cela sur le plan technique. Il ne faut en effet pas perdre de vue que nous sommes à cheval sur des compétences fédérales, pour le remboursement de sa partie du coût des travaux (40 % ou 90 %) et des compétences communautaires. Par ailleurs la législation sur les marchés publics est complexe et soumise à des règles européennes. Par exemple, certaines clauses sociales peuvent y figurer, non comme critère de choix mais bien comme critère d'exécution du marché. Rappelons ici que pour les travaux subsidiés, tous les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, sont soumis à l'obligation de recourir à des marchés publics.

La construction de Bordet se fait dans le plan pluriannuel pour ce qui concerne 250 lits ordinaires et ce dans le cadre du plafond à la construction de ces lits. Le financement complémentaire lié au caractère universitaire de plusieurs de ces lits tous liés à l'ULB, se fera hors plan. A ce jour, nous n'avons pas encore une identification précise de l'origine des 96 lits supplémentaires. L'information actuellement en notre possession est que 48 lits proviendront du réseau hospitalier de l'ULB avec une probabilité que ce soit l'Hôpital Erasme, et 48 proviendront du CHU Saint-Pierre et/ou du CHU Brugmann. Par ailleurs, le transfert de l'agrément actuellement délivré par la Communauté française pour les services médico-techniques de radiothérapie, RMN et Pet-scan est annoncé comme allant se faire avant le déménagement

scan, zal volgens wat aangekondigd wordt gebeuren vóór de verhuizing en de heropbouw van het Instituut Bordet op de facultaire campus van Anderlecht.

Over de supplementen hebben wij heel wat informatie. Men moet vier elementen in deze dossiers onderscheiden :

1. de supplementen van erelonen bij ziekenhuisopname;
2. de supplementen voor de kamer;
3. het type kamer, te weten een kamer met één bed, ofwel een kamer met twee bedden of een gemeenschappelijke kamer;
4. de supplementen van erelonen bij consultatie.

Voor de patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis, is er een combinatie van de 3 eerste elementen, onder de formulering « supplementen van erelonen ».

Daarbij komt de mogelijkheid om zogeheten « materiaal-supplementen » te factureren.

Het probleem is dus technisch veel complexer. De socialistische mutualiteiten maken een jaarlijkse barometer bekend. In de barometer 2008 wijzen ze erop dat uit hun cijfers blijkt dat voor eenzelfde interventie, de verschillen in kosten tussen de ziekenhuizen, maar ook binnen eenzelfde ziekenhuis, zeer groot kunnen zijn. De kost voor een bevaling in een private kamer bedraagt gemiddeld 920 EUR, maar varieert van 335 EUR tot 1.940 EUR. Ook al houdt men rekening met de leeftijd en de duur van het verblijf, dan nog stelt men verschillen van 1 tot 5 vast tussen de ziekenhuizen.

De christelijke ziekenfondsen werken met vijf pertinente informatie-elementen om de tarieven van de ziekenhuizen vast te stellen en de verschillende bedragen die de patiënt zelf moet betalen te dekken. Deze vijf elementen zijn de volgende :

1. Het percentage van de supplementen van erelonen voor de medische prestaties.
2. Het percentage van de supplementen voor implantaten, prothesen, enz..
3. Het gemiddelde bedrag voor de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen.
4. Het gemiddelde bedrag voor diverse kosten.
5. Het gemiddelde bedrag van het kamersupplement per dag.

Bepaalde ziekenfondsen publiceren op hun website de prijzen van de ziekenhuizen. Uit de analyse van deze gegevens blijkt dat er grote verschillen bestaan naargelang de

ment et la reconstruction de l'Institut Bordet sur le campus facultaire d'Anderlecht.

En ce qui concerne les suppléments, nous avons pas mal d'informations sur le sujet. Pour faire bref, il convient de distinguer quatre éléments dans ce dossiers :

1. les suppléments d'honoraires en hospitalisation;
2. les suppléments de chambre;
3. le type de chambre soit une chambre à un lit, une chambre à deux lits ou une chambre commune;
4. les suppléments d'honoraires en consultation.

Pour les patients hospitalisés, sous les termes « suppléments d'honoraires », il y a une combinaison des 3 premiers éléments.

Vient se rajouter la possibilité de facturer des suppléments dits « de matériel ».

Le problème est donc techniquement beaucoup plus complexe. Les mutualités socialistes publient un baromètre annuel. Dans le baromètre 2008, elles signalent que leurs chiffres montrent que pour une même intervention, les écarts de coûts entre hôpitaux, mais aussi au sein d'un même hôpital, peuvent parfois être importants. Ainsi, le coût pour un accouchement normal en chambre particulière est en moyenne de 920 EUR mais il varie de 335 EUR à 1.940 EUR. Même en tenant compte de l'âge et de la durée de séjour, on observe des écarts de 1 à 5 entre les hôpitaux.

Les mutualités chrétiennes, quant à elles, retiennent cinq éléments pertinents d'information pour caractériser la pratique tarifaire des hôpitaux et couvrir l'entièreté des différents montants que le patient doit personnellement déboursier. Ces cinq éléments sont :

1. Le pourcentage des suppléments d'honoraires des prestations médicales.
2. Le pourcentage des suppléments sur le matériel d'implants, de prothèse etc..
3. Le montant moyen pour les médicaments non remboursables.
4. Le montant moyen pour les frais divers.
5. Le montant moyen du supplément de chambre par jour.

Certaines mutuelles publient sur leur site internet les prix pratiqués dans les hôpitaux. De l'analyse de ces données, on peut constater qu'il y a de grandes variabilités en

gekozen parameters. Als men bijvoorbeeld de gemiddelde prijzen in kamers met één bed voor de chirurgie vergelijkt met die van de kraamafdeling, zijn de resultaten verschillend en zijn de duurste ziekenhuizen niet dezelfde. Deze verschillen overstijgen de netwerken.

Thans maakt men, op het vlak van bouw, geen onderscheid meer tussen een kamer met één bed en een kamer met twee bedden, aangezien in de praktijk deze laatste kamer omgevormd wordt tot een kamer met één bed omdat er voorlopig een tweede bed weggehaald wordt.

Inzake de supplementen voor erelonen bij consultatie, is er geen verband met het systeem van het subsidiëren van de werken door de Gemeenschappen en Gewesten, omdat de ziekenhuisoppervlakte bestemd voor de medische activiteit aan zich gefinancierd wordt door de erelonen. De erelonen van het RIZIV zijn bijvoorbeeld dezelfde voor een radioloog die consultaties heeft in het ziekenhuis als voor diezelfde radioloog die consultaties geeft in zijn privaat kabinet dat hijzelf gefinancierd heeft. Om deze reden weigert de federale Staat trouwens om bij te dragen in de financiering van 40 % of 90 % voor deze oppervlakten.

Er is een vraag gesteld over het verschil tussen de beschikbare middelen en het totaal van de aanvragen. Er zijn in totaal 532 miljoen EUR aanvragen en de beschikbare middelen bedragen 468 miljoen EUR, waarvan 240 miljoen EUR afkomstig is van de GGC en 228 miljoen EUR van de federale overheid. Het verschil bedraagt dus 64 miljoen EUR, te weten 12 %. Er zullen dus keuzes moeten worden gemaakt en dat wordt het voorwerp van de tweede fase van het plan dat thans onderzocht wordt en voor het einde van het jaar afgewerkt zou moeten zijn. Het gaat om constante bedragen en men zal voorzichtig moeten zijn, in het bijzonder wat het gebruik van de regel 10/90 betreft. Enerzijds zal de toepassing van de 10/90 immers de balans van de ziekenhuizen negatief beïnvloeden als gevolg van het gecumuleerde effect van de vermindering van de subsidies die als eigen middelen geboekt worden (van 60 tot 10 %) en de verhoging van de schuld (van 40 tot 90 %). Een en ander zal een verslechtering van de financiële rating van het ziekenhuis veroorzaken, met een negatief gevolg op de betrekkingen met de banken in het kader van de toekenning van kredieten. De bijdrage van de federale overheid wordt gespreid over 33 jaar en, in plaats van 40 %, zal wel degelijk 90 % van de kosten van de werken over 33 jaar gefinancierd worden.

Voor de algemene programmering van de ziekenhuisbedden in het Brussels Gewest, hebben wij een overzicht voorbereid van de situatie zoals vastgesteld door de federale overheid (Bijlage 1). De programmering, overeenkomstig de wet op de ziekenhuizen, is van toepassing voor het hele land en erkent geen gewestelijke programmering. Zo houdt men voor het Brussels Gewest bijvoorbeeld geen rekening met de 37 % niet-Brusselse patiënten. Er zijn overschrijdingen. Als men er echter wel rekening mee houdt, is er enkel nog een overschrijding voor de bedden voor kinderspsychiatrie.

fonction des paramètres choisis. Par exemple, si on compare les prix moyens en chambre à un lit pour la chirurgie par rapport à la maternité, les résultats sont différents et les hôpitaux les plus chers ne sont pas les mêmes. Et cette variabilité transcende les réseaux.

Enfin à l'heure actuelle, en terme de construction, on ne distingue plus une chambre à un lit d'une chambre à deux lits puisqu'en pratique c'est cette dernière qui est transformée en chambre à un lit par retrait provisoire du second lit.

En ce qui concerne les suppléments d'honoraires en consultation, il n'y a pas de lien à faire avec le système de subsidiation des travaux par les Communautés et Régions car les surfaces hospitalières destinées à l'activité médicale proprement dite sont financées par les honoraires médicaux. En effet, les honoraires INAMI sont par exemple les mêmes pour un radiologue qu'il consulte en hôpital ou qu'il consulte dans son cabinet privé qu'il a lui-même financé. C'est d'ailleurs pour cette raison que le Fédéral refuse d'intervenir dans sa part de financement de 40 % ou 90 % pour ces surfaces.

Une question a été posée sur la différence entre les moyens disponibles et le total des demandes. Le total des demandes s'élève à 532 millions d'EUR et les moyens disponibles s'élèvent à 468 millions d'EUR, dont 240 millions d'EUR en provenance de la CCC et 228 millions d'EUR en provenance du Fédéral. La différence est donc de 64 millions d'EUR, soit 12 %. Il faudra dès lors faire des arbitrages et ce sera l'objet de la seconde phase du plan qui est actuellement en chantier et qui devrait se terminer d'ici à la fin de l'année. Il s'agit de montants constants et par rapport à la ligne du temps, il faudra être prudent, particulièrement en ce qui concerne l'utilisation de la règle 10/90. En effet, d'une part, l'application du 10/90 va affaiblir la situation bilantaire des hôpitaux de par l'effet conjoint de la diminution des subsides comptabilisés en fonds propres (qui passe de 60 à 10 %) et de l'augmentation de la dette (qui passe de 40 à 90 %). Ceci entraînera une dégradation du *rating* financier de l'hôpital avec un impact négatif sur les relations et négociations avec les banques dans le cadre de l'octroi de crédits. Par ailleurs, l'intervention du Fédéral se fait sur 33 ans et ce ne sera plus 40 % du coût des travaux qui sera financé sur 33 ans mais bien 90 %.

En ce qui concerne la programmation générale des lits hospitaliers en Région bruxelloise, nous avons préparé un tableau récapitulatif de la situation telle que fixée par le Fédéral (Annexe 1). Il faut savoir que la programmation, selon la loi sur le hôpitaux, s'applique à l'échelon de tout le pays et ne reconnaît pas de programmation régionale. A titre indicatif pour la Région bruxelloise, si on ne tient pas compte des 37 % de patients non bruxellois, il y a des dépassements. Par contre, si on en tient compte, il n'y a plus de dépassement que pour les lits de pédopsychiatrie.

Deze cijfers moeten voorzichtig benaderd worden, om de volgende redenen :

1. de programmering van bepaalde bedden is al lange tijd niet meer herzien. De bedden voor chirurgie, geneeskunde, pediatrie en kraamafdeling zijn bijvoorbeeld vastgesteld in het KB van 21 maart 1977 en zijn sindsdien niet meer herzien;
2. er is een nieuwe begrip, « verantwoorde bedden », ingevoerd. De ziekenhuisactiviteit wordt immers niet enkel meer gemeten op basis van het aantal bedden maar op basis van de pathologieën die er behandeld worden. Dit nieuwe begrip sluit aan bij een belangrijk advies gegeven in 1994 door de Nationale Raad van de Ziekenhuisinstellingen, het Nieuwe Ziekenhuisconcept geheten. Dat advies gaf de autoriteiten de raad om de toen bestaande regels te vervangen. Ze waren gebaseerd op structurele kenmerken van het ziekenhuis (zoals het aantal bedden) en dienden te worden vervangen door activiteitenprogramma's. Deze activiteitenprogramma's waren gericht op bepaalde groepen van patiënten en hadden betrekking op omvatten de kwesties van diagnose, therapie en revalidatie;
3. strikte maatregelen inzake vermindering van de verblijfsduur hebben aanleiding gegeven tot de vermindering van het ziekenhuisverblijf. De gemiddelde verblijfsduur was in 1995 9,1 dagen en is thans 8,1 dagen klassieke ziekenhuisopname;
4. wegens een bepaalde begrotingsdruk en ten gevolge van de evolutie van de medische technologie en de noodzaak tot subspecialisatie, is de behoefte aan het licht gekomen om schaalvoordelen na te streven. Het aantal erkende ziekenhuizen is in België onder meer van 260 in 1990 naar 138 nu gedaald;
5. Ten slotte blijkt dat een groot aantal aandoeningen in aanmerking komen voor het dagziekenhuis of het kort verblijf. Het belang voor het dagziekenhuis is aanzienlijk toegenomen gedurende de tien laatste jaren. Het aantal dagopnames in België bedroeg in 1995 minder dan 600.000 en is in 2006 gestegen naar 1.400.000.

Dit gezegd zijnde tonen andere studies aan dat er in Brussel nog te veel ziekenhuisbedden zouden zijn. In een studie over de buitenlandse patiënten, wijst het VBO op 632 bedden voor geneeskunde en chirurgie die beschikbaar zijn. De christelijke ziekenfondsen wijzen op een overconsumptie van de eigenlijke Brusselaars met 18 % hospitalisatie (en dat na rekening te hebben gehouden met de leeftijd en het geslacht van de patiënten en hun status van verzekerde) die moet worden vergeleken met een minderconsumptie van 27 % in algemene geneeskunde. Het interuniversitair onderzoek waarvan sprake, dat is uitgevoerd in opdracht van minister Demotte, wijst ook op een overcapaciteit voor de bedden voor heelkunde, geneeskunde en pediatrie.

Ces chiffres sont à prendre avec beaucoup de précaution pour les raisons suivantes :

1. la programmation de certains lits n'a plus été revue depuis longtemps. Ainsi celle des lits de chirurgie, médecine, pédiatrie et maternité a été fixée par l'arrêté royal du 21 mars 1977 et n'a jamais été revue depuis;
2. la nouvelle notion de « lits justifié » a été introduite. En bref, on ne mesure plus l'activité hospitalière uniquement au nombre de lits mais aux pathologies qui y sont soignées. Cette nouvelle notion s'inscrit dans le droit fil d'un avis important donné en 1994 par le Conseil National des Établissements Hospitaliers, intitulé le Nouveau Concept Hospitalier. Cet avis conseillait aux autorités de remplacer les règles existantes de l'époque, basées sur les caractéristiques structurelles de l'hôpital (telles que les indices de lits), par des programmes d'activités. Ces programmes d'activités étaient axés sur certains groupes de patients et englobaient les questions de diagnostic, de thérapie et de revalidation;
3. des mesures strictes en matière de réduction de la durée de séjour ont donné lieu à une diminution du séjour hospitalier. La durée de séjour moyenne était en 1995 de 9,1 jours et est aujourd'hui de 8,1 jours en hospitalisation classique;
4. sous une certaine pression budgétaire et suite à l'évolution de la technologie médicale et à la nécessité de sous-spécialisation, est apparu le besoin de procéder à des économies d'échelle. C'est ainsi notamment que le nombre d'hôpitaux agréés en Belgique est passé de 260 en 1990 à 138 aujourd'hui;
5. enfin, il s'avère que bon nombre d'affections entrent en ligne de compte pour l'hôpital de jour ou le court-séjour. L'intérêt pour l'hôpital de jour a augmenté de façon spectaculaire au cours des dix dernières années. Le nombre d'hospitalisations de jour en Belgique était en 1995 inférieur à 600.000, et est passé en 2006 à 1.400.000.

Ceci dit, d'autres études montrent qu'il y aurait encore trop de lits hospitaliers à Bruxelles. Dans son étude au sujet des patients étrangers, la FEB pointe 632 lits de médecine et chirurgie disponibles. Les mutualités chrétiennes signalent une surconsommation des Bruxellois proprement dits de 18 % en hospitalisation et ce, après prise en compte de l'âge et du sexe des patients ainsi que de leur statut d'assuré, à comparer avec une sous-consommation de 27 % en médecine générale. L'étude interuniversitaire dont on a parlé, commandée par le ministre Demotte, indique également une capacité excédentaire pour les lits de chirurgie, médecine et pédiatrie.

Wij merken derhalve in de traditionele dagziekenhuisdiensten patiënten met gemiddeld zwaardere en complexere pathologie dan in het verleden. Gemiddeld verkeren de patiënten die acuut in een ziekenhuis worden opgenomen in een ernstige toestand. Hij of zij van wie de toestand verbetert, gaat terug naar huis of wordt overgeplaatst naar andere soorten verzorgingsinstellingen. Dat verschijnsel heeft vele gevolgen voor de werklast van de dokters, verplegers en het verplegend personeel.

Kortom, de ziekenhuizen hebben een evolutie gekend die geleid heeft naar een grotere subspecialisatie, een hoger niveau van technologie en een daling van de verblijfsduur in de sector van de acute verzorging, zonder een beleid van aanbod van chronische verzorging, revalidatie en aangepaste integrerende verzorging te vergeten.

Dat leidt ertoe dat de planning en programmering die is opgesteld door de federale overheid grondig zal kunnen worden herzien. De vraag is of het nog mogelijk is om de enorme technologische evolutie die we kennen in normen en juridische regels te vertalen. Men zal dus nieuwe concepten moeten ontwikkelen die de begrotingsverzuuchting verzoenen met de terbeschikkingstelling, aan heel de bevolking, van nieuwe mogelijkheden inzake diagnose en therapie.

De ziekenhuizen zullen zich geleidelijk aan ook anders positioneren. Het zijn geen eilandjes meer in het centrum van heel het verzorgingssysteem. Ze vormen daarentegen een schakel in een continu geheel van structuren. Het eerste doel bestaat erin in te spelen op de behoeften aan verzorging van de patiënt of de cliënt, met als sleutelwoord de samenwerking tussen de zorgverstrekkers. Vandaar onze steun aan de huisartsen en aan de eerstelijnsverzorging. Dat is wat wij poneerden tot besluit van onze voorstellingen op 9 oktober. Het plan past in een coherent geheel van volksgezondheid.

De alzheimerpatiënten kunnen worden verzorgd in de volgende infrastructuur.

In de eerste plaats, in de rusthuizen, de rust- en verzorgingstehuizen, de dagcentra en de kort verblijfsinstellingen. De bouw van deze instellingen hangt af van onze collega's, minister Huytebroeck en Smet, die bevoegd zijn voor Bijstand aan Personen. De rechtsgrond voor de subsidiëring van de werken in deze infrastructuur is de ordonnantie betreffende de opvangtehuizen voor bejaarden, die op 24 april is goedgekeurd.

Ze kunnen eveneens worden verzorgd in de infrastructuur die alleen met gezondheid te maken hebben. Dit zijn :

- de ziekenhuizen en meer bepaald de diensten van geriatrie (de bedden worden gekenmerkt door « G ») en de diensten voor psychogeriatrische revalidatie (« Sp »

Nous observons dès lors, dans les services hospitaliers de séjour traditionnels, des patients qui manifestent en moyenne des pathologies plus lourdes et plus complexes que par le passé. En moyenne, les patients qui séjournent en hôpital aigu sont dans un état grave. Celui ou celle dont l'état s'améliore, regagne son domicile ou est transféré(e) vers d'autres types de soins. Ce phénomène a de nombreuses conséquences pour la charge de travail des médecins, infirmiers et personnel soignant.

En résumé, les hôpitaux ont connu une évolution qui les a menés vers une plus grande sous-spécialisation, un plus haut niveau de technologie et une baisse de la durée de séjour dans le secteur des soins aigus, sans oublier une politique d'offre de soins chroniques, revalidants et intégrant adaptés.

Cela induit que la méthode de planification et de programmation établie par le Fédéral pourrait être revue en profondeur. La question est de savoir s'il est encore possible de traduire l'énorme envolée technologique que nous connaissons en normes et règles juridiques. Il faudra donc développer de nouveaux concepts qui concilient préoccupation budgétaire et mise à disposition de toute la population de nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques.

Les hôpitaux vont également petit à petit se positionner autrement. Ce ne sont plus des îlots situés au centre de tout le système de soins de santé. Ils forment au contraire un chaînon d'un ensemble continu de structures. L'objectif premier est de rencontrer les besoins en soins du patient ou client, avec pour mot-clé la collaboration entre les prestataires de soins. D'où notre soutien à la médecine générale et aux soins de première ligne. Et c'est ce que nous disions en conclusion de notre présentation le 9 octobre dernier : le plan s'inscrit dans un ensemble cohérent de santé publique.

Les malades souffrant de la maladie d'Alzheimer, peuvent être pris en charge dans les infrastructures suivantes.

Tout d'abord dans les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les hébergements de court séjour. La construction de ces établissements dépend de nos collègues, les ministres Huytebroeck et Smet, compétents pour l'Aide aux personnes. La base légale de la subsidiation des travaux dans ces infrastructures est l'ordonnance relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées votée le 24 avril dernier.

Ils peuvent également être pris en charge dans des infrastructures relevant exclusivement du domaine de la santé. Ce sont :

- les hôpitaux et plus particulièrement les services de geriatrie (les lits sont caractérisés par l'index « G ») ainsi que les services de revalidation psychogériatrique (in-

psychogeriatrisch). Ook de diensten voor acute psychiatrie (A), chronische psychiatrie (T) en neurologische revalidatie (Sp neurologisch) kunnen ze verzorgen;

- de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT).

Inzake de ziekenhuisbedden, bedraagt het aantal erkende bedden thans in de bicommunautaire ziekenhuizen 962 bedden geriatrie (G), 105 bedden psychogeriatrische revalidatie (Sp psychogeriatrisch), 658 bedden acute psychiatrie (A), 295 bedden chronische psychiatrie (T) en 79 bedden neurologische revalidatie (Sp neurologisch).

De bouw van het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) Scheutbos was oorspronkelijk gepland voor 2008. Op het moment van de afgifte van de stedenbouwkundige vergunning is echter vastgesteld dat het gebouw enkele vierkante meter in Sint-Jans-Molenbeek ligt. Er diende dus een gezamenlijke procedure te worden gestart in Sint-Agatha-Berchem en Sint-Jans-Molenbeek. De aanvang van de werken is uitgesteld tot 2009 en de vastleggingskredieten worden onmiddellijk opnieuw ingeschreven. In afwachting worden de PVT-bedden die in dat nieuw gebouw gepland waren, ondergebracht in een ander gebouw in Watermaal-Bosvoorde.

Ziehier enkele uittreksels van architectonische normen inzake erkenning waaraan de ziekdiensten voor psychogeriatrische revalidatie moeten voldoen (KB van 23 oktober 1964 zoals gewijzigd op 12 oktober 1993) :

- Een gemakkelijke toegankelijkheid rekening houdend met de invaliditeit van de patiënten. In de gangen en doorlopen, worden de oneffenheden op de grond zoals treden, trappen en andere belemmeringen vermeden. Bovendien zal men elk risico voor glijden voorkomen.
- De verplaatsingen van de patiënten in de dienst worden vergemakkelijkt door de installatie van balustrades en leuningen. De sanitaire installaties worden daar ook van voorzien. Er moeten voldoende rustplaatsen zijn in de gangen.
- De sanitaire installaties voor de patiënten worden zo dicht mogelijk ingericht bij de kamers, alsook in de nabijheid van de ontspannings- en oefenzalen.
- De toiletten worden zo opgevat dat ze gemakkelijk toegankelijk zijn voor de patiënt.
- De architecturale en functionele organisatie van de dienst moet de patiënten een maximum aan bewegingsvrijheid binnen de dienst garanderen, maar moet voorkomen dat zij buiten de dienst aan het toezicht ontsnappen.
- De kamers en de gemeenschappelijke lokalen worden voor de patiënten zo duidelijk mogelijk herkenbaar gemaakt.

dex « Sp psychogériatriques »). Peuvent également les prendre en charge, les services de psychiatrie aiguë (index A), de psychiatrie chronique (index T) et de réhabilitation neurologique (index « Sp neurologiques »);

- les maisons de soins psychiatriques (MSP).

En ce qui concerne les lits hospitaliers, le nombre de lits agréés aujourd'hui dans les hôpitaux bicommunautaires est de 962 lits de gériatrie (G), 105 lits de réhabilitation psychogériatrique (Sp psychogériatriques), 658 lits de psychiatrie aiguë (A), 295 lits de psychiatrie chronique (T) et 79 lits de réhabilitation neurologique (Sp neurologiques).

La construction de la MSP Scheutbos était initialement prévue en 2008. Toutefois, au moment de la délivrance du permis d'urbanisme, il a été constaté que le bâtiment empiétait de quelques mètres carrés sur le territoire de Molenbeek-Saint-Jean. Il a donc fallu recourir à une procédure commune entre Berchem-Sainte-Agathe et Molenbeek-Saint-Jean. Le début des travaux est reporté à 2009 et les crédits d'engagement seront immédiatement réinscrits. En attendant, les lits MSP prévus dans ce nouveau bâtiment sont exploités dans un autre bâtiment situé à Watermael-Boitsfort.

Voici quelques extraits des normes architecturales d'agrément auxquelles les services hospitaliers de réhabilitation psychogériatrique doivent répondre (arrêté royal du 23 octobre 1964 tel que modifié le 12 octobre 1993) :

- Une accessibilité aisée sera adaptée à l'infirmité des patients. Dans les couloirs et dégagements du service, toutes les inégalités du sol telles que marches, escaliers et autres entraves seront évitées. En outre, on prévoindra tout risque de glissement.
- Les déplacements de patients dans le service seront facilités par l'installation de balustrades et de mains courantes. Les installations sanitaires en seront également dotées. Des aires de repos en nombre suffisant seront prévues dans les couloirs.
- Les installations sanitaires pour les patients seront aménagées aussi près que possible des chambres, ainsi qu'à proximité des salles de séjour et d'exercice.
- Les toilettes seront conçues de manière à permettre un accès aisé au patient.
- L'organisation architecturale et fonctionnelle du service doit garantir aux patients un maximum de liberté de mouvement à l'intérieur du service, tout en évitant qu'ils ne puissent s'aventurer sans surveillance en dehors du service.
- Les chambres et les locaux communs sont rendus identifiables pour les patients de la manière la plus adéquate.

De naleving van deze normen wordt gecontroleerd door de ingenieurs, artsen, verpleegkundigen van het bestuur zodra de architecten hun plannen voorleggen.

Wat betreft de erkenning van deze diensten, zie hier enkele andere erkenningsnormen :

- De werking van de dienst moet vanuit een medisch, verpleegkundig en paramedische oogpunt gericht zijn op een actieve behandeling om het herstel of het optimale behoud van het fysieke, psychische en sociale potentieel van de patiënt te garanderen.
- De dienst moet over de nodige uitrusting beschikken om verpleegkundige en paramedische technieken toe te passen die eigen zijn aan de specialiteit van de dienst.
- Voor de toepassing van de technieken inzake ergotherapie, kinesitherapie en logopedie, moet gezorgd worden voor de nodige uitrusting voor de pathologie.
- Het dossier van de patiënt wordt regelmatig bijgewerkt volgens de evolutie van zijn staat. Zijn staat wordt vergeleken met het programma en de kalender die bij de opname vastgesteld zijn en bij de volgende fasen van zijn behandeling. Daartoe worden wekelijks multidisciplinaire vergaderingen georganiseerd.

Men kan dus vaststellen dat de behoefte van de patiënten om rond te lopen en om gestimuleerd te worden, zowel op fysiek als op intellectuele vlak, gerespecteerd wordt.

Hetzelfde soort normen bestaat voor de rust- en verzorgingstehuizen. Die worden vastgesteld in het koninklijk besluit van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis of als centrum voor dagverzorging of als centrum voor aangeboren hersenletsels. Zie hier twee voorbeelden :

- Indien de instelling georganiseerd wordt op basis van aparte leefgroepen, moet men zorgen voor voldoende lokalen, zodanig dat de integratie in de gewone leefomgeving gegarandeerd blijft.
- Het rust- en verzorgingstehuis moet over voldoende middelen beschikken om naast een familiale sfeer in te staan voor de zorgen, het toezicht, de actieve bezigheden en de vrije tijd van de patiënten.

Wij halen tot slot de lopende projecten aan in het kader van het toekomstige federale plan « chronische ziekten », die betrekking zullen hebben op de tenlasteneming van de ziekte van Alzheimer :

- ontwikkeling van ruststructuren die de patiënten tijdelijk ten laste nemen, opdat hun omgeving even op adem zou kunnen komen;

Le respect de ces normes est vérifié par les ingénieurs, médecins et infirmières de l'administration dès l'introduction des plans établis par les architectes.

Par ailleurs, en ce qui concerne le fonctionnement de ces services, voici quelques autres normes d'agrément :

- Le fonctionnement du service sera, du point de vue médical, infirmier et paramédical axé sur un traitement actif permettant d'assurer le rétablissement ou le maintien optimum du potentiel physique, psychique et social du patient.
- Le service disposera de l'équipement nécessaire à l'application des techniques infirmières et paramédicales propres à la spécialité du service.
- Pour l'application des techniques d'ergothérapie, de kinésithérapie et de logopédie, l'équipement nécessaire approprié à la pathologie sera prévu.
- Le dossier du patient sera complété régulièrement par un rapport sur l'évolution de son état. Cette dernière sera comparée au programme et au calendrier établis lors de l'admission et lors des phases ultérieures de son traitement. A cet effet, des réunions multidisciplinaires hebdomadaires seront organisées.

On peut donc constater que le besoin des patients de déambuler ainsi que d'être stimulés tant sur le plan physique que sur le plan intellectuel est pris en compte.

Ce même type de normes existe pour les maisons de repos et de soins. Elles sont fixées par l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises. En voici deux exemples :

- Si l'établissement est organisé sur la base de groupes de vie distincts, il y a lieu de prévoir des locaux en nombre suffisant, de sorte que l'intégration dans le cadre de vie habituel continue à être garantie.
- La maison de repos et de soins doit disposer des moyens nécessaires en vue d'assurer, outre une atmosphère familiale, les soins, la surveillance, le maintien en activité et les loisirs des résidents.

On peut enfin citer les projets en cours dans le cadre du futur plan fédéral « maladies chroniques », qui concerneront la prise en charge de la maladie d'Alzheimer :

- développement de structures de répit prenant temporairement en charge les patients, le temps pour l'entourage de souffler un peu;

- steun voor de tenlasteneming van de seniele demente patiënt in een RVT;
- oprichting van ziekenhuizen voor de stimulering van het geheugen van seniele demente patiënten;
- terugbetaling van gespecialiseerde diagnose voor de patiënt die door dementie getroffen is;
- initiatieven om de demente patiënt zo lang mogelijk thuis te houden;
- steun van de huisarts bij de opvolging van de demente patiënt.

Wat betreft de tenlasteneming van gehandicapte personen met een acuut probleem van geestelijke gezondheid, krijgt het project dat wij aangekondigd hebben op de site van het ziekenhuis Saint-Etienne vorm. Onze medewerkers hebben een vergadering gehad met de leiding van de twee ziekenhuizen die deze tenlasteneming in Vlaanderen en Wallonië organiseren. Dat dossier wordt thans besproken binnen de « taskforce geestelijke gezondheid », van de Interministeriële Conferentie voor de Gezondheid. De bedoeling is om in het kader van de federale normen een circuit van zorgen binnen en buiten het ziekenhuis te organiseren voor dit soort tenlasteneming. ».

Mevrouw Françoise Bertieaux bedankt het collegelid voor zijn antwoorden. Zij maakt zich zorgen over de oorsprong van de 96 bijkomende bedden van het Bordetziekenhuis : 48 bedden zouden van het Erasmusziekenhuis komen en 48 andere van het UVC Sint-Pieter of het UVC Brugmann. Deze twee laatste ziekenhuizen zijn nog niet betrokken bij de vermindering van de bedden uit het openbare net. Als het om een overdracht van bedden gaat, zou de volksvertegenwoordiger moeilijk begrijpen van waar deze nieuwe 48 bedden komen.

Het is waar dat de planning en de programmering door de federale overheid grondig herzien zou kunnen worden. Indien dat zou gebeuren, zou het des te moeilijker zijn om op lange termijn te werken wat betreft de prognoses omdat, in tegenstelling tot wat collegelid Benoît Cerexhe beweert, de Brusselse ziekenhuizen nog lang geen netwerk vormen. In de openbare sector is het moeilijk om de ziekenhuizen van de stad Brussel en de IZZ-ziekenhuizen te laten samenwerken.

De spreekster was sterk onder de indruk van haar bezoek aan het netwerk van ziekenhuisopnames thuis, op initiatief van de ziekenhuizen van de stad Parijs. Het is belangrijk na te gaan hoe dit concept opgenomen kan worden in een programmering, ook al menen de heer Galand en zijzelf dat het begrip HAB niet past in België.

De heer Paul Galand feliciteert de Collegeleden voor deze algemene uiteenzetting over de problematiek waarin een echt concept van volksgezondheid verwerkt wordt. Hij

- soutien à la prise en charge du patient dément sénile en MRS;
- création de cliniques de rééducation de la mémoire pour les patients déments séniles;
- remboursement du diagnostic spécialisé pour le patient atteint de démence;
- initiatives permettant de garder le patient dément le plus longtemps possible au domicile;
- soutien du médecin généraliste dans le suivi du patient dément.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes handicapées présentant un problème aigu de santé mentale, le projet que nous avons annoncé sur le site de la Clinique Saint-Etienne prend forme. Nos collaborateurs ont eu une réunion avec les responsables des deux hôpitaux qui organisent cette prise en charge en Flandre et en Wallonie. Et ce dossier est actuellement en discussion au sein de la « Task Force Santé mentale » de la Conférence interministérielle de la Santé. L'objectif est de créer, dans le cadre des normes fédérales, un circuit de soins hospitalier et extra-hospitalier pour ce type de prise en charge. ».

Mme Françoise Bertieaux remercie le membre du Collège pour ses réponses. Elle exprime son inquiétude sur l'origine des 96 lits supplémentaires de l'hôpital Bordet : 48 lits proviendraient de l'hôpital Erasme et les 48 autres du CHU Saint-Pierre ou du CHU Brugmann. Ces deux derniers hôpitaux n'ont pas encore été impliqués dans la diminution de lits du réseau public. S'il ne s'agit pas d'un transfert de lits, la députée aurait donc des difficultés à comprendre d'où viennent ces 48 nouveaux lits.

Il est vrai que la méthode de planification et de programmation établie par le Fédéral pourrait être revue en profondeur. Si cela devait arriver, il serait d'autant plus difficile de travailler dans le long terme en ce qui concerne les prévisions car, contrairement à ce que le membre du Collège Benoît Cerexhe affirme, les hôpitaux bruxellois sont encore loin de former un réseau. Dans le secteur public, il est difficile d'arriver à faire travailler ensemble les hôpitaux de la ville de Bruxelles et ceux de HIS.

L'oratrice a été particulièrement impressionnée par sa visite du réseau d'hospitalisation à domicile développé par les hôpitaux de la ville de Paris. Il est important de voir comment intégrer ce concept dans une programmation même si M. Galand et elle-même estiment que le terme HAB est impropre en Belgique.

M. Paul Galand félicite les membres du Collège pour cet exposé global de la problématique qui intègre une véritable conception de santé publique. Il indique que le nombre de



wijst er op dat het aantal bedden in het Brussels Gewest niet abnormaal is. De rol van de grote steden is in hun ziekenhuisnetwerk personen op te nemen die in hun invloedzones wonen. Dat is zeker het geval in Brussel dat universitaire ziekenhuizen bezit die het hele land bestrijken. Het feit dat Brussel 7,91 bedden per 1.000 inwoners telt, terwijl een ander Gewest er 5,09 telt, is dus niet uitzonderlijk. Steden als Luik, Antwerpen hebben waarschijnlijk ook een overschot aan bedden.

Collegelid Benoît Cerexhe onderstreept dat meer dan 50 % van de patiënten van het UKZKF en Bordet van buiten Brussel komen.

De heer Paul Galand vindt dat normaal. Dat is de taak van die ziekenhuizen.

De volksvertegenwoordiger vindt dat men niet te snel van overconsumptie van de ziekenhuizen mag spreken. In Brussel is het veeleer het probleem dat de ziekenhuizen dicht bij elkaar gelegen zijn. Als iemand ziek is en er is een ziekenhuis met een spoeddienst in zijn wijk, is die persoon geneigd om zich naar die dienst te begeven zonder vooraf contact op te nemen met zijn huisarts. Om de raadplegingen op de spoeddienst te beperken, moet dus de raadpleging van de huisarts en de eerstelijnszorg worden bevorderd en moeten in de nabijheid van de ziekenhuizen vlot toegankelijke wachtdiensten voor algemene geneeskunde worden uitgebouwd.

De spreker pleit voor de oprichting, binnen het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, van een ziekenhuiscel die de toekomstige behoeften kan evalueren. Dat is voor de Brusselaars de beste verdediging wanneer ze geconfronteerd worden met de cijfers van andere Gewesten. De huidige en toekomstige besluitvormers moeten over de juiste instrumenten kunnen beschikken om de juiste beslissingen te kunnen nemen. Het is belangrijk dat ze gesteund worden door onafhankelijke personen, het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn en niet door dienstverleners die rechter in eigen zaak zijn of door enquêtes die enkel de indrukken van de verbruikers weergeven.

Het commissielid stelt eveneens de actoren van de sector gerust. Een verschuiving van het aantal plaatsen van een dienst naar een andere dienst brengt geen ontslagen met zich mee. De globale cijfers over de psychiatrie wijzen op een tekort aan plaatsen in de kinder- en jeugdpsychiatrie, terwijl er te veel plaatsen zijn in andere sectoren van de psychiatrie. Het is dus niet de bedoeling om die mensen te ontslaan en andere personeelsleden voor kinder- en jeugdpsychiatrie aan te werven, maar om werknemers op te leiden en over te plaatsen naar de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Een les die uit de huidige economische en financiële crisis kan worden getrokken is dat de landen die hun bedrijven delocaliseren en overgaan van een industriële productie-economie naar een diensteneconomie, noodzakelijke knowhow verliezen. In de ziekenhuizen zijn er een groot

lits en Région bruxelloise n'est pas anormal. Le rôle des grandes villes est d'accueillir dans leur réseau hospitalier des personnes qui habitent dans leurs zones d'influence. C'est particulièrement le cas de Bruxelles qui possède des hôpitaux universitaires qui couvrent l'ensemble du pays. Le fait que Bruxelles compte 7,91 lits par 1.000 habitants alors qu'une autre Région en compte 5,09 n'est donc pas excessif. Des villes comme Liège, Anvers ont probablement aussi un surplus de lits.

Le membre du Collège Benoît Cerexhe souligne que plus de 50 % des patients de l'HUDERF et de Bordet proviennent de l'extérieur de Bruxelles.

M. Paul Galand trouve cela normal. C'est le rôle de ces hôpitaux.

Le député pense qu'il faut éviter de parler trop vite de surconsommation hospitalière. Bruxelles connaît plutôt un problème de proximité géographique des hôpitaux. Si une personne est malade et qu'il existe un hôpital avec une garde hospitalière dans son quartier, elle aura tendance à s'y rendre sans téléphoner préalablement à son médecin traitant. Pour limiter les passages aux urgences, il faut donc favoriser le recours au médecin traitant et à la première ligne et développer, à proximité des hôpitaux, des postes de garde de médecine générale faciles d'accès.

L'orateur plaide pour la création au sein de l'Observatoire de la Santé et du Social d'une cellule hospitalière capable d'évaluer les besoins prévisionnels. Pour les Bruxellois, il s'agit de la meilleure défense lorsqu'il faudra se confronter aux chiffres provenant d'autres Régions. Les décideurs actuels et futurs doivent être outillés pour pouvoir prendre les bonnes décisions. Il est important qu'ils soient soutenus par des personnes indépendantes, l'Observatoire de la Santé et du Social, et non par des offreurs de service qui sont à la fois juge et partie ou des enquêtes d'opinion qui ne reflètent que l'impression des consommateurs.

Le commissaire rassure également les acteurs du secteur. Une adaptation du nombre de places d'un service vers un autre n'implique pas des licenciements. Les chiffres globaux de la psychiatrie révèlent un manque de places en pédopsychiatrie alors que d'autres secteurs de ce même domaine sont en excès. Il ne s'agit donc pas de mettre des personnes à la porte et d'en engager d'autres en pédopsychiatrie mais plutôt de former et de transférer des travailleurs vers la pédopsychiatrie.

Un enseignement de la crise économique et financière actuelle est que les pays qui délocalisent leurs entreprises et passent d'une économie de production, industrielle à une économie de services, perdent une expertise indispensable. Les hôpitaux représentent un grand nombre d'emplois en

aantal jobs die economisch uitbesteed worden, want er bestaat een grote interactie met de industriesector en de Brusselse KMO's. Het is primordiaal dat die knowhow inzake planning en bouw van ziekenhuizen en onderhoud van ziekenhuismaterieel niet verloren gaat. De heer Paul Galand is ervan overtuigd dat Brussel een uitmuntendheidspool kan worden op het vlak van volksgezondheid en interactie tussen de profit- en de non-profitsector. Die knowhow kan vervolgens een troef zijn bij export of sociaaleconomische uitstraling.

Mevrouw Souad Razzouk dankt de leden van het College voor hun antwoorden. Ze geeft opnieuw te kennen dat de socialistische fractie zich zorgen maakt over de verdeel-sleutel openbare sector/privésector die wordt toegepast op de investeringen in gezondheidsvoorzieningen, te weten 45 en 55 %. Bovendien stelt men een groot verschil vast in de vereffeningspercentages in het nadeel van de overheidssector. De volksvertegenwoordigster vraagt of de achterstand bij de overheidsfinanciering zal worden ingehaald als de vooropgezette 45 % niet wordt bereikt. Ten slotte, betreurt de spreekster dat het niet meer mogelijk is om de aan de openbare en de privéziekenhuizen toegekende kredieten te vergelijken, want alles wordt op dezelfde begrotingsallocatie ingeschreven.

Mevrouw Brigitte De Pauw feliciteert de leden van het College met hun algemene uiteenzetting, waaruit een visie naar voren komt die zich niet tot de ziekenhuizen beperkt en ook de aanverwante sector integreert.

De volksvertegenwoordigster is het eens met de heer Galand dat de Brusselse ziekenhuizen patiënten uit andere gewesten van het land moeten kunnen opvangen. Men mag evenwel de behoeften van de Brusselaars niet vergeten. Zo is er in het Brussels Gewest een schrijnend gebrek aan bedden voor psychiatrische patiënten. Dit punt stond al in het regeerakkoord en het verheugt de spreekster dat er eindelijk vooruitgang op dat vlak wordt geboekt. Ze herinnert eraan dat ze de leden van het College bevoegd voor bijstand aan personen heeft geïnterpelleerd over de situatie van personen met psychiatrische problemen die bij gebrek aan opvang aan hun lot worden overgelaten.

De psychiatrische instellingen zijn eveneens opgenomen in het meerjarenplan. In dat verband wijst de volksvertegenwoordigster op de intreurige situatie van jongeren die, bij gebrek aan adequate voorzieningen, verzorgd worden in instellingen waar ze samenwonen met bejaarden. De volksvertegenwoordigster zou bijgevolg willen weten of er, naast de verhoging van het aantal bedden in de psychiatrische instellingen, ook specifieke instellingen zullen worden opgericht om die personen op te vangen en hun specifieke behoeften te vervullen.

Het verheugt de spreekster dat de nota van de leden van het College het begrip « zorgcontinuüm », dat al lang bestaat in de Vlaamse Gemeenschap, integreert. In dat verband bestaan er plannen om een platform voor overleg en

sous-traitance économique car il existe une grande interaction avec le secteur industriel et les PME bruxelloises. Il est primordial de ne pas perdre cette compétence dans la planification, la construction d'hôpitaux et l'entretien de matériel hospitalier. M. Paul Galand est convaincu que Bruxelles peut devenir un pôle d'excellence en matière de santé publique et d'interaction entre les secteurs marchand et non-marchand. Cette expertise pourra ensuite être un atout d'exportation ou de rayonnement socio-économique.

Mme Souad Razzouk remercie les membres du Collège pour leurs réponses. Elle exprime à nouveau l'inquiétude du groupe socialiste concernant la clé de répartition public/privé appliquée pour les investissements en infrastructures de santé, à savoir 45 et 55 %. De plus, on constate un différentiel important dans les taux de liquidation en défaveur du secteur public. La députée se demande si le retard de financement du secteur public sera rattrapé si les 45 % prévus ne sont pas atteints. Enfin, l'oratrice regrette qu'il ne soit plus possible de comparer les crédits alloués aux hôpitaux publics et privés car tout est repris sous une même allocation budgétaire.

Mme Brigitte De Pauw félicite les membres du Collège pour leur exposé global qui traduit une vision qui ne se limite pas aux hôpitaux et qui intègre également les secteurs apparentés.

La députée partage le point de vue de M. Galand sur le fait que les hôpitaux bruxellois doivent pouvoir accueillir des patients provenant des autres Régions du pays. Il ne faut cependant pas oublier les besoins des Bruxellois. La Région bruxelloise a ainsi un besoin criant de lits psychiatriques. Ce point était déjà inscrit dans l'accord de gouvernement et l'oratrice se réjouit de voir que l'on avance enfin sur cette question. Elle rappelle qu'elle a interpellé les membres du Collège en charge de l'Aide aux personnes concernant la situation de personnes souffrant de problèmes psychiatriques et qui, faute de prise en charge, se retrouvent dans la rue.

Les maisons de soins psychiatriques sont également intégrées dans le plan pluriannuel. A cet égard, la députée rappelle la situation navrante de jeunes personnes, qui faute d'installations adéquates, sont soignées dans des institutions où elles cohabitent avec des personnes âgées. La députée aimerait donc savoir si, à côté de l'augmentation des lits dans les maisons de soins psychiatriques, il est également prévu de créer des institutions spécifiques pour accueillir ces personnes et répondre à leurs besoins spécifiques.

L'oratrice se félicite que la note des membres du Collège intègre la notion de continuum de soins qui existe depuis longtemps en Communauté flamande. A cet égard, il est prévu de développer une plate-forme de concertation et de

ondersteuning van de thuiszorg en de eerstelijnszorg uit te bouwen. Er wordt evenwel niet gesproken van de tweedeelijnszorg, hoewel het van essentieel belang is dat de verzorgingsinstellingen daarbij betrokken worden. Contacten tussen de eerste- en de tweedelijnszorg zijn noodzakelijk om de overgang tussen het ziekenhuis en de verzorgingsinstellingen vlot te doen verlopen.

Ten slotte, vindt de volksvertegenwoordigster dat de door mevrouw Razzouk aangehaalde kwestie van de verdeelsleutel van de subsidies zeer belangrijk is en besproken zou moeten worden door het Brussels Parlement.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux dankt eveneens het collegelid voor zijn duidelijke antwoorden. Ze wijst erop dat de 79 bedden voor patiënten in de neurologische revalidatie niet aangepast zijn aan alzheimerpatiënten en dat er slechts weinig van de 962 voor geriatrische patiënten voor die patiënten zijn voorbehouden. Het is van essentieel belang om de behoeften van alzheimerpatiënten en andere dementerende patiënten te evalueren. Op dit ogenblik beschikt men enkel over een algemeen cijfer. Het zou bijvoorbeeld nuttig zijn om een onderscheid te maken tussen zelfmoorden en overlijdens ten gevolge van een neurodegeneratieve ziekte. Een algemene bewustwording van die ziekte moet het mogelijk maken om snel statistieken te kunnen opstellen. Voorts treft die ziekte niet alleen bejaarden en er bestaan gevallen van vroegtijdige Alzheimer. Het is belangrijk, zoals reeds in Vlaanderen gebeurt, om die problematiek te evalueren en te analyseren. De spreker pleit bijgevolg voor een echt plan om rekening te houden met de ziekte van Alzheimer, zoals dat bestaat voor drugsverslaving, aids en kanker. Elk gezagsniveau moet deelnemen aan het opstellen van dat plan volgens zijn bevoegdheden.

Collegelid Benoît Cerexhe maakt zich geen zorgen over de herkomst van de 48 bijkomende bedden die mevrouw Bertieaux te berde heeft gebracht. Hij beschikt nog niet over een definitieve informatie maar deze bedden zouden afkomstig zijn van het Sint-Pietersziekenhuis of van Brugmann.

Hij deelt volledig de mening van mevrouw Bertieaux over de thuishospitalisatie temeer daar het Brussels Gewest gekenmerkt wordt door een onderconsumptie van thuiszorg en een overconsumptie van hospitalisatie. Het overlegplatform inzake thuiszorg en thuissteun en de drie geïntegreerde diensten voor thuiszorg zullen het mogelijk maken een antwoord te verstrekken op deze problematiek. De financiering van die diensten is federaal en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie kan alleen tools aanreiken om er zo goed mogelijk gebruik van te maken.

Collegelid Benoît Cerexhe gaat akkoord met de heer Paul Galand om een vergelijking te maken tussen Brussel en de andere grote steden van het land. Hij voegt eraan toe dat Brussel meer en meer gekenmerkt wordt door hyper-specialisatie van bepaalde ziekenhuizen zoals het VKZKF.

soutien aux soins à domicile et à la première ligne de soins. Il n'est cependant pas fait mention de la deuxième ligne alors qu'il est essentiel que le secteur résidentiel soit impliqué. Il est nécessaire d'avoir des contacts entre la première et la deuxième ligne pour assurer la transition entre l'hôpital et le secteur résidentiel.

Enfin, la députée pense que la question de la clé de répartition des subsides évoquée par Mme Razzouk est particulièrement importante et devrait faire l'objet d'un débat au sein du Parlement bruxellois.

Mme Jacqueline Rousseaux remercie également le membre du Collège pour ses réponses précises. Elle indique que les 79 lits de revalidation neurologique ne sont pas adaptés aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et que peu de places leur seront réservées parmi les 962 lits de gériatrie. Il est essentiel de procéder à une évaluation des besoins concernant la maladie d'Alzheimer et les autres démences. La députée réitère sa demande de donner instruction à l'Observatoire de la Santé et du Social d'affiner les statistiques sur les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. A l'heure actuelle, on ne dispose que d'un chiffre global. Il serait utile par exemple de distinguer les suicides des décès résultant d'une maladie neuro-dégénérative. La prise de conscience générale de cette maladie doit permettre d'obtenir rapidement des statistiques. Par ailleurs, cette affection ne touche pas que des personnes âgées et il existe des cas d'Alzheimer précoce. Il est important, comme cela se fait déjà en Flandre, d'évaluer et d'analyser cette problématique. L'oratrice plaide donc pour un véritable plan de prise en compte de la maladie d'Alzheimer, comme cela existe pour la toxicomanie, le SIDA et le cancer. Chaque niveau de pouvoir participant à l'élaboration de ce plan en fonction de ses compétences.

Le membre du Collège Benoît Cerexhe n'est pas inquiet sur la provenance des 48 lits supplémentaires évoqués par Mme Bertieaux. Il ne dispose pas encore d'une information définitive mais ces lits devraient provenir de l'hôpital Saint-Pierre ou de Brugmann.

Il partage totalement l'opinion de Mme Bertieaux concernant l'hospitalisation à domicile d'autant plus que la Région bruxelloise se caractérise par une sous-consommation des soins à domicile et une surconsommation de l'hospitalisation. La plate-forme de concertation de soins à domicile et de soutien à domicile ainsi que les trois services intégrés de soins à domicile permettront d'apporter une réponse à cette problématique. Le financement de ces services est fédéral et la Commission communautaire commune ne peut que mettre des outils en place pour l'utiliser au mieux.

Le membre du Collège Benoît Cerexhe est d'accord avec M. Paul Galand pour réaliser une comparaison entre Bruxelles et les autres grandes villes du pays. Il ajoute que Bruxelles se caractérise en plus par une hyperspécialisation de certains hôpitaux comme l'HUDERF.

De eerstelijns geneeskunde is een noodzaak en men moet de bevolking informeren en sensibiliseren om te vermijden dat men onmiddellijk naar de spoeddienst gaat ingeval van probleem. Ter informatie, er is een project opgezet in het Hôpital Français in Berchem.

De sector van de gezondheid vertegenwoordigt 10 % van het bruto binnenlands product in België en wellicht meer in het Brussels Gewest gezien de vele ziekenhuizen die er zich bevinden (27 ziekenhuisinstellingen). Er werken veel mensen zonder rekening te houden met het verschijnsel van de onderaanneming die de heer Galand te berde heeft gebracht. Deze sector wordt gekenmerkt door grote samenwerking tussen de profit en de non-profit. Brussel moet het voortouw nemen inzake volksgezondheid.

Inzake de oprichting van een ziekenhuiscel binnen het Observatorium van de Gezondheid en het Welzijn, kondigt het collegelid aan dat er weldra een overeenkomst wordt getekend tussen het Observatorium en het Intermutualistisch Agentschap voor de uitwisseling van gegevens inzake het nationaal gezondheidsonderzoek en de gezondheidsconsumptie.

De verdeelsleutel tussen de overheidssector en de private sector berust op een objectief criterium dat wordt toegepast door alle regeringen, te weten het aantal bedden. Inzake betaling, hebben de openbare en de private sector respectievelijk 9 miljoen EUR en 6 miljoen EUR gekregen sedert 1999. De verdeelsleutel 55-45 wordt dus overschreden en zelfs omgekeerd ten gunste van de openbare ziekenhuizen. Men zou dezelfde controleoefening moeten uitvoeren voor de vastleggingen.

Mevrouw Souad Razzouk stelt vast dat slechts 59 % van de oorspronkelijke begroting voor de openbare sector in 2007 is betaald.

De heer Philippe Henry de Generet, adviseur van collegelid Benoît Cerexhe, poneert dat de tabel die het bestuur bezorgd heeft de betalingen bevat voor de vastgelegde kredieten tijdens een bepaalde periode. De tabel geeft dus een overzicht van de uitbetaling die verband houdt met de vastgelegde kredieten op een bepaald moment. Van het totaal van de vastgelegde kredieten tussen 2001 en 2008, is 9.200.000 EUR betaald door de overheid en 6.373.000 EUR door de private sector. De ziekenhuisconstructies worden echter gekenmerkt door een specifiek betalingsritme. Wanneer een begroting tijdens een jaar wordt vastgelegd, wordt 10 % betaald gedurende hetzelfde jaar, 50 % het volgende jaar, daarna 30 % en 20 % de twee volgende jaren.

Collegelid Benoît Cerexhe benadrukt dat de psychiatrische instellingen voorrang krijgen in de kalender voor de bouw en dat zes psychiatrische verzorgingstehuizen worden gebouwd. Wat de Cocof betreft, bestaat er een project voor psychiatrische steun aan daklozen, te weten de « SMES ». Vijf therapeutische projecten zijn opgezet bij de VGC om in te spelen op de specifieke psychiatrische

La médecine de première ligne est une nécessité et il faut informer et sensibiliser la population pour éviter qu'elle ne se rende immédiatement aux urgences en cas de problème. Pour information, un projet va être développé au niveau de Hôpital français à Berchem.

Le secteur de la santé représente 10 % du produit intérieur brut en Belgique et sans doute plus en Région bruxelloise étant donné la densité d'institutions hospitalières qui s'y retrouvent (27 institutions hospitalières). Il occupe une main-d'œuvre importante sans même tenir compte du phénomène de sous-traitance évoqué par M. Galand. Ce secteur est caractérisé par d'importantes synergies marchand/non-marchand. Il faut que Bruxelles devienne un pôle d'excellence en termes de santé publique.

Concernant la création d'une cellule hospitalière au sein de l'Observatoire de la Santé et du Social, le membre du Collège annonce la signature prochaine d'une convention entre l'Observatoire et l'Agence intermutualiste organisant le croisement des données de l'enquête nationale santé et des consommations en santé.

La clé de répartition entre le secteur public et privé repose sur un critère objectif appliqué par tous les gouvernements, le nombre de lits. En termes de liquidation, les secteurs public et privé ont respectivement reçu 9 millions d'EUR et 6 millions d'EUR depuis 1999. La clé de répartition 55-45 est donc dépassée et même inversée au bénéfice des hôpitaux publics. Il faudrait effectuer le même exercice de vérification pour les engagements.

Mme Souad Razzouk constate cependant qu'en 2007, seul 59 % du budget initial consacré au secteur public a été liquidé.

M. Philippe Henry de Generet, conseiller du membre du Collège Benoît Cerexhe, précise que le tableau transmis par l'administration reprend les liquidations liées à des crédits engagés au cours d'une période déterminée. Il donne donc un état des lieux de la liquidation par rapport aux crédits engagés à un certain moment. Sur le total des crédits engagés entre 2001 et 2008, 9.200.000 EUR ont été liquidés par le public et 6.373.000 EUR par le secteur privé. Les constructions hospitalières sont cependant caractérisées par un rythme de liquidation spécifique. Lorsqu'un budget est engagé au cours d'une année, 10 % sont liquidés au cours de la même année, 50 % l'année suivante, puis 30 % et 20 % les deux années suivantes.

Le membre du Collège Benoît Cerexhe souligne que les institutions psychiatriques sont une priorité dans le calendrier des constructions et que six maisons de soins psychiatriques seront construites. Au niveau de la Cocof, il existe un projet offrant une aide psychiatrique aux sans-abris « le SMES ». Cinq projets thérapeutiques ont été lancés à la VGC pour répondre aux besoins psychiatriques spécifiques

behoefden (bejaarden en depressie, geestelijke handicap en psychiatrische problemen). Het collegelid is het ermee eens dat er niet genoeg psychiatrische verzorgingstehuizen zijn in Brussel en hij dringt er bij de federale overheid op aan op meer structuren te voorzien.

Inzake het zorgcontinuüm, herhaalt het collegelid het zorgprogramma inzake geriatrie waarin de familiedokter een essentiële rol vervult. Hij citeert ook de vzw Connectar, een geïntegreerde verzorgingsdienst aan huis.

Collegelid Benoît Cerexhe preciseert, ter attentie van mevrouw Jacqueline Rousseaux, dat de cijfers die gegeven zijn over de ziekte van Alzheimer betrekking hebben op de ziekenhuisbedden. Het gaat dus om de acute verzorging of de interziekenhuisrevalidatie. Daarnaast bestaat de sector van de rusthuizen, de rust- en verzorgingstehuizen en het kort verblijf. Hij werkt thans aan de redactie van het toekomstige federale plan over de chronische ziekten waarin een volledig hoofdstuk zal worden gewijd aan de ziekte van Alzheimer.

De heer Paul Galand wenst cijfergegevens te ontvangen over de palliatieve verzorgingsbedden. Hij dringt erop aan dat het Verenigd College een oplossing vindt voor de verschillen in tarieven die soms buitensporig zijn.

### III. Hoorzittingen

#### III.1.a. Hoorzitting met mevrouw Myriam De Spiegelaere, wetenschappelijk directrice van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

De ziekenhuisprogrammatie houdt uiteraard meer in dan alleen de ziekenhuiszorgen en moet worden ingepast in een ruimer kader.

Vele elementen moeten in aanmerking worden genomen, zowel die welke verband houden met de kenmerken van de bevolking, als met de medische verzorging.

##### 1. Kenmerken van de bevolking

###### 1.1. Demografische evolutie

###### *Leeftijdstructuur van de bevolking*

Een van de eerste factoren waarmee rekening moet worden gehouden is de leeftijdsstructuur van de bevolking.

In dat opzicht dient voor heel België tussen 1989 en 2005 te worden opgemerkt – en de tendens versterkt indien men vergelijkt met de cijfers van 2008 – dat het aandeel

(personnes âgées et dépression, handicap mental et problèmes psychiatriques). Le membre du Collège convient qu'il n'y a pas assez de maisons de soins psychiatriques à Bruxelles et il insiste auprès de l'autorité fédérale pour que plus de structures soient prévues.

En ce qui concerne le continuum de soins, le membre du Collège rappelle le programme de soins en gériatrie dans lequel le médecin de famille a un rôle essentiel. Il cite également l'asbl Connectar, service intégré de soins à domicile.

Le membre du Collège Benoît Cerexhe précise, à l'attention de Mme Jacqueline Rousseaux, que les chiffres donnés sur la maladie d'Alzheimer concernent les lits en hôpital. Il s'agit donc de la prise en charge aiguë ou de la revalidation intrahospitalière. A côté de cela, il existe le secteur des maisons de repos, maisons de repos et de soins et du court séjour. Il travaille actuellement à la rédaction du futur plan fédéral sur les maladies chroniques dans lequel un chapitre complet sera consacré à la maladie d'Alzheimer.

M. Paul Galand souhaite recevoir des données chiffrées sur les lits de soins palliatifs. Il insiste pour que le Collège réuni trouve une solution aux écarts de tarification parfois excessifs.

### III. Auditions

#### III.1.a. Audition de Mme Myriam De Spiegelaere, directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

La programmation hospitalière dépasse évidemment le seul cadre des soins hospitaliers et doit s'insérer dans un contexte plus global.

De nombreux éléments doivent effectivement être pris en compte, touchant tantôt aux caractéristiques de la population, tantôt aux soins médicaux.

##### 1. Caractéristiques de la population

###### 1.1. Evolution démographique

###### *Structure d'âge de la population*

Un des premiers facteurs dont il faut tenir compte est la structure d'âge de la population.

A cet égard, on observera sur l'ensemble de la Belgique, entre 1989 et 2005 – et la tendance s'accroît si l'on compare avec les chiffres de 2008 –, une augmentation de la part des

van de 65-plussers verhoogt en tegelijk het aandeel van de kinderen en de jonge volwassenen verkleint.

De bevolking evolueert echter anders in Brussel. Het percentage bejaarden is er gedaald terwijl dat van de jong volwassenen en van de jonge kinderen verhoogt.

Het Federaal Planbureau heeft prognoses opgesteld. Hoe verder men in de tijd gaat hoe meer die prognoses uiteraard twijfelachtig zijn.

Op korte termijn (tot 2020) voorziet men dezelfde tendensen als die welke nu tot uiting komen, met een stabilisatie – in relatieve waarde – van de personen van meer dan 80 jaar (die meer verzorging nodig hebben).

Aangezien men voorziet dat de Brusselse bevolking zal toenemen, evolueren de absolute cijfers meer : toename van het aantal 80-jarigen (plus 2.000), van de 65-plussers (plus 13.000) en van de minder dan 15-jarigen (plus 49.000).

#### *Nataliteits- en mortaliteitspercentage*

Andere factor waarmee rekening moet worden gehouden op het vlak van de ziekenhuisprogrammatie : de evolutie van de nataliteit en van de mortaliteit, aangezien die twee levensuitersten bijzondere verzorging behoeven.

Tussen 1998 en 2007, is het aantal geboorten per jaar in de Brusselse kraamklinieken aanzienlijk toegenomen, van 19.000 naar 23.000. Het aantal geboorten van Brusselaars volgde dezelfde tendens. Het aantal geboorten van niet-Brusselaars in Brussel is stabiel gebleven.

Daarentegen is het aantal overlijdens in Brussel, zoals het aantal overlijdens van Brusselaars, gedaald. Dit verschijnsel valt te verklaren door een vermindering van het aantal bejaarden.

#### *Migraties*

Ander demografisch verschijnsel dat een invloed heeft op de ziekenhuisprogrammatie : de migraties. In het Brussels Gewest is dit verschijnsel bijzonder sterk.

De vooruitzichten op middellange en lange termijn die zijn opgesteld terzake door het Federaal Planbureau blijken echter zelden juist, omdat er veel factoren in aanmerking moet worden genomen : oorlogen, economische crisis of voedselcrisis, natuurrampen, ...

Er moet bovendien rekening worden gehouden met de interne migraties. Het intern migratiesaldo (aantal personen die Brussel verlaten, vermindert met het aantal personen die binnenkomen), dat sedert 1999 voortdurend vermindert, stijgt thans.

plus de 65 ans et, dans le même temps, une réduction de la proportion des enfants et des jeunes adultes.

La population évolue toutefois de manière différente à Bruxelles. La part des personnes âgées y a diminué alors que celle des jeunes adultes et des jeunes enfants augmente.

Le Bureau fédéral du Plan a effectué des prévisions. Plus on avance dans le temps, plus ces projections sont évidemment sujettes à caution.

Dans le court terme (jusqu'en 2020), on prévoit les mêmes tendances que celles qui se dégagent aujourd'hui, avec une stabilisation – en valeur relative – des personnes de plus de 80 ans (qui nécessitent plus de soins).

Cependant, dans la mesure où on prévoit une augmentation de la population bruxelloise, les chiffres absolus évoluent davantage : augmentation des plus de 80 ans (plus 2.000), des plus de 65 ans (plus 13.000) et des moins de 15 ans (plus 49.000).

#### *Taux de natalité et de mortalité*

Autre facteur dont il faut tenir compte en matière de programmation hospitalière : l'évolution de la natalité et de la mortalité, puisque ces deux extrêmes de la vie nécessitent des besoins tout à fait particuliers.

Entre 1998 et 2007, le nombre de naissances annuelles dans les maternités bruxelloises a considérablement augmenté, passant de 19.000 à 23.000. Le nombre de naissances de Bruxellois a suivi la même tendance; le nombre de naissances de non-Bruxellois à Bruxelles est resté stable.

Par contre, le nombre de décès à Bruxelles, comme celui de décès de Bruxellois, a baissé. Ce phénomène s'explique par la diminution du nombre de personnes âgées.

#### *Migrations*

Autre phénomène démographique devant influencer sur la programmation hospitalière : les migrations. Et la Région bruxelloise y est particulièrement sensible.

Toutefois, les perspectives à moyen et long terme établies en la matière par le Bureau fédéral du Plan s'avèrent très rarement exactes, tant les facteurs à prendre en compte sont nombreux : guerres, crises économiques ou alimentaires, catastrophes naturelles,...

Il faut en outre tenir compte des migrations internes. Le solde migratoire externe (nombre de personnes qui quittent Bruxelles, diminué du nombre de personnes qui y entrent), en constante diminution jusqu'en 1999, est désormais en augmentation.

Men moet eveneens rekening houden met de evolutie van het aandeel van de Brusselaars die geen Belg zijn bij geboorte in de leeftijdsgroepen die het meest behoefte hebben aan gezondheidszorg. Ze kunnen verschillende soorten gezondheidsproblemen hebben, verschillende vormen van verzorgingstrajecten, specifieke behoeften inzake interculturele bemiddeling in de ziekenhuizen, ...

Bij de telling van 2001, bleek aldus dat er bij de 50-54-jarigen, 34 % niet-Belgen bij de geboorte waren en bij de 80-84-jarigen, zowat 13 %. Als men er vanuit gaat dat er niets verandert (levensverwachting, ...) krijgt men in 2011 een verschuiving van deze percentages en onder de personen die het meest behoefte hebben aan verzorging, een groot percentage immigranten.

## 1.2. Epidemiologische evolutie

Met een aantal epidemiologische verschijnselen moet rekening worden gehouden in het kader van de ziekenhuis-programmatie.

### *Concentratieverschijnselen*

In België en in andere geïndustrialiseerde landen, merkt men een concentratieverschijnsel.

De levensverwachting verlengt en de levensverwachting zonder ongeschiktheid en in goede gezondheid verlengt in dezelfde verhoudingen. De gezondheidsproblemen concentreren zich meer en meer aan het einde van het leven, in de hoge leeftijden.

### *Prevalentie van de chronische ziekten*

Er moet ook rekening worden gehouden met een ander epidemiologisch verschijnsel : de toename van de prevalentie (aantal personen die op een bepaald moment met een gezondheidsprobleem af te rekenen hebben) van de chronische ziekten. Deze prevalentie hangt af van de gevolgen (het aantal nieuwe gevallen) en van de duur van de ziekte. Ook al blijven de gevolgen stabiel of verminderen ze, indien de duur van de ziekte toeneemt, neemt het aantal mensen die aan deze ziekte lijden op zeker ogenblik toe. Voor een reeks aandoeningen, verlengt de verbetering van de medische behandeling de levensduur van de chronisch zieken en dus de prevalentie van deze aandoeningen in de bevolking. Dit is onder meer het geval voor aids of vele kankers.

### *Evolutie van de gezondheidsproblemen*

Een andere epidemiologische evolutie : die van de gezondheidsproblemen.

Il faut aussi prendre en compte l'évolution de la part des Bruxellois qui ne sont pas belges à la naissance dans les tranches d'âge plus concernées par les soins de santé. Ils peuvent présenter des types de problèmes de santé différents, des formes de trajectoires de soins différentes, des besoins spécifiques en matière de médiation interculturelle dans les hôpitaux, ...

Lors du recensement de 2001, on relevait ainsi parmi les 50 – 54 ans, 34 % de non-Belges à la naissance et parmi les 80 – 84 ans, quelque 13 %. En imaginant que rien ne change (espérance de vie, ...), on aura en 2011 un décalage de ces proportions et, parmi les personnes nécessitant le plus de soins, une part importante de personnes issues de l'immigration.

## 1.2. Evolution épidémiologique

Plusieurs phénomènes épidémiologiques doivent être pris en compte dans le cadre de la programmation hospitalière.

### *Phénomène de concentration*

En Belgique, comme dans les autres pays industrialisés, on assiste aujourd'hui à un phénomène de concentration.

L'espérance de vie s'allonge et l'espérance de vie sans incapacité et en bonne santé s'allonge dans les mêmes proportions : les problèmes de santé se concentrent de plus en plus en fin de vie, dans les âges les plus avancés.

### *Prévalence des maladies chroniques*

Il faut aussi tenir compte d'un autre phénomène épidémiologique : l'augmentation de la prévalence (nombre de personnes qui souffrent d'un problème de santé à un moment donné) des maladies chroniques. Cette prévalence dépend de l'incidence (le nombre de nouveaux cas) et de la durée de la maladie. Donc, même si l'incidence reste stable ou diminue, si la durée de la maladie augmente, le nombre de personnes qui souffrent de cette maladie à un moment donné augmente. Pour une série d'affections, l'amélioration des traitements médicaux allonge la durée de vie des malades chroniques et donc la prévalence de ces affections dans la population. C'est notamment le cas du SIDA ou de nombreux cancers.

### *Evolution des problèmes de santé*

Autre évolution épidémiologique : celle des problèmes de santé.

Nemen aldus toe :

- de geestelijke gezondheidsproblemen (en het aantal opnames in een psychiatrisch ziekenhuis);
- de gezondheidsproblemen die verband houden met de levensstijl : obesitas, suikerziekte (constant in toename bij bejaarden) of de vroegtijdige geboorten (waarvan de toename een aanzienlijke invloed heeft op de verzorging van de pasgeborenen, aangezien te vroeg geboren kinderen kwetsbaarder zijn).

Daarentegen verminderen andere ziekten zoals longkanker voortdurend (bij de man).

### 1.3. Sociologische evolutie

De sociologische evolutie heeft een onbetwistbare invloed op de behoeften aan verzorging.

Kansarmoede en isolement verhogen aldus het risico voor een opname in het ziekenhuis en de verblijfsduur in het ziekenhuis.

De Brusselse bevolking die zich thans in de leeftijds-categorieën bevindt waar de gezondheidsproblemen groter zijn, bevindt zich in een meer onzekere situatie dan de huidige bejaarden (zie Atlas : Leven thuis na 65 jaar en Verslag over de armoede in het Brussels Gewest, 2008).

Het concentratieverschijnsel is ook groter bij de gegoe-den. Voor mensen met moeilijke levensomstandigheden, gaat de levensverwachting gepaard met een langere peri-ode met slechte gezondheid. Op de leeftijd van 25 jaar, is het verschil in levensverwachting met goede gezondheid tussen de uiterste opleidingsniveaus 20 jaar.

## 2. Factoren die verband houden met de verzorging

### 2.1. Aantrekkelijkheid van de Brusselse ziekenhuizen

De Brusselaars laten zich zelden verzorgen buiten Brus-sel. Daarentegen komt 38 % van de verblijven in een Brus-sels ziekenhuis op conto van de niet-verblijfhouders. Men telt 11 niet-Brusselse patiënten die zich laten verzorgen in Brussel tegenover één Brusselaar die zich laat verzorgen buiten Brussel.

60 % van de niet-Brusselaars komt uit de rand en onder-gaat dezelfde ingrepen als de Brusselaars.

35 % van de opnames van niet-Brusselaars komt voor rekening van personen uit verdere arrondissementen, na-melijk Wallonië, en zijn vooral opnames in universitaire

Augmentent ainsi :

- les problèmes de santé mentale (et le nombre d'hospita-lisations psychiatriques);
- les problèmes de santé liés à notre style de vie : l'obésité, le diabète (en augmentation constante chez les person-nes âgées) ou les naissances prématurées (dont la hausse a une influence considérable sur les soins néo-nataux, les enfants prématurés étant plus fragiles).

A l'inverse, d'autres maladies telles que le cancer du poumon sont en constante diminution (chez l'homme).

### 1.3. Evolution sociologique

L'évolution sociologique a une influence indéniable sur les besoins en matière de soins.

La précarité et l'isolement augmentent ainsi le risque d'hospitalisation et la durée de séjour en hôpital.

Or, la population bruxelloise qui entre aujourd'hui dans les classes d'âges où les problèmes de santé sont les plus importants, est dans une situation plus précaire que la po-pulation âgée actuelle (voir Atlas : Vivre chez soi après 65 ans et Rapport sur l'état de la pauvreté en Région bruxel-loise, 2008).

Le phénomène de concentration est aussi plus important chez les personnes aisées. Pour les personnes qui ont eu des conditions de vie difficiles, l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une plus longue période de vie en mauvaise santé. A l'âge de 25 ans, la différence de l'espé-rance de vie en bonne santé entre niveaux extrêmes d'ins-truction est de 20 ans.

## 2. Les facteurs liés aux soins

### 2.1. L'attractivité des hôpitaux bruxellois

Les Bruxellois vont très rarement se faire soigner en de-hors de Bruxelles. Par contre, 38 % des séjours dans un hôpital bruxellois sont le fait de non-résidents. On compte 11 patients non-Bruxellois qui se font hospitaliser à Bruxel-les pour un Bruxellois qui se fait hospitaliser à l'extérieur.

60 % des non-Bruxellois proviennent de la périphérie proche et subissent des interventions semblables à celles subies par les Bruxellois.

35 % des hospitalisations de non-Bruxellois sont le fait de personnes issues d'arrondissements plus éloignés, essen-tiellement de Wallonie, qui visent surtout à être hospitali-



ziekenhuizen of meer gespecialiseerde ziekenhuizen. Men stelt dus vast dat de universitaire ziekenhuizen in Vlaanderen meer aantrekkingskracht uitoefenen dan de Waalse, met uitzondering van het ziekenhuis van Luik.

Men maakt bovendien een onderscheid tussen de vermindering van het aantal klassieke opnamedagen in Brussel, die te wijten is aan de vermindering van het aantal klassieke opnamedagen van de Brusselaars. Het aantal dagen klassieke ziekenhuisopname van de niet-Brusselaars blijft stabiel.

Bovendien is het aandeel van de bejaarden onder de Brusselaars die in Brussel worden opgenomen, groter dan onder alle in hetzelfde Gewest opgenomen personen. De Brusselse ziekenhuizen zijn vooral aantrekkelijk voor de minder dan 70-jarigen.

Wat de redenen van de opname betreft, ziet men geen grote verschillen tussen Brussel en de rest van het land.

Men stelt echter vast dat de opnames wegens zwangerschap en bevallingen (11 %) groter zijn en dat het aantal geboorten aanzienlijk toeneemt in de hoofdstad, terwijl dat aantal stabiel blijft in het Waals en het Vlaams Gewest.

De HIV-infecties zijn eveneens oorzaken van opname die frequenter voorkomen in Brussel dan elders.

Hetzelfde geldt voor de lymfomen en de leukemie en vermoedelijk voor alle andere soorten kanker, de cardio-vasculaire ziekten en de ooginfecties.

## 2.2. Evolutie van de praktijken

De ontwikkeling van de preventie kan bijdragen tot de vermindering en de verhoging van de opnames in aantal en in duur.

Uit een studie in Frankrijk blijkt een verhoging van de opnames wegens opsporing van colorectale kanker.

Ook een betere behandeling leidt zo vaak tot de vermindering van de opnames, maar kan soms leiden tot een verhoging.

Men ziet bijvoorbeeld een verhoging van het aantal opnames wegens bloedingen die te maken hebben met de verbetering van de behandeling van cardiovasculaire ziekten.

Mede in dit verband zullen kankerbehandelingen, die efficiënter maar ook zwaarder zijn, de duur van de ziekenhuisopname verlengen.

sées dans des structures universitaires ou de haut niveau. On constate donc que les hôpitaux universitaires de Flandre exercent une attractivité beaucoup plus forte que leurs homologues wallons, à l'exception du C.H.U. de Liège.

On distingue par ailleurs une diminution du nombre de jours en hospitalisation classique à Bruxelles, réduction due à la diminution du nombre de jours en hospitalisation classique des Bruxellois. Le nombre de jours d'hospitalisation classique des non-Bruxellois reste quant à lui stable.

Par ailleurs, la part des personnes âgées est plus importante parmi les Bruxellois hospitalisés à Bruxelles que parmi l'ensemble des personnes hospitalisées dans la même Région. L'attractivité des hôpitaux bruxellois s'exerce donc davantage sur les moins de 70 ans.

Si l'on s'intéresse aux motifs d'hospitalisation, on ne distinguera pas de grandes différences entre Bruxelles et le reste du pays.

On constatera néanmoins que les hospitalisations liées à la grossesse et aux accouchements (11 %) sont plus importantes, le nombre de naissances augmentant de manière considérable dans la capitale alors qu'il reste stable en Régions wallonne et flamande.

Les infections liées au V.I.H. sont également des causes d'hospitalisation plus fréquentes à Bruxelles qu'ailleurs.

Il en va de même pour les lymphomes et les leucémies et probablement pour les autres types de cancers, les maladies cardio-vasculaires et les infections des yeux.

## 2.2. Evolution des pratiques

Le développement de la prévention peut à la fois contribuer à la diminution et à l'augmentation des hospitalisations en nombre et en durée.

Une étude menée en France prévoit ainsi une augmentation des hospitalisations liées au dépistage du cancer colorectal.

De même, l'amélioration des traitements contribue souvent à la diminution des hospitalisations mais peut parfois entraîner leur augmentation.

On prévoit par exemple une augmentation du nombre d'hospitalisations pour des hémorragies liées à l'amélioration des traitements des maladies cardio-vasculaires.

Dans le même ordre d'idées, les traitements contre les cancers, plus efficaces mais aussi plus lourds, allongeront la durée des séjours en hôpital.

Daarentegen kan preventie en opvoeding van de patiënten, indien dit vrijwillig gebeurt, leiden tot een vermindering van het aantal en van de duur van de opnames.

Laatste voorbeeld : de verhoging van het aantal keizersneden draagt bij tot de verhoging van de duur van de opnames.

### 2.3. Evolutie van de organisatie van de verzorging

De gemiddelde duur van de klassieke ziekenhuisverblijven vermindert voor alle leeftijdsgroepen.

Afgezien van de pasgeborenen verhoogt de opnameduur met de leeftijd.

De ziekenhuisopnames overdag nemen duidelijk toe. De dagverpleging is belangrijk voor jonge kinderen, vermindert tussen 10 en 19 jaar en stijgt daarna weer tot 79 jaar. De opnames zijn echter minder talrijk bij bejaarden.

De meer dan 70-jarigen, die 11 % van de Brusselse bevolking vertegenwoordigen, vertegenwoordigen 47 % van de klassieke ziekenhuisopnames en 26 % van de dagopnames en zijn dus oververtegenwoordigd in de klassieke ziekenhuisopnames.

De 50 tot 69-jarigen, die 19 % van de Brusselse bevolking vertegenwoordigen, zijn oververtegenwoordigd in de dagopnames.

Men moet zich ook afvragen wat de plaats is van het ziekenhuis in het zorgcontinuüm. Het ziekenhuis is uiteraard maar een moment in het algemeen zorgtraject en op dat vlak kan het gewestelijk beleid de grootste veranderingen verwezenlijken.

De Brusselaars overlijden vaker in het ziekenhuis dan in de overige Gewesten. Het percentage bejaarden is er ook groter.

De thuiszorg is nog onvoldoende ontwikkeld. De gemiddelde uitgaven voor thuiszorg zijn 2,7 maal minder hoog in Brussel dan in Vlaanderen en 2,1 maal minder hoog dan in Wallonië.

Er bestaan grote problemen om dit soort verzorging in Brussel te coördineren : institutionele problemen, problemen met betrekking tot het bestaan van verschillende netten, ...

De huisarts heeft ook een sleutelrol te vervullen. De Brusselse bevolking gaat het minst langs bij de huisarts, ook al is de evolutie van de laatste jaren positief.

Par contre, le développement de la prévention et de l'éducation des patients, si elle est menée de manière volontaire, peut aboutir à une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations.

Dernier exemple, l'augmentation du nombre de césariennes qui contribue à l'augmentation de la durée des hospitalisations.

### 2.3. Evolution de l'organisation des soins

La durée moyenne des séjours en hospitalisation classique diminue pour tous les groupes d'âge.

Mis à part pour les nouveau-nés, la durée d'hospitalisation classique augmente avec l'âge.

Les hospitalisations de jour sont, elles, en nette augmentation. Les hospitalisations de jour sont importantes chez les jeunes enfants, diminuent entre 10 et 19 ans, puis augmentent jusqu'à 79 ans. Elles sont toutefois moins nombreuses chez les personnes âgées.

Les plus de 70 ans, qui représentent 11 % de la population bruxelloise, représentent 47 % des hospitalisations classiques et 26 % en hospitalisation de jour et sont donc surreprésentés dans les hospitalisations classiques.

Les 50-69 ans, qui représentent 19 % de la population bruxelloise, sont surreprésentés dans les hospitalisations de jour.

Il faut également s'interroger sur la place de l'hôpital dans le continuum des soins. L'hôpital n'est évidemment qu'un moment dans un parcours général de soins et c'est à ce niveau-là que les politiques régionales peuvent amener le plus de changements.

Les Bruxellois décèdent plus souvent à l'hôpital que dans les autres régions. La proportion des personnes âgées y est également plus importante.

Les soins à domicile sont encore insuffisamment développés. Les dépenses moyennes liées aux soins à domicile sont 2,7 fois moins élevées à Bruxelles qu'en Flandre et 2,1 qu'en Wallonie.

Il existe d'importantes difficultés pour coordonner ce type de soins à Bruxelles : difficultés institutionnelles, difficultés liées à la coexistence de plusieurs réseaux,...

Le médecin généraliste a également un rôle clé à jouer. Or, la population bruxelloise est celle qui consulte le moins un médecin généraliste, même si l'évolution des dernières années est positive.

### 3. Conclusie

Om een ziekenhuisprogrammatie te baseren op de huidige en komende behoeften van de bevolking, moet dus met enorm veel verschillende aspecten rekening worden gehouden en dit is een moeilijke opgave. Met name voor de vooruitzichten op middellange en lange termijn voor een gewest zoals Brussel waarvan het aantal inwoners en de socio-sanitaire kenmerken van de bevolking nog al snel kunnen evolueren.

Men is er echter zeker van dat de behoeften van de jongeren toenemen : verpleging van pasgeborenen, bevalling, pediatrie, ... Men kan alleen maar de nadruk leggen op de zeer goede kwaliteit van de perinatale verzorging, zoals blijkt uit de lage kindersterftecijfers, ondanks de grote kansarmoede van vele pasgeborenen in Brussel.

De vooruitzichten voor de bejaarden zullen afhangen van wat zal worden gedaan voor de alternatieven voor de ziekenhuisopname en van de totstandkoming van coherente verplegingsnetwerken. Er worden al inspanningen geleverd met onder meer de oprichting van een platform voor de coördinatie van de thuiszorg.

Ten slotte moet men benadrukken dat de Brusselse ziekenhuizen niet alleen een rol vervullen voor de Brusselse bevolking maar ook voor heel het land.

#### III.1.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Anne Sylvie Mouzon geeft toe dat het moeilijk is om prognoses te maken voor de Brusselse bevolking per leeftijdscategorieën. Men kan aldus niet voorzien wie al dan niet blijft in het Brussels Gewest, onder meer wegens de vastgoedtoestand. Vele jonge Brusselaars vinden wellicht geen woning meer.

De volksvertegenwoordiger zou willen weten of er simulatiemodellen bestaan met deze gegevens.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere antwoordt dat het Federaal Planbureau daaraan werkt.

De spreker preciseert dat de vooruitzichten van het Planbureau op korte termijn nogal zeker zijn.

Men weet onder meer dat een groot gedeelte van de kinderen die geboren worden in Brussel vrij arm zijn en niet bijdragen tot de suburbanisatie.

Te voren telde men in Brussel jongvolwassenen en weinig kinderen omdat zodra de mensen kinderen hebben ze Brussel verlaten.

Thans stelt men vast dat een groot gedeelte van de kinderen die in Brussel geboren zijn, er blijven.

### 3. Conclusion

Pour baser une programmation hospitalière sur les besoins actuels et à venir de la population, il y a donc énormément d'aspects différents dont il faudrait tenir compte et cet exercice est très difficile. En particulier pour les perspectives à moyen et long terme pour une Région comme Bruxelles dont le nombre d'habitants et les caractéristiques socio-sanitaires de la population peuvent évoluer assez rapidement.

On est toutefois sûr que les besoins des plus jeunes augmenteront : néonatalité, maternité, pédiatrie, ... On ne peut qu'insister sur la très bonne qualité des soins périnataux, comme en témoigne la faiblesse des chiffres de mortalité infantile malgré la grande précarité de nombreux nouveau-nés à Bruxelles.

Les pronostics quant aux personnes âgées dépendront de ce qui sera fait pour développer les alternatives à l'hospitalisation et de la construction de réseaux cohérents de soins. Des efforts sont déjà entrepris avec notamment la mise en place d'une plate-forme pour la coordination des soins à domicile.

Il faut enfin souligner que les hôpitaux bruxellois ne jouent pas seulement un rôle pour la population bruxelloise mais aussi pour l'ensemble du pays.

#### III.1.b. Échange de vues

Mme Anne Sylvie Mouzon reconnaît qu'il est difficile de faire des prévisions de la population bruxelloise par catégories d'âges. On ne peut ainsi prévoir qui restera ou ne restera pas en Région bruxelloise, notamment en raison de l'état du marché immobilier. Beaucoup de jeunes Bruxellois ne trouveront sans doute pas de logement.

La députée voudrait savoir s'il existe des modèles de simulation intégrant ces données.

Mme Myriam De Spiegelaere répond que le Bureau fédéral du Plan s'y attèle.

L'oratrice précise que sur le court terme, les prévisions du Bureau du Plan sont relativement solides.

On sait notamment qu'une partie importante des enfants qui naissent à Bruxelles aujourd'hui sont relativement pauvres et ne participent pas à la suburbanisation.

Précédemment, on recensait à Bruxelles des jeunes adultes et peu d'enfants puisqu'une fois que les gens avaient des enfants, ils quittaient Bruxelles.

Actuellement, on constate qu'une partie importante des enfants nés à Bruxelles y restent.

De vraag rijst vooral voor de adolescenten, die echter minder verpleging nodig hebben.

Er bestaat niet echt een model en dit verandert zeer snel.

De heer André du Bus de Warnaffe vraagt zich af of er een model bestaat waarmee de vraag met betrekking tot de buurtdiensten kan worden begrepen. De fusie van de ziekenhuizen heeft de situatie op dit vlak wellicht veranderd.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere antwoordt ontkenkend.

De telling van 2001 doet de vraag rijzen naar de tevredenheid over het aanbod van verzorging. Daaruit blijkt dat de tevredenheid vooral groot is rond de ziekenhuizen.

Aangezien er geen telling meer geweest is, is het moeilijk om zich rekenschap te geven van de evolutie.

Bovendien zijn er geen gegevens beschikbaar waaruit kan blijken hoe de verdeling is van de patiënten per wijk.

Mevrouw Souad Razzouk meent dat de toename van het aantal vroege geboorten meer specifieke verzorging vergt.

Heeft het probleem te maken met de hogere leeftijd van de vrouwen die bevallen ?

Mevrouw Myriam De Spiegelaere verwijst naar het dossier over de perinatale gezondheidsindicatoren dat onlangs is gepubliceerd en beschikbaar is op de site van het Observatorium voor de Gezondheid en het Welzijn en op verzoek kan worden verkregen.

De leeftijd van de vrouwen die bevallen is duidelijk hoger, voornamelijk in Brussel. Daaruit volgt een verhoging van het aantal meervoudige zwangerschappen, van vroegtijdige geboorten, ... die gevolgen hebben voor de ziekenhuisopname en specifiekere perinatale verzorging vergen.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt of het mogelijk is om een onderscheid te maken tussen de types van geestelijke gezondheid (zelfmoord, ziekte van Alzheimer, ...) en de types van overlijden naargelang van deze ziekten.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere verwijst naar de bordtabel van 2004 die een onderscheid maakt tussen demantie, zelfmoord, overlijden door drugs, maar geeft toe dat dit niet erg gedetailleerd is.

In het Brussels Gewest telt men vele ziekenhuisopname wegen psychose. Het is een verschijnsel dat men in de meeste grote geïndustrialiseerde steden aantreft.

Het verslag van 2010 zal de situatie uitvoeriger analyseren.

La question se pose surtout pour les adolescents, qui sont toutefois moins concernés par l'hospitalisation.

Il n'existe pas vraiment de modèle et cela change très rapidement.

M. André du Bus de Warnaffe se demande s'il existe un modèle permettant de comprendre la demande en termes de proximité. La fusion des institutions hospitalières a probablement changé la donne à ce niveau.

Mme Myriam De Spiegelaere répond par la négative.

Le recensement de 2001 pose la question de la satisfaction de l'offre de soins. Il en ressort que la satisfaction est surtout importante autour des grands pôles hospitaliers.

Toutefois, vu qu'il n'y a plus eu de recensement, il est difficile de se rendre compte de l'évolution.

En outre, les données permettant de montrer la répartition de la patientèle par quartier ne sont pas accessibles.

Mme Souad Razzouk conçoit que l'augmentation du nombre de naissances prématurées nécessite davantage de soins spécifiques.

L'âge – croissant – des femmes qui accouchent pose-t-il problème ?

Mme Myriam De Spiegelaere renvoie au dossier sur les indicateurs de santé périnatale publié récemment et disponible sur le site de l'Observatoire de la Santé et du Social ou à la demande.

L'âge des femmes qui accouchent a très nettement augmenté, particulièrement à Bruxelles. Il en résulte une hausse des grossesses multiples, des naissances prématurées, ... qui ne sont pas sans conséquences sur l'hospitalisation et nécessitent des soins périnataux plus pointus.

Mme Jacqueline Rousseaux demande s'il est possible de distinguer les types de maladies mentales (suicide, maladie d'Alzheimer,...) et les types de décès en fonction de ces maladies.

Mme Myriam De Spiegelaere se réfère au tableau de bord de 2004 qui distingue démence, suicide, décès liés aux drogues ... mais reconnaît qu'il n'est pas très fouillé.

En Région bruxelloise, on compte de nombreuses hospitalisations pour psychose. C'est un phénomène qu'on retrouve dans la plupart des grandes villes industrialisées.

Le rapport 2010 analysera la situation de manière plus fine.

De heer Paul Galand meent dat het Federaal Planbureau vergelijkingen zal moeten maken tussen de steden in plaats van tussen het Brussels Gewest (dat een stadsgewest is) en Vlaanderen en Wallonië.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere meent dat het mogelijk is om dergelijke vergelijkingen te maken aan de hand van de informatie van het Federaal Planbureau, gebaseerd op de gegevens van het Rijksregister.

Er wordt thans een debat gevoerd over wat een grote stad is en welke gemeenten daartoe behoren. Een nieuwe rangschikking van de grote steden is opgesteld op basis van de telling en het Observatorium werkt hieraan, op basis van deze nieuwe indeling in categorieën, om de resultaten van de onderzoeken tussen Brussel en de andere grote steden te vergelijken.

De heer Paul Galand en mevrouw Myriam De Spiegelaere benadrukken het belang van de absolute cijfers om aan programmering te doen.

### **III.2.a. Hoorzitting met de heer Marc Van Roosbroeck, directeur van de vzw BECOPRIVE**

De heer Marc Van Roosbroeck heeft de volgende toespraak voor de commissie gehouden :

« COBEPRIVE-BECOPRIVE vertegenwoordigt 5 Brusselse bicommunautaire ziekenhuizen, te weten :

- CHIREC met 3 Brusselse vestigingen, te weten in Ukkel, Etterbeek en Ganshoren;
- Sint-Anna-Sint-Remigiuskliniek in Anderlecht;
- le Centre Hospitalier Jean Titeca in Schaarbeek;
- Kliniek Sans Souci in Jette;
- het Centrum voor Geriatrie en Psychogeriatric in Sint-Jans-Molenbeek.

Deze instellingen vertegenwoordigen 1.617 ziekenbedden met een bicommunautair statuut, verdeeld over algemene, psychiatrische en geriatrie ziekenhuisdiensten. Daarnaast bevatten zij nog 174 psychiatrische verzorgings- en tehuisbedden.

De instellingen samen, allen met het statuut van vzw, stellen ongeveer 3.100 personeelsleden te werk.

Op verschillende vlakken zijn er synergieën en samenwerkingsakkoorden ontwikkeld tussen deze ziekenhuizen onderling.

M. Paul Galand estime que le Bureau fédéral du Plan devrait opérer des comparaisons entre villes plutôt qu'entre Région bruxelloise (qui est une région urbaine) et Flandre et Wallonie.

Mme Myriam De Spiegelaere pense qu'il est possible d'opérer une telle comparaison à partir des informations du Bureau fédéral du Plan, basées sur les données du Registre national, en reconstituant les grandes villes.

Il existe actuellement un débat sur ce qu'est une grande ville et quelles communes y englober. Une nouvelle classification des grandes villes a été établie sur base du recensement et l'Observatoire s'attèle aujourd'hui, sur la base de cette nouvelle catégorisation, à comparer les résultats des enquêtes entre Bruxelles et les autres grandes villes.

M. Paul Galand et Mme Myriam De Spiegelaere soulignent l'importance des chiffres absolus pour faire de la programmation.

### **III.2.a. Audition de M. Marc Van Roosbroeck, directeur de l'asbl COBEPRIVE**

M. Marc Van Roosbroeck a tenu le discours suivant devant la commission :

« COBEPRIVE-BECOPRIVE représente 5 institutions hospitalières bicommunautaires bruxelloises, à savoir :

- le CHIREC avec ses 3 sites bruxellois à Uccle, à Etterbeek et à Ganshoren;
- la Clinique Sainte-Anne – Saint-Remi à Anderlecht;
- le Centre Hospitalier Jean Titeca à Schaarbeek;
- la Clinique Sans Souci à Jette;
- le Centre de Gériatrie et de Psychogériatrie à Molenbeek-Saint-Jean.

Ces institutions représentent 1.617 lits hospitaliers avec un statut bicommunautaire, répartis entre des services d'hôpitaux généraux, psychiatriques et gériatriques auxquels s'ajoutent encore 174 lits dans des maisons de soins psychiatriques.

Ensemble, ces institutions, qui ont toutes un statut d'asbl, emploient quelque 3.100 personnes.

Ces hôpitaux ont développé entre eux des accords de collaboration et des synergies dans différents domaines.

## TE SUBSIDIËREN WERKEN

Vier van de vijf ziekenhuizen die lid zijn van BECO-PRIVE zijn bezig met grote bouw- of aanpassingswerken. Drie van de vier projecten hebben betrekking op de heropbouw van ziekenhuizen of gedeeltes van ziekenhuizen waarvan de verouderde staat van de gebouwen alle renovatiemogelijkheden uitsluit, zowel budgettair als functioneel. Sommige gebouwen zijn meer dan honderd jaar oud !

Het vierde project omvat vooral uitbreidingswerken aan een ziekenhuis om het in overeenstemming te brengen met de normen en om de noodzakelijke ruimte te voorzien voor een ziekenhuisopname die functioneel en comfortabel is voor de patiënt.

In dat verband, bedank ik de GGC en de ministers in kwestie die gezorgd hebben voor de voorwaarden en de regels voor de financiering van alle ingediende investeringsprojecten.

Ik neem de gelegenheid te baat om uw aandacht te vestigen op de moeilijkheden van het beheer van een privaat ziekenhuis, vooral als gevolg van een gekende onvoldoende financiering van de exploitatiekosten door de federale volksgezondheid.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft berekend dat de jaarlijkse totale en recurrente onderfinanciering van de ziekenhuizen thans 670 miljoen euro per jaar bedraagt, dus gemiddeld 10.000 euro per bed per jaar. Voor een gemiddeld ziekenhuis van 300 bedden betekent zulks dat het jaarlijks een financiële put van 3 miljoen euro moet vullen. Die onderfinanciering is voor 70 % het gevolg van de onzekere financiering van de loonkosten van het ziekenhuispersoneel.

De privéziekenhuizen zijn verplicht om elk jaar sluitende rekeningen voor te leggen; zij hebben niet de mogelijkheid om hun tekorten te verhalen op de gemeenten of andere instanties. Om faillissementen te voorkomen zijn zij dan ook verplicht om, naast een zorgvuldige beheersing van de uitgaven, ook hun inkomsten op peil te houden. Door de gebrekkige federale financiering van de exploitatiekosten moeten zij dan ook, om de kwaliteitszorg te kunnen behouden, hun toevlucht nemen tot steeds grotere inhoudingen op de artsenrelonen en tot het aanrekenen van kamersupplementen aan patiënten, en dit evenwel op volstrekt legale wijze en zonder de minste intentie om een geneeskunde met twee snelheden te creëren. Dit is integendeel pure noodzaak om te overleven.

Wat het heikele punt van die ziekenhuissupplementen betreft, wil ik, om misverstanden te voorkomen, erop wijzen dat een rist maatregelen de patiënten beschermen tegen eventuele misbruiken zoals :

## TRAVAUX A SUBSIDIER

Quatre des cinq hôpitaux membres de COBEPRIVE sont concernés par des investissements importants en termes de travaux de construction ou d'aménagement. Trois des quatre projets visent la reconstruction d'hôpitaux ou de parties d'hôpitaux dont l'état de vétusté des bâtiments exclut toute opportunité de rénovation, tant sur le plan budgétaire que fonctionnel. A noter que la construction initiale de certains bâtiments à remplacer remonte à plus de cent ans !

Le quatrième projet comprend essentiellement des travaux d'extension d'un hôpital pour le mettre en conformité avec les exigences normatives d'une part et d'autre part pour créer les surfaces indispensables de manière à pouvoir répondre aux besoins d'une hospitalisation fonctionnelle et confortable pour le patient.

A cet égard, je tiens à remercier la COCOM et les ministres concernés d'avoir pu créer les conditions et les modalités permettant le financement de l'ensemble des projets d'investissements introduits.

Je profite de l'occasion pour attirer votre attention sur les difficultés qu'implique la gestion d'un hôpital privé, difficultés qui sont notamment et surtout engendrées par un sous-financement notoire de leurs frais d'exploitation par la Santé publique fédérale.

Le Conseil National des Etablissements Hospitaliers a calculé que le sous-financement annuel hospitalier global et récurrent se situe actuellement à 670 millions d'euros par an, ce qui revient en moyenne à environ 10 mille euros par lit et par an. Pour un hôpital de taille plutôt moyenne de 300 lits, cela revient à dire que, chaque année, il doit *a priori* combler un trou financier de 3 millions d'euros. Ce sous-financement est pour 70 % dû au financement précaire de la charge salariale relative au personnel hospitalier.

Les hôpitaux privés ont l'obligation de présenter des comptes finaux chaque année; il ne leur est pas possible de répercuter leurs déficits sur les communes ou d'autres instances. Afin d'éviter la faillite, outre une gestion soigneuse des dépenses, ils ont dès lors aussi l'obligation de maintenir le niveau de leurs recettes. Afin de pouvoir maintenir la qualité des soins, ils sont contraints, en raison du manque de financement des coûts d'exploitation par le fédéral, de pratiquer des prélèvements toujours plus importants sur les honoraires des médecins et de facturer des suppléments de chambre aux patients bien que ce soit de manière parfaitement légale et sans chercher le moins du monde à créer une médecine à deux vitesses. Il s'agit au contraire d'assurer leur survie.

En ce qui concerne le point sensible de ces suppléments hospitaliers, je tiens à signaler, pour éviter tout malentendu, qu'il existe toute une série de mesures qui protègent les patients contre d'éventuels abus, notamment :

- de verklaring bij opname met informatie over de supplementen en de keuzemogelijkheden voor het type kamer zonder supplementen;
- de transparantie van de ziekenhuisfactuur waarop de patiënt iedere post en ieder bedrag kan controleren;
- de regel dat de ziekenhuisbeheerder en de medische raad ervoor moeten zorgen dat de helft van de bedden als bedden in een gemeenschappelijke kamer beschouwd kunnen worden, dus zonder supplement;
- het verbod om supplementen aan te rekenen in een gemeenschappelijke kamer en in een kamer met twee bedden aan de patiënten met het VT-statuut, het OMNIO-statuut of aan chronische patiënten.

Een andere belangrijke vraagstelling. Hoe ziet de toekomst van de Brusselse ziekenhuizen eruit? Het is onbetwistbaar zo dat de regeringsmaatregel van 1987, die de minimumnorm voor bedden op 150 heeft gebracht, en de sluitingen en de fusies van ziekenhuizen die erop volgden, het kwantitatief profiel van de Belgische ziekenhuissector in de jaren 1980-1990 aanzienlijk hebben gewijzigd. De federale beslissing die genomen is in het begin van de jaren 2000 om de meeste exploitatiekosten van de ziekenhuizen niet meer te financieren op basis van de erkende bedden maar op grond van een verantwoorde activiteit berekend op basis van de standaardverblijfsduur per type van pathologie heeft fundamentele gevolgen gehad voor de sector. Het bewijs ervan is dat het aantal bedden vastgesteld tijdens de jongste 20 jaar drastisch is ingeperkt, van 85.000 naar 70.000 bedden voor heel het land.

In het Brussels Gewest was de evolutie niet anders: vele ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten hebben de deuren gesloten, zijn in een fusie gestapt of hebben een associatie aangegaan. Er zijn bedden overgeheveld tussen ziekenhuizen en er zijn bedden omgeturnd, in het algemeen voor geriatrie en revalidatie. In vergelijking met de toestand in 1990, is het aantal private niet-universitaire bedden in Brussel met 17 % gedaald (te weten 652 bedden op een totaal van 3.881 in 1990): het aantal openbare bedden is met 9 % verminderd (min 279 op 3.219).

Wij zijn weliswaar nog ver af van de effectieve oprichting van zorgcentra die op maat gemaakt zijn voor de bevolking inzake gezondheidszorg, en die voor stroomlijning, synergie en complementariteit zouden moeten zorgen inzake zorgaanbod.

Om dat doel te kunnen halen, moet er vooraf een optimaal klimaat worden gecreëerd, inzonderheid met inachtneming van de volgende voorwaarden:

- men moet wachten tot de ziekenhuissector gestabiliseerd is, te weten wanneer de periode van fusies en sluitingen van ziekenhuisdiensten ten einde is. Het lijkt mij een il-

- la déclaration d'admission informant le patient des suppléments et lui permettant de faire le choix du type de chambre excluant tout supplément;
- la transparence au niveau de la facture hospitalière, qui permet au patient d'en contrôler chaque poste et chaque montant;
- la règle que le gestionnaire hospitalier et le Conseil médical doivent s'organiser pour que la moitié des lits d'un hôpital puisse être considérée comme des lits en chambre commune, donc sans suppléments;
- l'interdiction de porter en compte des suppléments en chambre commune et à deux lits aux patients qui ont le statut BIM, OMNIO ou aux patients chroniques.

Autre question importante. Quel avenir sera-t-il réservé au parc hospitalier bruxellois? Il est incontestable que la mesure gouvernementale de 1987 ayant porté la norme minimale de lits à 150 unités, les fermetures et les fusions hospitalières qui s'en sont suivies, ont considérablement modifié le profil quantitatif du secteur hospitalier belge au cours des années 1980-1990; la décision fédérale, intervenue début des années 2000, de financer l'essentiel des coûts d'exploitation hospitaliers non plus sur base de lits agréés, mais au départ d'une activité justifiée, calculée au départ d'une durée de séjour standard par type de pathologie, a eu des répercussions tout aussi fondamentales sur ce secteur. Je n'en veux pour preuve que la réduction drastique du nombre de lits constatée pendant les 20 dernières années, soit une diminution de 85.000 à 70.000 lits pour l'ensemble du pays.

La Région bruxelloise n'a pas échappé à cette évolution: bon nombre d'hôpitaux ou de services hospitaliers ont été fermés, ont fusionné ou se sont associés; on a assisté à des transferts de lits interhospitaliers et à des reconversions de lits, en général dans le sens de la création de lits gériatriques et de revalidation. Par rapport à la situation de lits en 1990, le nombre de lits privés non universitaires bruxellois a chuté de 17 % (soit de 652 lits sur un total de 3.881 en 1990); le nombre de lits publics, lui, a diminué de 9 % (moins 279 lits sur 3.219).

Toutefois, on est encore loin de la création effective des bassins de soins, qui devraient être taillés sur mesure aux besoins de la population en matière de soins de santé, et qui devraient engendrer rationalisation, synergie et complémentarité au niveau de l'offre de soins.

Pour pouvoir réaliser cet objectif, un climat optimal devra être créé préalablement, notamment en respectant les conditions suivantes:

- il faut attendre que le parc hospitalier se soit stabilisé, c.-à-d. quand l'ère des fusions, des fermetures de services hospitaliers aura pris fin; il me paraît illusoire de vouloir

lusie ziekenhuizen akkoorden te doen sluiten als ze nog volop in beweging zijn;

- de federale ziekenhuisprogrammatie moet worden geüpdatet inzake ziekenhuisbedden en medische uitrusting en moet inzonderheid rekening houden met de technologische evolutie (zie NMR-programmatie, PET-scan, reeks bekendmakingen en vernietigingen van besluiten inzake hartziekten);
- in de huidige omstandigheden, resulteert de opsplitsing of de overheveling van diensten of zorgprogramma's in ziekenhuizen tussen ziekenhuizen te vaak in minder aantrekkingskracht, en zeker in soms vitaal economisch verlies voor de kliniek. De ziekenhuizen gedragen zich niet als partners maar als concurrenten, wat de samenwerking uiteraard niet bevordert heeft. De federale overheid zou bijgevolg moeten trachten stimuli, vooral financiële, in te voeren om die grote hinderpaal weg te werken;
- er zouden akkoorden tussen ziekenhuizen moeten kunnen worden gesloten, los van politieke en filosofische overtuigingen.

Ik denk dat er, zodra die voorwaarden vervuld zijn, een optimaal klimaat zal zijn om constructief te kunnen praten over stroomlijningen, synergieën, complementariteiten en excellente diensten.

De meeste ziekenhuisproblemen liggen op het vlak van de financiering of van de programmatie en zijn een zaak van de federale overheid.

Ik eindig mijn presentatie met de verwijzing naar enkele andere problemen waarmee de ziekenhuizen af te rekenen hebben, inzonderheid de toenemende verpaupering van de bevolking in sommige Brusselse wijken, het vandalisme dat de pan uitrijst, het probleem van de mobiliteit en van de parkeerplaatsen, en, *last but not least*, het tekort aan gediplomeerd verplegend personeel, dat een steeds grotere bedreiging vormt voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Rekening houdend met de beschikbare middelen, hopen wij te kunnen rekenen op de Brusselse bicommunautaire sector om oplossingen aan te reiken voor die problemen. ».

### III.2.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Anne Sylvie Mouzon vraagt wat er gebeurt wanneer een patiënt om de toepassing van het RIZIV-tarief vraagt en de 50 % bedden tegen dit tarief allemaal bezet zijn.

De heer Marc Van Roosbroeck herinnert aan de wetsbepaling die de ziekenhuizen verplicht om ervoor te zorgen dat de helft van hun bedden beschouwd kunnen worden als bedden in een gemeenschappelijke kamer. Hij beheert geen ziekenhuis en kent de werkwijze van de ziekenhuizen niet

obtenir des accords entre hôpitaux qui sont encore en plein mouvement;

- la programmation hospitalière fédérale doit être actualisée, aussi bien en termes de lits hospitaliers que d'équipement médical, et doit notamment tenir compte de l'évolution technologique (réf. programmation RMN, du PET-Scan, carrousel de publications et d'annulations d'Arrêtés concernant la pathologie cardiaque);
- dans les circonstances actuelles, le partage ou la cession de services ou programmes de soins hospitaliers entre hôpitaux entraîne trop souvent une perte d'attractivité, et certainement une perte économique parfois vitale pour la clinique; plutôt que d'être des partenaires, les hôpitaux se conduisent comme des concurrents, ce qui rend bien entendu la réalisation de synergies tout à fait aléatoire. Les autorités fédérales devraient dès lors s'efforcer de créer des incitants, surtout financiers, pour éliminer ce handicap majeur;
- des accords interhospitaliers doivent pouvoir être trouvés au-delà des obédiences politiques ou philosophiques.

Je crois que, une fois ces conditions réalisées, un climat optimal aura été créé afin de pouvoir discuter constructivement de rationalisations, de synergies, de complémentarités et de services d'excellence.

La plupart des problèmes hospitaliers qui se situent dans le domaine du financement ou de la programmation, relèvent des compétences fédérales.

Je terminerai ma présentation en citant quelques autres problèmes auxquels les hôpitaux sont confrontés, et notamment la paupérisation croissante de la population dans certains quartiers bruxellois, des actes de vandalisme qui se multiplient, la problématique de la mobilité et des parkings et, *last but not least*, la pénurie du personnel soignant qualifié de plus en plus menaçante pour la qualité des soins de santé. Dans la mesure des moyens à sa disposition, nous espérons pouvoir compter sur le bicommunautaire bruxellois pour contribuer à trouver des solutions à ces problèmes. ».

### III.2.b. Échange de vues

Mme Anne Sylvie Mouzon aimerait savoir ce qui se passe lorsqu'un patient demande l'application du tarif INAMI et que les 50 % de lits à ce tarif sont déjà tous occupés.

M. Marc Van Roosbroeck rappelle la disposition légale qui impose aux hôpitaux de s'organiser pour que la moitié de leur lits puissent être considérés comme des lits en chambre commune. Il ne gère pas un hôpital et ne connaît pas la pratique de ces derniers lorsque le quota de 50 %



wanneer het quotum van 50 % bedden tegen het RIZIV-tarief overschreden is. *Stricto sensu* zouden de ziekenhuizen deze patiënt kunnen weigeren. Hij denkt echter niet dat een ziekenhuis dit statuut « gemeenschappelijke kamer zonder supplement » voor een patiënt weigert.

Mevrouw Anne Sylvie Mouzon zegt dat de facturen toekomen nadat de zorgen verstrekt zijn. Het is dus onmogelijk om op het moment zelf te bepalen welke uitgave gedaan zal worden. Dat is met name het probleem met geneesmiddelen D die niet gedekt zijn door het RIZIV. De patiënt weet niet of men hem een geneesmiddel D of een ander geneesmiddel dat beter terugbetaald wordt, toedient. Hij zal dat pas *a posteriori* vernemen wanneer hij de factuur ontvangt en hij zal dat bedrag niet meer kunnen betwisten.

Mevrouw Martine Payfa herinnert eraan dat er veel gesproken wordt over het vertrek van CHIREC op de Deltasite in Oudergem. Zij heeft ook gehoord over een alternatief op het Vorsterieplateau in Watermaal-Bosvoorde. Is dat juist ? Zij is burgemeester van deze gemeente en heeft nog geen contacten gehad over deze kwestie.

De heer Marc Van Roosbroeck heeft deze geruchten ook gehoord, maar de leiding van CHIREC heeft hem nogmaals bevestigd dat gekozen is voor de Deltasite.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux stelt vast dat de ziekenhuisopnames voor een dag steeds toenemen. Zij vraagt of in het kader van de constructie of de reconstructie van een ziekenhuis, dit een andere inrichting vereist in vergelijking met langere ziekenhuisopnames.

De heer Marc Van Roosbroeck antwoordt dat het altijd beter is om een daggedeelte te bouwen met zalen voor behandeling en bedden met een andere inrichting dan in de ziekenhuizen.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux vraagt of dat betekent dat er problemen zouden zijn als men de bedden voor een langere ziekenhuisopname verandert in bedden voor een opname voor een dag ?

De heer Marc Van Roosbroeck preciseert dat alle ziekenhuizen verplicht zijn om deze evolutie te volgen en de ingediende plannen maken een dagopname mogelijk.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux onderstreept dat de statistieken van essentieel belang zijn om de constructies te plannen.

### **III.3.a. Hoorzitting met de heer Christian Dejaer, directeur van de vzw CBI, en de heer Marc Van Campenhoudt, ondervoorzitter van de vzw CBI**

De heer Christian Dejaer, directeur van de vzw CBI, zegt dat de ziekenhuizen in het Brussels Gewest opgedeeld worden in openbare en private ziekenhuizen. Een derde van

de lits tarif INAMI est dépassé. *Stricto sensu* les hôpitaux pourraient refuser ce patient. Il ne pense cependant pas qu'un hôpital refuse ce statut « chambre commune sans supplément » à un patient.

Mme Anne Sylvie Mouzon signale que les factures arrivent après que les soins aient été prodigués. Il est donc impossible de déterminer sur le moment la dépense qui sera faite. C'est notamment la problématique des médicaments D qui ne sont pas couverts par l'INAMI. Le patient ne sait pas si on lui administre un médicament D ou un autre médicament mieux remboursé. Il le saura uniquement *a posteriori* lorsqu'il recevra la facture et il ne pourra plus contester cette somme.

Mme Martine Payfa rappelle qu'il est fortement question de la délocalisation du CHIREC sur le site Delta à Auderghem. Elle a également entendu parler d'une alternative sur le plateau de la Foresterie à Watermael-Boitsfort. Est-ce le cas ? Elle est bourgmestre de cette commune et n'a pas encore été contactée sur cette question.

M. Marc Van Roosbroeck a également entendu ces rumeurs mais les responsables du CHIREC lui ont encore confirmé leur choix du site Delta.

Mme Jacqueline Rousseaux constate que les hospitalisations d'un jour augmentent de plus en plus. Elle se demande si dans le cadre de la construction ou de la reconstruction d'une clinique, cela implique une disposition différente des lieux par rapport à des hospitalisations plus longues.

M. Marc Van Roosbroeck répond qu'il est toujours préférable de construire un bloc de jour avec des salles de traitement et des lits dont la configuration est différente de celle des hôpitaux.

Mme Jacqueline Rousseaux demande si cela signifie que changer des lits pour une hospitalisation plus longue en lits pour une hospitalisation d'un jour poserait problème ?

M. Marc Van Roosbroeck précise que tous les hôpitaux sont obligés de suivre cette évolution et les plans introduits permettent une hospitalisation de jour.

Mme Jacqueline Rousseaux souligne que les statistiques sont essentielles pour planifier les constructions.

### **III.3.a. Audition de M. Christian Dejaer, directeur de l'asbl CBI, et de M. Marc Van Campenhoudt, vice-président de l'asbl CBI**

M. Christian Dejaer, directeur de l'asbl CBI, indique que les hôpitaux de la Région de Bruxelles-Capitale se répartissent en hôpitaux publics et hôpitaux privés. Un tiers des

de bedden zijn openbaar en tweederde zijn privé (waarvan 50 % lid zijn van CBI).

De vzw CBI (Coördinatie van de Brusselse instellingen voor Welzijnswerk en Gezondheidszorg) is :

- een federatie van enkel Brusselse werkgevers;
- een vertegenwoordiging van de instellingen voor private zorg uit non-profitsector zijn (te weten onder het statuut van vzw);
- een zorgnetwerk met 4.000 plaatsen;
- een ziekenhuiscoördinatiestructuur overeenkomstig het besluit van het Verenigd College van 27 april 1995.

De ziekenhuizen die lid zijn van CBI zijn de volgende : de universitaire ziekenhuizen Sint-Lucas, de Europaziekenhuizen, Sint-Jan, Fond'Roy, La Ramée, Sanatia, het Psycho-Sociaal Centrum van Sint-Alexius, Le Bivouac en Magnolia. De vzw bestaat ook uit een instelling voor psychiatrische zorgen (Sanatia) en verschillende initiatieven voor begeleid wonen (Messidor, Mandragora, Nausicaa, de Lariks, Jan de Wachter, Festina Lente). Enkele rusthuizen en RVT's onder de vorm van een vzw zijn ook lid van CBI (Magnolia, Nazareth, Home Sint-Jozef in Evere, het Rust- en Verzorgingstehuis Sint-Monica, Residentie Du Puy, Malibran Senior, Instituut Regina, Rust- en Verzorgingstehuis Onze-Lieve-Vrouw van Stockel, Rusthuis De Olijfboom, Rusthuis Sint-Jozef in Brussel, Residentie Sint-Anna, De Drie Appelbomen en Centrum voor dagverzorging Sint-Monica).

CBI is een zorgnetwerk. De vzw omvat 2.700 ziekenhuisbedden, 1.000 bedden in de rusthuizen, 300 bedden in psychiatrische instellingen. De vzw is ook actief in de sectoren die een brug bouwen tussen de eerste en de tweede lijn (een centrum voor dagzorgen, dat deel uitmaakt van de geïntegreerde dienst voor thuiszorg uit de bicommu-nautaire sector, de vzw Comestar). In dat kader probeert CBI proefprojecten op te starten om alternatieve vormen van zorgverstrekking te creëren tussen de woonplaats en de tweede lijn.

De ziekenhuizen van CBI worden gekenmerkt door :

- een belangrijke medisch-sociale opdracht;
- een goed beheer;
- een verplichting tot financieel evenwicht : voor de private non-profit, te weten de zorginstellingen van CBI, is de winst een beperking. Voor de profitsector is het daarentegen een doelstelling.

lits sont publics et deux tiers sont privés (dont 50 % sont membres de CBI).

L'asbl CBI (Coordination Bruxelloise d'Institutions sociales et de santé) est :

- une fédération d'employeurs uniquement bruxellois;
- représente les institutions de soins privés non-marchandes (c'est-à-dire sous statut d'asbl);
- est un réseau de soins de 4.000 places;
- est une structure de coordination hospitalière selon l'arrêté du Collège réuni du 27 avril 1995.

Les hôpitaux membres de CBI sont : les cliniques universitaires Saint-Luc, les cliniques de l'Europe, la clinique Saint-Jean, la clinique Fond'Roy, la clinique La Ramée, Sanatia, le Psycho-Sociaal Centrum St-Alexius, Le Bivouac et Magnolia. Elle se compose également d'une maison de soins psychiatriques (Sanatia) et de plusieurs initiatives d'habitation protégée (Messidor, Mandragora, Nausicaa, de Lariks, Jan de Wachter, Festina Lente). Certaines maisons de repos et MRS organisées en asbl sont également membres de CBI (Magnolia, Nazareth, Home Saint-Joseph à Evere, Maison Sainte-Monique, résidence Du Puy, Malibran Senior, Institut Regina, Maison Notre-Dame de Stockel, L'Olivier, Home Saint-Joseph à Bruxelles, Résidence Sainte-Anne, Les Trois pommiers et centres de soins de jour Sainte-Monique).

CBI est un réseau de soins. L'asbl regroupe 2.700 lits d'hôpitaux, 1.000 lits maisons de repos, 300 lits d'institutions psychiatriques. Elle est également active dans les secteurs faisant le lien entre la première et la deuxième ligne (un centre de soins de jour, qui fait partie du service intégré de soins à domicile bicommu-nautaire, asbl Comestar). Dans ce cadre, CBI essaie de développer des projets pilotes pour créer des formes alternatives de soins entre le domicile et la deuxième ligne.

Les hôpitaux de CBI se caractérisent par :

- une importante mission médico-sociale;
- une bonne gestion;
- une obligation d'équilibre financier : pour le privé non-marchand, c'est-à-dire les institutions de soins de CBI, le profit est une contrainte. En revanche, pour le marchand, il est un objectif.

### 1. Medisch-sociale opdracht van de ziekenhuizen van CBI

In tegenstelling tot Frankrijk zijn de opdrachten en de verwezenlijkingen van de private en de openbare ziekenhuizen in België dezelfde. Zoals in Vlaanderen is er trouwens vaak maar één ziekenhuis, ontstaan uit de fusie tussen een openbaar en een privaat ziekenhuis. In Brussel bijvoorbeeld worden de MUG's als volgt verdeeld : drie in de private universitaire ziekenhuizen, een in een privaat algemeen ziekenhuis (de Europaziekenhuizen) en twee in de openbare ziekenhuizen (Sint-Pieter en Paul Brien).

De ziekenhuizen van CBI verzorgen tal van arme patiënten die niet van het OCMW afhangen (een aantal OCMW's weigeren trouwens om bij te dragen in de kosten) tegen sociale tarieven. De factuur blijft vaak onbetaald. Deze ziekenhuizen nemen overigens 42 % van de 1.200 observaties per jaar in Brussel ten laste. Een onderzoek van de nationale alliantie van de christelijke mutualiteiten uit december 2003 geeft voor iedere ziekenhuis het type sociale patiënten die ten laste genomen worden (slide nr. 14). De linkerkolom toont de begunstigden van de sociale maximumfactuur. Het gezin moet geen remgeld meer betalen wanneer het een bepaald bedrag aan remgeld bereikt heeft dat tijdens een jaar betaald is en wanneer een gezin recht heeft op een verhoogde tussenkomst. De rechterkolom geeft de patiënten die binnen de sociale maximumfactuur recht hebben op een verhoogde tussenkomst gelet op hun zeer laag inkomen. Dit soort sociale patiënten vindt men dus terug in alle ziekenhuizen, openbaar en privaat.

De spreker herinnert eraan dat er twee soorten achtergestelden in Brussel zijn. Enerzijds de achtergestelden die afhangen van het OCMW dat hen naar de IRIS-ziekenhuizen stuurt en hun factuur betaalt. De Brusselse OCMW's hebben immers in 1996 in dat verband een exclusief akkoord gesloten met de IRIS-ziekenhuizen en weigeren om het akkoord uit te breiden tot de private ziekenhuizen. Anderzijds heeft men de talrijke andere achtergestelden die niet van het OCMW afhangen en die kiezen voor een privaat ziekenhuis. Daar worden zij gratis verzorgd omdat de meeste OCMW's niet willen bijdragen in de kosten en deze patiënten niet de middelen hebben om hun factuur te betalen. De federale overheid financiert overigens de ziekenhuizen voor de armen die zij verzorgen maar dat gebeurt volgens subjectieve criteria die de ziekenhuizen bevoordelen die de patiënten opvangen die door de OCMW's gestuurd worden. De private ziekenhuizen verzorgen dus sociale patiënten en in tegenstelling tot de IRIS-ziekenhuizen krijgen zij geen geld van de OCMW's en ook niet van de federale overheid, omdat zij niet aan de criteria voldoen.

De ziekenhuizen van CBI passen dus sociale tarieven toe en een opname in een kamer met twee bedden in de Europaziekenhuizen of in Sint-Lucas kost trouwens minder dan in Sint-Pieter, Brugmann of IRIS Zuid. Deze informatie vindt men terug op de website van de christelijke ziekenfondsen « tarifieringen in de ziekenhuizen » (slides

### 1. Mission médico-sociale des hôpitaux de CBI

A l'inverse de la France, les missions et les réalisations des hôpitaux privés et des hôpitaux publics belges sont les mêmes. Souvent d'ailleurs, comme en Flandre, il n'y a qu'un hôpital, issu de la fusion entre un hôpital public et un hôpital privé. A Bruxelles par exemple, les SMUR sont répartis comme suit : trois dans les hôpitaux universitaires privés, un dans un hôpital général privé (les cliniques de l'Europe) et deux dans les hôpitaux publics (Saint-Pierre et Paul Brien).

Les hôpitaux de CBI soignent de nombreux patients démunis qui n'émargent pas du CPAS (un certain nombre de CPAS refusent d'ailleurs d'intervenir dans les frais) à des tarifs sociaux. La facture restera souvent impayée. Par ailleurs, ces hôpitaux prennent en charge 42 % des 1.200 mises en observation par an à Bruxelles. Une étude de l'alliance nationale des mutualités chrétiennes de décembre 2003 montre pour chaque hôpital le type de patients sociaux pris en charge (transparent n° 14). La colonne de gauche montre les bénéficiaires du MAF (maximum à facturer) social. Le ménage ne doit plus payer de ticket modérateur lorsqu'il a atteint un certain montant de tickets modérateurs payés sur une année et lorsqu'un membre du ménage bénéficie d'une intervention majorée. La colonne de droite représente, quant à elle, les patients qui au sein du MAF social bénéficient d'une intervention majorée en raison de leur revenu très faible. Ce type de patients sociaux se retrouvent donc dans tous les hôpitaux, tant publics que privés.

L'orateur rappelle qu'il existe deux types de démunis à Bruxelles. D'une part, ceux qui émargent du CPAS qui les envoie dans les hôpitaux IRIS et paient leur facture. En effet, les CPAS bruxellois ont signé en 1996 un accord exclusif à ce sujet avec les hôpitaux du réseau IRIS et refusent de l'étendre aux hôpitaux privés. D'un autre côté, les nombreux autres démunis qui n'émargent pas du CPAS et qui font le choix de l'hôpital privé. Ils y sont soignés gratuitement car la plupart des CPAS refusent d'intervenir dans les frais et ces patients n'ont pas les moyens de payer leur facture. Par ailleurs, le Fédéral finance les hôpitaux pour les démunis qu'ils soignent mais, il le fait selon les critères partiels qui favorisent les hôpitaux qui reçoivent les patients adressés par les CPAS. Les hôpitaux privés soignent donc des patients sociaux et, contrairement aux hôpitaux IRIS, ils ne bénéficient ni de l'intervention des CPAS, ni du financement fédéral car ils ne remplissent pas les critères.

Les hôpitaux de CBI pratiquent donc des tarifs sociaux et se soigner en chambre à deux lits aux cliniques de l'Europe ou à Saint-Luc coûte d'ailleurs moins cher qu'à Saint-Pierre, Brugmann ou IRIS Sud. Ces informations se trouvent sur le site web des mutualités chrétiennes « pratiques tarifaires dans les hôpitaux » (transparents n°s 18, 19, 20 et

nrs 18, 19, 20 en 21) en op de website van de socialistische mutualiteiten « ziekenhuiskosten » – april 2006 (slides nrs 22 en 23).

## 2. *Goed beheer*

De ziekenhuizen van CBI worden eveneens gekenmerkt door een goed beheer :

- strijd tegen verspilling;
- verplichting tot financiële evenwicht ondanks een moeilijke context;
- kwaliteit van de zorgverstrekking.

Deze strijd tegen de verspilling wordt op verschillende manieren gevoerd :

- a) Rationalisering van de bedden en de sites die een driedubbel voordeel bieden : de patiënten vinden er efficiënte infrastructuur, de gebouwen worden gebruikt en de subsidies worden goed gebruikt. De private algemene ziekenhuizen in Brussel hebben dus een enorme inspanning geleverd sinds 1985. 98 % van de gesloten bedden bevond zich in de private ziekenhuizen, te weten 951 bedden. 50 % van de private ziekenhuissites is gesloten, te weten 10 sites. Deze inspanning moet echter door iedereen geleverd worden in een stad die nog één ziekenhuissite per 4 km<sup>2</sup> telt.
- b) Beheersing van de personeelskosten, met vrijwaring van de kwaliteit van de zorgverstrekking. In 2007 bedraagt het gemiddelde van de voltijds equivalenten in de ziekenhuizen Sint-Jan en de Europaziekenhuizen per 1.000 dagen ziekenhuisopnames 6,12 personen.
- c) De artsen zijn meestal verbonden aan een ziekenhuis omdat de ziekenhuizen van CBI, op straffe van faillissement, weigeren dat hun artsen hun private patiënten verzorgen in andere private ziekenhuizen waar zij overdreven tarieven zouden kunnen toepassen.
- d) Transparantie : centrale inning van alle erelonen, met inbegrip van de thuiszorg.
- e) Kwaliteit van de facturering (volledig, exact en op tijd verstuurd).

## 3. *Verplichting tot financieel evenwicht*

De ziekenhuizen van CBI zijn dus verplicht om een financieel evenwicht te halen ondanks een moeilijke context. De spreker herinnert bijvoorbeeld aan de structurele financiering van de federale overheid en aan de wetgeving op maat van deze laatste zowel op het vlak programmering als financiering. In het Brussels Gewest wijst hij op het bedrag

21) et sur celui des mutualités socialistes « coûts hospitaliers » – avril 2006 (transparents n<sup>o</sup>s 22 et 23).

## 2. *Bonne gestion*

Les hôpitaux de CBI se caractérisent également par une bonne gestion :

- chasse au gaspi;
- obligation d'équilibre financier malgré un environnement difficile;
- qualité des soins.

Cette chasse au gaspi repose sur plusieurs facteurs :

- a) Rationalisation des lits et des sites qui présentent un intérêt triple : les patients trouvent des infrastructures performantes, les bâtiments sont occupés et les subventions sont bien utilisées. Les hôpitaux généraux privés à Bruxelles ont donc effectué un effort énorme depuis 1985. 98 % des lits fermés se trouvaient dans des hôpitaux privés, soit 951 lits. 50 % des sites d'hôpitaux privés ont été fermés, soit 10 sites. Cependant, cet effort doit être fourni par tout le monde dans une ville qui compte encore un site hospitalier par 4 km<sup>2</sup>.
- b) Maîtrise des coûts de personnel, tout en préservant la qualité des soins. En 2007, la moyenne d'équivalents temps plein des cliniques Saint-Jean et de l'Europe par 1.000 journées d'hospitalisation est de 6,12 personnes.
- c) Les médecins sont le plus souvent mono-hospitalier car les hôpitaux de CBI refusent, sous peine de faillite, que leurs médecins soignent leurs patients privés dans d'autres hôpitaux privés où ils pourraient pratiquer des tarifs exorbitants.
- d) Transparence : perception centrale de tous les honoraires, y compris en ambulatoire.
- e) Qualité de la facturation (complète, exacte et envoyée à temps).

## 3. *Obligation d'équilibre financier*

Les hôpitaux de CBI sont donc obligés d'atteindre l'équilibre financier malgré un environnement difficile. Ainsi, l'orateur rappelle le financement structurel du Fédéral et les législations sur mesure de ce dernier tant en matière de programmation que de financement. Au niveau régional bruxellois, il pointe les 300 millions EUR d'aide régionale

van 300 miljoen euro steun van het Gewest aan de IRIS-ziekenhuizen in twaalf jaar (1996 tot 2008), wat oneerlijke concurrentie vormt. Hij wijst ook op de houding van de meeste Brusselse OCMW's die weigeren om bij te dragen in de opnamekosten, indien de opname plaatsvindt in een privaat ziekenhuis.

Tot besluit vervullen de ziekenhuizen van CBI, met een erkende kwaliteit van zorgen, een belangrijke medisch-sociale opdracht. Zij verzorgen alle patiënten zonder onderscheid. Met hun houding, geven de meeste Brusselse OCMW's de kansarmen niet de vrije keuze van dokter. Zij zenden ze naar de IRIS-ziekenhuizen indien ze willen dat hun factuur wordt betaald. De ziekenhuizen van CBI voeren voortdurend een streng beheer om in financieel evenwicht te zijn, maar stoten op een moeilijke omgeving die sommige vormen van oneerlijke concurrentie tussen Brusselse ziekenhuizen op de helling zet. Dit had sedert lang moeten verdwijnen (herstructureringsplannen van de openbare ziekenhuizen van IRIS onder voorwaarden van financieel evenwicht nooit gerespecteerd). Het is dus betreurenswaardig dat de overheden zelf die onverdedigbare en onbillijke situatie in het leven roepen. Alleen het goed beheer, dat met afdoende resultaten wordt bevestigd, moet worden aangemoedigd en beloond.

### III.3.b. Gedachtewisseling

Mevrouw Anne Sylvie Mouzon vraagt of de sluiting van het Longchampsziekenhuis wordt meegerekend in de bedden die worden afgeschaft in de ziekenhuizen van het CBI-netwerk.

De heer Christian Dejaer antwoordt dat het Longchampsziekenhuis een privaat ziekenhuis was, maar geen deel uitmaakte van het CBI-netwerk in 1995.

Mevrouw Anne Sylvie Mouzon meende te begrijpen dat de heer Dejaer die bedden meerekende in het aantal bedden die het CBI-netwerk heeft gesloten.

De heer Christian Dejaer preciseert dat hij die bedden meerekent in het aantal bedden dat de private ziekenhuizen hebben gesloten.

Mevrouw Anne Sylvie Mouzon is niet blij met de manier waarop de overeenkomst tussen de OCMW's en IRIS van 1996 wordt voorgesteld. Het is onjuist te zeggen dat deze overeenkomst verplicht dat patiënten die ten laste worden genomen door de OCMW's moeten worden behandeld in de IRIS-ziekenhuizen. Deze overeenkomst regelt daarentegen de overdracht van informatie die nodig is om de wet van 1965 over de tenlasteneming van hulp en dus de terugbetaling van de Belgische Staat toe te passen. De wet van 1965 maakt voor de behoeftige patiënten die hun factuur niet kunnen betalen een onderscheid tussen de bevoegdheid van het OCMW van de plaats waar de patiënt woonachtig

aux hôpitaux IRIS en douze ans (1996 à 2008), qui représentent une concurrence déloyale, ainsi que l'attitude de la plupart des CPAS bruxellois qui refusent d'intervenir dans les frais d'hospitalisation si celle-ci a lieu dans un hôpital privé.

En conclusion, les hôpitaux de CBI, avec une qualité des soins reconnue, remplissent une importante mission médico-sociale. Ils soignent tous les patients sans distinction. Par leur attitude, la plupart des CPAS bruxellois ne donnent pas aux démunis le libre choix du médecin. Ils les envoient vers les hôpitaux IRIS s'ils veulent que leur facture soit payée. Les hôpitaux de CBI mènent en permanence une gestion rigoureuse pour être en équilibre financier mais ils se heurtent à un environnement difficile qui met en cause certaines formes de concurrence déloyale entre hôpitaux bruxellois. Celle-ci aurait dû disparaître depuis longtemps (plans de restructuration des hôpitaux publics IRIS sous condition d'équilibre financier jamais respectés). Il est donc désolant que les pouvoirs publics organisent eux-mêmes cette situation indéfendable et injuste. Seule la bonne gestion, attestée par des résultats probants, mérite d'être encouragée et récompensée.

### III.3.b. Échange de vues

Mme Anne Sylvie Mouzon demande si la fermeture de l'hôpital Longchamps est comptabilisée dans les lits supprimés dans les hôpitaux du réseau CBI.

M. Christian Dejaer répond que l'hôpital Longchamps était un hôpital privé mais qu'il ne faisait pas partie du réseau CBI en 1995.

Mme Anne Sylvie Mouzon avait cru comprendre que M. Dejaer comptabilisait ces lits dans les efforts de fermeture de lits réalisés par le réseau CBI.

M. Christian Dejaer précise qu'il comptabilise ces lits dans les efforts de fermeture de lits réalisés par les hôpitaux privés.

Mme Anne Sylvie Mouzon s'insurge contre la manière dont a été présentée la convention CPAS-IRIS de 1996. Il est totalement faux de dire que cette convention impose que les patients pris en charge par les CPAS soient traités dans les hôpitaux IRIS. En revanche, cette convention règle le flux des informations nécessaires pour appliquer la loi de 1965 sur la prise en charge des secours et donc le remboursement de l'Etat belge. La loi de 1965 fait, pour les patients indigents qui ne savent pas payer leur facture, une distinction entre la compétence du CPAS du lieu où le patient est domicilié et la compétence du CPAS du lieu où le patient est hospitalisé. Elle indique quand c'est le premier

is en de bevoegdheid van het OCMW van de plaats waar de patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen. Er staat wanneer de eerste of de tweede de facturen moet betalen, met de mogelijkheid om zich te verhalen tegen de andere. De wet van 1965 regelt dus de verdeling van de bevoegdheden en van de kosten tussen de OCMW's. De termijn die door de Federale Staat wordt gelaten aan de OCMW's om de terugbetaling van de aan de patiënten gegeven steun te verkrijgen is dus vrij kort en wordt berekend vanaf het begin van de opname in het ziekenhuis. Anders gezegd, wanneer iemand zich laat opnemen in het ziekenhuis, met het ziekenhuis aan het OCMW onmiddellijk melden dat het een behoeftige heeft opgevangen, zo niet is de termijn die toegestaan is om de kosten die het voor zijn rekening neemt te laten vergoeden door de Belgische Staat verstreken. Deze overeenkomst van 1996 regelt deze kwestie en bepaalt dat met de IRIS-ziekenhuizen die OCMW-ziekenhuizen zijn, de informatie rechtstreeks naar de bevoegde OCMW's gaat vanuit het ziekenhuis. Deze overeenkomst betekent helemaal niet dat men om steun van het OCMW te verkrijgen naar een IRIS-ziekenhuis moet gaan. Deze overeenkomst kan worden gesloten tussen de OCMW's en de OCMW-ziekenhuizen want alvorens ze werden opgenomen in het IRIS-netwerk beschikten deze ziekenhuizen over maatschappelijk werkers die deze wet toepassen en goed kennen.

Sommige private ziekenhuizen hebben een aantal procedures ingesteld die zij soms gewonnen hebben in eerste aanleg. Ze hebben echter altijd verloren in beroep en in cassatie.

Naast de stroom van informatie, regelt deze overeenkomst eveneens, door middel van een bijkomende overeenkomst, de betaling van sommige geneesmiddelen D met een lijst die regelmatig wordt bijgewerkt door de geneesheren van deze ziekenhuizen en de Conferentie van de voorzitters en secretarissen van de OCMW's. De toetreding van private ziekenhuizen tot deze overeenkomst is geweigerd.

De private ziekenhuizen verantwoordden hun goed beheer onder meer door de werking in een netwerk. Zij zouden het dus normaal vinden dat de OCMW's en de OCMW-ziekenhuizen eveneens in een netwerk werken, ter wille van het goed beheer.

Vóór de herstructurering van het ziekenhuis Saint-Etienne, werd een patiënte opgenomen voor een bevalling met een vordering van het OCMW van Sint-Joost, dat daarna betaalde waarvoor het toestemming had verleend. Indien de patiënte in de spoeddienst toekwam, verwittigde Saint-Etienne het OCMW, dat al dan niet aanvaardde om de zorg voor zijn rekening te nemen. Aangezien er geen kraambedden meer bestaan in Saint-Etienne, maakt de werking in het netwerk dat deze personen naar Sint-Jan worden gezonden. Het OCMW, dat een vordering voor Saint-Etienne heeft onder dergelijke voorwaarden verneemt dus *a posteriori* dat de patiënt is overgebracht naar het Sint-Jansziekenhuis met andere regels en dat het moet betalen. Het is hier tegen dat sommige OCMW's zich verzetten.

ou quand c'est le second qui doit prendre en charge le paiement des factures, avec possibilité de l'un de se retourner contre l'autre. La loi de 1965 règle donc la répartition des compétences et des coûts entre les CPAS. Le délai laissé par l'Etat fédéral aux CPAS pour obtenir le remboursement de l'aide donnée aux patients est relativement court et se calcule à partir du début de l'hospitalisation. Autrement dit, lorsqu'une personne se fait hospitaliser, l'hôpital doit signaler immédiatement au CPAS qu'il a accueilli quelqu'un d'indigent, sans quoi ce dernier sera hors du délai autorisé pour se faire rembourser par l'Etat belge les frais qu'il prendra en charge. Cette convention de 1996 règle cette question et prévoit qu'avec les hôpitaux IRIS qui sont des hôpitaux de CPAS, l'information va directement aux CPAS compétents depuis l'hôpital. Cette convention ne signifie absolument pas que pour recevoir une aide du CPAS, il faille aller dans un hôpital IRIS. Cette convention peut être mise en place entre les CPAS et les hôpitaux de CPAS car, avant d'être regroupés au sein du réseau IRIS, ces derniers disposaient de travailleurs sociaux appliquant et connaissant bien cette loi.

Certains hôpitaux privés ont entamé une série de procédures qu'ils ont parfois gagnées en première instance. Ils ont cependant toujours perdu en appel et en cassation.

A côté du flux des informations, cette convention règle également, par une convention annexe, la prise en charge de certains médicaments D avec une liste régulièrement mise à jour par les médecins de ces hôpitaux et la Conférence des présidents et secrétaires des CPAS. C'est l'adhésion des hôpitaux privés à cette convention qui a été refusée.

Les hôpitaux privés justifient leur bonne gestion notamment par la pratique du travail en réseau. Ils devraient donc trouver normal que les CPAS et les hôpitaux de CPAS travaillent également en réseau, au nom de la bonne gestion.

Avant la restructuration de l'hôpital Saint-Etienne, une patiente était admise pour un accouchement avec un réquisitoire du CPAS de Saint-Josse qui payait ensuite ce pour quoi il avait donné son accord. Si la patiente arrivait en urgence, Saint-Etienne avertissait le CPAS, qui acceptait ou non la prise en charge des soins. Aujourd'hui, comme il n'existe plus de lits de maternité à Saint-Etienne, le fonctionnement en réseau fait que ces personnes sont envoyées à Saint-Jean. Le CPAS qui donne un réquisitoire pour Saint-Etienne sous telles conditions apprend donc *a posteriori* que la patiente a été transférée à l'hôpital Saint-Jean avec d'autres modalités et qu'il doit payer. C'est contre cela que certains CPAS se rebiffent.

Ten slotte, poneert de spreker dat de vergelijkingen van de tarieven tussen de ziekenhuizen betrekking hebben op mediane cijfers. Hoe zit het met de uitersten ?

De heer Marc Van Campenhoudt, ondervoorzitter van de vzw CBI, bevestigt dat wanneer een patiënt naar de Sint-Janskliniek wordt gezonden, het OCMW van Brussel-Stad de vordering weigert, en na de eerste verzorging de patiënt laat overbrengen naar het Sint-Pietersziekenhuis. De spreker beschikt over brieven waarin OCMW-voorzitters schrijven dat ze weigeren om een zieke die niet verzorgd is in een openbaar ziekenhuis ten laste te nemen. De patiënten die uitkeringen krijgen van het OCMW hebben dus niet de keuze van hun ziekenhuis.

Mevrouw Anne Sylvie Mouzon benadrukt dat een inwoner van Sint-Joost uiteraard en normaal naar het Saint-Etienne-ziekenhuis gaat, dat een privaat ziekenhuis is, om redenen van nabijheid en kennis van deze instelling. Het werk in een netwerk maakt dat de artsen beslissen over de overheveling naar een ziekenhuis dat deel uitmaakt van hetzelfde netwerk, te weten het Sint-Jansziekenhuis in plaats van het Sint-Pietersziekenhuis.

De heer Marc Van Campenhoudt preciseert dat het gaat om eenzelfde entiteit en dat de artsen van Saint-Etienne naar Sint-Jan zijn overgegaan.

De heer Paul Galand is zich bewust van het belang van de zorg aan de nooddriftigen, maar hij zou willen weten wat het standpunt is van het CBI-netwerk inzake het ziekenhuisinvesteringsplan.

Mevrouw Anne Sylvie Mouzon herhaalt dat de verdeling van de kredieten verhoudingsgewijs wordt gedaan volgens het aantal bedden in elke sector. Hoe meer bedden er in een sector zijn, hoe meer kredieten. Dat zorgt dus voor 60 % voor de privésector en 40 % voor de overheidssector.

De heer Marc Van Campenhoudt poneert dat het Saint-Etienne-ziekenhuis en het hôpital Français geen echte klinieken meer zijn. De private sector sluit dus bedden en dat is normaal in Brussel. Daarentegen sluit de openbare sector maar heel weinig bedden. Op termijn, als die evolutie zich doorzet, is het duidelijk dat er geen private klinieken meer zullen zijn in Brussel. De openbare sector is niet gemotiveerd om te herstructureren, want de sector weet dat deze tekorten worden gedekt.

De spreker herinnert zich de slogan die de heer Jean-Paul Philippot heeft uitgesproken naar aanleiding van het eerste Irisplan : « Wij verzorgen de armen, de anderen verzorgen de rijken. ». Dit is vernederend, vooral voor een privaat ziekenhuis zoals de cliniques de l'Europe die beschikken over een MUG en iedereen behandelen. Hij geeft toe dat er een kliniek bestaat met een rijker publiek, te weten Edith Cavell.

Enfin, l'oratrice signale que les comparaisons des pratiques tarifaires entre les hôpitaux portent sur des chiffres médians. Qu'en est-il des extrêmes ?

M. Marc Van Campenhoudt, vice-président de l'asbl CBI, affirme que lorsqu'un patient est adressé à la clinique Saint-Jean, le CPAS de Bruxelles-Ville lui refuse son réquisitoire, et après les premiers soins, il doit être transféré à l'hôpital Saint-Pierre. L'orateur dispose de lettres dans lesquelles des présidents de CPAS écrivent qu'ils refusent de prendre en charge un malade qui n'a pas été soigné dans un hôpital public. Les patients qui émergent du CPAS n'ont donc pas le choix de leur hôpital.

Mme Anne Sylvie Mouzon souligne qu'un habitant de Saint-Josse se rend naturellement et normalement à l'hôpital Saint-Etienne, hôpital privé, pour des raisons de proximité géographique et de connaissance de cette institution. Le travail en réseau fait que les médecins décideront de son transfert dans un hôpital qui fait partie du même réseau, à savoir Saint-Jean plutôt que Saint-Pierre.

M. Marc Van Campenhoudt précise qu'il s'agit d'une même entité et que les médecins de Saint-Etienne sont passés à Saint-Jean.

M. Paul Galand est conscient de l'importance des soins aux plus démunis mais il aimerait connaître la position du réseau CBI en ce qui concerne le plan d'investissement hospitalier.

Mme Anne Sylvie Mouzon rappelle que la répartition des crédits est proportionnelle au nombre de lits dans chaque secteur. Plus il y a de lits dans un secteur, plus il reçoit de crédit. Cela donne donc 60 % pour le privé et de 40 % pour le public.

M. Marc Van Campenhoudt indique que l'hôpital Saint-Etienne et l'hôpital français ne sont plus de véritables cliniques. Le secteur privé ferme donc des lits et c'est normal à Bruxelles. En revanche, le secteur public ferme très peu de lits. A terme, si cette évolution continue, il est clair qu'il n'y aura plus de cliniques privées à Bruxelles. Le secteur public n'est pas motivé à restructurer car il sait que ces déficits seront couverts.

L'orateur se rappelle le slogan inventé par M. Jean-Paul Philippot lors du premier plan IRIS : « Nous soignons les pauvres, les autres soignent les riches ». Ces propos sont humiliants, en particulier pour une clinique privée comme les cliniques de l'Europe, qui dispose d'un SMUR et soigne tout le monde. Il reconnaît l'existence d'une clinique avec un public plus riche, Edith Cavell.

Om de financiële situatie van de openbare ziekenhuizen recht te zetten, stelt de spreker voor om het monoclinisme op te leggen aan de artsen (werken in slechts een kliniek). Thans opereren vele artsen van de openbare ziekenhuizen hun patiënten in Cavell.

De heer Marc Van Campenhoudt herhaalt dat de IRIS-ziekenhuizen de verplichting hebben om hun rekeningen te bezorgen aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest terwijl de private ziekenhuizen dat niet moeten. Het is normaal in de mate dat deze laatste subsidies krijgen voor de bouw maar geen dekking voor hun tekort. De spreker stelt dus voor om een werkgroep op de been te brengen bestaande uit volksvertegenwoordigers en drie deskundigen. De werkgroep zal worden gelast de situatie te onderzoeken en deze te objectiveren. De drie deskundigen die door de commissie worden aangesteld, zouden de rekeningen van de klinieken van BOBEPRIVE, van CBI en van IRIS kunnen onder de loep nemen om te zien waarom sommige ruimschoots winstgevend zijn en andere tekorten hebben. Hij is er zich van bewust dat het beheer van de openbare ziekenhuizen veel zwaarder is, maar dit verklaart niet alles. En ook de tarieven niet, want de tariefstatistieken tonen aan dat de supplementen van de private ziekenhuizen niet meer dan 200 % bedragen.

De heer André du Bus de Warnaffe zou liever cijfers krijgen dan percentages betreffende de tenlasteneming van de kansarmen in de openbare ziekenhuizen. Hij vraagt zich af of de wijze van organisatie en beheer van de Brusselse ziekenhuizen bepaalde kenmerken vergelijkt die verschillen van die in andere Gewesten. Ten slotte, vraagt hij zich af of de ziekenhuizen van CBI financiële moeilijkheden kennen, met name met de financiële crisis die zich aankondigt.

De heer Christian Dejaer antwoordt dat de studie van de christelijke ziekenfondsen betrekking heeft op het percentage sociale patiënten die in verschillende ziekenhuizen in Brussel worden opgenomen. Hij beschikt niet over absolute cijfers.

De heer Marc Van Campenhoudt poneert dat ook hij niet over absolute cijfers beschikt. In Wallonië en in Vlaanderen zijn de private en openbare klinieken gegroepeerd. Dat is niet het geval in Brussel. De spreker was akkoord met de minister van Sociale Zaken, te weten Rudi Demotte, toen deze zorgbekkens heeft opgelegd. Iris Zuid omvat de ziekenhuizen van Bracops, Etterbeek/Elsene en Molière, wat stom is want de zorgbekkens moeten lokaal zijn. Men moet klinieken samenbrengen per grondgebied en een voorbeeld van zorgbeken in Brussel zou Molière, Sint-Elisabeth, Deux Alices zijn, dat binnenkort wordt gesloten, Saint-Michel en Etterbeek/Elsene. De klinieken kunnen alleen dan werken en de artsen kunnen alleen werken als er een geografische nabijheid is. Het idee van zorgbekkens is dus een goed idee. In Brussel moet men Iris behouden maar met nabijheidnetwerken en klinieken die samenwerken.

Pour redresser la situation financière des hôpitaux publics, l'intervenant propose d'imposer le monoclinisme aux médecins (travailler dans une seule clinique). Actuellement, beaucoup des médecins des hôpitaux publics opèrent leurs patients privés à Cavell.

M. Marc Van Campenhoudt rappelle que les hôpitaux IRIS ont l'obligation de transmettre leurs comptes à la Région de Bruxelles-Capitale alors que les hôpitaux privés ne le doivent pas. Cela est normal dans la mesure où ces derniers bénéficient des subsides à la construction mais pas de la couverture de leur déficit. L'intervenant propose donc la création d'un groupe de travail constitué de députés et de trois experts. Il serait chargé d'examiner la situation et de l'objectiver. Les trois experts désignés par la commission pourraient examiner les comptes des cliniques de COBEPRIVE, de CBI et d'IRIS afin de voir pourquoi certaines sont largement bénéficiaires et d'autres déficitaires. Il est conscient que la gestion des services publics est plus lourde mais cela n'explique pas tout. Et les tarifs pratiqués non plus car les statistiques tarifaires montrent que les suppléments des hôpitaux privés ne dépassent pas 200 %.

M. André du Bus de Warnaffe aimerait recevoir des chiffres plutôt que des pourcentages concernant la prise en charge des démunis dans les hôpitaux privés. Il se demande si le mode d'organisation et de gestion des hôpitaux bruxellois est caractéristique par rapport aux autres Régions. Enfin, les hôpitaux de CBI éprouvent-ils des difficultés financières, en particulier avec la crise financière qui s'annonce ?

M. Christian Dejaer répond que l'étude des mutualités chrétiennes porte sur le pourcentage des patients sociaux fréquentant les différents hôpitaux à Bruxelles. Il ne dispose pas de chiffres absolus.

M. Marc Van Campenhoudt précise que lui non plus ne dispose pas de chiffres absolus. En Wallonie et en Flandre, les cliniques privées et publiques ont été regroupées. Il n'en va pas de même à Bruxelles. L'orateur était d'accord avec le ministre des Affaires sociales Rudi Demotte lorsque ce dernier a imposé les bassins de soins. IRIS Sud regroupe les hôpitaux de Bracops, Etterbeek/Ixelles et Molière, ce qui est stupide car les bassins de soins doivent être locaux. Il faut regrouper des cliniques par territoire. Un exemple de bassin de soins à Bruxelles serait Molière, Saint-Elisabeth, Deux Alices, qui sera bientôt fermée, Saint-Michel et Etterbeek/Ixelles. Les cliniques ne peuvent fonctionner et les médecins ne peuvent travailler que s'il y a une proximité géographique. L'idée des bassins de soins est donc une bonne idée. A Bruxelles, il faut maintenir IRIS mais avec des réseaux de proximité et des cliniques qui travaillent ensemble.



De heer Marc Van Campenhoudt pleit dus voor een strategisch plan voor alle Brusselse ziekenhuizen, voor de aanschaffing van de verschillen tussen de klinieken en de hergroepering van de openbare en private ziekenhuizen, zoals het geval is in Wallonië en in Vlaanderen. De heer Elio Di Rupo, te weten de voorzitter van de PS, werkt ook aan een hergroepering van de openbare en private ziekenhuizen in Bergen.

Mevrouw Anne Sylvie Mouzon antwoordt dat er in Brussel een geschiedenis van OCMW-ziekenhuizen is. Bovendien is het dankzij het openbare karakter van deze ziekenhuizen mogelijk ze te verplichten om zich te groeperen. Dit is niet mogelijk met private ziekenhuizen.

De heer André du Bus de Warnaffe komt terug op zijn vraagstelling over de economische crisis en over de eventuele thesaurieproblemen van de ziekenhuizen.

De heer Marc Van Campenhoudt antwoordt dat hij geen problemen kent inzake thesaurie. Sedert 24 jaar is de Sint-Michielskliniek elk jaar in evenwicht, en vervult zij dezelfde rol als een openbaar ziekenhuis of een universitair ziekenhuis. Zij beschikt immers over een MUG, die uiterst duur is, en de diensten die dit impliceert.

De spreker meent dat Brussel goede geneeskunde aanbiedt, maar dat het medisch aanbod moet worden geherstructureerd en dat de kloof tussen de privésector en de openbare sector moet worden gedicht zoals in Vlaanderen en in Wallonië. De toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in België is de beste ter wereld en de kwaliteit van het systeem moet op de tweede of de derde plaats staan.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux zou willen beschikken over een vergelijking tussen de openbare en de private ziekenhuizen op het vlak van de ratio aantal personen die in dienst zijn per aantal behandelde zieken.

De heer Marc Van Campenhoudt antwoordt dat er 6,2 werknemers zijn per 1.000 verpleegdagen. Hij kent de cijfers niet voor de openbare diensten, maar geeft toe dat het personeelsbeheer ingewikkelder is in deze diensten. Niettemin is meer nog dan het aantal de kwaliteit van de personen die er werken, van belang.

#### **III.4.a. Hoorzitting met de heer Gauthier Saelens, directeur van VALIDA**

De heer Gauthier Saelens heeft de volgende toespraak gehouden voor de commissie :

« VALIDA is een ziekenhuisinstelling die gespecialiseerd is in de revalidatie en dus bestemd is voor middellange verblijven.

M. Marc Van Campenhoudt plaide donc pour la mise en place d'un plan stratégique pour l'ensemble des hôpitaux bruxellois, pour la suppression des clivages entre les cliniques et le regroupement des hôpitaux publics et privés, comme cela se fait en Wallonie et en Flandre. M. Elio Di Rupo, président du PS, travaille également au regroupement des hôpitaux publics et privés à Mons.

Mme Anne Sylvie Mouzon répond qu'à Bruxelles il existe une histoire d'hôpitaux de CPAS. De plus, c'est grâce au caractère public de ces hôpitaux qu'il a été possible de les obliger à se regrouper. Cela n'est pas possible avec les hôpitaux privés.

M. André du Bus de Warnaffe revient sur sa question sur la crise économique et sur les éventuels problèmes de trésoreries des hôpitaux.

M. Marc Van Campenhoudt répond qu'il ne connaît pas de problèmes de trésoreries. Depuis 24 ans, la clinique Saint-Michel est en équilibre chaque année, tout en remplissant les mêmes rôles qu'une clinique publique ou universitaire. En effet, elle dispose d'un SMUR, qui coûte excessivement cher, ainsi que les services que cela implique.

L'orateur pense que Bruxelles a une médecine de bonne qualité mais qu'il faudrait restructurer l'offre médicale et supprimer ce clivage privé/public comme en Flandre et en Wallonie. L'accessibilité aux soins de santé en Belgique est la meilleure au monde et la qualité du système doit être à la deuxième ou à la troisième place.

Mme Jacqueline Rousseaux aimerait disposer d'une comparaison entre les hôpitaux publics et privés du ratio nombre de personnes employées par nombre de malades traités.

M. Marc Van Campenhoudt répond qu'il y a 6,2 travailleurs par 1.000 journées d'admission. Il ne connaît pas les chiffres pour les services publics mais reconnaît que la gestion du personnel est plus compliquée dans ces derniers. Néanmoins, plus que le nombre, c'est la qualité des personnes qui travaillent qui importe.

#### **III.4.a. Audition de M. Gauthier Saelens, directeur de VALIDA**

M. Gauthier Saelens a tenu le discours suivant devant la commission :

« VALIDA est une entité hospitalière spécialisée dans la revalidation et donc destinée à des moyens séjours.

VALIDA heeft het ziekenhuiscentrum Albert Laurent (dat zelf het resultaat is van een akkoord tussen de gemeente en het OCMW van Sint-Agatha-Berchem en de universitaire ziekenhuizen Saint-Luc) overgenomen in 2007 en heeft daarna een aantal activiteiten overgenomen van het voormalige hôpital Français in consortium met de CHIREC (die de structuur sedertdien verlaten heeft), Sint-Jan en het UZ-Brussel.

VALIDA omvat dus de openbare en private instellingen van verschillende strekking, en werkt met dezelfde kwaliteitsnormen en eisen inzake gezond beheer.

De spreker legt de nadruk op het nut van dit soort structuren.

Er bestaat inderdaad thans een sterke financiële druk om de verblijfsduur in de acute ziekenhuizen te verminderen. Sommige patiënten, bejaarden, bijvoorbeeld met een afgezet lichaamsdeel of die met hart- of nierproblemen kampen, of een kanker hebben, vergen dus bij het verlaten van het ziekenhuis een revalidatie.

Dergelijk ziekenhuis wordt echter weinig gesteund.

Het bestaat aldus niet in de wet en de financiering berust op een historische basis van 1981. Afgezien van de indexering en de verhogingen van personeel, zijn de wijze van financiering nooit grondig herzien.

De behoeften inzake bouw bestaan ook, omdat de bezettingsgraad nagenoeg 100 % bedraagt.

De patiënten worden voor het ogenblik anderhalve maand tot twee maanden opgenomen in verouderde technische en architecturale omstandigheden. Dit zou nochtans moeten gelijken op een leefplek, omdat de verblijven er vrij lang zijn.

De behoeften aan specialisten worden eveneens groter, daar de acute ziekenhuizen meer en meer steeds zwaardere patiënten overplaatsen.

Ten slotte zijn de ziekenhuizen grote verbruikers van energie en VALIDA heeft hulp op dat niveau nodig. ».

#### III.4.b. Gedachtewisseling

De heer Paul Galand vraagt zich af of er benaderingen zijn om de behoeften aan dergelijke ziekenhuizen te bepalen afhankelijk van de evolutie van de bevolking.

De heer Gauthier Saelens antwoordt dat er bij Sint-Lucas een studie is gedaan die ervan uitgaat dat er 100 bedden voor gemiddeld verblijf nodig zijn tegenover 600 tot 700 bedden in acuut verblijf.

De spreker merkt op dat de bedden, zodra ze vrijkomen, onmiddellijk wordt bezet.

VALIDA a repris le centre hospitalier Albert Laurent (qui lui-même résulte d'un accord entre la commune et le C.P.A.S. de Berchem-Sainte-Agathe et les cliniques universitaires Saint-Luc) en 2007 et s'est ensuite porté acquéreur d'un certain nombre d'activités de l'ex-hôpital français, en consortium avec le CHIREC (qui a depuis lors quitté la structure), Saint-Jean et l'U.Z. Brussel.

VALIDA regroupe donc des institutions publiques et privées d'obédiences différentes, et fonctionne avec les mêmes exigences de qualité et de saine gestion.

L'orateur insiste sur l'utilité de ce type de structures.

Il existe effectivement aujourd'hui une forte pression financière à la diminution de la durée de séjour dans les hôpitaux aigus. Certains patients, âgés, par exemple amputés, ou souffrant de suites d'insuffisances cardiaques ou rénales ou d'un cancer nécessitent donc, à la sortie de l'hôpital, une revalidation.

Un tel hôpital est toutefois peu soutenu.

Il n'existe ainsi pas dans la loi et son financement repose sur une base historique de 1981. Hors indexation et augmentations en personnel, les modalités de financement n'ont jamais été remises en question dans leurs fondements.

Les besoins en constructions existent aussi puisque le taux d'occupation avoisine souvent les 100%.

Les patients sont pour l'instant hospitalisés un mois et demi à deux mois dans des conditions techniques et architecturales dépassées. Cela devrait pourtant ressembler à un lieu de vie puisque les séjours y sont relativement longs.

Les besoins en spécialistes se font également criants dès lors que les hôpitaux aigus évacuent de plus en plus vite des patients de plus en plus lourds.

Enfin, les hôpitaux sont de grands consommateurs d'énergie et VALIDA a besoin d'aide à ce niveau. ».

#### III.4.b. Échange de vues

M. Paul Galand se demande s'il existe des approches permettant d'évaluer les besoins de tels types d'hôpitaux en fonction de l'évolution de la population.

M. Gauthier Saelens répond qu'une étude faite à Saint-Luc estime qu'il faut 100 lits en moyen séjour pour 600 à 700 lits en séjour aigu.

L'orateur relève aussi que les lits à peine ouverts sont aussitôt occupés.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere legt uit dat de meeste studies betrekking hebben op de acute bedden.

De spreekster geeft toe dat de gegevens over de behoeften aan de revalidatie ontbreken en dat er ingewikkelder studies zouden moeten worden gevoerd met bijzonder aandacht voor de Gewesten in plaats van België in zijn geheel te behandelen.

De heer Gauthier Saelens ziet in de balans die is opge maakt in het Observatorium voor de Gezondheid en het Welzijn geen aanwijzingen van dergelijke behoeften. Het financieringssysteem heeft de stroom van patiënten en de realiteit echter radicaal veranderd.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere voegt eraan toe dat het verschijnsel niet merkbaar is in de gegevens maar wel in de behoeften. Men stelt eveneens een grote verhoging van de institutionalisering in Brussel vast.

Een behoeftenstudie moet passen in de afstemming tussen de afstemming tussen de thuiszorg, de revalidatie en het ziekenhuis.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux zit met vragen over de oude lokalen. Zijn er werken gepland? Komt dit ter sprake in het debat over de acties van de regering?

De volksvertegenwoordiger veronderstelt ook dat VALIDA geen dementen opneemt en wijst op het gebrek aan bedden voor alzheimerpatiënten die nochtans bijzondere structuren nodig hebben.

De heer Gauthier Saelens legt uit dat er begrotingsaanvragen zijn ingediend bij de oprichting van de instelling en dat er al verschillende uitwisselingen bestaan. Afgezien van de gewestelijke financiering, zal er een federale financiering zijn in 33 jaar. Dit zorgt voor een aanzienlijke schuld en vergt een uiterst gezond beheer.

Dementie past niet in het kader van opdrachten van VALIDA. Een groot aantal patiënten vertonen aandoeningen die psychologische hulp vergen.

De heer Paul Galand vraagt zich af of er energiebesparingen zijn in de nieuwe investeringsprogramma's. Er wordt aan herinnerd dat het Brussels Gewest premies aanbiedt terzake. Bovendien is het financieel voordeliger om uitrustingen te voorzien die dergelijke energiebesparingen mogelijk maken bij de bouw.

De heer Marc Van Campenhoudt legt uit dat alles in het werk wordt gesteld om deze gegevens te verwerken bij nieuwbouw. Het ziekenhuis heeft echter grenzen, gelet op zijn specifieke taken. Een kamer kan niet uitgerust zijn met klimaatregeling wegens allergieën die dit veroorzaakt, terwijl de scanners zo'n uitrusting vergen om op relatief lage temperaturen te kunnen blijven werken.

Mme Myriam De Spiegelaere explique que la plupart des études portent sur des lits aigus.

L'intervenante reconnaît que les données sur les besoins en revalidation manquent et qu'il faudrait mener des études plus complexes en accordant une attention particulière aux Régions plutôt que de traiter la Belgique dans son ensemble.

M. Gauthier Saelens ne perçoit pas dans le bilan dressé par l'Observatoire de la Santé et du Social l'indication de tels besoins. Or, le système de financement des hôpitaux a radicalement bousculé le flux des patients et la réalité de terrain.

Mme Myriam De Spiegelaere ajoute que le phénomène n'est certes pas perceptible dans les données mais bien dans les besoins. On constate ainsi une augmentation importante de l'institutionnalisation à Bruxelles.

Une étude des besoins doit s'inscrire dans l'articulation entre les soins à domicile, le passage en revalidation et l'hôpital.

Mme Jacqueline Rousseaux s'interroge sur la vétusté des locaux. Des travaux sont-ils prévus? Cela appartient-il au débat sur l'action du gouvernement?

La députée suppose également que VALIDA n'accueille pas des déments et pointe le manque de lits pour les malades d'Alzheimer qui nécessitent pourtant des structures particulières.

M. Gauthier Saelens explique que des demandes budgétaires ont été introduites dès la création de l'institution et qu'il existe déjà de nombreux échanges. Outre le financement régional, un financement fédéral sera versé en 33 ans. Cela entraînera dès lors un endettement considérable et nécessitera une gestion extrêmement saine.

Quant à la démence, elle ne s'insère pas dans les missions de VALIDA. Toutefois, un grand nombre de patients présentent des troubles qui nécessitent une aide psychologique.

M. Paul Galand se demande si des économies d'énergie sont prévues dans les nouveaux programmes d'investissement. Pour rappel, la Région bruxelloise offre des primes en la matière. Par ailleurs, il est financièrement préférable de prévoir les équipements permettant de telles économies d'énergie lors de la construction.

M. Marc Van Campenhoudt explique que tout est mis en œuvre pour intégrer ces données dans les nouvelles constructions. L'hôpital a toutefois ses limites vu ses spécificités. Une chambre ne peut être équipée de la climatisation en raison des allergies qu'elle provoque alors que les scanners nécessitent un tel équipement pour demeurer à des températures relativement basses, ...

Bovendien blijven de prijzen van dergelijke voorzieningen hoog en is de investering in werk navenant indien men wil dat elk detail wordt gecontroleerd.

De heer Marc Van Roosbroeck legt tevens de nadruk op de vertrekken maar herinnert eraan dat deze uitgaven worden teruggewonnen na enkele jaren.

De heer Paul Galand herhaalt dat de platte daken legio zijn en dat er mogelijkheden bestaan om energie te besparen.

### **III.5.a. Hoorzitting met de heer Philippe Close, voorzitter van de raad van bestuur van IRIS, en de heer Dirk Thielens, waarnemend gedelegeerd bestuurder**

De heer Philippe Close, voorzitter van de raad van bestuur van IRIS, stelt de geografische spreiding van de IRIS-ziekenhuizen voor. Daaruit blijkt dat die ziekenhuizen een groot deel van het Brussels Gewest dekken.

In het algemeen bestaat het Brusselse ziekenhuisland uit openbare, academische en privéziekenhuizen. Volgens de spreker bestaat er geen privégeneeskunde in België in zoverre alle ziekenhuizen overheidssubsidies krijgen. Er zijn dus gesubsidieerde semi-openbare ziekenhuizen en openbare ziekenhuizen.

Het IRIS-net streeft naar een optimale organisatie van de verschillende ziekenhuissites via een coherente en gestructureerde spreiding van het zorgaanbod op het Brussels grondgebied. De grote uitdaging voor IRIS bestaat erin om niet langer alle activiteiten in alle ziekenhuizen te behouden. Van die rationalisering wordt al werk gemaakt in Iris-Zuid en de ziekenhuizen van de stad volgen. Elk ziekenhuis zal weliswaar zijn eigenheid behouden, maar het zorgaanbod moet evenwel zo ruim mogelijk zijn en de geneeskunde zo goed mogelijk (de federale normen leggen een bepaald praktisch niveau op om de efficiëntie te verbeteren).

De spreker beklemtoont het collegiale en transparante beheer van een IRIS-koepelstructuur waarin alle gezondheidsactoren van het Brussels Gewest vertegenwoordigd zijn. De afgelopen twintig jaar werd met de sluiting van 719 bedden (de bedden van het UKZKF worden niet meegerekend, want dat ziekenhuis bestond niet in 1985) een belangrijke rationalisering doorgevoerd.

Hieronder volgt een samenvatting van het IRIS-net in enkele cijfers :

- 2.261 bedden;
- 11 ziekenhuissites;
- 6.530 voltijdsequivalenten;

Par ailleurs, les prix d'un tel matériel restent élevés et l'investissement en travail est conséquent si on veut que chaque détail soit vérifié.

M. Marc Van Roosbroeck insiste également sur le coût de départ mais rappelle que ces dépenses sont récupérées après quelques années.

M. Paul Galand rappelle que les toitures plates sont légion et que des possibilités d'économie d'énergie existent.

### **III.5.a. Audition de M. Philippe Close, président du conseil d'administration d'IRIS, et de M. Dirk Thielens, administrateur délégué f.f.**

M. Philippe Close, président du conseil d'administration d'IRIS, présente la segmentation géographique du réseau IRIS. Il apparaît ainsi que les hôpitaux Iris couvrent une grande partie de la Région bruxelloise.

De manière générale, le secteur hospitalier bruxellois est constitué d'hôpitaux publics, privés et académiques. L'orateur estime qu'il n'existe pas de médecine privée en Belgique dans la mesure où tous les hôpitaux reçoivent des subventions publiques. Il y a donc des hôpitaux para-publics subventionnés et des hôpitaux publics.

L'objectif poursuivi par le réseau IRIS est une organisation optimale des pôles géographiques, avec une répartition cohérente et structurée de l'offre médicale sur le territoire bruxellois. De même, le grand défi d'IRIS sera de ne plus maintenir toutes les activités dans tous les hôpitaux. Cette rationalisation a déjà commencé à IRIS Sud et les hôpitaux de la ville suivent la même voie. Si chaque hôpital gardera sa spécificité, il faut néanmoins pouvoir offrir le bassin de soins le plus large avec une médecine d'excellence (les normes fédérales imposent un certain niveau pratique afin d'atteindre une meilleure efficacité).

L'orateur insiste sur la gestion collégiale et transparente d'une structure faîtière IRIS où l'ensemble des acteurs de la santé de la Région bruxelloise sont représentés. Un important effort de rationalisation a été effectué au cours des vingt dernières années avec la fermeture de 719 lits (les lits de l'HUDERF ne sont pas comptabilisés car cet hôpital n'existait pas en 1985).

En quelques chiffres, le réseau IRIS c'est :

- 2.261 lits;
- 11 sites d'activités;
- 6.530 équivalents temps plein;

- meer dan 9.000 werknemers; IRIS is een van de grootste werkgevers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest;
- meer dan 70.000 klassieke opnames per jaar;
- meer dan 51.000 daghospitalisaties;
- meer dan 76.000 bevallingen; Brugmann is trouwens sinds een maand het eerste Brusselse ziekenhuis op dat vlak;
- 100.000 raadplegingen van de wachtdienst;
- 50.000 interventies;
- meer dan een miljoen patiëntcontacten per jaar.

De heer Dirk Thielens, waarnemend gedelegeerd bestuurder van IRIS, stelt het tijdschema voor de bouwwerken in het kader van de IRIS-koepelstructuur voor. De Brusselse regering heeft beslist om de bouwwerken te spreiden over een periode van 12 jaar, te weten van 2008 tot 2020. Die werken worden gefinancierd met gewestelijke en federale middelen. Het subsidiëringspercentage van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie kan 60 % bedragen (historisch percentage) of 10 % (volgens de nieuwe wetgeving).

Wat de procedure betreft, hebben de openbare en privé-ziekenhuizen alle dossiers in april 2007 moeten indienen (sommige dossiers dateren van begin 2006). Het bestuur heeft vervolgens het maximumbedrag van de bouwwerken (het maximumbedrag dat een ziekenhuis tijdens zijn bestaan mag besteden aan de bouwwerken) herberekend en zich daarbij gedeeltelijk gebaseerd op de laatste federale wetgeving (het door het Gewest gebruikte percentage van de algemene kosten was beperkt tot 10 %, terwijl de federale wetgeving in 15 % voorziet). De aanvragen van de openbare sector bedragen in totaal 247.855.000 EUR, maar het Verenigd College heeft op 19 juni 2008 beslist om een bedrag van 210.784.000 EUR toe te kennen. Bijgevolg moesten er knopen doorgemaakt worden in verband met de verdeling van de financiële middelen. Het IRIS-net heeft alle aanvragen geanalyseerd en is erin geslaagd om het toegekende bedrag niet te overschrijden. Die interne arbitrage binnen de IRIS-structuur werd bekrachtigd door de raad van bestuur op 29 oktober 2008. Het Verenigd College heeft vervolgens op 18 december 2008 beslist om de saldi van de vorige jaren toe te voegen aan het toegekende bedrag. Het IRIS-net heeft beslist om die saldi te reserveren voor de bestaande projecten (26 miljoen EUR).

Het Verenigd College heeft vastgesteld welke projecten kunnen worden opgestart in 2008, 2009 en 2010, maar de verdere planning tot in 2020 moet nog worden besproken. Die bespreking is zeer belangrijk. Het is bijvoorbeeld onmogelijk om gebouwen tegen 2012 te bouwen, als er nu niets ondernomen wordt. Voor de meeste IRIS-projecten zijn er echter al bouwvergunningen, bestekken en plannen.

- plus de 9.000 personnes employées, c'est un des plus gros employeurs de la Région de Bruxelles-Capitale;
- plus de 70.000 admissions classiques par an;
- plus de 51.000 admissions en hospitalisation de jour;
- plus de 7.600 accouchements, Brugmann est d'ailleurs depuis un mois le premier hôpital bruxellois dans ce domaine;
- 100.000 passages à la garde;
- 50.000 interventions;
- plus d'un million de contacts patients par année.

M. Dirk Thielens, administrateur délégué f.f. d'IRIS, présente le calendrier des reconstructions de la structure faitière IRIS. Le gouvernement bruxellois a décidé de planifier les reconstructions du parc hospitalier sur une période de 12 ans allant de 2008 à 2020. Le financement est assuré par une enveloppe régionale et fédérale. Le taux de subsidiation de la Commission communautaire commune peut être de 60 % (pourcentage historique) ou 10 % (selon la nouvelle législation).

En ce qui concerne la procédure, les hôpitaux publics et privés ont dû introduire tous les dossiers en avril 2007 (certains datent du début 2006). L'administration a ensuite procédé à un nouveau calcul du plafond à la reconstruction (montant maximum qu'un hôpital peut consacrer à sa reconstruction pendant toute sa durée de vie) en se basant partiellement sur la dernière législation fédérale (le taux de frais généraux utilisés par la Région était limité à 10 % alors que la législation fédérale prévoit 15 %). L'ensemble des demandes du secteur public s'élève à 247.855.000 EUR mais le Collège réuni a, dans sa décision du 19 juin 2008, octroyé un montant 210.784.000 EUR. Il a donc fallu réaliser des arbitrages. Le réseau IRIS a analysé l'ensemble de ses demandes et a réussi à rester dans les limites de l'enveloppe déterminée. Cet arbitrage interne à IRIS a été validé par le conseil d'administration du 29 octobre 2008. Le Collège réuni a ensuite décidé, lors de sa réunion du 18 décembre 2008, d'ajouter les soldes des années antérieures à l'enveloppe attribuée. Le réseau IRIS a décidé de le réserver pour les projets existants (26 millions EUR en ce qui le concerne).

Le Collège réuni a désigné les projets qui peuvent être engagés en 2008, 2009 et 2010, mais la suite du planning jusqu'en 2020 doit encore faire l'objet d'une discussion. Ce débat est très important. A titre d'exemple, il est impossible de construire des bâtiments pour 2012 si aucune démarche n'a été réalisée à l'heure actuelle. La plupart des projets d'IRIS ont néanmoins déjà des autorisations de bâtir, des

Verschillende van de projecten die zullen worden voorgesteld, kunnen dus al worden uitgevoerd, zodra de financiële middelen ter beschikking gesteld zijn.

De heer Philippe Close preciseert dat de werken bij wet niet kunnen worden aangevat, zolang de officiële kennisgeving van de subsidies nog niet is gedaan. Het IRIS-net kan dus onmogelijk werken prefinancieren en zich daarna laten terugbetalen. Het is dus van primordiaal belang dat het tijdschema voor de bouwwerken wordt vastgesteld en dat van de subsidies officieel wordt kennis gegeven.

De heer Dirk Thielens stelt de door het IRIS-net geselecteerde projecten voor :

1. In het noorden :

- een nieuwe polikliniek op de site Horta van Brugmann;
- een VIS-gebouw op de site Horta die de zware activiteiten van het kinderziekenhuis en van Brugmann die zich op dezelfde site bevinden (operatiezalen en onder meer sterilisatie) samenbrengt;
- uitbreiding van Paul Brien;
- aanleg van een vijfde verdieping in het UKZKF en reorganisatie van alle zorgeenheden (gefinancierd door de federale overheid).

2. In het centrum :

- bouw van een enig laboratorium voor verschillende ziekenhuissites aan de Hallepoort.

De heer Philippe Close verduidelijkt dat de raad van bestuur van IRIS dat idee heeft goedgekeurd in oktober. De IRIS-ziekenhuizen Zuid hebben al één enkel laboratorium. Het is de bedoeling dat de ziekenhuizen van de stad, die op dit ogenblik twee laboratoria hebben voor vier ziekenhuizen, overgaan naar één enkel laboratorium waar 70 tot 80 % van de analyses zou worden uitgevoerd met het oog op schaalbesparingen.

De heer Dirk Thielens neemt opnieuw het woord.

3. In het zuiden :

- een nieuw technisch blok in Elsene (bevallingskwartier en operatiekwartier);
- bouw van het nieuwe Bordet in Anderlecht op de Erasmus-site.

De bedragen die zijn uitgetrokken voor de bouwwerken aan de IRIS-ziekenhuizen lopen op tot 204.602.789 euro, wat minder is dan de oorspronkelijk gevraagde 247 miljoen euro. Ongeveer 30 miljoen euro werd bijgevolg intern ge-

cahiers de charge et des plans. Parmi les projets qui seront présentés, plusieurs peuvent donc débiter dès que le financement sera mis à disposition.

M. Philippe Close précise qu'une loi empêche de commencer les travaux tant que les dépêches n'ont pas été reçues. Il est donc impossible pour IRIS de pré-financer des travaux avant de se faire rembourser. L'arrêt du calendrier des reconstructions et la réception de la dépêche d'autorisation de subvention sont donc primordiaux.

M. Dirk Thielens présente les projets retenus par le réseau IRIS :

1. Au nord :

- une nouvelle polyclinique sur le site Horta de Brugmann;
- un bâtiment VIS sur le site Horta regroupant les activités lourdes de l'Hôpital des enfants et de Brugmann qui se trouvent sur le même site (quartiers opératoires et stérilisation notamment);
- une extension de Paul Brien;
- la construction d'un cinquième étage à l'HUDERF et le reconditionnement interne de toutes les unités de soins (financé par le Fédéral).

2. Au centre :

- construction d'un laboratoire unique multi-sites situé Porte de Hal.

M. Philippe Close précise que le conseil d'administration d'IRIS a marqué son accord sur cette idée en octobre. Les hôpitaux IRIS Sud ont déjà un seul laboratoire et l'objectif est que les hôpitaux de la ville qui, à l'heure actuelle, possèdent deux laboratoires pour quatre hôpitaux passent à un seul laboratoire, où 70 à 80 % des analyses seraient regroupées en un même lieu de façon à réaliser des économies d'échelle.

M. Dirk Thielens reprend la parole.

3. Au sud :

- un nouveau bloc technique à Ixelles (quartier d'accouchement et quartier opératoire);
- construction du new Bordet à Anderlecht sur le site d'Erasmus.

Les montants planifiés pour les reconstructions des hôpitaux IRIS se montent à 204.602.789 EUR, ce qui est inférieur au 247 millions initialement demandés. Environ 30 millions ont donc été récupérés en interne soit en di-

recupereerd door de bebouwde oppervlakte te verminderen of door bepaalde projecten te herzien.

De spreker geeft toelichting bij de methode om de heropbouwprojecten te bepalen. De Iris-beleids mensen stellen met de hulp van externe consultants die gespecialiseerd zijn in de programmering een richtschema voor het vastgoed op en bepalen aldus de programmering van de nieuwe ziekenhuizen. De nodige werken worden bepaald volgens de externe verplichtingen, het ziekenhuisproject, het medische siteproject en de bestaande gebouwen. Er wordt dan een project uitgewerkt. Het omvat een beschrijving van de werkzaamheden, een lokaal plan (plaats van de nieuwe gebouwen) alsook een gedetailleerde programmering per niveau van wat in elke ruimte thuishoort.

Voor de sites Brugmann en het UKZKF worden de volgende projecten gekozen :

- afwerking van fasen 1 en 2 voor 2009 : de site Brugmann beslaat 19 ha en fase 1 heeft geleid tot de vestiging van de nieuwe kraamkliniek naast het kinderziekenhuis. Ter informatie : het gemiddelde bouwjaar van de installaties is 1924 (de oude gebouwen dateren van Victor Horta). Sint-Pieter dateert van 1932;
- een ambulant project op de Hortasite : ontwikkeling van nieuwe activiteiten, nieuwe samenwerking met het kinderziekenhuis op dezelfde site, vermindering van het aantal opnames per twee, installatie van de polikliniek bij de metro en hergebruik van de oude beschermde gebouwen van Horta, voornamelijk voor dagactiviteiten;
- algemene herstructurering van de site Brien : het ziekenhuis heeft een groot aantal chirurgen van Saint-Etienne overgenomen en de activiteiten breiden thans sterk uit. Deze oude installaties moeten dringend gemoderniseerd worden en lokalen moeten aangepast worden aan de ontwikkeling van de activiteiten van de MUG sinds 2003. Het gaat om een project samen met het OCMW van Schaerbeek en de DBDMH dat voorziet in een uitbreiding van het bestaande ziekenhuis, een brandweerkazerne en een OCMW-rusthuis van Schaerbeek. Er bestaat overigens een REG-project voor het geheel van de gebouwen;
- gemeenschappelijke projecten tussen Brugmann en het UKZKF : de operatiekwartieren zijn pas een twintigtal jaar oud maar op het einde van de bouwplannen, in 2020, zullen ze veel ouder zijn (35 jaar). Het project bestaat erin de twee operatiekwartieren en de sterilisering in één gebouw te verenigen opdat de anesthesisten en de chirurgen optimaal kunnen samenwerken en geen marathons meer moeten lopen tussen de verschillende operatiekwartieren;
- projecten UKZKF : de algemene herstructurering van het kinderziekenhuis heeft met name betrekking op de herhuisvesting van de administratieve diensten en de

minuant les surfaces construites soit en revoyant certains projets.

L'orateur présente la méthode utilisée pour déterminer les projets de reconstructions. Les responsables d'Iris établissent avec l'aide de consultants extérieurs spécialisés dans la programmation un schéma directeur immobilier et déterminent ainsi la programmation des nouveaux hôpitaux. Les travaux nécessaires sont déterminés en fonction des contraintes extérieures, du projet d'hôpital, du projet médical de site et des bâtiments existants. Un projet est alors établi. Il comprend une description des travaux, un plan local (emplacement des nouveaux bâtiments) ainsi qu'une programmation détaillée, niveau par niveau, de ce qui se doit trouver dans chaque surface.

En ce qui concerne les sites de Brugmann et de l'Huderf, les projets retenus sont :

- l'achèvement des phases 1 et 2 pour 2009 : le site de Brugmann fait 19 hectares et la phase 1 a permis de placer la nouvelle maternité à côté de l'hôpital des enfants. Pour information, l'année de construction moyenne des installations est 1924 (les bâtiments anciens datent de Victor Horta). Saint-Pierre date quant à lui de 1932.
- un projet ambulatoire sur le site Horta : développement de nouvelles activités, d'une collaboration avec l'hôpital des enfants situé sur le même site, réduction du nombre d'accueils à deux, installation de la polyclinique à proximité du métro et réutilisation des anciens bâtiments classés de Horta, essentiellement pour des activités de jour.
- la restructuration générale du site Brien : l'hôpital a repris un grand nombre de chirurgiens de Saint-Etienne et les activités sont actuellement en pleine croissance. Il est urgent de moderniser ces installations vétustes et obsolètes et d'adapter des locaux au développement de l'activité induite par le SMUR depuis 2003. Il s'agit d'un projet intégré avec le CPAS de Schaerbeek et le SIAMU qui prévoit une extension de l'hôpital existant, une caserne des pompiers et une maison de repos du CPAS de Schaerbeek. Par ailleurs, il existe un projet d'utilisation rationnelle de l'énergie pour l'ensemble des bâtiments.
- projets communs entre CHU Brugmann – Huderf : les quartiers opératoires ont seulement une vingtaine d'années mais, à la fin du plan de constructions, en 2020, ils seront beaucoup plus vieux (35 ans). Le projet est de rassembler les deux quartiers opératoires et la stérilisation dans un même bâtiment de façon à ce que les équipes d'anesthésistes et de chirurgiens puissent coopérer de façon optimale et ne doivent plus courir des marathons entre les différents quartiers opératoires.
- projets Huderf : la restructuration générale de l'hôpital pédiatrique porte notamment sur la relocalisation des services administratifs et de l'activité pédopsychiatri-

kinderpsychiatrie K (zware gevallen) die zich thans in prefabgebouwen bevinden. De dienst voor neonatale zorg is helemaal vernieuwd met gewestelijke subsidies maar de dienst intensieve zorg is volledig verouderd. De opvangcapaciteit van dit ziekenhuis moet dus helemaal herzien worden en daarom wordt een nieuwe verdieping opgetrokken. Het zal gaan om een bufferverdieping die een latere renovatie van de andere eenheden mogelijk zal maken. Deze opeenvolgende renovatie van de verzorgingsdiensten zal gebeuren met federale middelen.

In het centrum van Brussel komt een bijkomend gebouw bij het Sint-Pieter-ziekenhuis. Dit gebouw maakte deel uit van de initiële plannen, maar bij gebrek aan middelen is het nooit opgetrokken. Het zal bestaan uit het centraal labo en een blok om de opnamecapaciteit te verhogen.

De heer Philippe Close herinnert aan de beslissing van de raad van bestuur van Bordet om het ziekenhuis te verhuizen naar de campus Erasmus. De architect is aangesteld na een wedstrijd en de verschillende bestekken en programmeringen worden nu opgemaakt. De overdrachten van terreinen zijn ook al een feit, behalve een klein probleem dat binnenkort opgelost wordt. Het project van « nieuwe » Bordet zal dus binnen twee maanden voorgesteld kunnen worden.

De spreker wijst erop dat de Iriskoepelstructuur het tijdschema van haar reconstructies kan versnellen als de GGC dat beslist. Dat zou trouwens opgenomen kunnen worden in een economisch herstelplan om de overheidsinvesteringen aan te moedigen. Als dat het geval zou zijn, is het evident dat de investeringen binnen enkele jaren zouden verminderen (het gaat niet om lineaire investeringen).

### III.5.b. Gedachtewisseling

De heer André du Bus de Warnaffe herinnert eraan dat de overeenkomst tussen de OCMW's en de Irisziekenhuizen enkel betrekking heeft op dataverkeer. De overeenkomst bepaalt dat de ziekenhuizen een eerste sociaal onderzoek uitvoeren en voorleggen aan de OCMW's. De volksvertegenwoordiger vraagt zich af of dit sociaal onderzoek de sociale verpleegster van het ziekenhuis niet in moeilijkheden kan brengen gelet op het medisch geheim. Wat moet zij doen als een werkloze zich aanbiedt op de spoed na een ongeval tijdens zwartwerk of als uit het medisch dossier blijkt dat een patiënt samenwoont terwijl hij zich als alleenstaande bij het OCMW opgegeven heeft? De spreker vraagt zich af of er geen twee soorten beroepsgeheimen bestaan: een medisch dat van toepassing is op de zorgsector, en een sociaal voor de maatschappelijk werkers van het OCMW. Hoe vindt men een juist evenwicht tussen deze twee ethische en professionele verplichtingen?

De volksvertegenwoordiger vraagt ook meer uitleg over de manier waarop het Irisnet de personeelskosten onder

que K (cas lourds) qui se trouvent actuellement dans des préfabriqués. Le service de néo-natalité a été totalement refait grâce à des subsides régionaux mais l'unité des soins intensifs est totalement vétuste. La capacité d'accueil de cet hôpital doit donc être complètement revue et c'est la raison pour laquelle un nouvel étage va être construit. Il s'agira d'un étage tampon qui permettra une rénovation ultérieure des autres unités. Cette rénovation en cascade des unités de soins se fera sur fonds fédéraux.

Au centre de Bruxelles, un bâtiment supplémentaire sera ajouté à l'hôpital Saint-Pierre. Ce bâtiment était prévu dans les plans initiaux mais, faute de budgets, il n'a jamais été construit. Il sera constitué du laboratoire central et d'un bloc qui permettra d'augmenter la capacité d'hospitalisation.

M. Philippe Close rappelle la décision du conseil d'administration de Bordet de déménager l'hôpital sur le campus d'Erasmus. L'architecte a été désigné via un concours et les différents cahiers de charge et de programmation sont actuellement en cours d'élaboration. Les transferts de terrain ont également été effectués, à l'exception d'un petit problème qui sera normalement bientôt résolu. Le projet de « nouveau » Bordet pourra donc être présenté dans les deux mois.

L'orateur signale que la structure faïtière IRIS peut accélérer le calendrier de ses reconstructions si la Commission communautaire commune le décide. Cela pourrait d'ailleurs s'inscrire dans un plan de relance de l'économie visant à stimuler les investissements publics. Si tel était le cas, il est évident que les investissements diminueraient dans quelques années (il ne s'agit pas d'investissements linéaires).

### III.5.b. Échange de vues

M. André du Bus de Warnaffe rappelle que la convention entre les CPAS et les hôpitaux IRIS ne concerne que des flux de données. Elle prévoit que les hôpitaux réalisent une première enquête sociale et la transmettent aux CPAS. Le député se demande si cette enquête sociale ne risque pas de mettre l'infirmière sociale de l'hôpital en difficulté par rapport à la notion de secret médical. Que doit-elle faire si une personne au chômage se rend aux urgences à la suite d'un accident arrivé alors qu'elle travaillait au noir ou si le dossier médical d'un patient indique qu'il vit en couple alors qu'il s'est déclaré comme vivant seul auprès du CPAS? L'orateur se demande s'il n'existe pas deux types de secret professionnel: un médical qui s'applique aux professionnels de la santé et un social pour les travailleurs sociaux des CPAS. Comment trouver le juste équilibre entre ces deux obligations éthique et professionnelle?

Le député aimerait également recevoir des éclaircissements sur la manière dont le réseau IRIS envisage la maî-



controle zal houden in het kader van de geplande uitbreiding.

Mevrouw Anne Sylvie Mouzon komt terug op de overeenkomst tussen de Irisziekenhuizen en de OCMW's. Het Hof van Cassatie en de hoven van beroep van het land herinneren er regelmatig aan dat de bevoegdheid van de OCMW's voor de tenlasteneming van de hulpverlening territoriaal is. Een wet van 1965 organiseert bijvoorbeeld de bevoegdheidsverdeling tussen de OCMW's. Wanneer iemand naar een ziekenhuis gaat en hij niet kan betalen, richt het ziekenhuis zich in principe tot het OCMW van de gemeente waar het zich bevindt. Dit OCMW voert een sociaal onderzoek om te bepalen of het territoriaal bevoegd is. Zo ja, dan komt het tussenbeide, geeft het de vorderingen af en stelt de nodige documenten op voor de Belgische Staat om de bedragen die het uitgeeft terug te vorderen. Het OCMW kan evenwel oordelen dat het niet bevoegd is, bijvoorbeeld omdat de patiënt zijn woonplaats in een andere gemeente heeft. In dat geval brengt het het OCMW van de gemeente waar de persoon zijn woonplaats heeft op de hoogte en dat OCMW onderzoekt dan op zijn beurt of het bevoegd is. Deze wet regelt de relaties tussen de OCMW's en niet tussen de OCMW's en de ziekenhuizen.

De overeenkomst tussen de Irisziekenhuizen en de OCMW's regelt het informatieverkeer: de eerste onderzoeken worden uitgevoerd door het sociale personeel van de OCMW-ziekenhuizen. Zo wordt tijd gewonnen en wordt de termijn van 40 dagen niet overschreden (na opname van de patiënt) om deze stappen te zetten en een terugbetaling te vragen aan de Belgische Staat. Dat is mogelijk op voorwaarde dat de Irisziekenhuizen OCMW-ziekenhuizen zijn. Zij hebben al lang ervaring met sociale onderzoeken. Het is echter onmogelijk op dezelfde manier te werk te gaan met de private ziekenhuizen die deze ervaring niet hebben. Het is dus niet de sociale verpleegster die de informatie over de sociale tenlasteneming van de zorgen door de OCMW's doorgeeft. Deze overeenkomst officialiseert ook het gebruik van fax en e-mail om aan het OCMW de nodige informatie te bezorgen opdat het kan nagaan of de persoon behoeftig is en of het bevoegd is.

In tegenstelling tot wat de afgevaardigden van de privéziekenhuizen zeggen betekent deze overeenkomst dus niet dat de OCMW's alleen de zorgen ten laste nemen van degenen die zich laten verzorgen in de ziekenhuizen van het IRIS-net. Die overeenkomst maakt het eenvoudig mogelijk om sneller te functioneren als een nooddruftige persoon naar een IRIS-ziekenhuis gaat. Hiervoor moeten de ziekenhuizen een begin van onderzoek doen zoals het OCMW zou hebben gedaan. De privéziekenhuizen willen de garantie dat de vorderingen wegvallen maar ze willen dit sociaal werk niet doen. In de brieven vermeld door de heer Dejaer eisen de ziekenhuizen van de OCMW's de betaling van de zorg verstrekt aan behoeftige personen na de termijn van 40 dagen. Eenmaal na die termijn mogen de OCMW's zich niet laten terugbetalen door de Belgische Staat.

trise des coûts de personnel dans le cadre de l'extension envisagée.

Mme Anne Sylvie Mouzon revient sur la convention entre les hôpitaux IRIS et les CPAS. La Cour de cassation et les Cours d'appel du pays rappellent régulièrement que la compétence des CPAS en ce qui concerne la prise en charge des secours est territoriale. Ainsi, une loi de 1965 organise la répartition de la compétence entre les CPAS. Lorsqu'une personne se rend dans un hôpital et qu'elle n'a pas de quoi payer, en principe, l'hôpital s'adresse au CPAS de la commune sur laquelle il se trouve. Ce CPAS réalise une enquête sociale qui a pour but de déterminer s'il est compétent territorialement. Si tel est le cas, il intervient, délivre les réquisitoires et fait les avis nécessaires auprès de l'Etat belge pour se faire rembourser des sommes qu'il déboursa. Il peut néanmoins estimer qu'il n'est pas compétent, par exemple si le patient est domicilié dans une autre commune. Dans ce cas, il avertit le CPAS de la commune de résidence de cette personne qui détermine à son tour s'il est compétent pour traiter cette demande. Cette loi règle les relations entre les CPAS et non entre les CPAS et les hôpitaux.

La convention entre les hôpitaux IRIS et les CPAS règle les flux d'information: les premières investigations sont réalisées par du personnel social des hôpitaux CPAS. Cela permet de gagner du temps et de ne pas dépasser le délai de 40 jours (après l'admission du patient) laissé pour faire ces démarches et se faire rembourser par l'Etat belge. Cela est possible dans la mesure où les hôpitaux IRIS sont des hôpitaux de CPAS. Ils ont depuis longtemps l'expérience et la pratique des enquêtes sociales. Il n'est cependant pas possible de fonctionner de la même manière avec les hôpitaux privés qui ne disposent pas de cette pratique. Ce n'est donc pas l'infirmière sociale qui transmet les informations relatives à la prise en charge sociale des soins par les CPAS. Par ailleurs, cette convention normalise également l'usage de fax et e-mails pour transmettre au CPAS sollicité les renseignements nécessaires pour qu'il puisse directement voir si la personne est indigente et s'il est compétent.

Contrairement à ce que les représentants des hôpitaux privés affirment, cette convention ne signifie donc pas que les CPAS prennent uniquement en charge les soins des personnes qui vont se faire soigner dans des hôpitaux du réseau IRIS. Cette convention permet simplement de fonctionner plus rapidement lorsqu'une personne indigente se rend dans un hôpital IRIS. Pour ce faire, il faut cependant que les hôpitaux s'astreignent à faire un début d'enquête, comme le CPAS l'aurait fait. Les hôpitaux privés veulent avoir la garantie que les réquisitoires tomberont mais ils ne souhaitent pas effectuer ce travail social. Dans les courriers mentionnés par M. Dejaer, les hôpitaux réclament aux CPAS le paiement des soins effectués sur des personnes indigentes après le délai de 40 jours. Une fois ce délai de 40 jours expiré, les CPAS ne peuvent plus se faire rembourser par l'Etat belge.

Mevrouw Viviane Teitelbaum zou willen weten wat er gepland is voor het ziekenhuis van Elsene. Het klopt dat er een principeakkoord is gesloten over het laboratoriumproject maar de studie is nog niet te berde gebracht in de raad van bestuur van IRIS. Het is dus nog te vroeg om dit punt naar voren te schuiven als verworven. Hij is ingenomen over de projecten maar de beslissingsprocedure moet worden geëerbiedigd.

De heer Paul Galand herhaalt dat de non-profitsector voortaan vertegenwoordigd is in de Economische en Sociale Raad. Hij zou willen weten of de vraagstelling van de interactie en de onderaanneming tussen deze investeringsplannen en het Brussels economisch weefsel al te berde is gebracht in de Economische en Sociale Raad in een « win-win ».

De heer Philippe Close poneert dat de voorzitter van het instituut Bordet ook voorzitter is van de Economische en Sociale Raad. Het IRIS-net is echter niet als dusdanig vertegenwoordigd in de Economische en Sociale Raad.

De heer Paul Galand zou ook willen weten of er nagedacht is over de problematiek van de crèches, de huisvesting, het rationeel gebruik van energie in de gebouwen en de kwaliteit van de materialen die gebruikt worden in het kader van deze investeringsplannen.

De heer Philippe Close poneert dat het antwoord van mevrouw Mouzon over de overeenkomst die de OCMW's bindt aan de IRIS-ziekenhuizen uiterst precies is en dat er niets aan toe te voegen is.

Het plan voor wederopbouwen strekt er uiteraard toe om besparingen te doen : de overgang van acht onthaaldiensten naar twee op de Hortasite, de stroomlijning van de operatiezalen, de heropbouw van Bordet die bedden van verschillende ziekenhuizen in een enkele site zal groeperen, de beste ambulante opvang, het laboratoriumproject, de afschaffing van bedden, enz. Alles gaat in de zin van een rationalisering van het medisch aanbod.

De spreker herhaalt dat een principeakkoord van de raad van bestuur van IRIS bestaat over de oprichting van een laboratorium. Een projectleider (geneesheer-bioloog) wordt aangesteld en er hebben vergaderingen plaats met de biologen van Sint-Pieter, van de UKZKF, van Brugmann en van Bordet. Hun conclusies worden verwacht vóór de raad van bestuur van IRIS en de lokale raden van bestuur worden ingeschakeld om onder meer na te gaan hoeveel analyses kunnen worden overgedragen aan dit laboratorium. Men moet uiteraard de dringende analyses behouden op de ziekenhuissite. Op dit moment moeten de analyses die minder dan vier uur duren op de ziekenhuissite plaatshebben. Het doel van de stadsziekenhuizen is uitvoeren wat IRIS-Zuid enkele jaren geleden heeft gedaan. Daarenboven kunnen de ziekenhuizen van IRIS-Zuid samen met die van de stad een beroep doen op dit laboratorium als ze dat wensen.

Mme Viviane Teitelbaum aimerait savoir ce qui est prévu pour l'hôpital d'Ixelles. Par ailleurs, s'il est vrai que le projet de laboratoire a fait l'objet d'un accord de principe, l'étude n'a pas encore été discutée au sein du conseil d'administration d'IRIS. Il est donc prématuré d'avancer ce point comme acquis. Il est enthousiasmant d'avoir des projets mais il convient de respecter le processus de décision.

M. Paul Galand rappelle que le secteur non-marchand est désormais représenté au sein du Conseil économique et social. Il aimerait savoir si la question des interactions et des sous-traitances entre ces plans d'investissements et le tissu économique bruxellois a déjà été abordé au sein du Conseil économique et social dans un sens « win-win ».

M. Philippe Close signale que le président de l'Institut Bordet est également président du Conseil économique et social. Le réseau IRIS n'est cependant pas représenté en tant que tel au sein du Conseil économique et social.

M. Paul Galand aimerait également savoir s'il existe une réflexion sur la problématique des crèches, du logement, de l'utilisation rationnelle d'énergie dans les bâtiments et de la qualité des matériaux utilisés dans le cadre de ces plans d'investissements.

M. Philippe Close indique que la réponse de Mme Mouzon concernant la convention liant les CPAS et les hôpitaux IRIS est extrêmement précise et qu'il n'a rien à ajouter.

Le plan de reconstructions vise évidemment à faire des économies : le passage de huit accueils à deux sur le site Horta, la rationalisation des blocs opératoires, la reconstruction de Bordet qui regroupera des lits de plusieurs hôpitaux dans un seul site, le meilleur accueil ambulatoire, le projet de laboratoire, la suppression de lits, etc. Tout va dans le sens d'une rationalisation de l'offre médicale.

L'orateur rappelle qu'un accord de principe du conseil d'administration d'IRIS existe sur la création d'un laboratoire. Un chef de projet (médecin biologiste) est désigné et des réunions ont lieu avec les biologistes de Saint-Pierre, de l'HUDERF, de Brugmann et de Bordet. Leurs conclusions sont attendues avant de repasser devant le conseil d'administration d'IRIS et les conseils d'administration locaux, pour déterminer notamment le nombre d'analyses qui pourront être transférées à ce laboratoire. Il faut évidemment garder les analyses d'urgence sur le site hospitalier. A l'heure actuelle, les analyses qui prennent moins de quatre heures doivent se dérouler sur le site hospitalier. L'objectif des hôpitaux de la ville est de réaliser ce qu'IRIS Sud a fait il y a quelques années. Par ailleurs, les hôpitaux d'IRIS Sud pourront rejoindre ceux de la ville au sein de ce laboratoire s'ils le souhaitent.

Het Brugmannziekenhuis beschikt over een crèche en Sint-Pieter heeft er een laten bouwen voor zichzelf en Bordet, op het Breughelplein. De heer Close denkt dat deze sector de ziekenhuisactiviteit moet laten varen want het beheer is zeer zwaar en de gemeenten beschikken al over crèches. Daartegenover staat dat er plaatsen moeten worden voorbehouden in de gemeentelijke crèches voor het personeel van de Irisziekenhuizen. Het net bouwt dus crèches uit en tracht het beheer te externaliseren. Dat is al het geval voor de crèche van Sint-Pieter en Bordet en het is de bedoeling van hetzelfde te doen met de crèche van het Brugmanziekenhuis. De gemeente zou het beheer overnemen en de crèche zou open zijn voor het personeel van het ziekenhuis en voor de lokale bevolking volgens het aantal beschikbare plaatsen.

Er is geen denkoefening over de kwestie van de huisvesting. Persoonlijk meent de spreker dat het personeel van de gemeenten en van de OCMW's (en dus van de IRIS-ziekenhuizen) een bevoorrechte toegang moet krijgen tot de openbare huisvesting. Het college van de stad Brussel heeft ten andere zonet een maatregel in die zin genomen inzake zijn openbaar vastgoedpark en dat van zijn OCMW.

De spreker poneert dat er geen enkel stedenbouwkundig project meer bestaat dat het rationeel gebruik van energie niet integreert. Een prijs is ten andere uitgereikt aan het Sint-Pieterziekenhuis door de minister van leefmilieu, te weten Evelyne Huytebroeck inzake het rationeel gebruik van energie.

De heer Dirk Thielens poneert dat het plan van het ziekenhuis van Elsene is in 2006 voorgesteld aan de raad van bestuur en dat het inzonderheid betrekking had op de operatiekwartieren en een bevallingszaal.

De heer Paul Galand legt de nadruk op het feit dat men niet mag stroomlijnen om te stroomlijnen. Men moet eerder zorgen voor een goede afstemming met de voorzienbare behoeften. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn toont aldus aan dat de oude en jonge bevolking zal toenemen in de toekomst. De volksvertegenwoordiger vraagt zich dus af of de behoeften aan geriatrie en pediatrie in aanmerking worden genomen in de plannen die zijn opgemaakt door het IRIS-net en of de bedden bijvoorbeeld kunnen worden aangepast en kunnen evolueren volgens de behoeften.

De heer Philippe Close poneert dat deze bedden genormaliseerde eenheden zijn. De overheveling van bedden is geen probleem in termen van heropbouw.

Er bestaan projecten in pediatrie en psychogeriatric . De pediatrie is een vergeten sector in de ziekenhuiseconomie want die is weinig rendabel. De oprichting van de UKZKF is ten andere op economisch vlak een ketterij. De spreker heeft niettemin niet de bedoeling om dit ziekenhuis af te schaffen want, in tegenstelling tot het economisch aspect, is het goed voor de volksgezondheid. De psychogeriatric

L'hôpital Brugmann dispose d'une crèche et Saint-Pierre en a fait construire une pour lui-même et Bordet, place Breughel. M. Close pense que ce secteur doit sortir de l'activité hospitalière car sa gestion est particulièrement lourde et les communes disposent déjà de crèches. En contrepartie, des places devront être réservées dans les crèches communales pour le personnel des hôpitaux Iris. Le réseau développe donc des crèches et essaie d'en externaliser la gestion. C'est déjà le cas pour la crèche de Saint-Pierre et Bordet et l'objectif est de faire de même avec la crèche de l'hôpital Brugmann. La commune en reprendrait la gestion et la crèche serait ouverte au personnel de l'hôpital et à la population locale selon le nombre de places disponibles.

Il n'existe pas de réflexion directe sur la question du logement. A titre personnel, l'orateur estime que le personnel des communes et des CPAS (et donc des hôpitaux IRIS) devrait avoir un accès privilégié au logement public. Le collègue de la Ville de Bruxelles vient d'ailleurs de prendre une mesure dans ce sens en ce qui concerne son parc immobilier public et celui de son CPAS.

L'intervenant signale qu'il n'existe plus un seul projet urbanistique qui n'intègre pas l'utilisation rationnelle de l'énergie. Un prix a d'ailleurs été remis à l'hôpital Saint-Pierre par la ministre de l'Environnement Evelyne Huytebroeck en ce qui concerne l'utilisation rationnelle de l'énergie.

M. Dirk Thielens précise que le plan de l'hôpital d'Ixelles a été proposé au conseil d'administration en 2006 et qu'il concerne notamment des quartiers opératoires et une salle d'accouchements.

M. Paul Galand insiste sur le fait qu'il ne faut pas rationaliser pour rationaliser. Il faut plutôt veiller à une bonne adéquation avec les besoins prévisibles. L'Observatoire de la Santé et du Social montre ainsi que les populations âgées et jeune vont augmenter dans le futur. Le député se demande donc si les besoins en gériatrie et en pédiatrie sont pris en compte dans les plans établis par le réseau IRIS et si, par exemple, les lits sont adaptables et peuvent évoluer en fonction des besoins.

M. Philippe Close précise que ces lits sont des unités normalisées. Le transfert de lits n'est pas un problème en termes de reconstruction.

Des projets existent en pédiatrie et en psychogériatrie. La pédiatrie est un secteur oublié dans l'économie hospitalière car il n'est pas rentable. La création de l'HUDERF est d'ailleurs une hérésie au niveau économique. L'orateur n'a pas néanmoins pas l'intention de supprimer cet hôpital car, contrairement à son aspect économique, il est un bienfait pour la santé publique. La psychogériatrie devra faire

moet bijzondere aandacht krijgen zoals dat het geval was voor de oncologie.

De heer Dirk Thielens herhaalt dat de IRIS-ziekenhuizen een reële vermindering van hun capaciteit hebben doorgevoerd (na de ambulante bocht en de gemiddelde verblijfsvermindering) alsook een vernieuwing van het aanbod. Bedden zijn van bestemming veranderd en zijn van de acute sector overgegaan naar de revalidatie of de geriatrie.

De heer Paul Galand vraagt of kan worden overwogen om een overlegplatform tussen de verschillende ziekenhuizen op te zetten ter wille van een zekere coherentie tussen de verschillende projecten.

De heer Philippe Close ziet daar geen graten in. De IRIS-projecten zijn echter klaar terwijl de andere ziekenhuizen minder ver staan. Men moet dus zien hoe ze zich positioneren. Daarnaast is een project van samenwerking met de Universiteit catholique de Louvain op de site van Sint-Lambrechts-Woluwe inzake pediatrie zeer ver gevorderd.

#### IV. Einde van de bespreking

Op 19 februari 2009 beslist de commissie om de besprekingen af te ronden en een verslag te publiceren.

– Vertrouwen wordt geschonken aan de rapporteur voor het opstellen van het verslag.

*De Rapporteur,*

André du BUS de WARNAFFE

*De Voorzitter,*

Jean-Luc VANRAES

l'objet d'une attention particulière comme cela a été le cas de l'oncologie.

M. Dirk Thielens rappelle que les hôpitaux IRIS ont procédé à une diminution de leur capacité réelle (suite au virage ambulatoire et à la diminution moyenne de séjour) ainsi qu'à une refonte de l'offre. Des lits ont ainsi changé d'affectation et sont, par exemple, passés du secteur aigu vers la revalidation ou la gériatrie.

M. Paul Galand demande s'il est envisageable de mettre en place une plate-forme de concertation entre les différents hôpitaux pour assurer une certaine cohérence de leurs différents projets.

M. Philippe Close n'y voit aucun inconvénient. Les projets d'IRIS sont cependant prêts alors que les autres hôpitaux sont moins avancés. Il faudra donc voir comment ils se positionnent. Par ailleurs, un projet de collaboration avec l'Université catholique de Louvain sur le site de Woluwe-Saint-Lambert en matière de pédiatrie est très avancé.

#### IV. Clôture des débats

En date du 19 février 2009, la commission décide de clore les débats et de publier un rapport.

– Confiance est faite au rapporteur pour la rédaction du rapport.

*Le Rapporteur,*

André du BUS de WARNAFFE

*Le Président,*

Jean-Luc VANRAES

## V. Bijlagen

## Bijlage 1

**Indicatieve programmatie van  
de ziekenhuisbedden in het Brussels Gewest**  
Bicommunautaire en monocommunautaire ziekenhuizen

## V. Annexes

## Annexe 1

**Programmation indicative  
des lits hospitaliers en Région bruxelloise**  
Hôpitaux bicommunautaires et monocommunautaires

	Programmatie/ Programmation	Erkende bedden/ Lits agréés	Zonder rekening te houden met de 37 % niet-Brusselse patiënten/ Sans prise en compte des 37 %/ de patients non bruxellois		Met inbegrip van de 37 % niet-Brusselse patiënten/ Avec prise en compte des 37 %/ de patients non bruxellois		
			Programmatie niet bereikt/ Programmation non atteinte	Overschrijding/ Dépassement	Aantal te beschouwen bedden/ Nombre de lits à prendre en considération	Programmatie niet bereikt/ Programmation non atteinte	Overschrijding/ Dépassement
<b>In de algemene en chronische ziekenhuizen/Dans les hôpitaux généraux et chroniques</b>							
Heelkunde en geneeskunde/Chirurgie et médecine	2.990	4.570		1.580	2.854	136	
Infectieziekten/Maladies infectieuses	31	30	1		19	12	
Revalidatie/Revalidation	536	818		282	511	25	
Psychiatrie in algemeen ziekenhuis/Psychiatrie en hôpital général	278	310		32	194	84	
Dag- of nachtpsychiatrie in algemeen ziekenhuis/Psychiatrie de jour ou de nuit en hôpital général	77	17	60		11	66	
Geriatric/Gériatrie	764	1.055		291	659	105	
Kraamkliniek/Maternité	519	422	97		264	255	
Kindergeneeskunde/Pédiatrie	600	421	179		263	337	
Neonatalogie/Néonatalogie	97	102		5	64	33	
<b>In de psychiatrische ziekenhuizen/Dans les hôpitaux psychiatriques</b>							
Acute psychiatrie/Psychiatrie aigüe	515	448	67		280	235	
Acute dag- of nachtpsychiatrie in algemeen ziekenhuis/Psychiatrie aigüe de jour ou de nuit en hôpital général	155	146	9		91	64	
Kinder- en jeugdpsychiatrie/Pédopsychiatrie	61	108		47	67		6
Dag- of nachtkinder- of jeugdpsychiatrie/Pédopsychiatrie de jour ou de nuit	61	64	633	3	40	21	
Chronische psychiatrie/Psychiatrie chronique	928	295			184	744	
Chronische dag- of nachtpsychiatrie in algemeen ziekenhuis/Psychiatrie chronique de jour ou de nuit en hôpital général	412	40	372		25	387	
Psychogeriatric/Psychogériatrie	237	0	237		0	237	
<b>Buiten de ziekenhuizen/En dehors des hôpitaux</b>							
Initiatieven voor beschut wonen/Initiatives d'habitation protégée	515	456	59		285	230	
Psychiatrie zorgcentra/Maisons de Soins Psychiatriques	619	202	417		126	493	

**Bijlage 2**

**Voorstelling van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn**

# Rekening houden met de noden van de bevolking bij de ziekenhuisprogrammatie

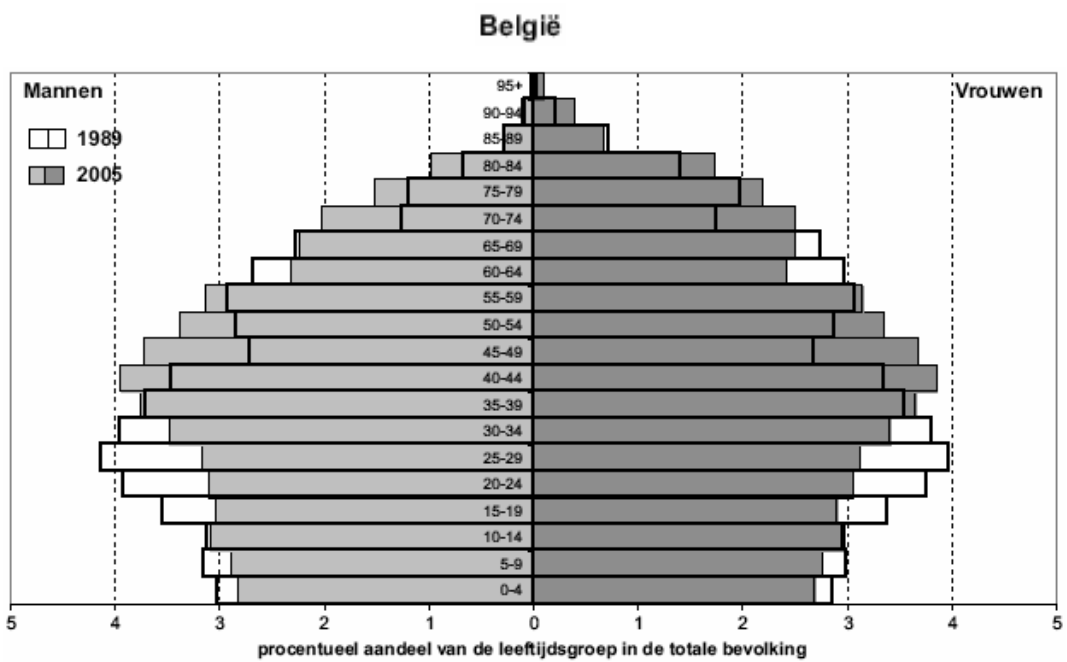
Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Hoorzitting Commissie Gezondheid 22 januari 2009

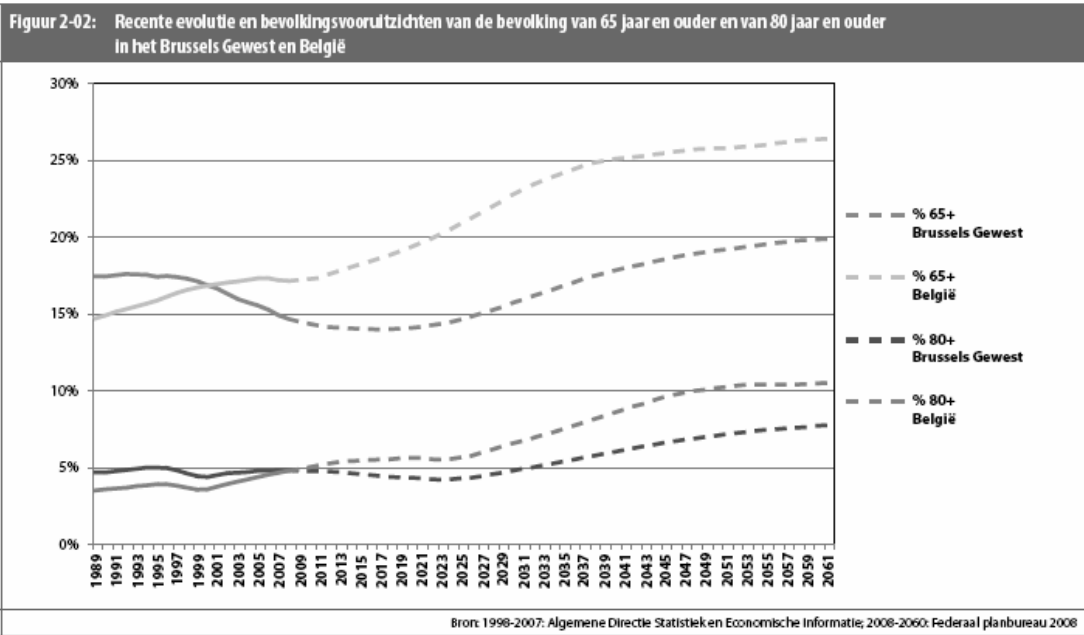
## Elementen om rekening mee te houden

- Eigenschappen van de populatie
  - Demografische evolutie
  - Epidemiologische evolutie
  - Sociologische evolutie
- Factoren verbonden aan de zorg
  - Aantrekkingskracht van de Brusselse ziekenhuizen
  - Evolutie van de zorgpraktijk
  - Evolutie van de zorgorganisatie

## Demografische evolutie

- Leeftijdsstructuur van de bevolking



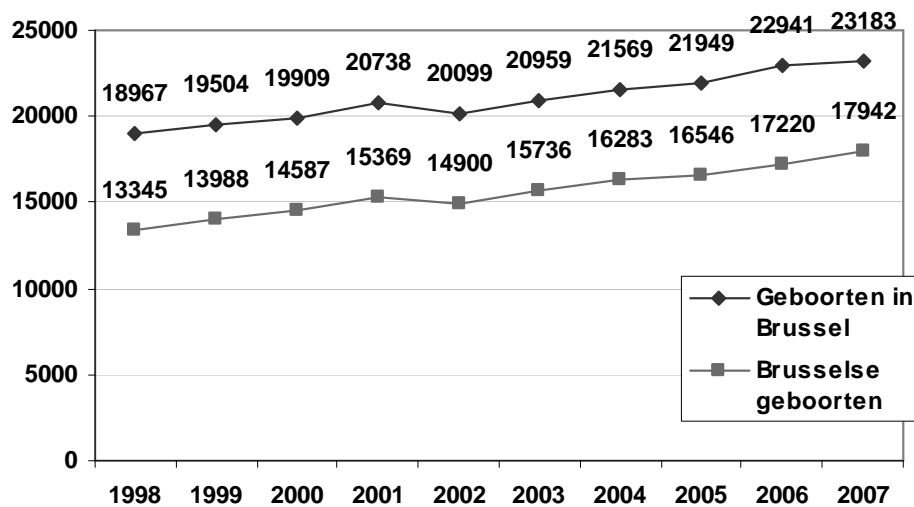




## Demografische evolutie

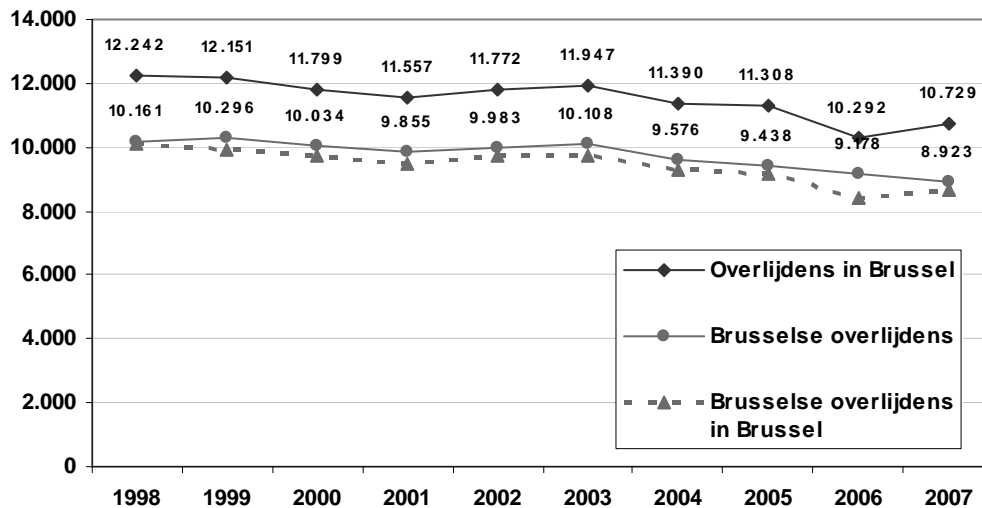
- Leeftijdsstructuur van de bevolking
- Evolutie van de geboortecijfers
- Evolutie van de sterftcijfers

### Evolutie van het aantal geboorten in Brussel en bij de Brusselse bevolking



Bron: statistische formulieren voor geboorte

## Evolutie van het aantal overlijdens in Brussel en bij de Brusselse bevolking

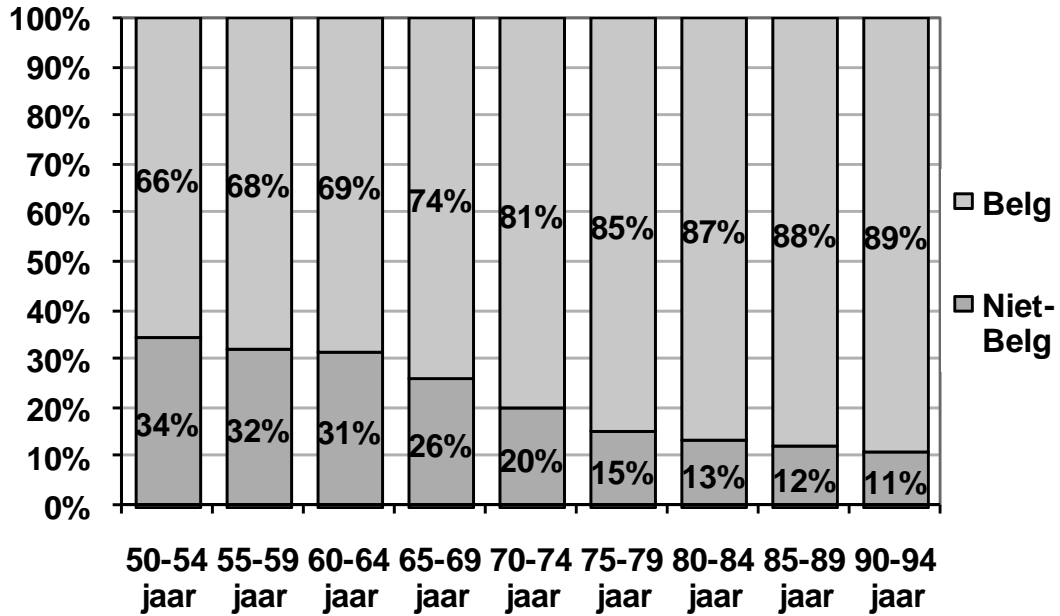


Bron: statistische formulieren voor overlijden

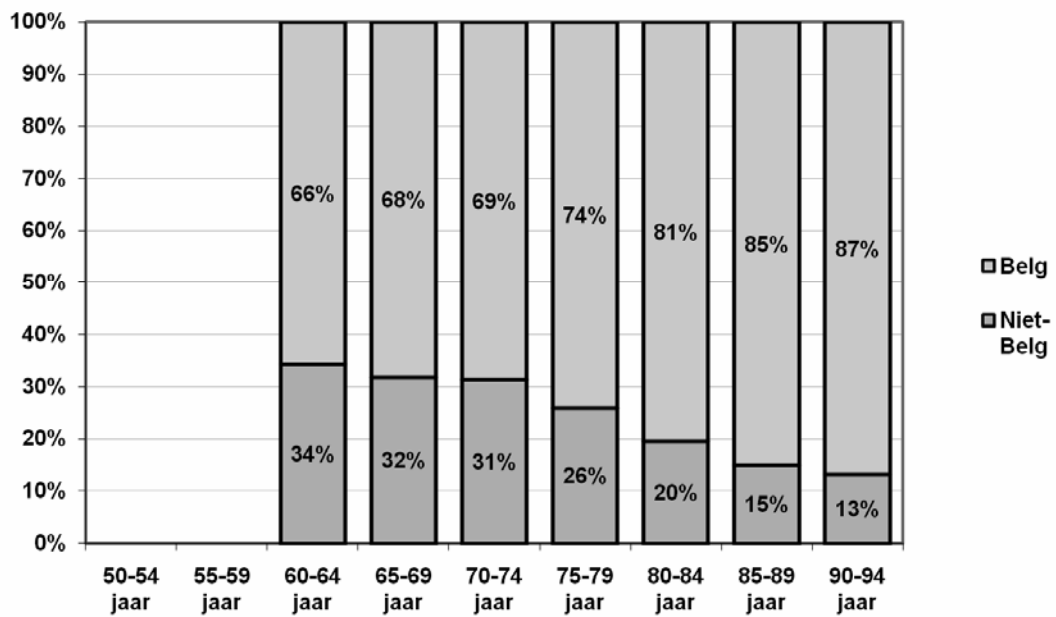
## Demografische evolutie

- Leeftijdsstructuur van de bevolking
- Evolutie van de geboortecijfers
- Evolutie van de sterftcijfers
- Migraties

### Situatie 2001



### Voorspelling 2011



## Epidemiologische evolutie

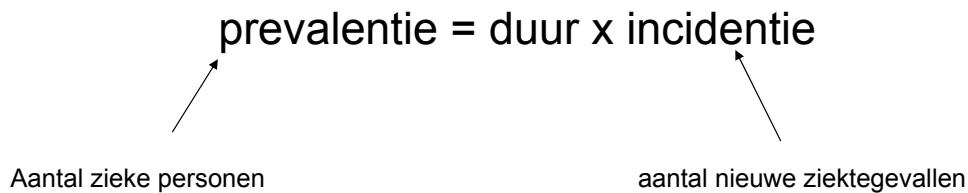
- Concentratiefenomeen

de levensverwachting stijgt en tegelijkertijd stijgt de levensverwachting zonder beperkingen en in goede gezondheid: gezondheidsproblemen concentreren zich meer en meer op het einde van het leven, verspreid over een alsmear kleiner aantal jaren

## Epidemiologische evolutie

- Concentratiefenomeen
- Prevalentie van chronische ziekten

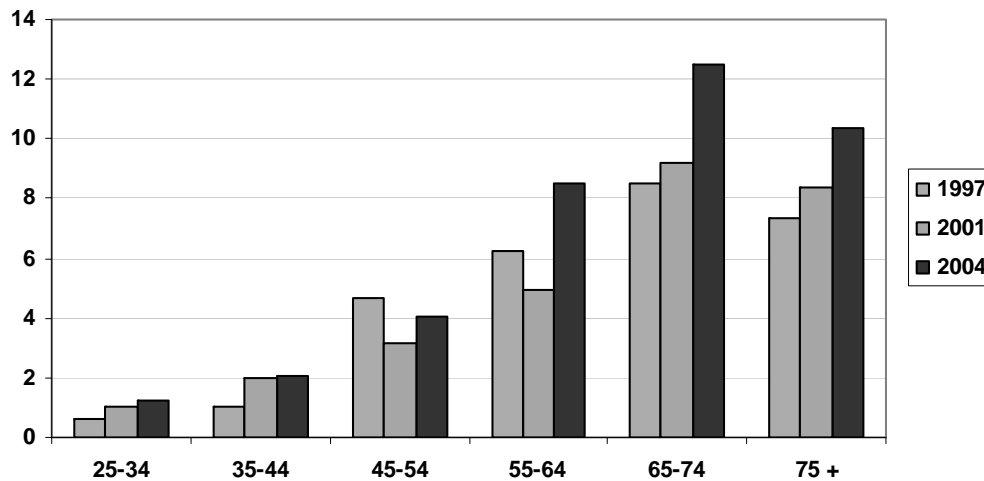
## Prevalentie van chronische ziekten



## Epidemiologische evolutie

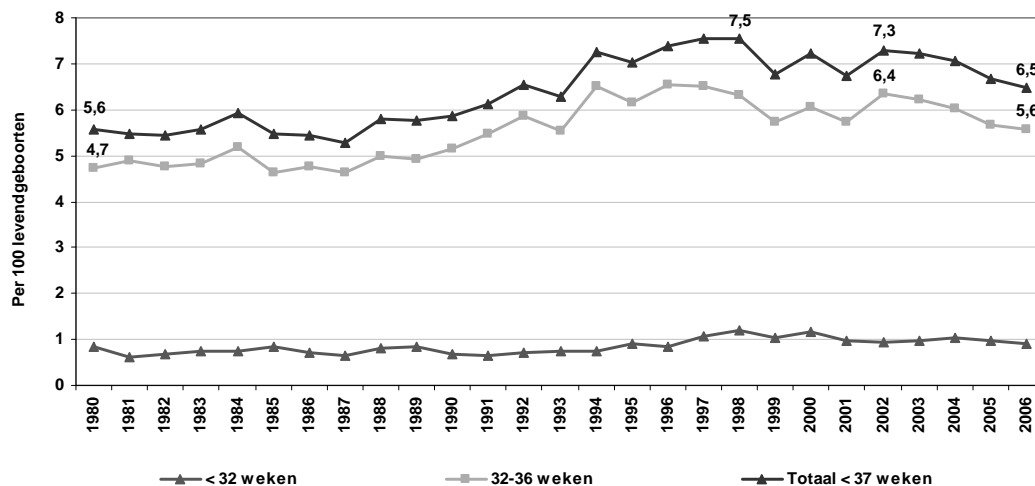
- Concentratiefenomeen
  - Prevalentie van chronische ziekten
  - Evolutie van de gezondheidsproblemen
- Stijging van geestelijke gezondheidsproblemen (vb. stijging van psychiatrische opnames), stijging van bepaalde gezondheidsproblemen verbonden met de levensstijl (vb. obesitas, diabetes) en een daling van andere gezondheidsproblemen (vb. longkanker)

## Evolutie van het % van de Brusselse bevolking met diabetes in functie van de leeftijd



Bron: nationale gezondheidsenquête

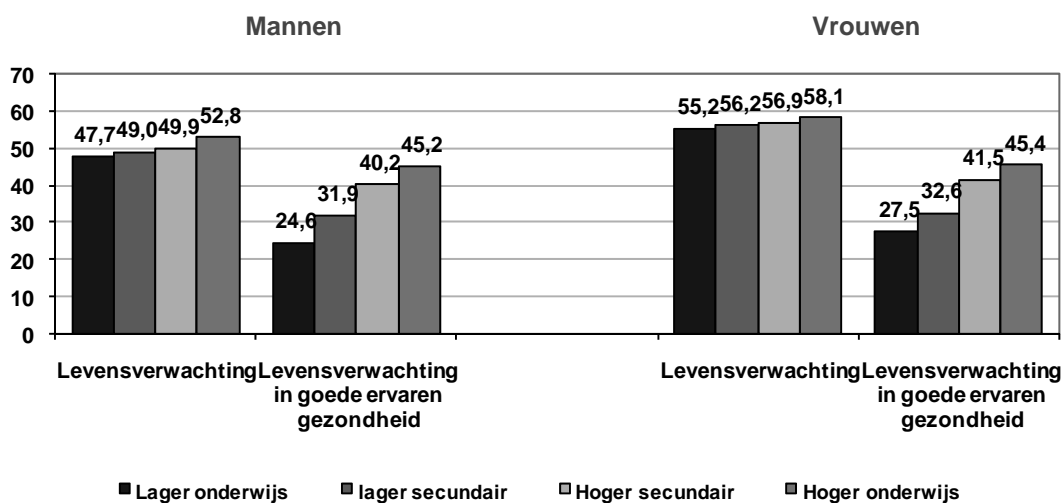
## Prevalentie van vroeggeboorten, Brussel, 1980-2006

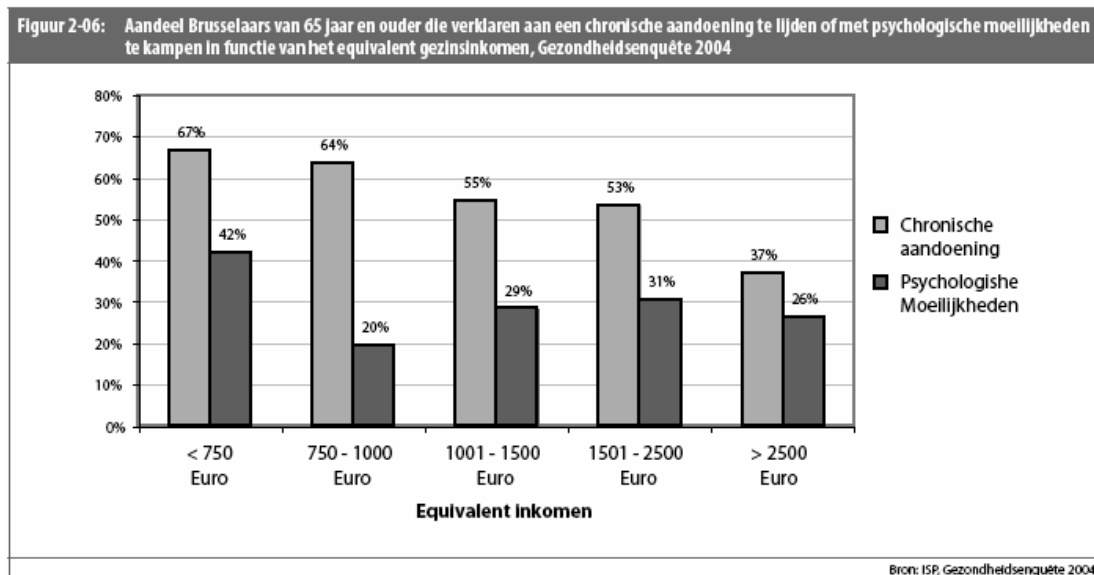


## Sociologische evolutie

- Kwetsbaarheid en isolement verhogen het risico op hospitalisatie en de duur van de opname
- De Brusselse populatie die de leeftijd bereikt waarop het voorkomen van gezondheidsproblemen begint toe te nemen, bevindt zich in een meer precaire situatie dan de huidige oudere bevolking

Levensverwachting en levensverwachting in goede gezondheid op 25 jaar, afhankelijk van het onderwijsniveau, Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1997





## Elementen om rekening mee te houden

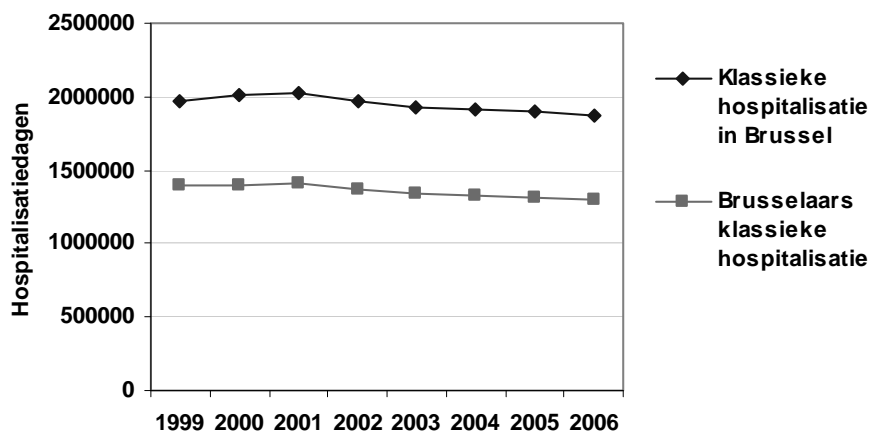
- Eigenschappen van de populatie
  - Demografische evolutie
  - Epidemiologische evolutie
  - Sociologische evolutie
- Factoren verbonden aan de zorg
  - Aantrekkingskracht van de Brusselse ziekenhuizen
  - Evolutie van de zorgpraktijk
  - Evolutie van de zorgorganisatie



## Aantrekkingskracht van de Brusselse ziekenhuizen

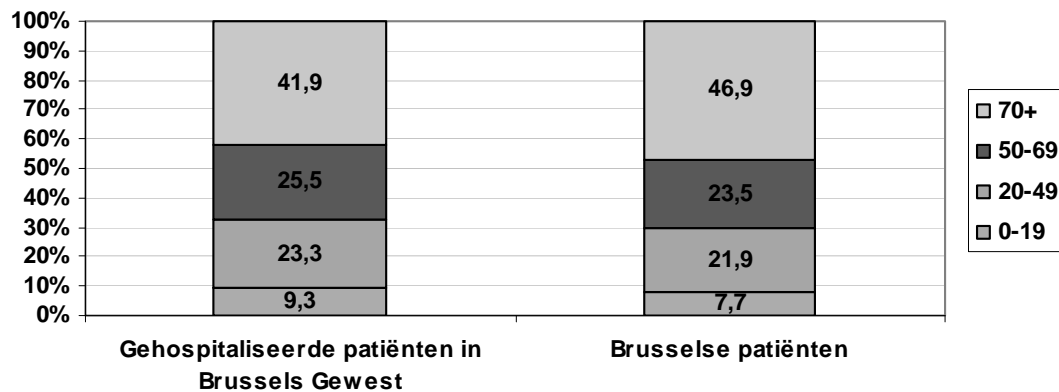
- 95% van de hospitaalverblijven van Brusselse inwoners vinden plaats in Brussel
- 38% van de verblijven in Brussel zijn afkomstig van niet-Brusselaars
- 11,6 patiënten komen binnen voor 1 uitgaande patiënt
- Afkomst binnenkomende patiënten: > 60% nabije omtrek, 35% niet aangrenzende arrondissementen

### Evolutie van het aantal klassieke hospitalisatiedagen van Brusselaars en patiënten gehospitaliseerd in Brussel, 1999–2006



Bron: MKG, FOD Gezondheid

## Leeftijdsverdeling van het aantal acute hospitalisatiedagen voor patiënten gehospitaliseerd in Brussel en Brusselse patiënten in 2006

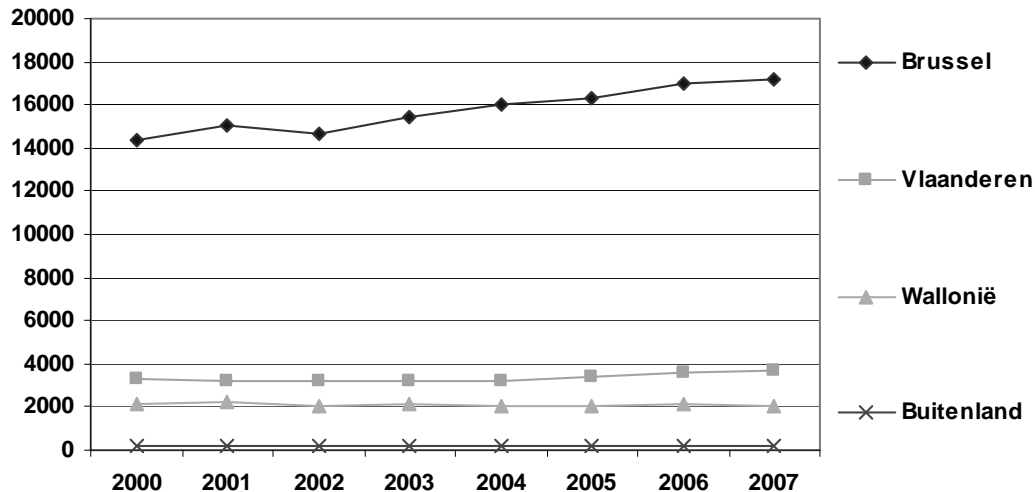


Bron: MKG, 2006

## Redenen voor hospitalisatie in Brussel

- Profiel erg gelijkend op het nationaal profiel
- Uitgezonderd:
- Het aandeel hospitalisaties verbonden aan een zwangerschap is groter dan elders (11%)
  - Aandeel hospitalisaties voor HIV infecties is hoger dan elders (0,3%)
  - Treklijster voor de categoriën: lymfomen en bloedkankers, pasgeborenen, cardiovasculaire aandoeningen, oogaandoeningen, HIV infecties

## Aantal geboorten in Brussel volgens de verblijfplaats van de moeder, 2000-2007

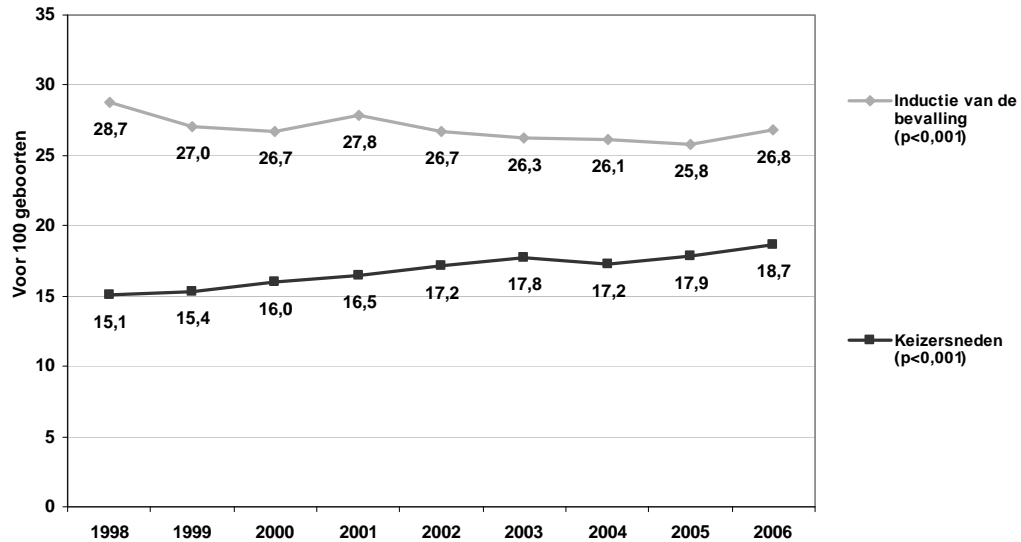


Bron: statistische formulieren voor geboorte

## Evolutie van de zorgpraktijk

- **Ontwikkeling van opsporingsprogramma's:**  
Kan het aantal hospitalisaties doen ↓ of ↑ (vb. Te voorziene stijging van het aantal hospitalisaties verbonden aan de opsporing van colorectale kankers)
- **Verbetering van de behandelingen:**  
Kan het aantal hospitalisaties doen ↓ of ↑ (stijging van het aantal behandelingen waarbij een hospitalisatie noodzakelijk is (vb. bloedingen als gevolg van cardiovasculaire behandeling), behandeling van steeds ouder wordende personen (vb. Kankers))
- **Ontwikkeling van preventie en de educatie van de patiënt**

## Verloskundige interventies, Brussel 1998-2006

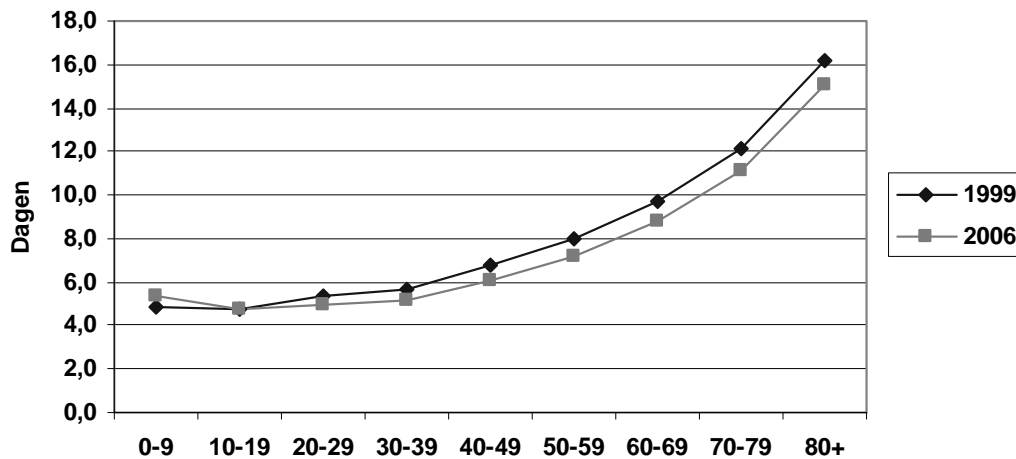


Perinatale gezondheidsindicatoren in het Brussels hoofdstedelijk gewest – Observatorium voor gezondheid en welzijn

## Evolutie van de zorgorganisatie

- Daling van de duur van een klassiek ziekenhuisverblijf

## Gemiddelde duur van een klassieke hospitalisatie in de Brusselse regio, per leeftijd, van 1999 tot 2006

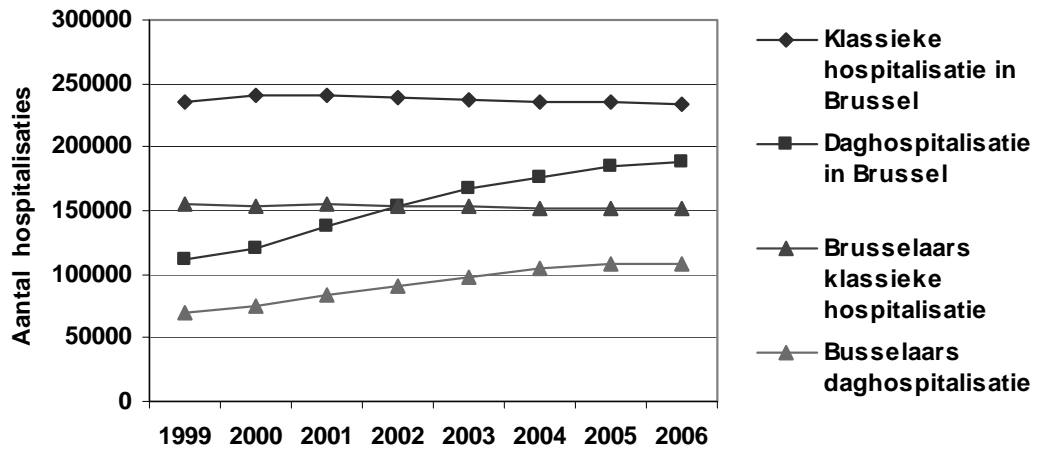


Bronnen: RCM, 1999-2006

## Evolutie van de zorgorganisatie

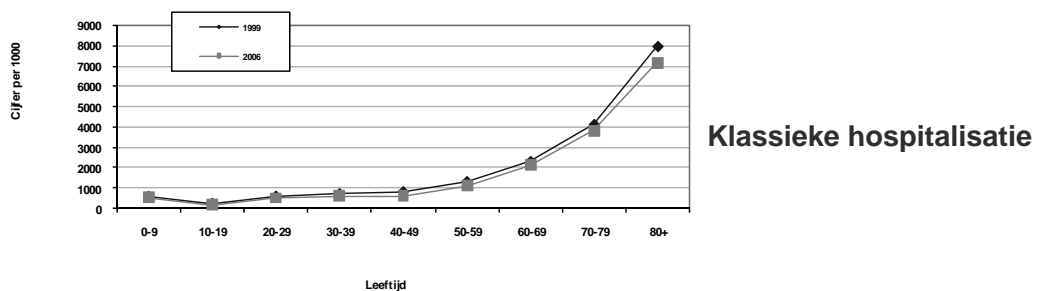
- Daling van de duur van een klassiek ziekenhuisverblijf
- Stijging van het aantal dagopnames

## Evolutie van het aantal klassieke ziekenhuisverblijven en daghospitalisaties voor de Brusselaars en de patiënten gehospitaliseerd in Brussel, 1999-2006

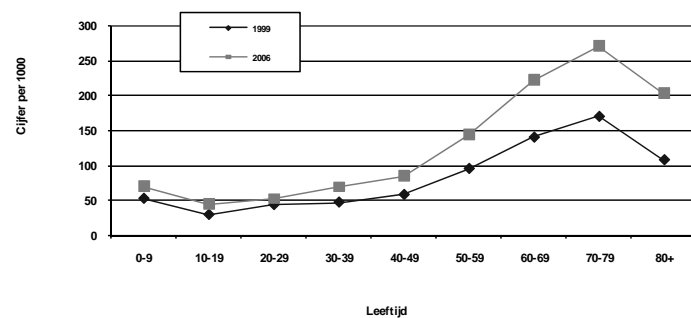


Bronnen: MKG, 1999-2006

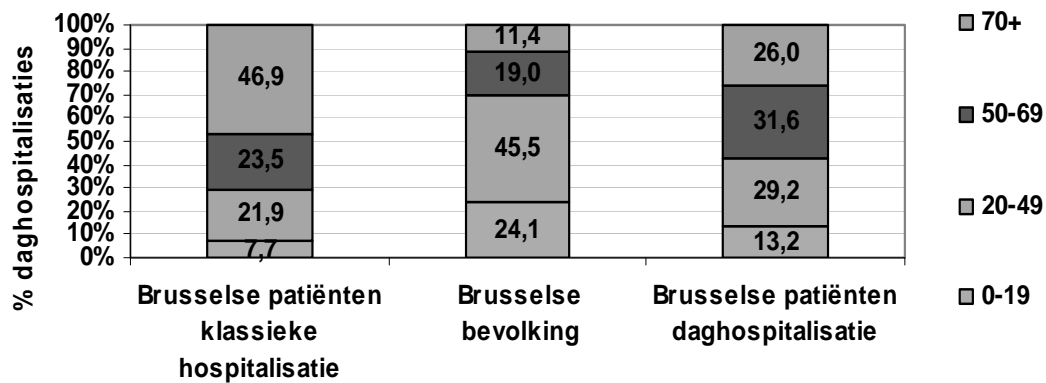
## Aantal dagen van hospitalisatie van Brusselaars, per leeftijd, 1999-2006



daghospitalisatie



## Verdeling naar leeftijd van de Brusselse populatie en van het aantal dagen klassiek ziekenhuisverblijf en daghospitalisaties, Brusselaars, 2006



Bronnen: MKG, Rijksregister, 2006

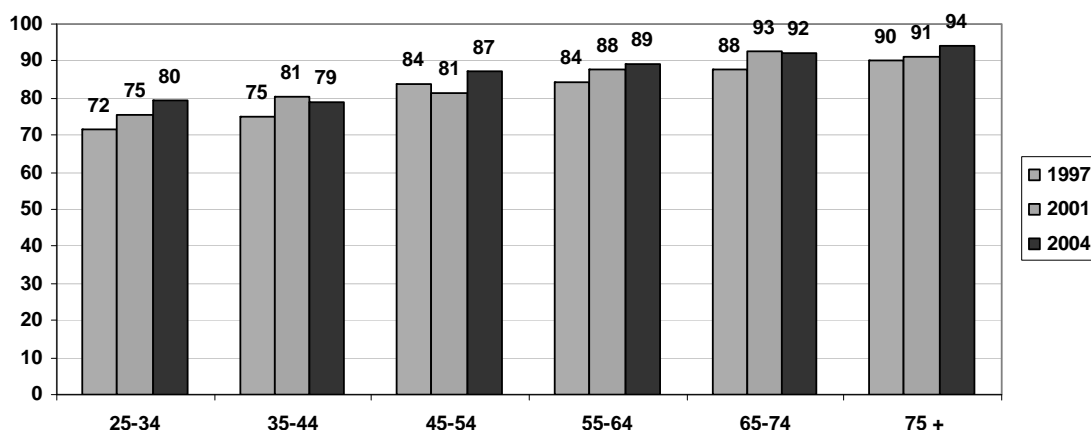
## Evolutie van de zorgorganisatie

- Daling van de duur van een klassiek ziekenhuisverblijf
- Stijging van het aantal dagopnames
- De plaats van hospitalisaties in het continuüm van zorg

## Evolutie van de zorgorganisatie

- 56% van aantal mensen ouder dan 60 jaar, sterft in het ziekenhuis (54% in Vlaanderen)
- Proportie van oudere personen in een zorginstelling is een beetje groter dan het nationale gemiddelde (6,8% vs 5,0% van het aantal ouder dan 60 jaar)
- Thuiszorg nog onvoldoende ontwikkeld: de gemiddelde uitgaven verbonden aan thuiszorg zijn 2,7 keer lager dan in Vlaanderen en 2,1 keer lager van in Wallonië
- Moeilijkheden in termen van de coördinatie van zorg
- Sleutelrol van de huisarts

### Evolutie van het percentage van de Brusselse bevolking met een vaste huisarts in functie van de leeftijd



Bron: nationale gezondheidsenquête



## Conclusies

- De elementen waarmee rekening moet worden gehouden zijn talrijk en niet altijd voorspelbaar
- De noden voor de allerjongste groep (materniteit, pediatrie) zullen toenemen
- Voor de oudere bevolking zal de evolutie van de hospitalisatiebehoefte nauw verbonden zijn met de ontwikkeling van alternatieve zorg
- De rol van de Brusselse ziekenhuizen overstijgt de noden van de Brusselse populatie

Annexe 2

Présentation de l'Observatoire de la Santé et du Social

# Tenir compte des besoins de la population pour la programmation hospitalière

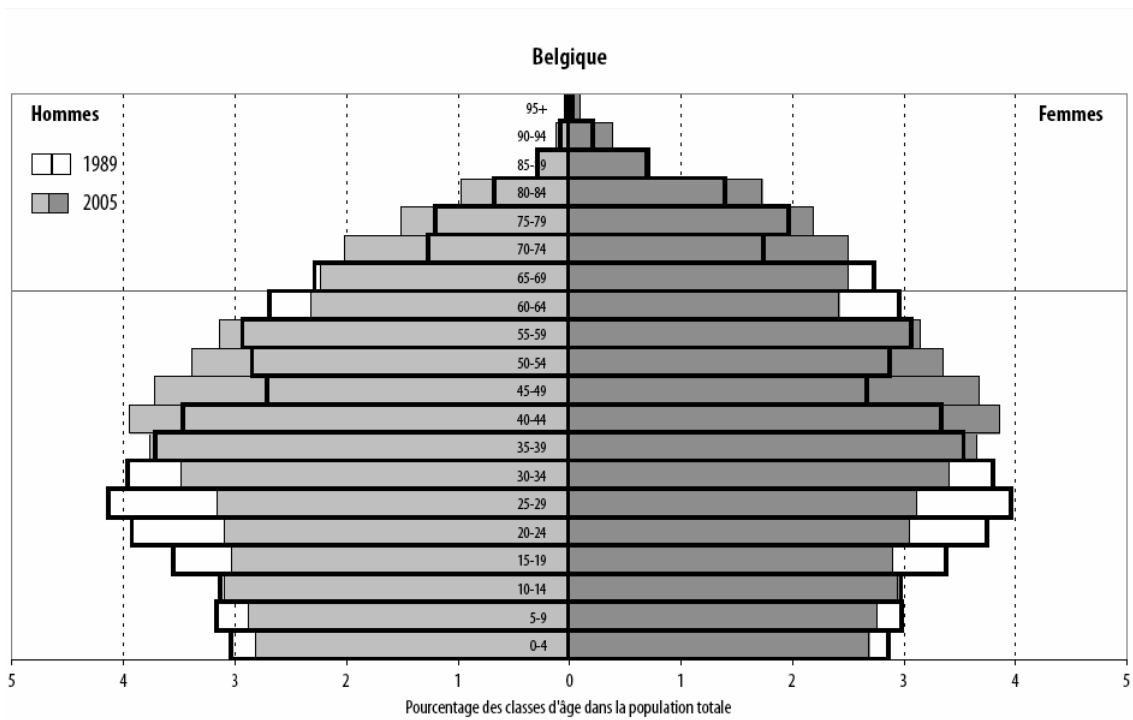
Observatoire de la santé et du social  
Audition commission santé 22 janvier 2009

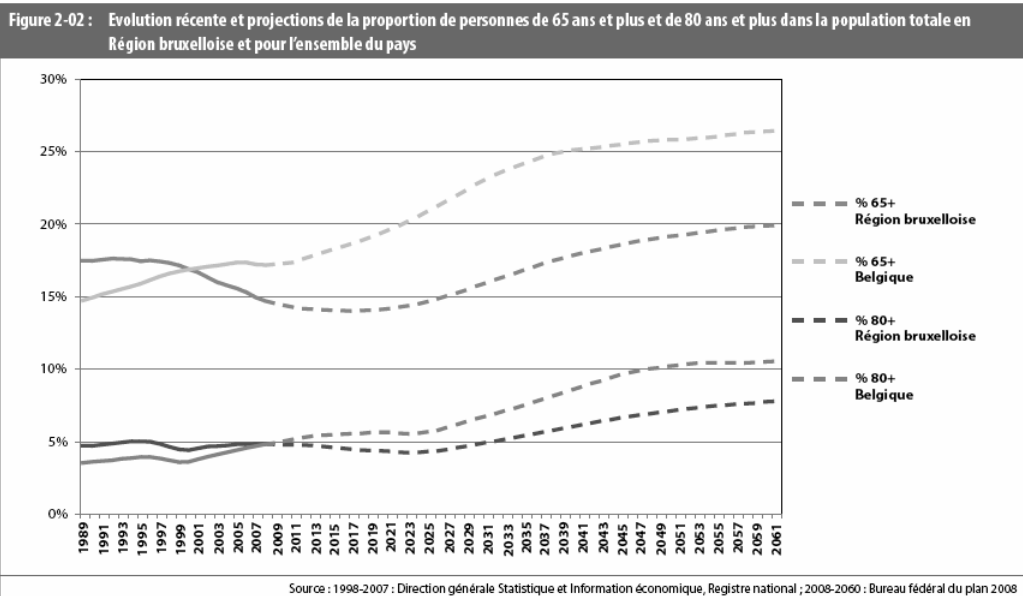
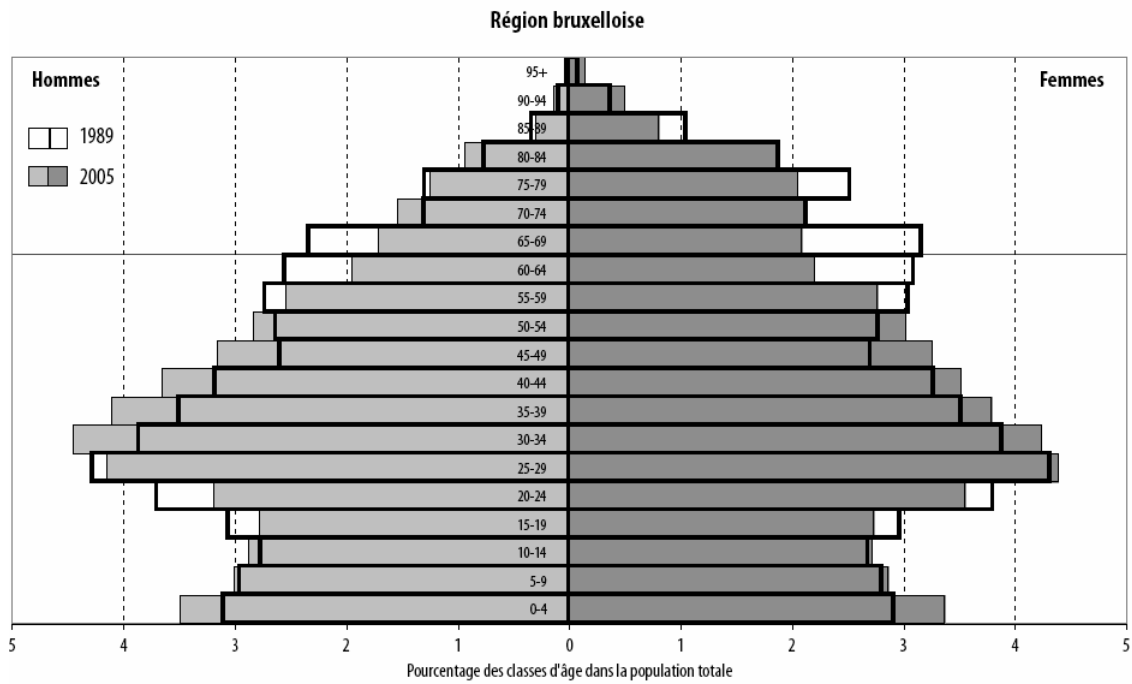
## Eléments à prendre en compte

- Caractéristiques de la population
  - Evolution démographique
  - Evolution épidémiologique
  - Evolution sociologique
- Les facteurs liés aux soins
  - L'attractivité des hôpitaux bruxellois
  - Evolution des pratiques
  - Evolution de l'organisation des soins

## Evolution démographique

- Structure d'âge de la population

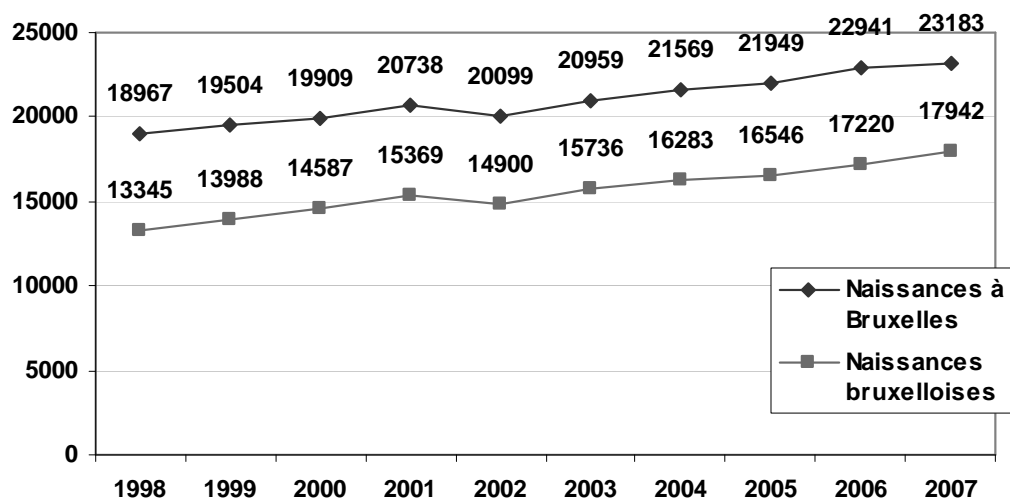




## Evolution démographique

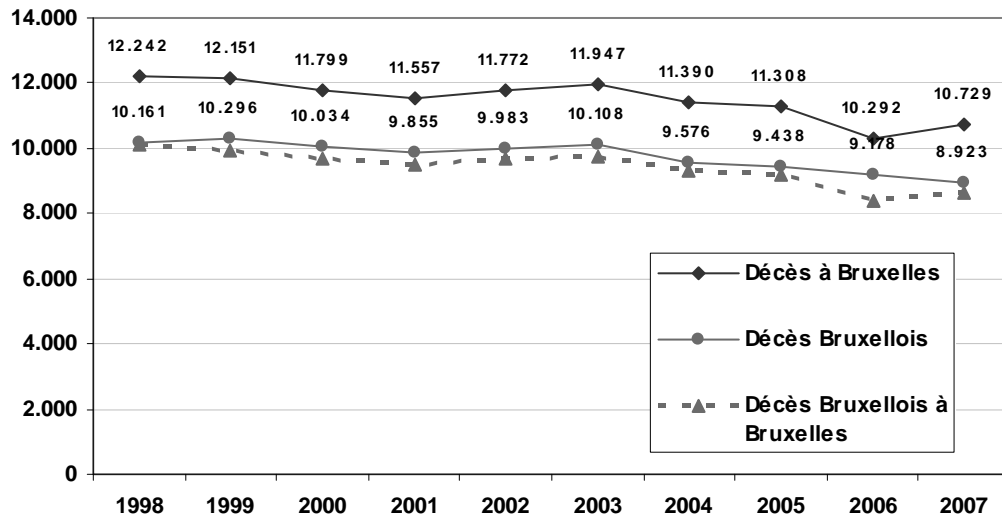
- Structure d'âge de la population
- Evolution du taux de natalité
- Evolution du taux de mortalité

### Evolution du nombre de naissances à Bruxelles et de Bruxellois



Source: Bulletins statistiques naissances

## Evolution du nombre de décès à Bruxelles et de Bruxellois

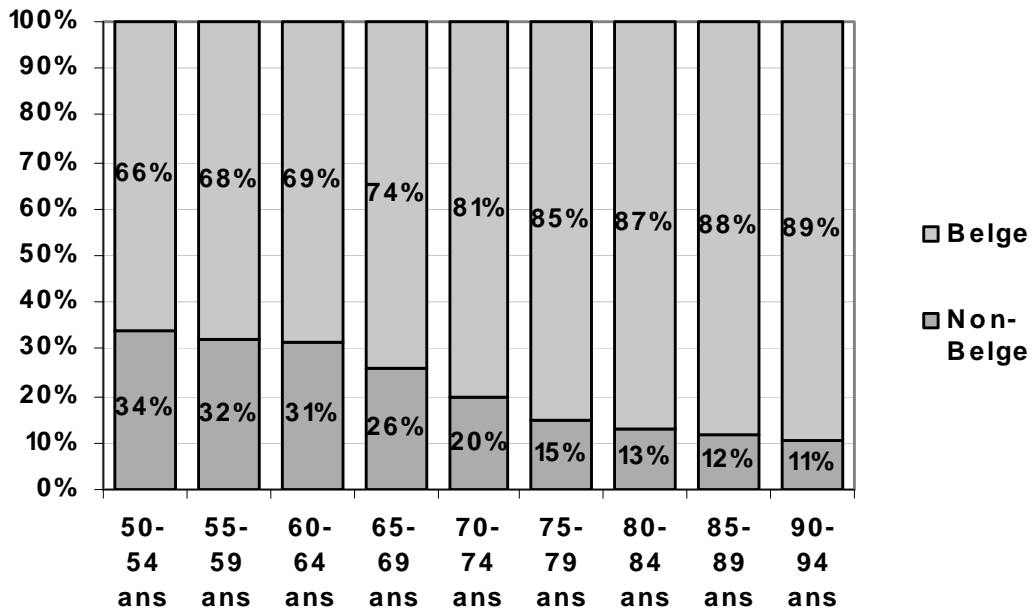


Source: Bulletins statistiques décès

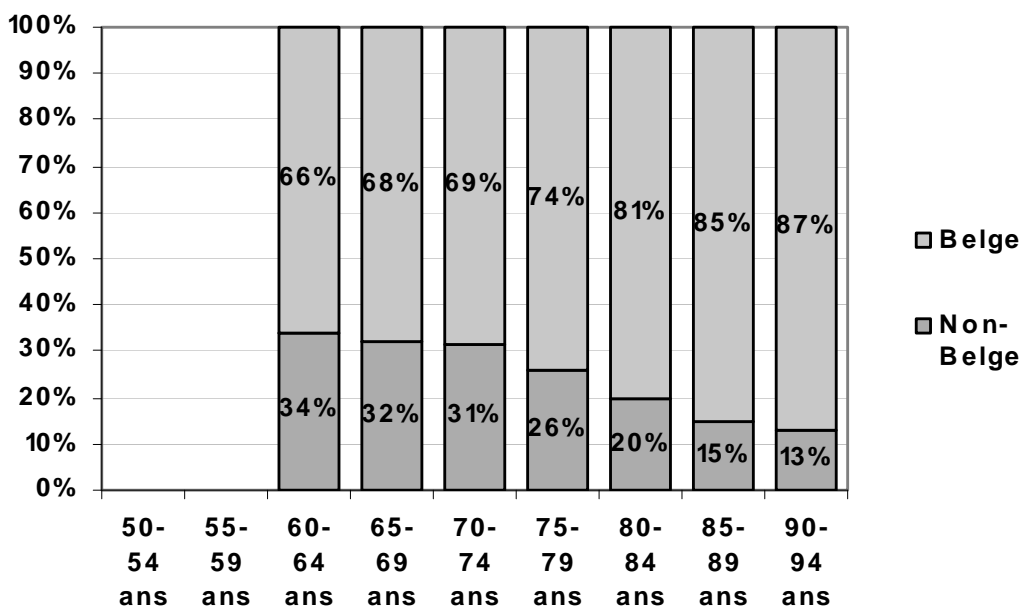
## Evolution démographique

- Structure d'âge de la population
- Evolution du taux de natalité
- Evolution du taux de mortalité
- Migrations

### Situation 2001



### Projection 2011



## Evolution épidémiologique

- Phénomène de concentration

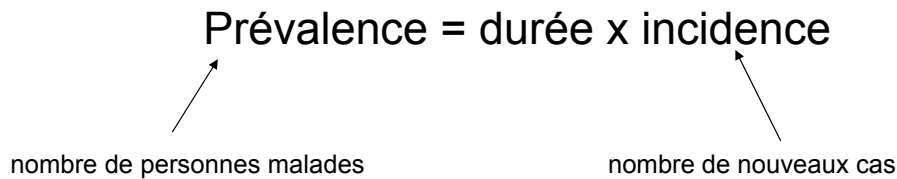
l'espérance de vie s'allonge et en même temps l'espérance de vie sans incapacité et en bonne santé s'allonge: les problèmes de santé se concentrent de plus en plus en fin de vie, au cours d'un nombre d'années de plus en plus réduit

## Evolution épidémiologique

- Phénomène de concentration
- Prévalence des maladies chroniques



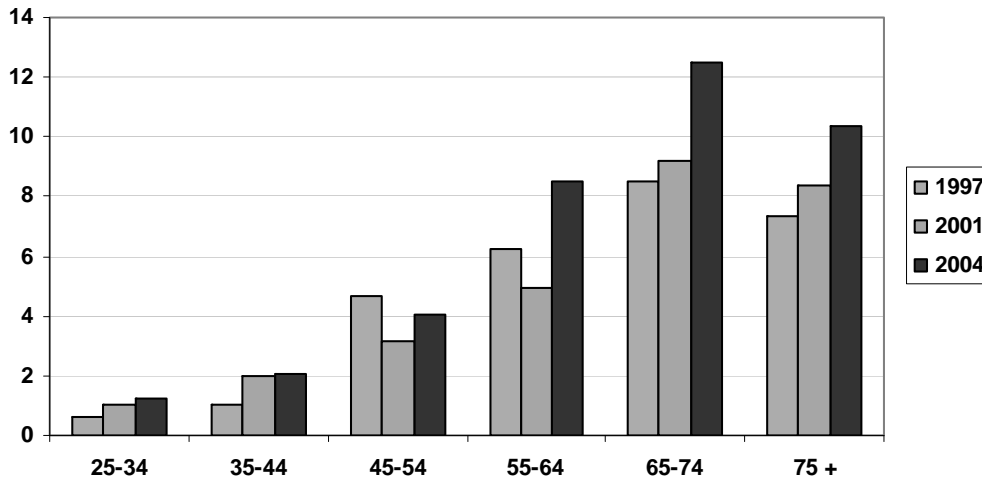
## Prévalence des maladies chroniques



### Evolution épidémiologique

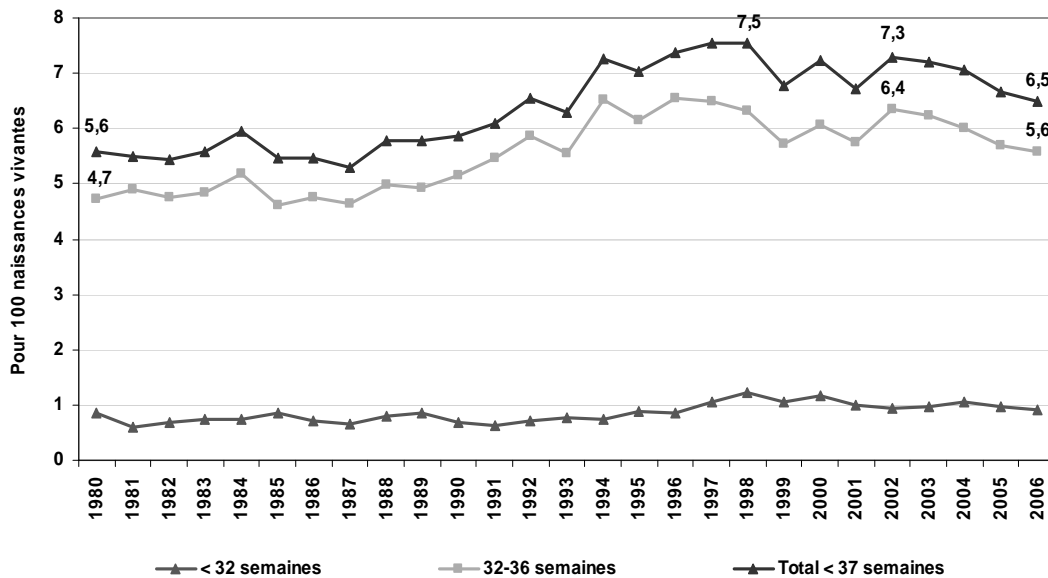
- Phénomène de concentration
  - Prévalence des maladies chroniques
  - Evolution des problèmes de santé
- augmentation des problèmes de santé mentale (ex. augmentation des hospitalisations psychiatriques), de problèmes liés aux styles de vie (ex. obésité, diabète) et diminution d'autres problèmes (ex. cancer du poumon)

## Evolution du % de la population bruxelloise déclarant un diabète en fonction de l'âge



Source: Enquête nationale de santé

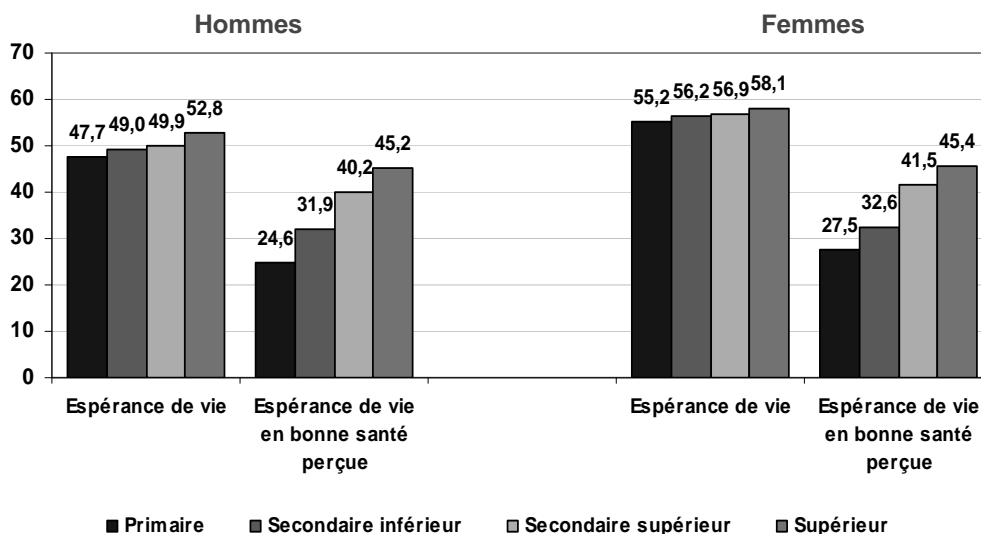
## Prévalence de la prématurité, Bruxelles, 1980-2006



## Evolution sociologique

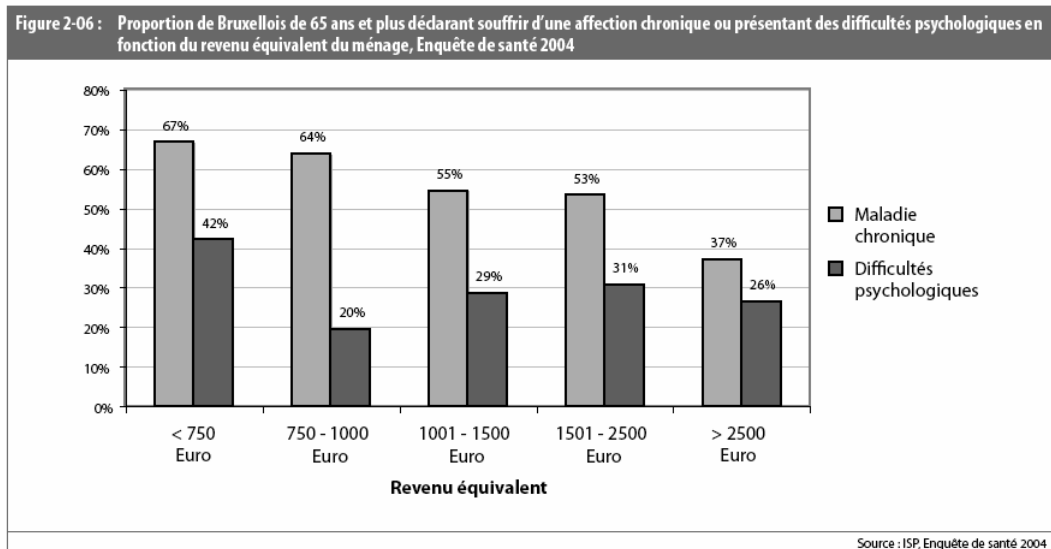
- Précarité et isolement augmentent le risque d'hospitalisation et la durée de séjour
- La population bruxelloise qui entre dans les âges où les problèmes de santé sont plus importants est dans une situation plus précaire que la population âgée actuelle

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 25 ans selon le niveau d'études, Région de Bruxelles-Capitale 1997



Source: Steunpunt demografie VUB, ISP Enquête de santé 1997





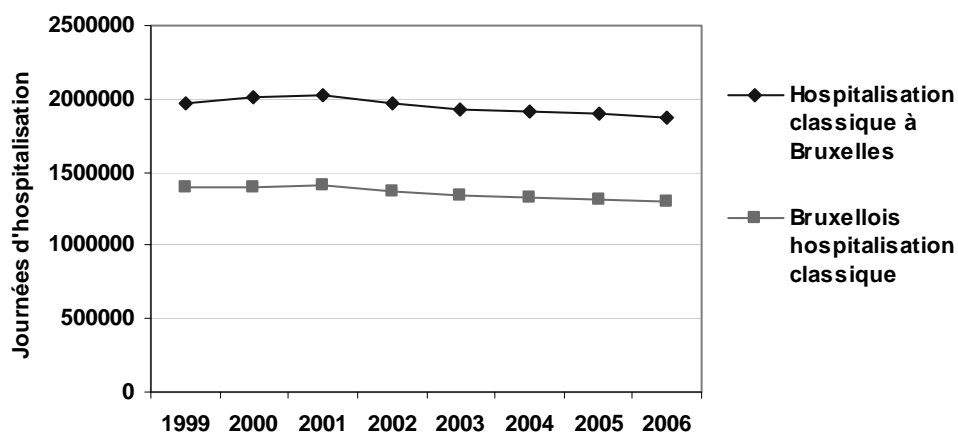
## Eléments à prendre en compte

- Caractéristiques de la population
  - Evolution démographique
  - Evolution épidémiologique
  - Evolution sociologique
- Les facteurs liés aux soins
  - L'attractivité des hôpitaux bruxellois
  - Evolution des pratiques
  - Evolution de l'organisation des soins

## Attractivité des hôpitaux bruxellois

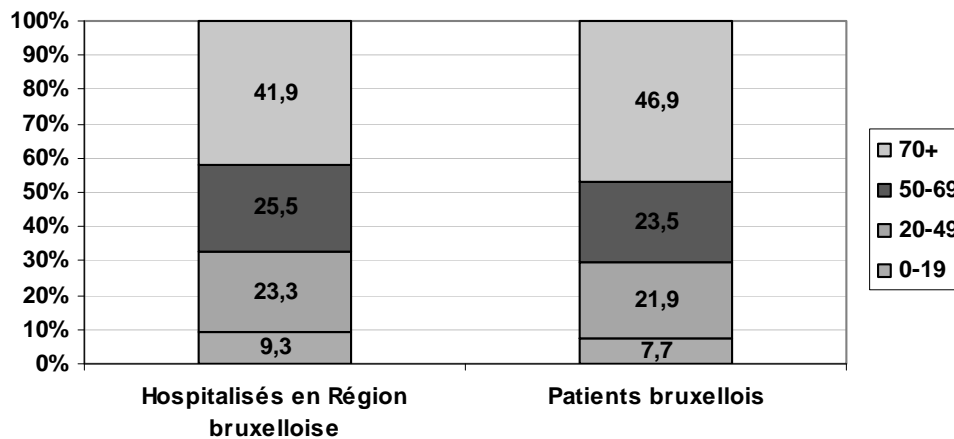
- 95% des séjours hospitaliers des résidents bruxellois sont effectués à Bruxelles
- 38% des séjours à Bruxelles sont le fait de non résidents
- 11,6 patients entrants pour 1 sortant
- Origine entrants: > 60% périphérie proche, 35% arrondissements non limitrophes

### Evolution du nombre de jours d'hospitalisation classique pour les Bruxellois et les patients hospitalisés à Bruxelles, 1999 à 2006



Source: RCM, SPF Santé

## Distribution par âge du nombre de journées d'hospitalisation aigue pour les patients hospitalisés à Bruxelles et les patients bruxellois en 2006



Sources: RCM, 2006

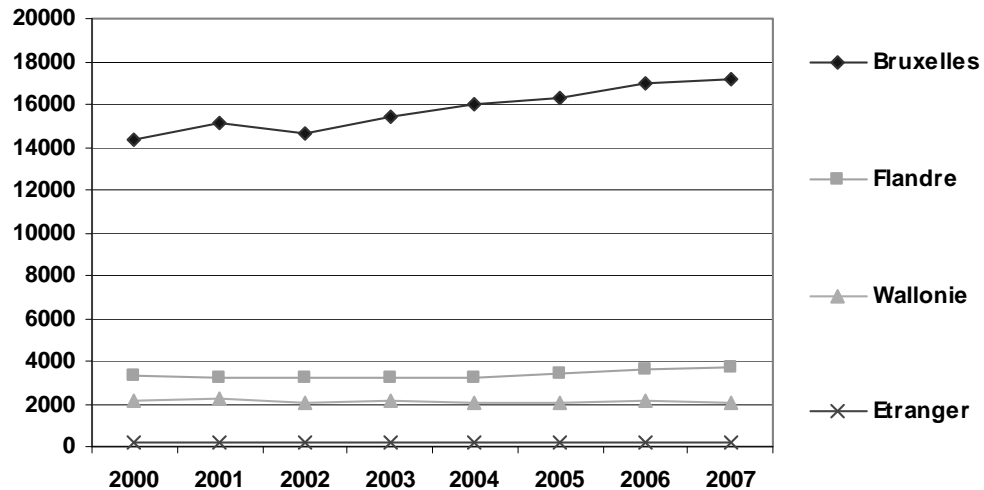
## Motifs d'hospitalisation à Bruxelles

- Profil très semblable au profil national

Sauf :

- Part des hospitalisation liées à la grossesse est plus importante qu'ailleurs (11%)
- Part des hospitalisation pour infections VIH plus élevée qu'ailleurs (0,3%)
- Pôle d'attractivité pour les catégories: Lymphomes et leucémies, Nouveau-nés, Maladies cardiovasculaires, Affections des yeux, Infections VIH

## Nombre de naissances à Bruxelles selon la région de résidence de la mère, 2000-2007

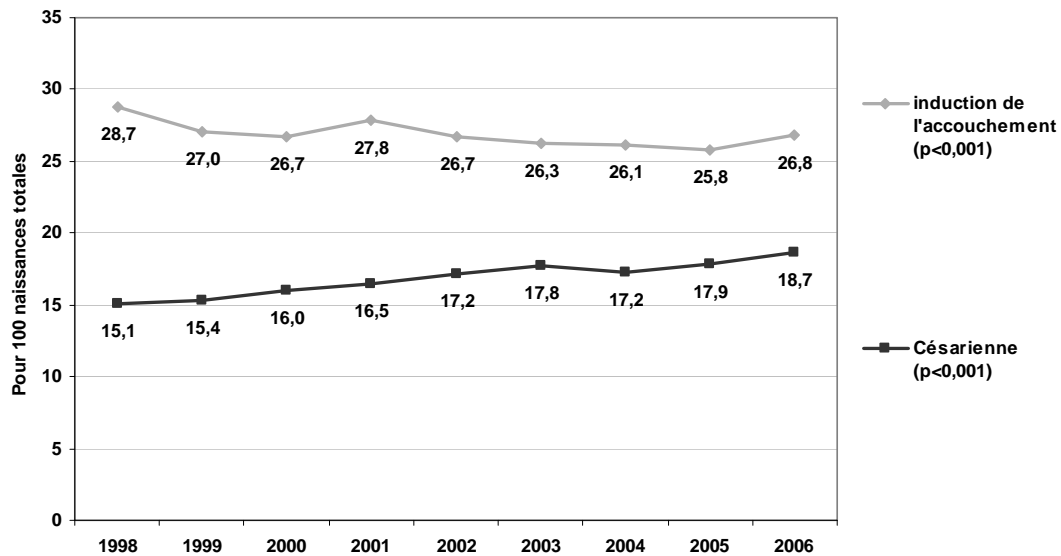


Source: Bulletins statistiques naissances

## Evolution des pratiques

- Développement des dépistages :  
peut ↓ ou ↑ les hospitalisations (ex. prévision d'augmentation des hospitalisations liées au dépistage du cancer colo-rectal)
- Amélioration des traitements:  
peut ↓ ou ↑ les hospitalisations (augmentation du nombre de traitements nécessitant une hospitalisation (ex. hémorragies suite traitements cardiovasculaires), traitement de personnes de plus en plus âgées (ex. cancers))
- Développement de la prévention et l'éducation du patient

## Interventions obstétricales, Bruxelles 1998-2006



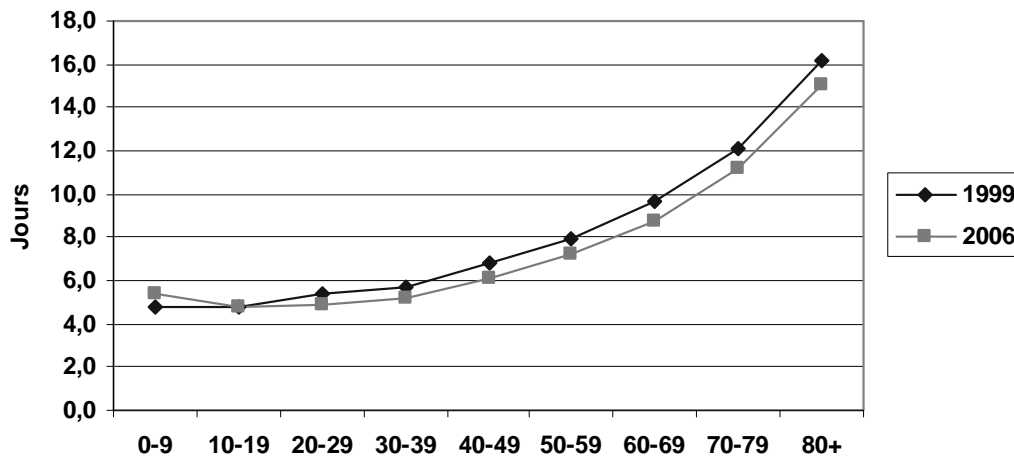
Les indicateurs de santé périnatale en région de Bruxelles-Capitale - Observatoire de la Santé et du Social

## Evolution de l'organisation des soins

- Réduction de la durée de séjour en hospitalisation classique



## Durée moyenne d'hospitalisation classique en Région bruxelloise, par âge et de 1999 à 2006

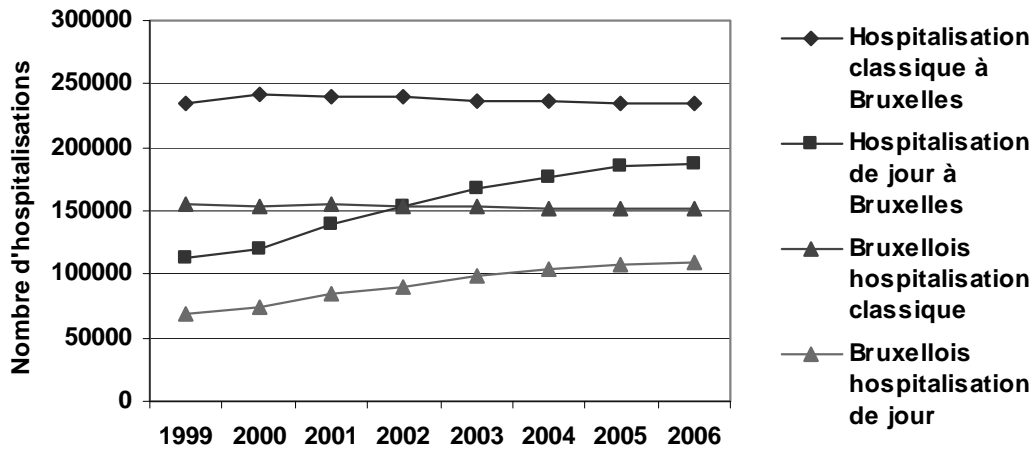


Sources: RCM, 1999-2006

## Evolution de l'organisation des soins

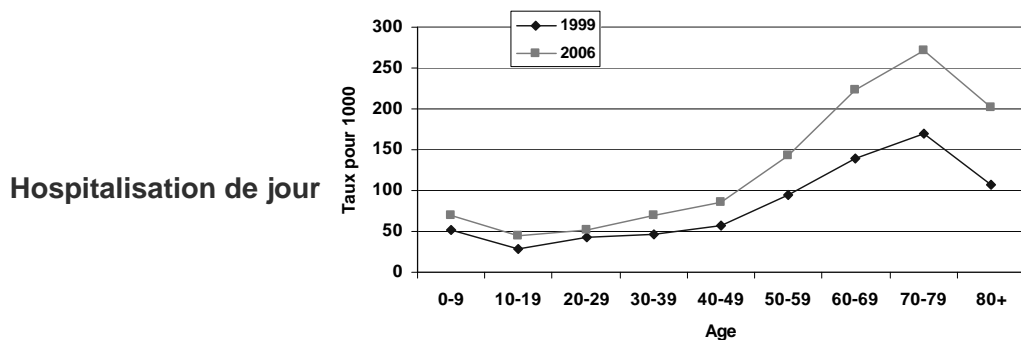
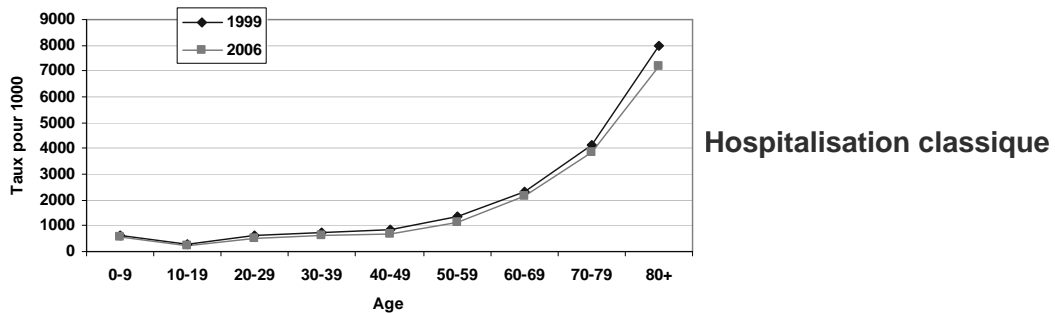
- Réduction de la durée de séjour en hospitalisation classique
- Augmentation des hospitalisations de jour

## Evolution du nombre d'hospitalisations classiques et de jour pour les Bruxellois et les patients hospitalisés à Bruxelles, 1999 à 2006

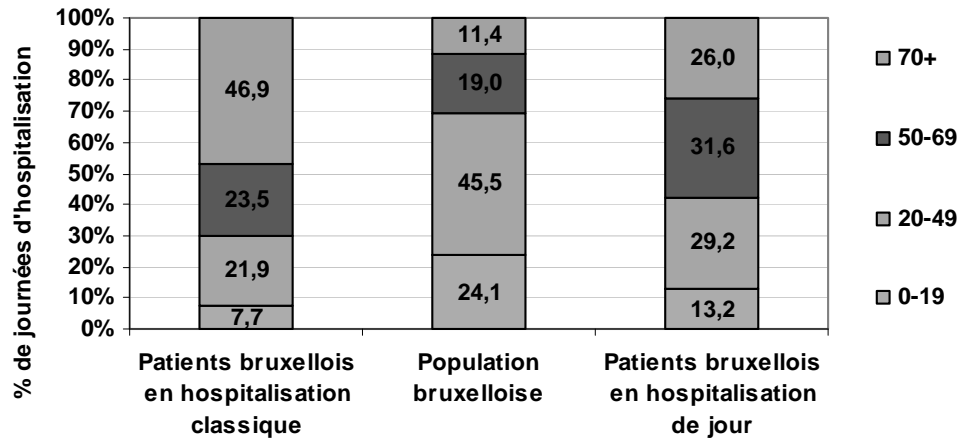


Sources: RCM, 1999-2006

## Taux de journées d'hospitalisation des Bruxellois par âge, 1999 et 2006



## Distribution par âge de la population et du nombre de journées en hospitalisation aiguë et de jour, Bruxellois, 2006



Sources: RCM, Registre national, 2006

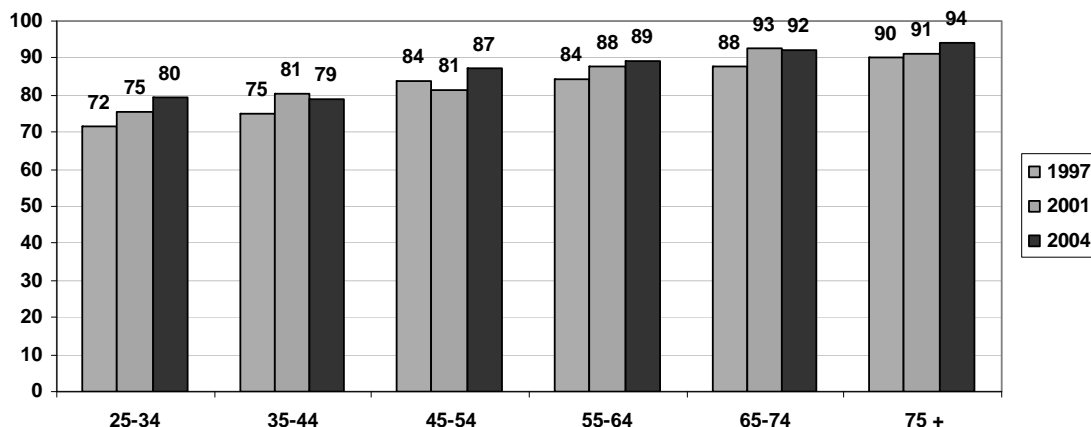
## Evolution de l'organisation des soins

- Augmentation des hospitalisations de jour
- Réduction de la durée de séjour en hospitalisation classique
- La place de l'hospitalisation dans le continuum des soins

## Evolution de l'organisation des soins

- 56% des plus de 60 ans décèdent à l'hôpital (54% en Flandre)
- Proportion de personnes âgées en institution un peu plus importante que la moyenne nationale (6,8% vs 5,0% des plus de 60 ans)
- Soins à domicile encore insuffisamment développés : les dépenses moyennes liées aux soins à domicile sont 2,7 fois moins élevées qu'en Flandre et 2,1 fois moins élevées qu'en Wallonie.
- Difficultés en termes de coordination des soins
- Rôle clé du médecin généraliste

### Evolution du % de la population bruxelloise avec MG attiré en fonction de l'âge



Source : Enquête nationale de santé

## Conclusions

- Les éléments à prendre en compte sont nombreux et pas toujours prévisibles
- Les besoins pour les plus jeunes (maternité, pédiatrie) devraient augmenter
- Pour la population âgée, l'évolution des besoins hospitaliers sera intimement liés au développement d'alternatives de soins
- Rôle des hôpitaux bruxellois dépasse les besoins de la population bruxelloise

**Bijlage 3**

**Voorstelling van de vzw CBI**

**Verenigde vergadering van de  
Gemeenschappelijke  
Gemeenschapscommissie  
Comité voor de gezondheid**

**Auditie van de vzw CBI**

22 januari 2009

1



**Ziekenhuizen  
Brussels Hoofdstedelijk Gewest**

- 1/3 openbare
- 2/3 privé, waarvan 50% CBI

2



Coordination Bruxelloise d'Institutions  
sociales et de santé asbl

Coördinatie van Brusselse Instellingen voor  
welzijnswerk en gezondheidszorg vzw

3



- federatie van Brusselse werkgevers
- non-profit privé verzorgingsinstellingen
- zorgnet van 4000 bedden en plaatsen
- coördinatiestructuur van ziekenhuizen

4



## ZIEKENHUIZEN CBI

- Cliniques Universitaires St-Luc
- Europaziekenhuizen
- Kliniek St-Jan
- Kliniek Fond’Roy
- Kliniek La Ramée
- Sanatia
- P.S.C. St-Alexius
- Le Bivouac
- Magnolia

5



## PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN INITIATIEVEN VAN BESCHUT WONEN

- PVT Sanatia
- Messidor
- Mandragora
- Nausicaa
- De Lariks
- Jan De Wachter
- Festina Lente

6





## RUSTOORDEN EN RVT'S

### VZW

- Magnolia
- Nazareth
- Home St.Jozef (Evere)
- Huize St.Monika
- Résidence du Puy
- Malibran Senior

7



## RUSTOORDEN EN RVT'S

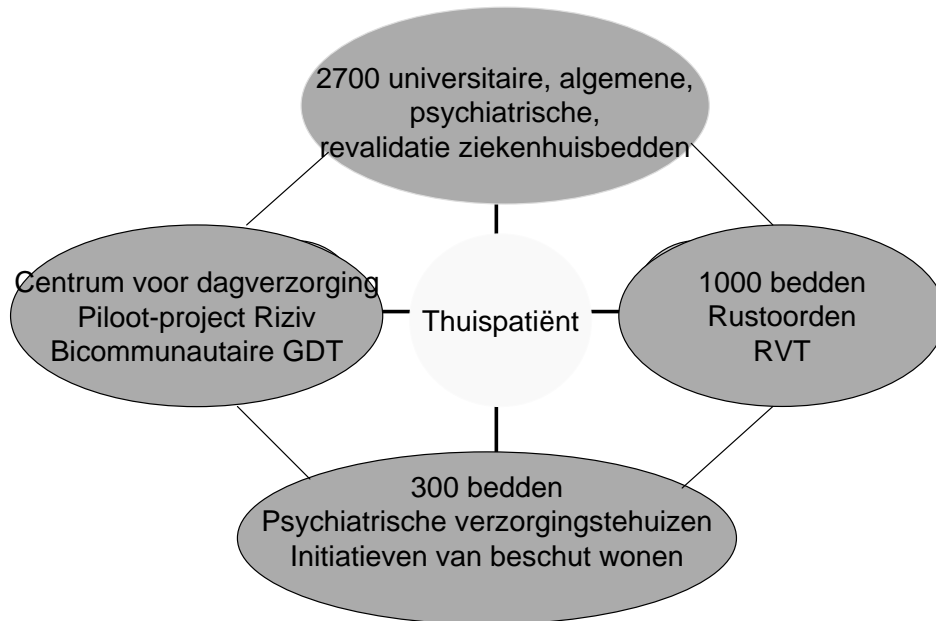
### VZW

- Instituut Regina
- Huize Onze-Lieve-Vrouw van Stokkel
- L'Olivier
- Home St-Jozef (Brussel)
- Residentie St-Anna
- Les Trois Pommiers
- Centrum voor dagverzorging St-Monika

8



## Zorgnet CBI



9



## Kenmerken van de ziekenhuizen van CBI

1. Belangrijke medisch-sociale opdracht
2. Goed beheer
3. Plicht tot financieel evenwicht
 

Voor de privé non-profitsector, m.a.w. de verzorgingsinstellingen van CBI, is winst een noodzaak; voor de commerciële sector daarentegen is het een doelstelling

10



## 1. Medisch-sociale opdracht van de ziekenhuizen van CBI

- In tegenstelling tot Frankrijk, zijn de opdrachten en verwezenlijkingen van de Belgische privé en openbare ziekenhuizen dezelfde. Dikwijls is er trouwens maar één ziekenhuis, zoals in Vlaanderen, afkomstig uit de fusie van een openbaar ziekenhuis en een privé ziekenhuis.
- In Brussel bijvoorbeeld, zijn de 6 MUG's als volgt verdeeld:
  - 3 in de universitaire privé ziekenhuizen
  - 1 in een algemeen privé ziekenhuis
  - 2 in de openbare ziekenhuizen.

11



## Medisch-sociale opdracht

De ziekenhuizen van CBI :

- verzorgen talrijke minderbedeelde patiënten
- die niet afhangen van het OCMW
- aan sociale tarieven
- maar voor wie de factuur onbetaald zal blijven
- nemen 42 % op van de in Brussel 1200 toegepaste opnemingen ter observatie per jaar

12



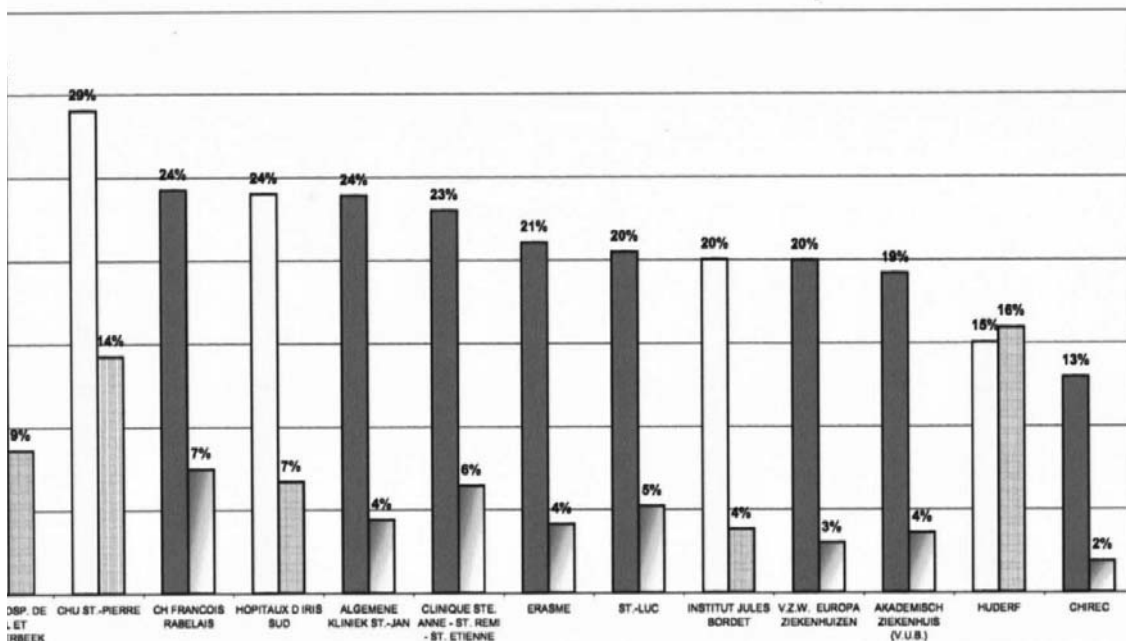
## de ziekenhuizen van CBI verzorgen talrijke minderbedeelden

- Studie van de Landsbond van christelijke mutualiteiten – december 2003

101 en 111 = rechthebbenden sociale MAF  
 111 = zij die, binnen de sociale MAF,  
 genieten van een verhoogde  
 tegemoetkoming, omwille van hun zeer  
 lage inkomsten

13

Secteur hospitalier de Bruxelles: % admissions "Franchise Sociale" et codes 101 et 111  
 Données 2001



## Zij verzorgen de minderbedeelden die niet afhangen van het OCMW

- Er zijn 2 soorten minderbedeelden :
  - Zij die afhangen van het OCMW die hen naar de Iris-ziekenhuizen stuurt en hun factuur betaalt. De Brusselse OCMW's hebben hieromtrent een exclusiviteitsakkoord met de Iris-ziekenhuizen en weigeren het uit te breiden naar de privé-ziekenhuizen
  - De vele anderen die niet afhangen van het OCMW en die een privé-ziekenhuis kiezen. Zij worden er gratis verzorgd terwijl de meeste Brusselse OCMW's weigeren tussen te komen in hun kosten

15

## De federale financiering van het ziekenhuis voor de zorgen aan minderbedeelden

De federale overheid financieert de ziekenhuizen voor de minderbedeelden die zij verzorgen.

Maar zij doet dit volgens partijdige criteria die de ziekenhuizen die patiënten verzorgen, gestuurd door de OCMW's, bevoordeligen.

16



## De ziekenhuizen van CBI passen sociale tarieven toe

Zich laten verzorgen in een 2-persoonskamer in de Europaziekenhuizen of in St.Luc is minder duur dan in St.Pieter, Brugmann of Iris Zuid

- Website van de christelijke mutualiteiten  
« vergelijking ziekenhuistarieven »
- Website van de socialistische mutualiteiten  
« coûts hospitaliers » - april 2006

17

### Vergelijking ziekenhuistarieven

Website christelijke mutualiteiten

#### Uw keuze

Type hospitalisatie Ziekenhuisopname met minstens één overnachting  
 Type dienst/pathologie Dienst interne geneeskunde  
 Type kamer Kamer voor twee personen

gegevens 2007, versie 24-11-08

#### Vergelijking tarieven

	EUROPA ZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE Brussel (Ukkel)	CHU SAINT- PIERRE - UMC SINT- PIETER Brussel	CHU. BRUGMANN - UVC. BRUGMANN Brussel (Laken)	HOPITAUX D'IRIS SUD - ZIEKENHUIZEN IRIS ZUID Brussel (Elsene)	Nationale mediaan waarde
<b>Kostencategorieën</b>					
<b>Toegepast % voor de supplementen</b>					
op de erelonen	0,00 %	( 0,00 % )	0,00 %	1,00 %	0,00 %
op het materiaal	3,00 %	0,00 %	21,00 %	4,00 %	1,00 %
<b>Bedrag (mediaan)</b>					
niet-terugbetaalde geneesmiddelen	7,00 €	14,00 €	12,00 €	10,00 €	6,00 €
diverse kosten	6,00 €	5,00 €	7,00 €	7,00 €	5,00 €
kamersupplement per dag	21,00 €	21,00 €	21,00 €	21,00 €	18,00 €
<b>Totaal bedrag (mediaan)</b>					
remgeld	141,00 €	196,00 €	154,00 €	158,00 €	
supplementen	109,00 €	106,00 €	120,00 €	169,00 €	
factuur	265,00 €	307,00 €	298,00 €	341,00 €	

18

## Vergelijking ziekenhuistarieven

Website christelijke mutualiteiten

## Uw keuze

Type hospitalisatie	Ziekenhuisopname met minstens één overnachting
Type dienst/pathologie	Dienst heelkunde
Type kamer	Kamer voor twee personen

Nieuwe selectie

gegevens 2007, versie 24-11-08

## Vergelijking tarieven

	EUROPA ZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE Brussel (Ukkel)	CHU SAINT- PIERRE - UMC SINT- PIETER Brussel	CHU. BRUGMANN - UVC. BRUGMANN Brussel (Laken)	HOPITAUX D'IRIS SUD - ZIEKENHUIZEN IRIS ZUID Brussel (Elsene)	Nationale mediaan waarde
<b>Kostencategorieën</b>					
<b>Toegepast % voor de supplementen</b>					
op de erelonen	1,00 %	( 3,00 % )	2,00 %	40,00 %	0,00 %
op het materiaal	47,00 %	16,00 %	14,00 %	30,00 %	30,00 %
<b>Bedrag (mediaan)</b>					
niet-terugbetaalde geneesmiddelen	20,00 €	32,00 €	43,00 €	27,00 €	17,00 €
diverse kosten	12,00 €	2,00 €	12,00 €	9,00 €	8,00 €
kamersupplement per dag	21,00 €	21,00 €	21,00 €	21,00 €	19,00 €
<b>Totaal bedrag (mediaan)</b>					
remgeld	130,00 €	213,00 €	145,00 €	132,00 €	
supplementen	141,00 €	125,00 €	149,00 €	440,00 €	
factuur	298,00 €	344,00 €	328,00 €	628,00 €	

19

## Vergelijking ziekenhuistarieven

Website christelijke mutualiteiten

## Uw keuze

Type hospitalisatie	Ziekenhuisopname met minstens één overnachting
Type dienst/pathologie	Dienst interne geneeskunde
Type kamer	Kamer voor twee personen

Nieuwe selectie

gegevens 2007, versie 24-11-08

## Vergelijking tarieven

	CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC Brussel (Sint-Lambrechts- Woluwe)	CHU SAINT- PIERRE - UMC SINT- PIETER Brussel	CHU. BRUGMANN - UVC. BRUGMANN Brussel (Laken)	HOPITAUX D'IRIS SUD - ZIEKENHUIZEN IRIS ZUID Brussel (Elsene)	Nationale mediaan waarde
<b>Kostencategorieën</b>					
<b>Toegepast % voor de supplementen</b>					
op de erelonen	( 0,00 % )	( 0,00 % )	0,00 %	1,00 %	0,00 %
op het materiaal	2,00 %	0,00 %	21,00 %	4,00 %	1,00 %
<b>Bedrag (mediaan)</b>					
niet-terugbetaalde geneesmiddelen	7,00 €	14,00 €	12,00 €	10,00 €	6,00 €
diverse kosten	9,00 €	5,00 €	7,00 €	7,00 €	5,00 €
kamersupplement per dag	21,00 €	21,00 €	21,00 €	21,00 €	18,00 €
<b>Totaal bedrag (mediaan)</b>					
remgeld	145,00 €	196,00 €	154,00 €	158,00 €	
supplementen	95,00 €	106,00 €	120,00 €	169,00 €	
factuur	260,00 €	307,00 €	298,00 €	341,00 €	

20

Vergelijking ziekenhuistarieven

Website christelijke mutualiteiten

Uw keuze

Type hospitalisatie Ziekenhuisopname met minstens één overnachting  
 Type dienst/pathologie Dienst geriatric  
 Type kamer Kamer voor twee personen

Nieuwe selectie

gegevens 2007, versie 24-11-08

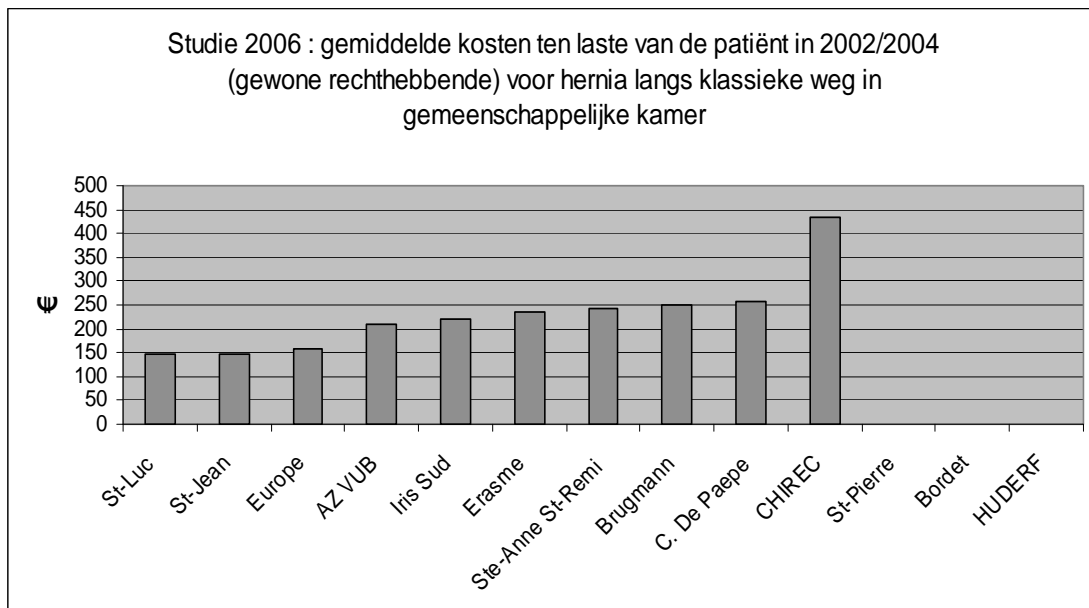
Vergelijking tarieven

	EUROPA ZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE Brussel (Ukkel)	CHU SAINT- PIERRE - UMC - SINT- PIETER Brussel	CHU. BRUGMANN - UVC. BRUGMANN Brussel (Laken)	HOPITAUX D'IRIS SUD - ZIEKENHUIZEN IRIS ZUID Brussel (Elsene)	Nationale mediaan waarde
<b>Kostencategorieën</b>					
Toegest % voor de supplementen op de erelonen	0,00 %	zie ander kamertype	zie ander kamertype	0,00 %	0,00 %
op het materiaal	- %			- %	- %
<b>Bedrag (mediaan)</b>					
niet-terugbetaalde geneesmiddelen	18,00 €			34,00 €	18,00 €
diverse kosten	20,00 €			35,00 €	14,00 €
kamersupplement per dag	21,00 €			21,00 €	18,00 €
<b>Totaal bedrag (mediaan)</b>					
rengeld	391,00 €			553,00 €	
supplementen	397,00 €			502,00 €	
factuur	788,00 €			1.046,00 €	

21



Website socialistische mutualiteiten

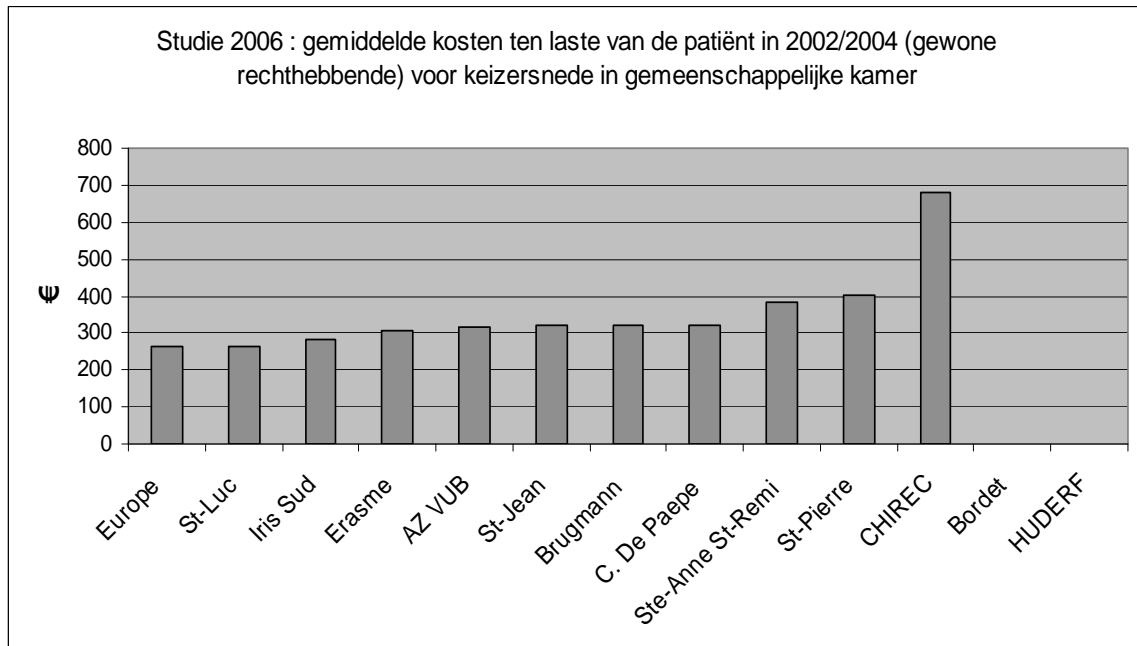


22





## Website socialistische mutualiteiten



23



## 2. Goed beheer

- Jacht op verspillingen
- Plicht tot financieel evenwicht, ondanks een moeilijke omgeving
  - Voor de non-profit sector is winst een noodzaak; voor de commerciële sector is dit een doelstelling
- Kwaliteit van de zorgen

24



## Jacht op verspillingen

a) Rationalisatie van de bedden en de sites:  
drievoudig belang :

- de patiënten vinden performante infrastructuren
- de gebouwen worden bezet
- de subsidies worden goed gebruikt

25



Enorme inspanning van de algemene privé-ziekenhuizen te Brussel sedert 1985:

- 98% van de gesloten bedden bevonden zich in de privé-ziekenhuizen, hetzij 951 bedden
- 50% van de privé ziekenhuissites werden gesloten, hetzij 10 sites

Een door iedereen te leveren inspanning in een stad die 1 ziekenhuissite / 4 km<sup>2</sup> telt!

26

**VERMINDERING AANTAL ZIEKENHUISBEDDEN TE BRUSSEL TUSSEN 1985 EN 2008**

Bedden algemene privé-ziekenhuizen	1/01/1985	2007	2008	1985-2008
ICB (gesloten)	154			
Fazantenpark (gesloten)	89			
St-Michiel	246			
Malibrans (gesloten)	110			
Deux Alice	196			
IMC (gesloten)	25			
St.Elisabeth	427			
Europaziekenhuizen	1247	716	716	
St.Anna	167			
St-Remigius (gesloten)	96			
St.Anna-St.Remigius	263	258	258	
St.Etienne	264	180	95	
St.Jan	324	365	422	
St.Jan			517	
Leopoldpark	208			
Caveil	252			
Lambermont (gesloten)	62			
Basiliek	114			
CHIREC (vestigingen te Brussel)	636	573	565	
St-Joseph (gesloten)	72	0	0	
Longchamp (gesloten)	65	0	0	
War Memorial (gesloten)	74	0	0	
Dissca (gesloten)	62	0	0	
Totaal	3007	2092	2056	- 951 bedden

27



## Jacht op verspillingen

- a) Rationalisatie van de bedden en de sites
- b) Controle op de personeelskosten, met behoud van de kwaliteit van de zorgen:  
6,12 VTE/ 1000 ziekenhuis-ligdagen  
(gemiddelde KI. St.Jan en Europaziekenhuizen)

28



## Jacht op verspillingen

- c) Geneesheren meestal monoziekenhuis-verbonden de ziekenhuizen van CBI weigeren, en dit om een faillissement te voorkomen, dat hun geneesheren hun privé-patiënten in andere privé ziekenhuizen laten opnemen waar zij exorbitante tarieven zouden kunnen toepassen
- d) Transparantie: centrale inning van alle honoraria, inclusief de ambulante honoraria
- e) Kwaliteit van de facturatie

29



## Plicht van financieel evenwicht, ondanks een moeilijke omgeving

- Op federaal niveau :
  - Federale structurele onderfinanciering
  - Federale wetgevingen op maat (programmatie en financiering)
- Op het Brussels gewestelijk niveau :
  - 300 miljoen € regionale steun aan de Iris-ziekenhuizen op 12 jaar (1996-2008). Oneerlijke concurrentie !
  - Houding van het merendeel van de Brusselse OCMW's

30



## Besluiten

- Steunend op een erkende kwaliteit van de zorgen vervullen de ziekenhuizen van CBI een belangrijke medisch-sociale opdracht. Zij verzorgen alle patiënten zonder onderscheid.
- Door hun houding ontzeggen de meeste OCMW's de minderbedeelden van de mogelijkheid om hun geneesheer te kiezen.
- De ziekenhuizen van CBI voeren permanent een strict beheer teneinde in financieel evenwicht te zijn

31



## Besluiten

- Zij stuiten op een moeilijke omgeving die sommige vormen van oneerlijke concurrentie tussen de Brusselse ziekenhuizen in vraag stellen. Deze moeten verdwijnen.  
Deze hadden sinds lang moeten verdwijnen (herstructureringsplannen van de IRIS openbare ziekenhuizen onder voorwaarde van financieel evenwicht dat nochtans nooit gerespecteerd werd).  
Het is spijtig te moeten vaststellen dat de overheid zelve deze onverdedigbare en onrechtvaardige situatie organiseert.

32



# Besluiten

- Enkel goed beheer dat door sluitende resultaten bewezen wordt, verdient aangemoedigd en beloond te worden

Annexe 3

Présentation de l'asbl CBI

Assemblée réunie de la Commission  
Communautaire Commune  
Commission de la santé

Audition de l'asbl CBI

22 janvier 2009

1



Hôpitaux  
Région de Bruxelles-Capitale

- 1/3 publics
- 2/3 privés, dont 50% CBI

2



Coordination Bruxelloise d'Institutions  
sociales et de santé asbl

Coördinatie van Brusselse Instellingen voor  
welzijnswerk en gezondheidszorg vzw

3



- fédération d'employeurs bruxellois
- institutions de soins privées non-marchandes
- réseau de soins de 4000 lits et places
- structure de coordination hospitalière

4





## HOPITAUX CBI

- Cliniques universitaires St-Luc
- Cliniques de l'Europe
- Clinique St-Jean
- Clinique Fond'Roy
- Clinique La Ramée
- Sanatia
- P.S.C. St-Alexius
- Le Bivouac
- Magnolia

5



## MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE

- MSP Sanatia
- Messidor
- Mandragora
- Nausicaa
- De Lariks
- Jan De Wachter
- Festina Lente

6



## MAISONS DE REPOS ET MRS

### ASBL

- Magnolia
- Nazareth
- Home St-Joseph (Evere)
- Maison Ste-Monique
- Résidence du Puy
- Malibrans Senior

7



## MAISONS DE REPOS ET MRS

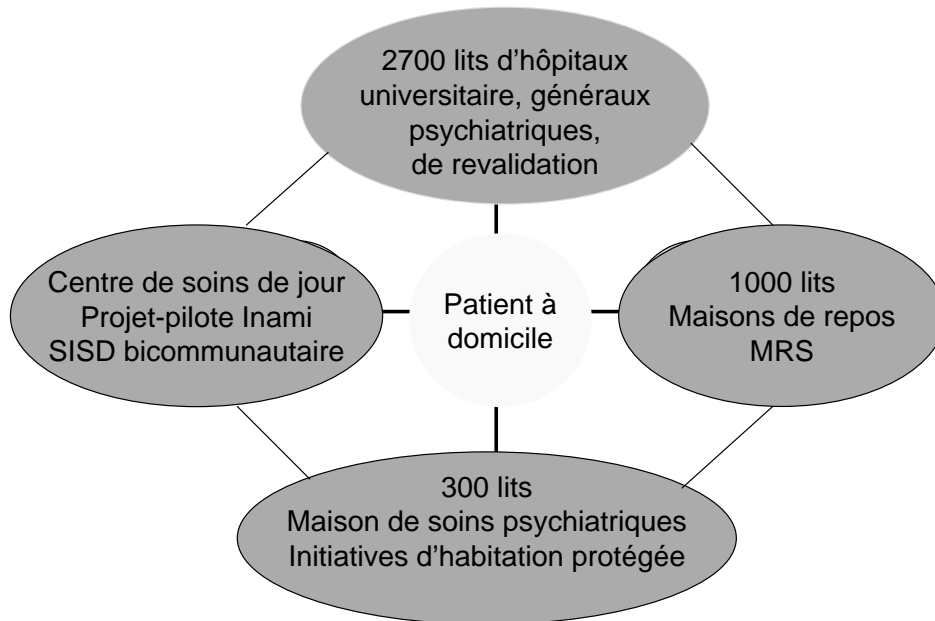
### ASBL

- Institut Regina
- Maison Notre-Dame de Stockel
- L'Olivier
- Home St-Joseph (Bruxelles)
- Résidence Ste-Anne
- Les Trois Pommiers
- Centre de soins de jour Ste-Monique

8



## Réseau de soins CBI



9



## Caractéristiques des hôpitaux de CBI

1. Importante mission médico-sociale
2. Bonne gestion
3. Obligation d'équilibre financier
 

Pour le privé non-marchand, c'ad les institutions de soins de CBI, le profit est une contrainte en revanche, pour le marchand, il est un objectif

10



## 1. Mission médico-sociale des hôpitaux de CBI

- A l'inverse de la France, les missions et les réalisations des hôpitaux privés et des hôpitaux publics belges sont les mêmes. Souvent d'ailleurs, comme en Flandre, il n'y a qu'un hôpital, issu de la fusion entre un hôpital public et un hôpital privé.
- A Bruxelles par exemple, les 6 SMUR sont répartis comme suit :
  - 3 dans les hôpitaux universitaires privés
  - 1 dans un hôpital général privé
  - 2 dans des hôpitaux publics.

11



## Mission médico-sociale

Les hôpitaux de CBI :

- soignent de nombreux patients démunis
- qui n'émargent pas du CPAS (qui refuse d'intervenir)
- à des tarifs sociaux
- mais dont la facture restera impayée
- prennent en charge 42 % des 1200 mises en observation/an à Bruxelles

12



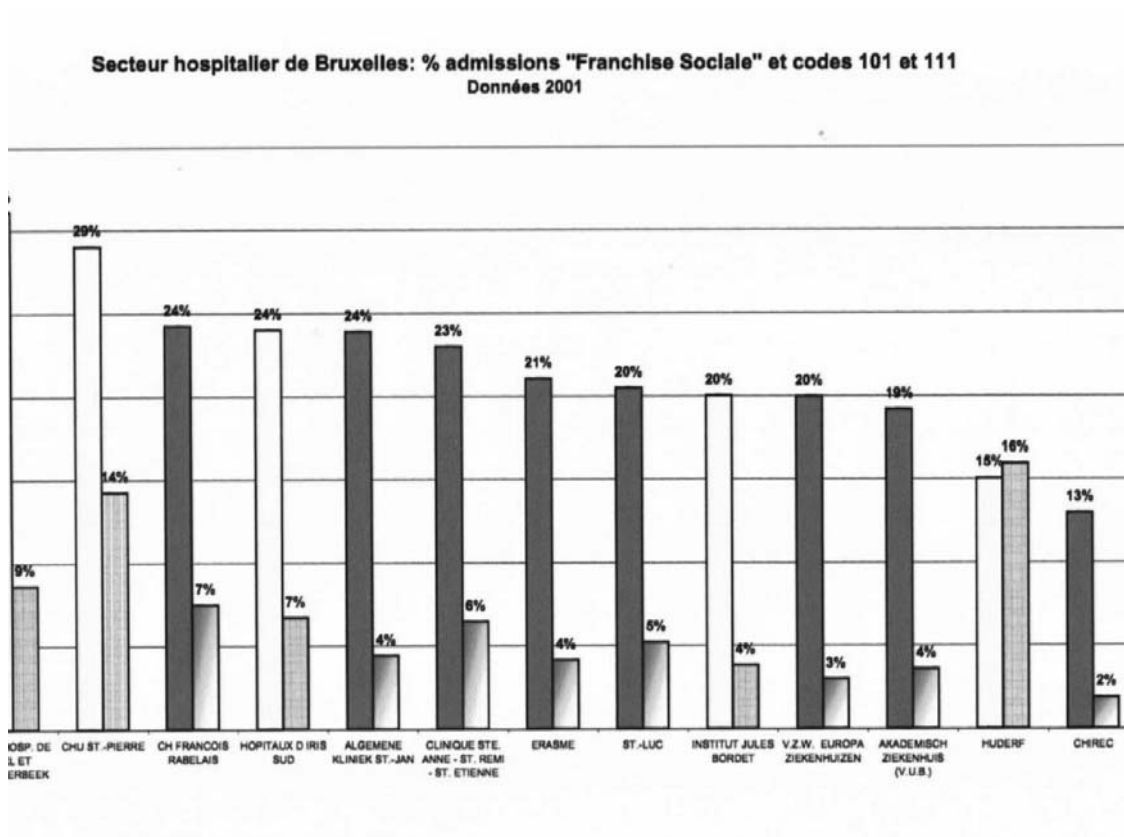
## les hôpitaux de CBI soignent de nombreux patients démunis

- Etude de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes – décembre 2003

101 et 111 = bénéficiaires du MAF social

111 = ceux qui, au sein du MAF social, bénéficient d'une intervention majorée, en raison de leurs revenus très faibles

13





## Ils soignent les démunis qui n'émargent pas du CPAS

- Il y a 2 sortes de démunis :
  - Ceux qui émargent du CPAS qui les envoient dans les hôpitaux Iris et paient leur facture. Les CPAS bruxellois ont un accord exclusif à ce sujet avec les hôpitaux Iris et refusent de l'étendre aux hôpitaux privés.
  - Les nombreux autres démunis qui n'émargent pas du CPAS et qui font le choix de l'hôpital privé. Ils y sont soignés gratuitement, la plupart des CPAS bruxellois refusant d'intervenir dans les frais.

15



## Le financement fédéral de l'hôpital pour les soins aux démunis

Le fédéral finance les hôpitaux pour les démunis qu'ils soignent.

Mais il le fait selon des critères partiels qui favorisent les hôpitaux qui soignent les patients adressés par les CPAS.

16



## Les hôpitaux de CBI pratiquent des tarifs sociaux

Se soigner en chambre à 2 lits aux Cliniques de l'Europe ou à St-Luc coûte moins cher qu'à St-Pierre, Brugmann ou Iris Sud

- Site web des mutualités chrétiennes  
« pratiques tarifaires dans les hôpitaux »
- Site web des mutualités socialistes  
« coûts hospitaliers » - avril 2006

17

### Pratiques tarifaires des hôpitaux

Site web mutualités chrétiennes

#### Votre sélection

Type d'hospitalisation Admission à l'hôpital comportant au moins une nuit  
 Type de service/pathologie Service médecine interne  
 Type de chambre Chambre à 2 lits

**Nouvelle sélection**

données 2007, version 24-11-08

#### Consulter les informations sur les pratiques tarifaires

	EUROPA ZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE Bruxelles (Uccle)	CHU SAINT- PIERRE - UMC SINT- PIETER Bruxelles	CHU. BRUGMANN - UVC. BRUGMANN Bruxelles (Laeken)	HOPITAUX D'IRIS SUD - ZIEKENHUIZEN IRIS ZUID Bruxelles (Etterbeek)	Médiane nationale
<b>Catégories de coûts</b>					
<b>% pratiqué pour les suppléments</b>					
d'honoraires	0,00 %	( 0,00 % )	0,00 %	1,00 %	0,00 %
sur le matériel	3,00 %	0,00 %	21,00 %	4,00 %	1,00 %
<b>Montant médian des médicaments non-remboursables</b>	7,00 €	14,00 €	12,00 €	10,00 €	6,00 €
<b>des frais divers</b>	6,00 €	5,00 €	7,00 €	7,00 €	5,00 €
<b>du supplément de chambre par jour</b>	21,00 €	21,00 €	21,00 €	21,00 €	18,00 €
<b>Montant médian sur total</b>					
des tickets modérateurs	141,00 €	196,00 €	154,00 €	158,00 €	
des suppléments de la facture	109,00 €	106,00 €	120,00 €	169,00 €	
	265,00 €	307,00 €	298,00 €	341,00 €	

18

## Pratiques tarifaires des hôpitaux

Site web mutualités chrétiennes

## Votre sélection

Type d'hospitalisation	Admission à l'hôpital comportant au moins une nuit
Type de service/pathologie	Service chirurgie
Type de chambre	Chambre à 2 lits

Nouvelle sélection

données 2007, version 24-11-08

## Consulter les informations sur les pratiques tarifaires

	EUROPA ZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE Bruxelles (Uccle)	CHU SAINT- PIERRE - UMC SINT- PIETER Bruxelles	CHU. BRUGMANN - UVC. BRUGMANN Bruxelles (Laeken)	HOPITAUX D'IRIS SUD - ZIEKENHUIZEN IRIS ZUID Bruxelles (Etterbeek)	Médiane nationale
<b>Catégories de coûts</b>					
<b>% pratiqué pour les suppléments</b>					
d'honoraires	1,00 %	( 3,00 % )	2,00 %	40,00 %	0,00 %
sur le matériel	47,00 %	16,00 %	14,00 %	30,00 %	30,00 %
<b>Montant médian</b>					
des médicaments non-remboursables	20,00 €	32,00 €	43,00 €	27,00 €	17,00 €
des frais divers du supplément de chambre par jour	12,00 €	2,00 €	12,00 €	9,00 €	8,00 €
	21,00 €	21,00 €	21,00 €	21,00 €	19,00 €
<b>Montant médian sur total</b>					
des tickets modérateurs	130,00 €	213,00 €	145,00 €	132,00 €	
des suppléments de la facture	141,00 €	125,00 €	149,00 €	440,00 €	
	298,00 €	344,00 €	328,00 €	628,00 €	

19

## Pratiques tarifaires des hôpitaux

Site web mutualités chrétiennes

## Votre sélection

Type d'hospitalisation	Admission à l'hôpital comportant au moins une nuit
Type de service/pathologie	Service médecine interne
Type de chambre	Chambre à 2 lits

Nouvelle sélection

données 2007, version 24-11-08

## Consulter les informations sur les pratiques tarifaires

	CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST-LUC Bruxelles (Woluwe-Saint-Lambert)	CHU SAINT- PIERRE - UMC SINT- PIETER Bruxelles	CHU. BRUGMANN - UVC. BRUGMANN Bruxelles (Laeken)	HOPITAUX D'IRIS SUD - ZIEKENHUIZEN IRIS ZUID Bruxelles (Etterbeek)	Médiane nationale
<b>Catégories de coûts</b>					
<b>% pratiqué pour les suppléments</b>					
d'honoraires	( 0,00 % )	( 0,00 % )	0,00 %	1,00 %	0,00 %
sur le matériel	2,00 %	0,00 %	21,00 %	4,00 %	1,00 %
<b>Montant médian</b>					
des médicaments non-remboursables	7,00 €	14,00 €	12,00 €	10,00 €	6,00 €
des frais divers du supplément de chambre par jour	9,00 €	5,00 €	7,00 €	7,00 €	5,00 €
	21,00 €	21,00 €	21,00 €	21,00 €	18,00 €
<b>Montant médian sur total</b>					
des tickets modérateurs	145,00 €	196,00 €	154,00 €	158,00 €	
des suppléments de la facture	95,00 €	106,00 €	120,00 €	169,00 €	
	260,00 €	307,00 €	298,00 €	341,00 €	

20



Pratiques tarifaires des hôpitaux

Site web mutualités chrétiennes

Votre sélection

Type d'hospitalisation Admission à l'hôpital comportant au moins une nuit  
 Type de service/pathologie Service gériatrie  
 Type de chambre Chambre à 2 lits

Nouvelle sélection

données 2007, version 24-11-08

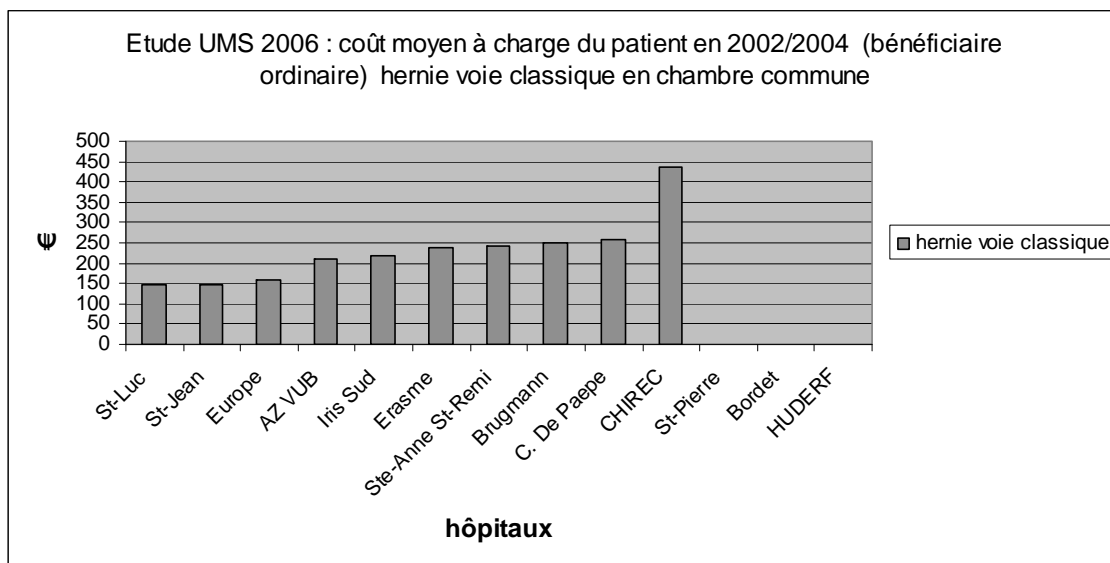
Consulter les informations sur les pratiques tarifaires

	EUROPA ZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE Bruxelles (Uccle)	CHU SAINT-PIERRE - UMC SINT-PIETER Bruxelles	CHU. BRUGMANN - UVC. BRUGMANN Bruxelles (Laeken)	HOPITAUX D'IRIS SUD - ZIEKENHUIZEN IRIS ZUID Bruxelles (Etterbeek)	Médiane nationale
<b>Catégories de coûts</b>					
% pratiqué pour les suppléments d'honoraires	0,00 %	voir autre type de chambre	voir autre type de chambre	0,00 %	0,00 %
sur le matériel	- %			- %	- %
<b>Montant médian</b>					
des médicaments non-remboursables	18,00 €			34,00 €	18,00 €
des frais divers	20,00 €			35,00 €	14,00 €
du supplément de chambre par jour	21,00 €			21,00 €	18,00 €
<b>Montant médian sur total</b>					
des tickets modérateurs	391,00 €			553,00 €	
des suppléments de la facture	397,00 €			502,00 €	
	788,00 €			1.046,00 €	

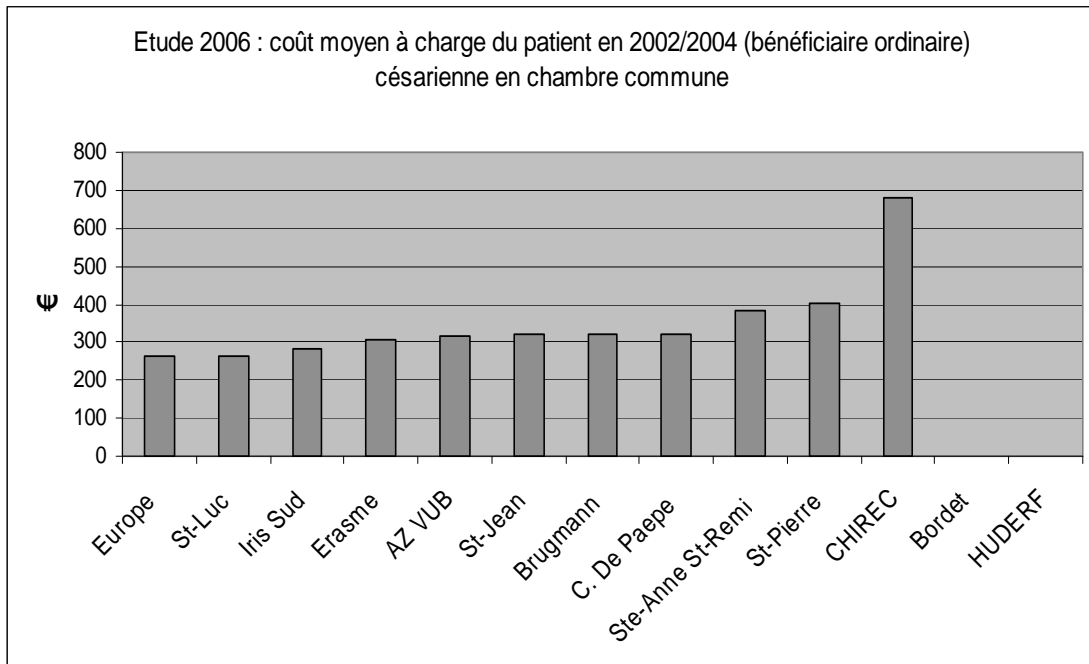
21



Site web mutualités socialistes



22



23



## 2. Bonne gestion

- Chasse aux gaspis
- Obligation d'équilibre financier, malgré un environnement difficile
  - Pour le non-marchand, le profit est une contrainte; pour le marchand, il est un objectif
- Qualité des soins

24



## Chasse aux gaspis

### a) Rationalisation des lits et des sites : intérêt triple :

- les patients trouvent des infrastructures performantes
- les bâtiments sont occupés
- les subventions sont bien utilisées

25



### Enorme effort des hôpitaux généraux privés à Bruxelles depuis 1985 :

- 98% des lits fermés se trouvaient dans des hôpitaux privés, soit 951 lits
- 50% des sites d'hôpitaux privés ont été fermés, soit 10 sites

Effort à fournir par tous dans une ville qui  
compte 1 site hospitalier / 4 km<sup>2</sup> !

26

## REDUCTION DE LITS HOSPITALIERS A BRUXELLES ENTRE 1985 ET 2008

Lits hôpitaux généraux privés	1/01/1985	2007	2008	1985-2008
ICB (fermé)	154			
Faisanderie (fermé)	89			
St-Michel	246			
Malibran (fermé)	110			
Deux Alice	196			
IMC (fermé)	25			
Ste-Elisabeth	427			
Europe	1247	716	716	
Ste-Anne	167			
St-Remi (fermé)	96			
Ste-Anne St-Remi	263	258	258	
St-Etienne	264	180	95	
St-Jean	324	365	422	
St Jean			517	
Parc Léopold	208			
Cavell	252			
Lambermont (fermé)	62			
Basilique	114			
CHIREC (sites à Bxl)	636	573	565	
St-Joseph (fermé)	72	0	0	
Longchamp (fermé)	65	0	0	
War Memorial (fermé)	74	0	0	
Dissca (fermé)	62	0	0	
Total	3007	2092	2056	- 951 lits

27



## Chasse aux gaspis

- a) rationalisation des lits et des sites
- b) maîtrise des coûts de personnel, tout en préservant la qualité des soins: 6,12 ETP / 1000 journées d'hospitalisation (moyenne Cl. St-Jean et de l'Europe)

28



## Chasse aux gaspis

- c) Médecins le plus souvent mono-hospitaliers  
les hôpitaux de CBI refusent, sous peine de faillite, que leurs médecins soignent leurs patients privés dans d'autres hôpitaux privés où ils pourraient pratiquer des tarifs exorbitants
- d) Transparence : perception centrale de tous les honoraires, y compris en ambulatoire
- e) Qualité de la facturation

29



## Obligation d'équilibre financier, malgré un environnement difficile

- Au niveau fédéral :
  - Sous-financement structurel fédéral
  - Législations sur mesure (programmation et financement)
- Au niveau régional bruxellois :
  - 300 millions € d'aide régionale aux hôpitaux Iris en 12 ans (1996-2008). Concurrence déloyale !
  - Attitude de la plupart des CPAS bruxellois

30



## Conclusions

- les hôpitaux de CBI, avec une qualité des soins reconnue, remplissent une importante mission médico-sociale. Ils soignent tous les patients sans distinction.
- Par leur attitude, la plupart des CPAS bruxellois ne donnent pas aux démunis le libre choix du médecin.
- Les hôpitaux de CBI mènent en permanence une gestion rigoureuse pour être en équilibre financier

31



## Conclusions

- ils se heurtent à un environnement difficile qui met en cause certaines formes de concurrence déloyale entre hôpitaux bruxellois.

Celles-ci auraient dû disparaître depuis longtemps (plans de restructuration des hôpitaux publics Iris sous condition d'équilibre financier jamais respectés ).

Il est désolant que les pouvoirs publics organisent eux-mêmes cette situation indéfendable et injuste.

32



## Conclusions

- seule la bonne gestion, attestée par des résultats probants, mérite d'être encouragée et récompensée.

**Bijlage 4**

**Voorstelling van het IRIS-net**

Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Commissie voor de gezondheid

Organisatie van hoorzittingen over het Meerjarenplan  
voor de bouw van nieuwe ziekenhuis- en  
gezondheidsinstellingen

Hoorzitting met het IRIS-net

19 februari 2009



2

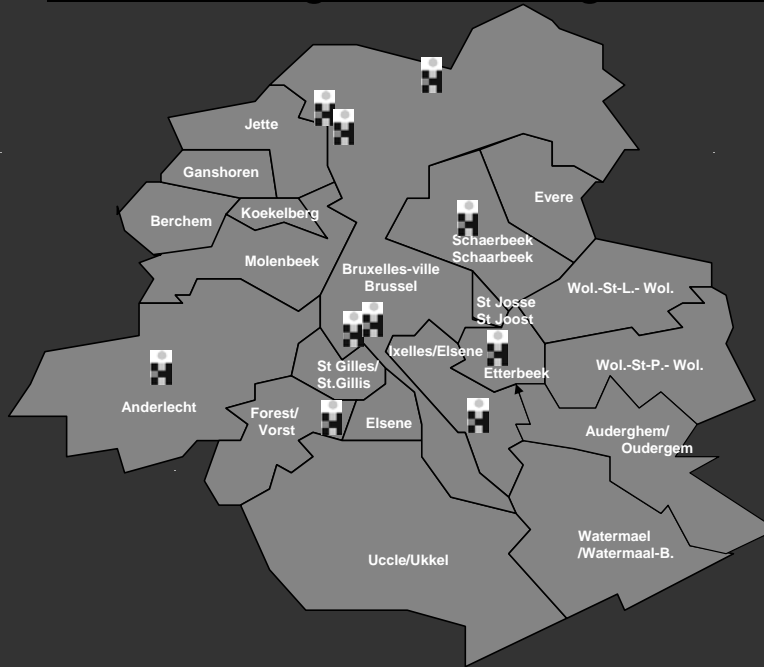
Organisatie van hoorzittingen over het Meerjarenplan  
voor de bouw van nieuwe ziekenhuis- en  
gezondheidsinstellingen

- Inleiding
- Bouwkalender
- Vragen – Antwoorden



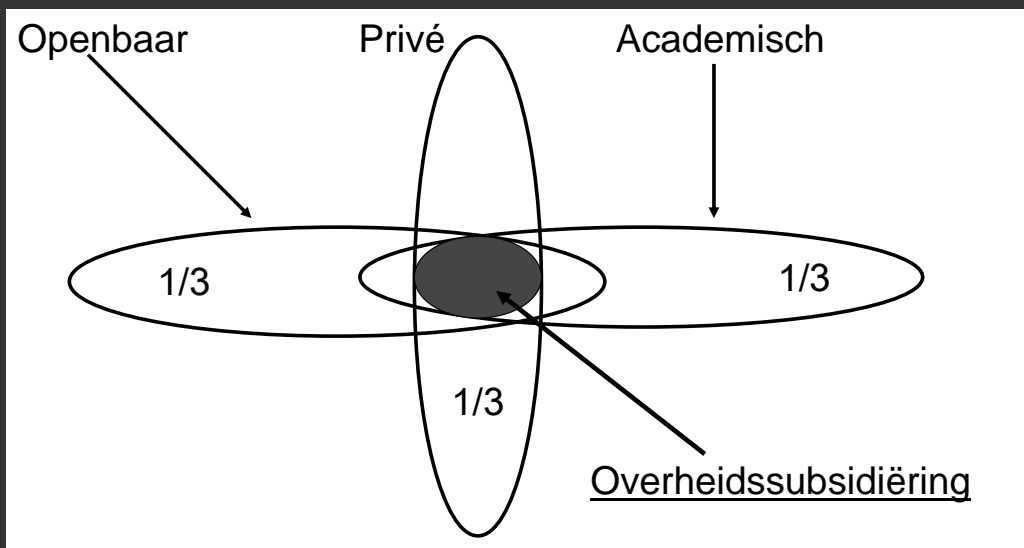


## IRIS – Geografische segmentering



3

## Samenstelling van de ziekenhuissector



4

5

## Optimale organisatie van geografische kernen



Ccoherente en gestructureerde  
verdeling van het medisch  
aanbod over het Brussels  
grondgebied



Réseau Iris Structuur

6

## Collegiaal en transparant beheer

→ De Raad van Bestuur van IRIS



- Vertegenwoordigers van de 6 gemeenten en OCMW's
- Vertegenwoordigers van het Gewest
- Vertegenwoordigers van de «niet-ziekenhuisgemeenten»
- Vertegenwoordigers van het medisch korps
- Vertegenwoordigers van de universiteiten
- Commissarissen van de Regering en het Verenigd College



Réseau Iris Structuur

7

## Een dynamisch en aangepast beheer : strikte rationalisering

<u>Aantal bedden</u>	<u>1985</u>	<u>2008</u>	<u>Reeds gesloten</u>
<b>IZZ</b>	1.197	737	460
<b>UMC Sint-Pieter</b>	681	509	172
<b>UVC Brugmann</b>	932	693*	239
<b>UKZKF</b>	0	168	-168
<b>Bordet</b>	170	154	16
	<b>2.980</b>	<b>2.261</b>	<b>719</b>

\* uitgezonderd psychiatrie

De sluiting van bedden in de periode 1985-2008 bedraagt 24,13%.



Réseau Iris Structuur

8

## Het IRIS-net : enkele cijfers

- 2.261 bedden
- 11 activiteitssites
- 6.530 VTE, geneesheren inbegrepen
- Meer dan 9.000 personen
- Meer dan 70.000 klassieke opnamen per jaar
- Meer dan 51.000 «one day » opnamen
- Meer dan 7.600 bevallingen
- Wachtdienst : 100.000 bezoeken
- Operatieblok : 50.000 heelkundige ingrepen
- Meer dan een miljoen patiëntencontacten per jaar



## Verbouwingkalender iris

- I Principe
- II Procedure
- III Bekrachtiging
- IV Geselecteerde projecten



## Verbouwingkalender iris

### I. Principe

- Planning voor de verbouwing van het ziekenhuispark over de periode 2008-2020
- Gewestelijke en federale enveloppe
- Subsidiëring GGC 60% of 10%



## Verbouingskalender iris

### II. Procedure

- Alle dossiers ingediend in april 2007 (sommige dateren van begin 2006)
- Herberekening van het «verbouingsmaximum» door de administratie, deels op basis van de laatste federale wetgeving
- Afwegingen binnen de enveloppes

Gevraagd : 247.855.000 euro

Gekregen : 210.784.000 euro

(Beslissing van het Verenigd College van 19 juni 2008)



## Verbouingskalender iris

### III. Bekrchtiging

- Bekrchtiging van de eigen afwegingen van iris op de Raad van Bestuur van 29 oktober 2008 en voorstel van kalender.
- Verenigd College van 18 december : toevoeging van de saldi van de voorgaande jaren en definiëring van de projecten voor 2009 en 2010.
- Verbintenis om de planning te vervolledigen.



## Verbouwingskalender iris

### IV. Geselecteerde projecten

#### Noord

- Nieuwe polikliniek op de site Horta (Brugmann)
- Gebouw VIS op de site Horta
- Uitbreiding Brien
- Vijfde verdieping en herconditionering UKZKF

#### Centrum

- Centraal multisite laboratorium Hallepoort
- Gebouw 500

#### Zuid

- Nieuw technisch blok in Elsene
- New Bordet in Anderlecht



## Bedragen van de verbouwingsprojecten

Ziekenhuis - Site	Beschrijving	Werken	Werken	
			Reële kostprijs	incl. btw en kosten
Brugmann - Horta		1.855.164 €	2.597.230 €	2.469.223 €
Brugmann - Horta	Ambulant project	16.337.422 €	22.872.391 €	21.745.109 €
Brugmann - Brien	Algemene herstructurering	13.960.882 €	19.545.235 €	18.581.934 €
Brugmann - Ukzcf	Gemeenschappelijk gebouw	7.836.500 €	10.971.100 €	10.430.382 €
UKZKF	Vijfde verdieping	6.334.584 €	8.868.418 €	8.431.331 €
UKZKF	Uitbreiding ICU	2.504.383 €	3.506.136 €	3.333.334 €
<b>TOTAAL WERKEN UVCB-UKZKF</b>		<b>48.828.935 €</b>	<b>68.360.509 €</b>	<b>64.991.312 €</b>
<b>TOTAAL WERKEN IZZ</b>		<b>18.604.057 €</b>	<b>26.045.680 €</b>	<b>24.762.000 €</b>
<b>Sint-Pieter - Laboratorium</b>		<b>6.936.500 €</b>	<b>9.711.100 €</b>	<b>9.232.482 €</b>
<b>Sint-Pieter - 500</b>		<b>23.030.800 €</b>	<b>32.243.120 €</b>	<b>30.653.995 €</b>
<b>TOTAAL WERKEN Sint-Pieter</b>		<b>29.967.300 €</b>	<b>41.954.220 €</b>	<b>39.886.476 €</b>
<b>Bordet</b>		<b>56.320.811 €</b>	<b>78.849.136 €</b>	<b>74.963.000 €</b>
<b>TOTAAL IRIS-NET</b>		<b>153.721.104 €</b>	<b>215.209.545 €</b>	<b>204.602.789 €</b>





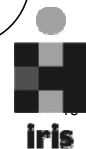
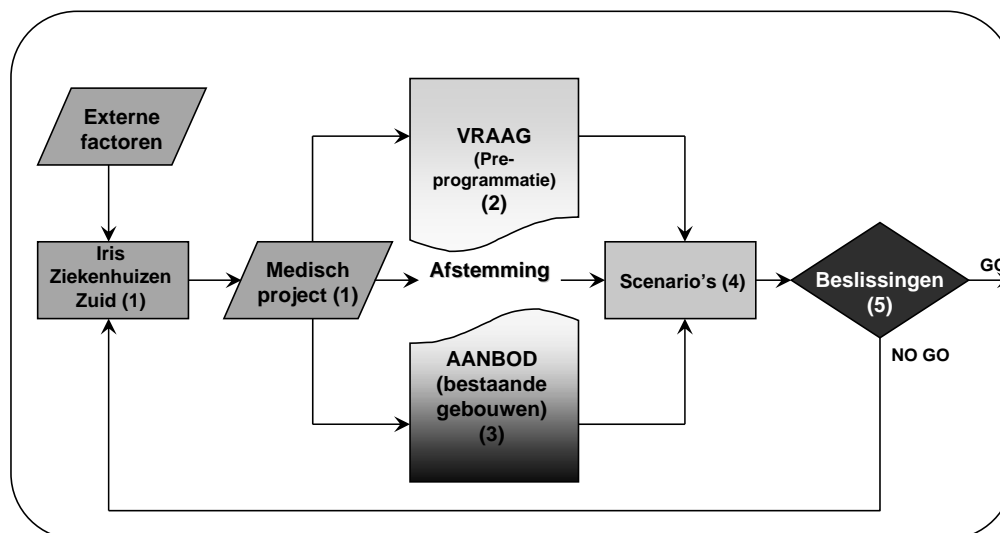
## IZZ 2015 – ZIEKENHUISPLAN

### **METHODE :**

- **STRATEGISCH SEMINARIE : mei 2006**
  - Medisch verantwoordelijken
  - Consultant AT OSBORNE
- **OPSTELLING RICHTSCHEMA GEBOUWEN : september 2006**
  - Directieploeg
  - Consultant AT OSBORNE
- **WERKGROEP STRATEGIE : februari 2007**
- **OPRICHTING OPVOLGINGSCOMITE**



## IZZ 2015 – ZIEKENHUISPLAN



17



## HIS 2015 – PLAN HOSPITALIER

### Elsene : 2008 – 2015

- Een nieuwe vleugel voor de medisch-technische diensten
- Desinvestering in het bestaande gebouw vermijden en een maximale activiteit behouden
- Realisatie van blok S : onthaal, cafetaria, administratie en vergaderzalen
- Centralisering van de transversale diensten
- Reorganisatie van de logistieke diensten
- Integratie van de centrale administratie (van Baron Lambert)

17

18



## IZZ 2015 – ZIEKENHUISPLAN

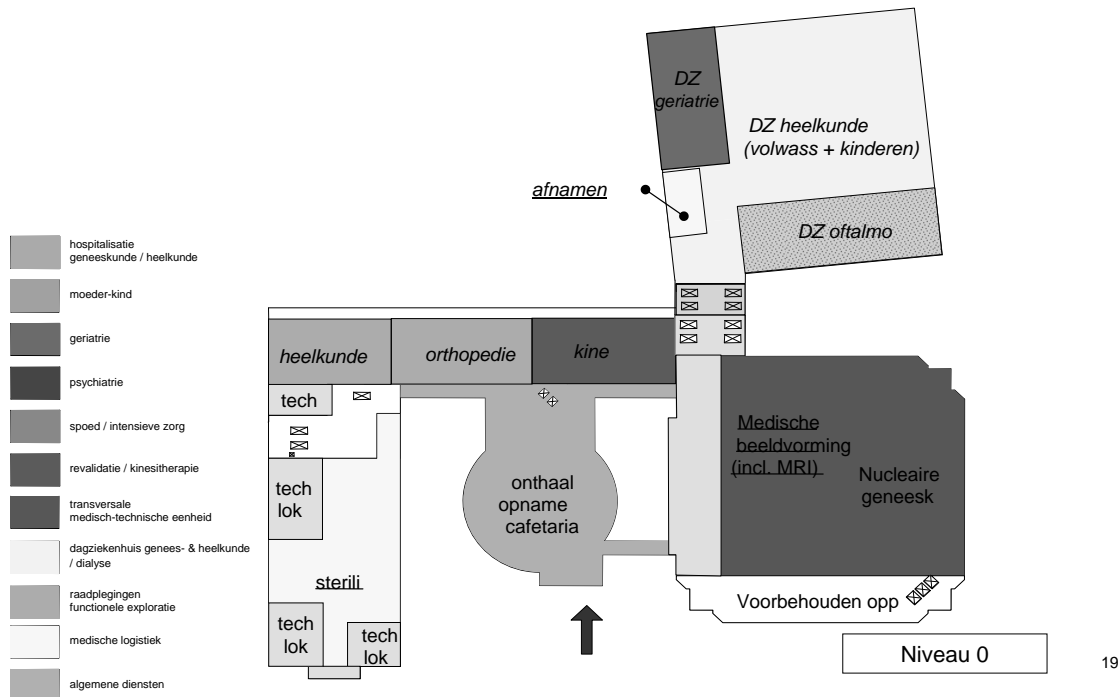


18





## IZZ 2015 – ZIEKENHUISPLAN



## UVC Brugmann - UKZKF

- Voltooing van fasen 1 en 2
- Projecten UVCB :
  - Site Horta : ambulant project
  - Site Brien : algemene herstructurering
- Projecten UVCB + UKZKF :
  - Pedopsy, operatiekwartier, sterili
- Projecten UKZKF :
  - Algemene herstructurering van het Kinderziekenhuis

## Voltooiing van fasen 1 en 2

**UKZKF**

**Moeder-Kind**

**Voor Programmatie**

**Kraamkliniek**

- modernisering van verouderde kraamkliniek
- beperking van de verplaatsingen voor patiënten en personeel
- ontwikkeling van een geïntegreerde functie moeder-kind

## UVC Brugmann - UKZKF

- Voltooiing van fasen 1 en 2
- Projecten UVCB :
  - Site Horta : ambulant project
  - Site Brien : algemene herstructurering
- Projecten UVCB + UKZKF
  - Pedopsychiatrie – Operatiekw
- Projecten UKZK :
  - Algemene herstructurering van



**H** **H** 23

## Site Horta : ambulante project






→ modernisering van een verouderde sector



**H** **H** 24

## Site Horta : ambulante project

- **Nieuwe partner** : «overgangsraadplegingen» voorzien met het UKZKF voor chronische pathologieën
- **Nieuwe technologieën** voor ambulante diagnose en behandeling («ambulante ommekeer»)
- **Nieuwe pluridisciplinaire behandelingswijze** voor pathologieën die ruimte en het simultaan optreden van verschillende specialisten vereisen (oncologie, perineumproblemen, obesitas, menopauze...)
- **Nieuw type van patiënten** die liever in een ambulante structuur worden behandeld dan te worden opgenomen

→ ontwikkeling van de activiteit

# Site Horta : ambulantly project

Voor : 8 gespecialiseerde onthalen  
Programmatie : 2 gespecialiseerde onthalen

→ minder onthalen  
→ betere doorverwijzing

This slide shows a site plan of the Horta hospital campus. A large black star is placed on building 'G'. Eight smaller grey stars are placed on various other buildings, including 'a', 'b', 'c', 'd', 'e', 'f', 'h', and 'i'. The plan includes street names like Avenue Stienon, Avenue Rommelaere, and Avenue J.J. Croq Laan. A compass rose is in the top left, and a small 'H' logo with the number '25' is in the top right.

# Site Horta : ambulantly project

Polikliniek

Medisch-technisch

Dagactiviteiten

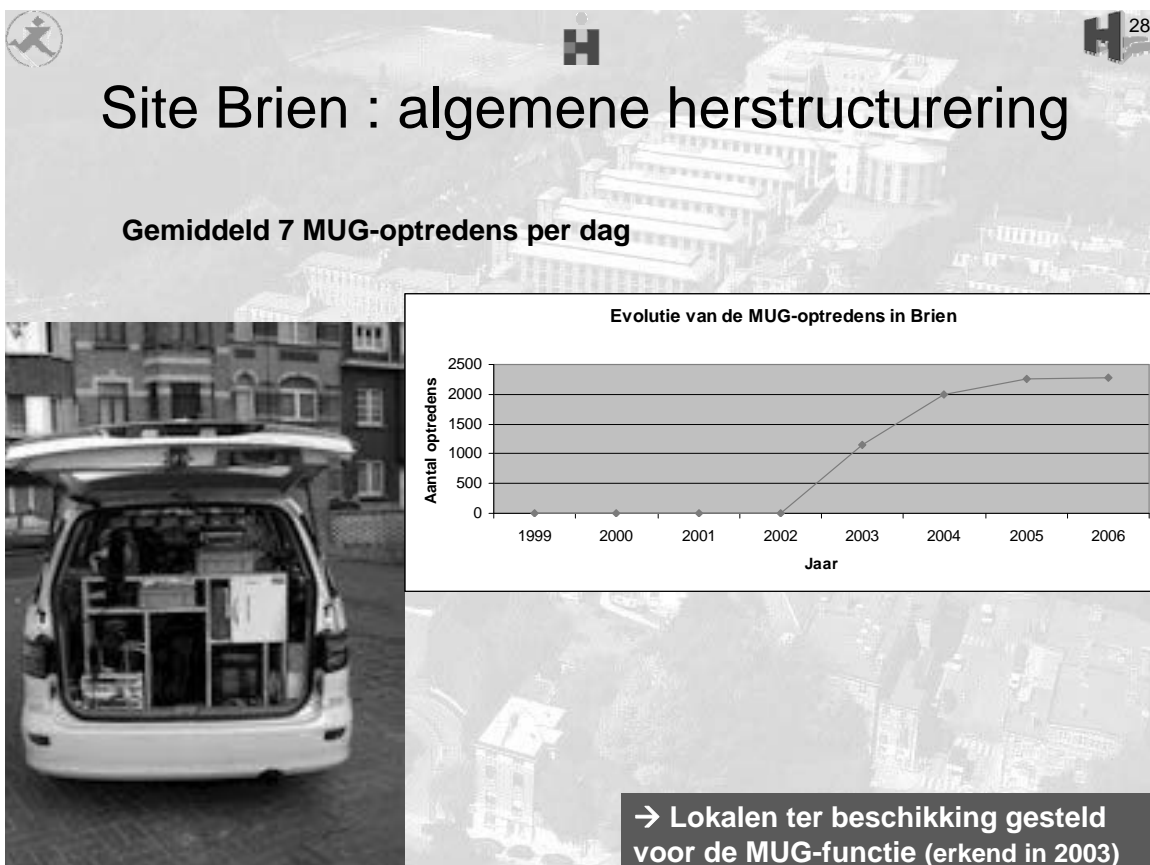
→ betere circuits

This slide shows the same site plan of the Horta hospital campus. Three callouts with circles and lines pointing to specific buildings are present: 'Polikliniek' points to building 'Y', 'Medisch-technisch' points to a cluster of buildings including 'K1', 'K2', 'K3', 'K4', 'K5', 'K6', 'K7', 'K8', 'K9', 'K10', 'K11', 'K12', 'K13', 'K14', and 'K15', and 'Dagactiviteiten' points to building 'A'. A 'M' logo is in the top right. A compass rose is in the top left, and a small 'H' logo with the number '26' is in the top right.



**UVC Brugmann + UKZKF**

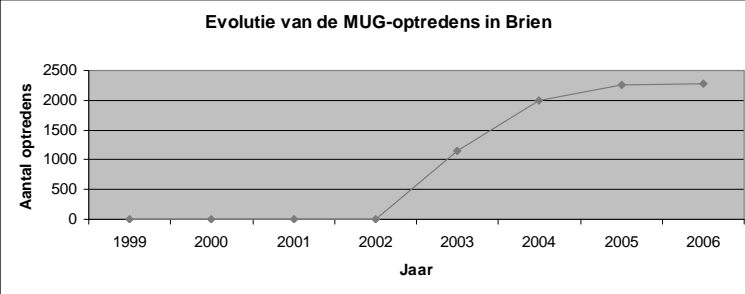
- Voltooing van fasen 1 en 2
- Projecten UVCB :
  - Site Horta : ambulant project
  - Site Brien : algemene herstructurering
- Projecten UVCB + UKZKF :
  - Operatiekwartieren en sterilisatie
  - Pedopsychiatrie
- Projecten UKZKF :
  - Algemene herstructurering van het Kinderziekenhuis




**Site Brien : algemene herstructurering**

**Gemiddeld 7 MUG-optredens per dag**

**Evolutie van de MUG-optredens in Brien**



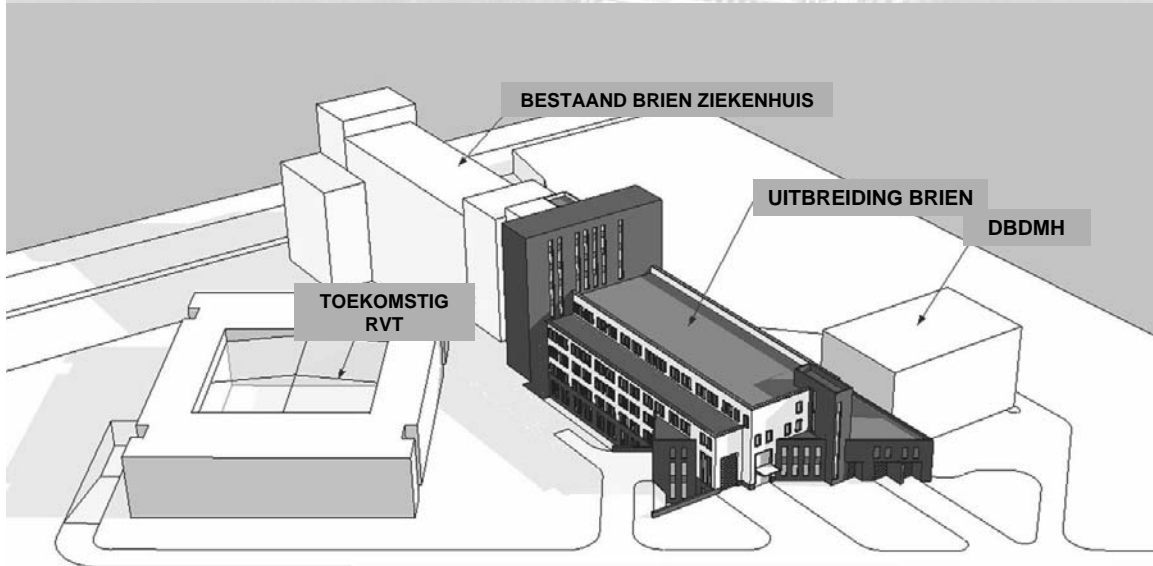
Jaar	Aantal optredens
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	1000
2004	2000
2005	2200
2006	2300



→ Lokalen ter beschikking gesteld voor de MUG-functie (erkend in 2003)



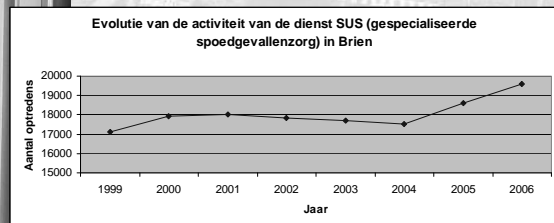
## Site Brien : algemene herstructurering



→ geïntegreerd project met het OCMW van Schaarbeek en de DBDMH



## Site Brien : algemene herstructurering



→ modernisering van de verouderde spoeddienst

→ aanpassing van de lokalen aan de groei van de activiteit als gevolg van de MUG sinds 2003





## Site Brien : algemene herstructurering

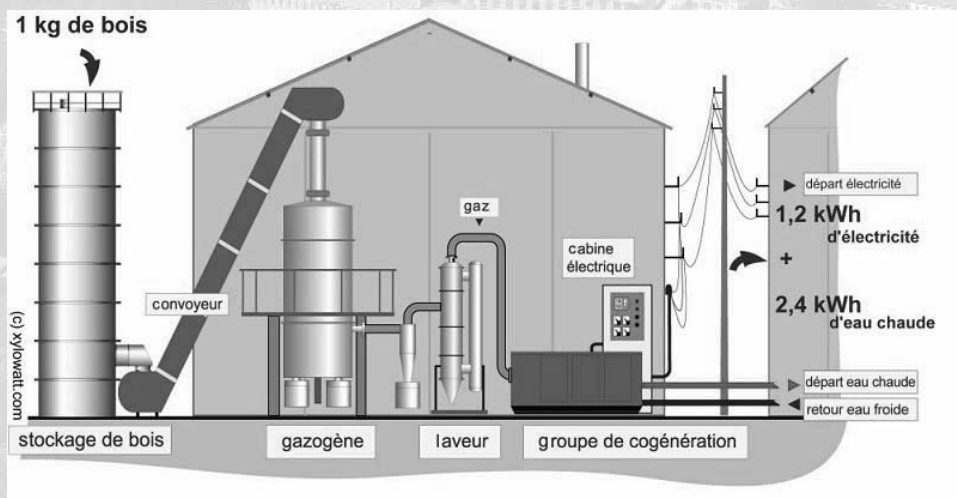


→ toename van de “intensieve” activiteit dankzij de MUG en van de



## Site Brien : algemene herstructurering

*Warmtekrachtkoppeling door houtvergassing overwogen*



→ gemeenschappelijk en vernieuwend REG-project (rationeel energiegebruik)



## UVC Brugmann

- Voltooing van fasen 1 en 2
- Projecten UVCB :
  - Site Horta : ambulant project
  - Site Brien : algemene herstructurering
- Projecten UVCB + UKZKF :
  - Pedopsychiatrie
  - Operatiekwartieren en sterilisatie
- Projecten UKZKF :
  - Algemene herstructurering van het Kinderziekenhuis



## Operatiekwartieren en sterilisatie

**Operatiekwartier volwassenen**

21.03.1992  
**PLAQUE COMMEMORATIVE**  
 A l'occasion de l'inauguration du nouveau Quartier Opératoire

21.03.1992  
**GEDENKSTEEN**  
 Ter gelegenheid van de inhuldiging van het nieuw Operatiekwartier

**Operatiekwartier kinderen**

**PLAQUE COMMEMORATIVE**  
 POSEE LE 23 OCTOBRE 1986  
 A L'OCCASION DE L'INAUGURATION DE L'HOPITAL  
 UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA

**GEDENKSTEEN**  
 GEPLAATST OP 23 OKTOBER 1986  
 TER GELEGENHEID VAN DE INHULDIGING  
 VAN HET UNIVERSITAIR KINDERZIEKENHUIS  
 KONINGIN FABIOLA

→ verouderde operatiekwartieren

→ voorbereiding op de evolutie van de normen



**Operatiekwartieren en sterilisatie**

**Sterilisatie**

- renovatie van ongeschikte, verouderde en versleten installaties
- vervanging van de autoclaven
- verkleining van de afstand tussen de sterilisatie en het UKZKF

**Operatiekwartieren en sterilisatie**

Huidige situatie

- Kwartieren
- Sterilisatie

**Operatiekwartier en sterilisatie**

- partnerschap met het UKZKF met het oog op nieuwe synergieën en kostenbeperking



**UVC Brugman**

- Voltooiing van fasen 1
- Projecten UVCB :
  - Site Horta : ambulante pro
  - Site Brien : algemene herstructurering
- Projecten UVCB + UKZKF :
  - Pedopsychiatrie
  - Operatiekwartieren en sterilisatie
- Projecten UKZKF :
  - Algemene herstructurering van het Kinderziekenhuis



**Algemene herstructurering**

→ Administratieve activiteiten : een nieuwe definitieve locatie voor de



**H** **H** 39

# Pedopsychiatrie

→ buitendienststelling van ongeschikte installaties (nu prefabconstructie)

→ renovatie van verouderde installaties

This slide features a large photograph of a long, single-story white building with a chain-link fence in front. The building is identified as the 'Pedopsychiatrie' (Child Psychiatry) facility. The background of the slide is a faded aerial view of a city. In the top left corner, there is a small icon of a person walking. In the top right corner, there is a logo consisting of a stylized 'H' with the number '39' next to it.



**H** **H** 40

# Algemene herstructurering

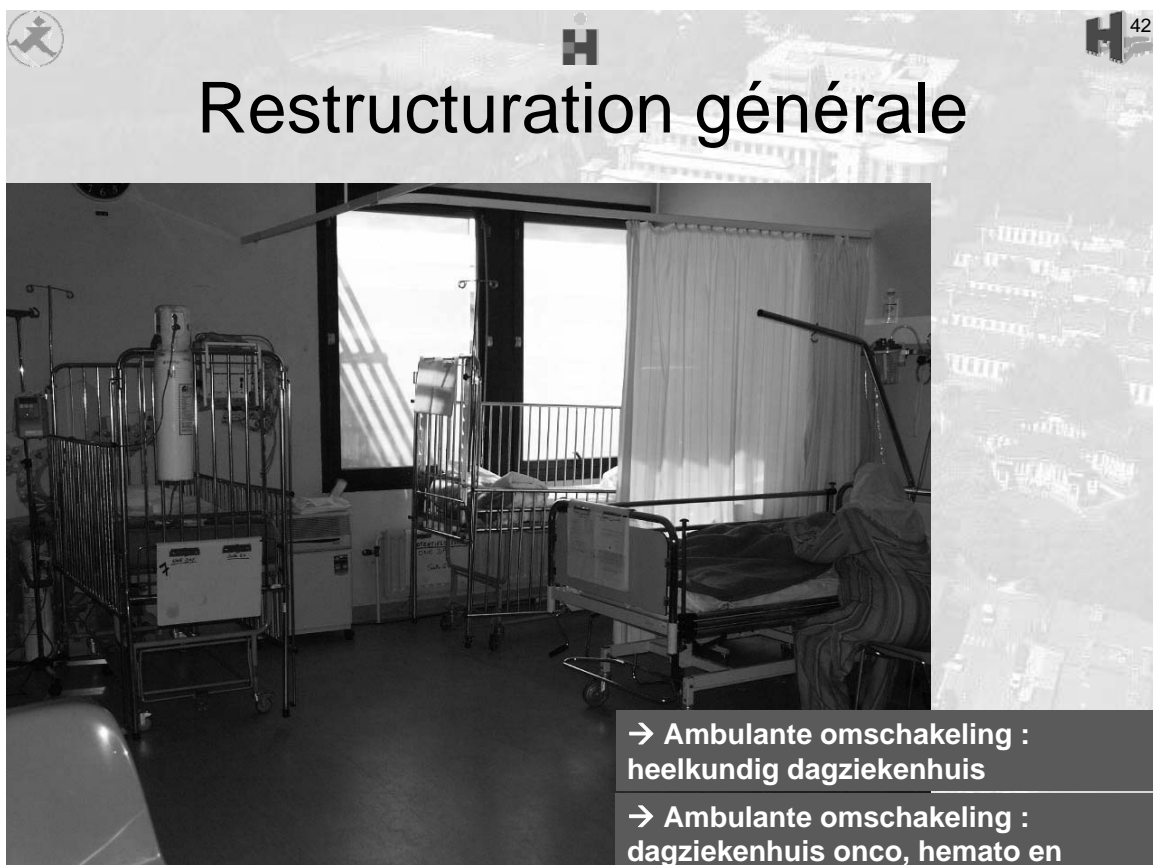
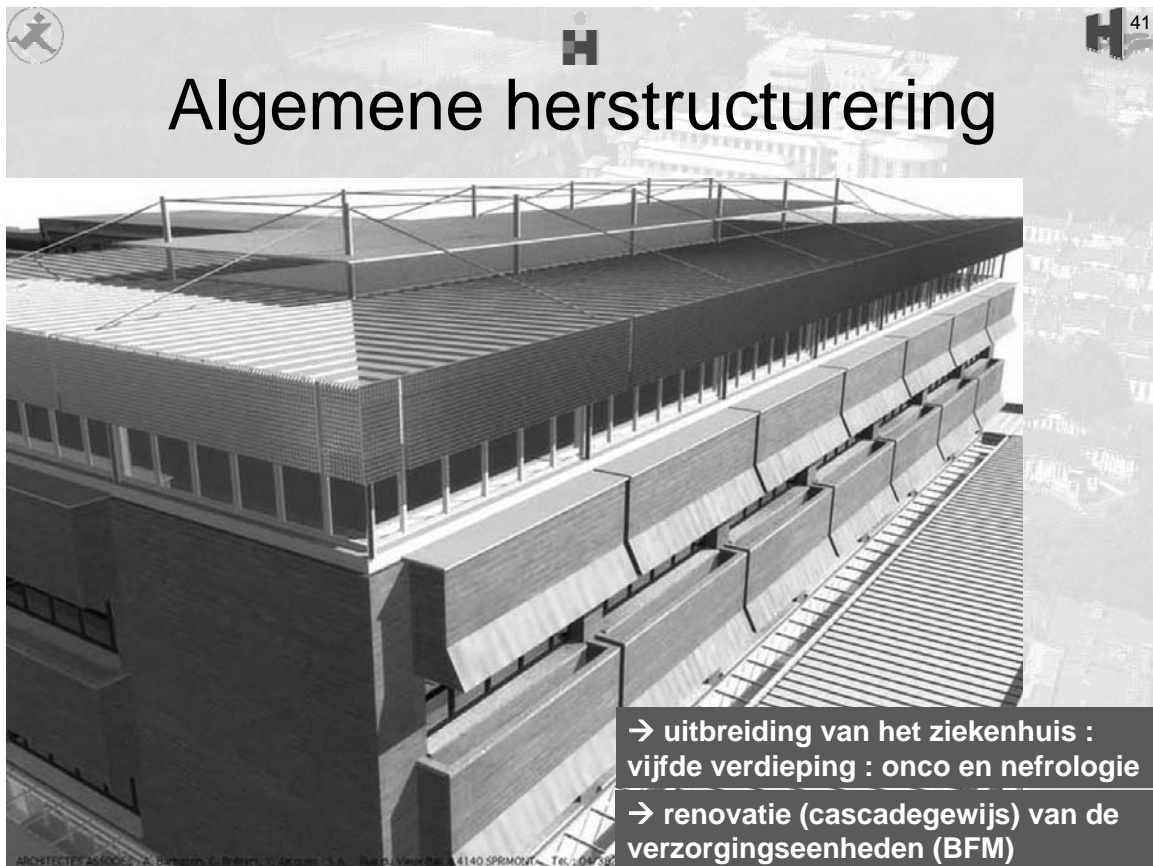
**NIC**

**ICU**

**ZORG-  
EENHEID**

→ renovatie van de verblijfsvoorzieningen

This slide shows three interior photographs of hospital units. The top left photo shows a NIC (Neonatal Intensive Care) unit with a clean, modern design and a large pillar. The top right photo shows an ICU (Intensive Care Unit) with several beds and medical equipment. The bottom right photo shows a 'ZORG-EENHEID' (care unit) with two hospital beds. The background of the slide is a faded aerial view of a city. In the top left corner, there is a small icon of a person walking. In the top right corner, there is a logo consisting of a stylized 'H' with the number '40' next to it.





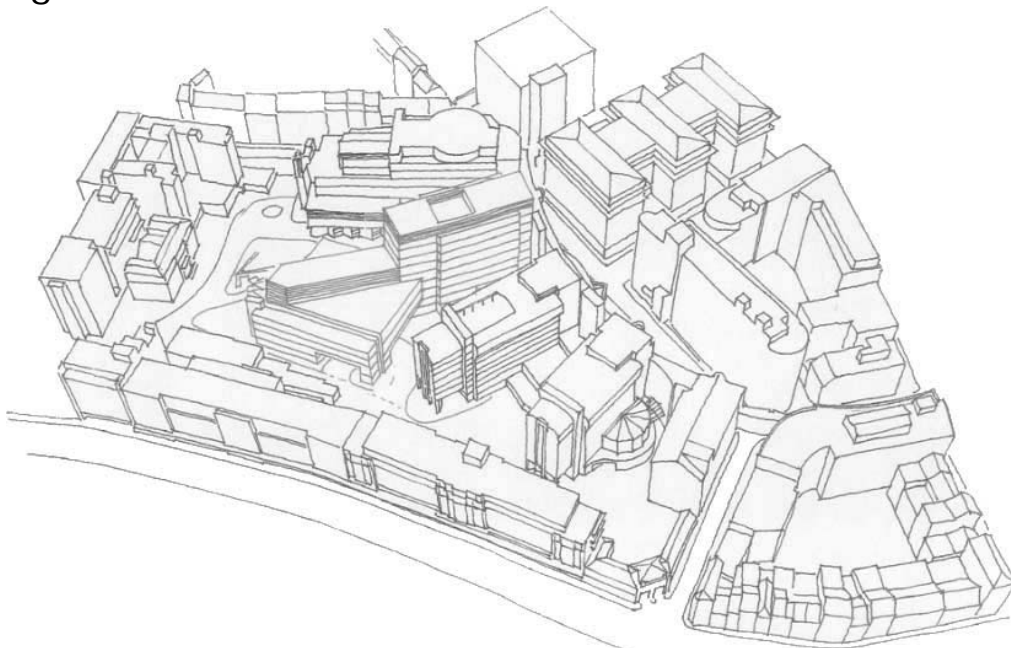
# Algemene herstructurering



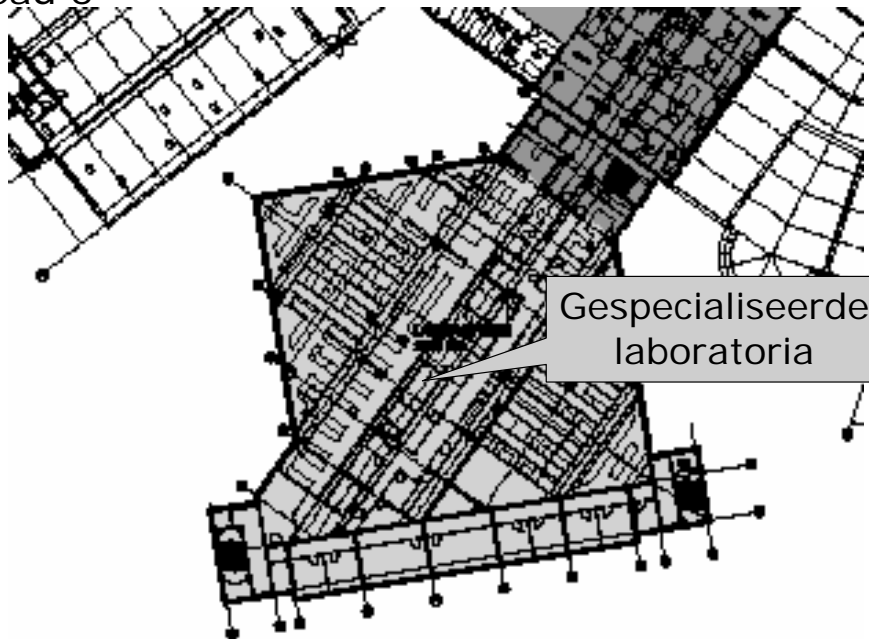
→ Spoed : te krappe lokalen

44

## Algemeen overzicht in 3D



### Niveau 5



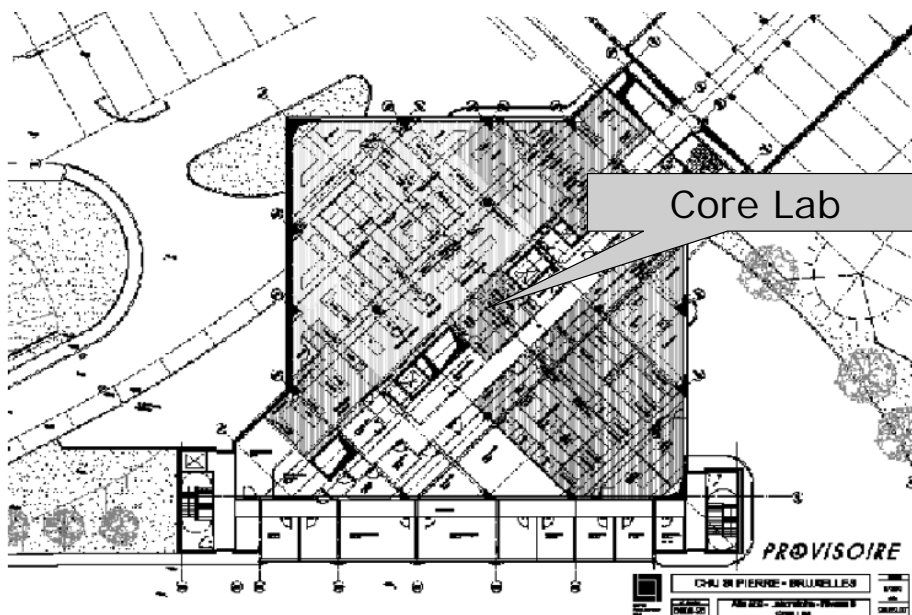
Gespecialiseerde laboratoria



UMC Sint-Pieter  
Algemene directie  
Andrée PETERS – DEMEURISSE  
Frédéric COTEUR  
Ziekenhuisprogrammering, Verbouwing en Organisatie  
Adjunct : Rik DE JAEGER

29/03/2007

### Niveau 6



Core Lab

PROVISOIRE

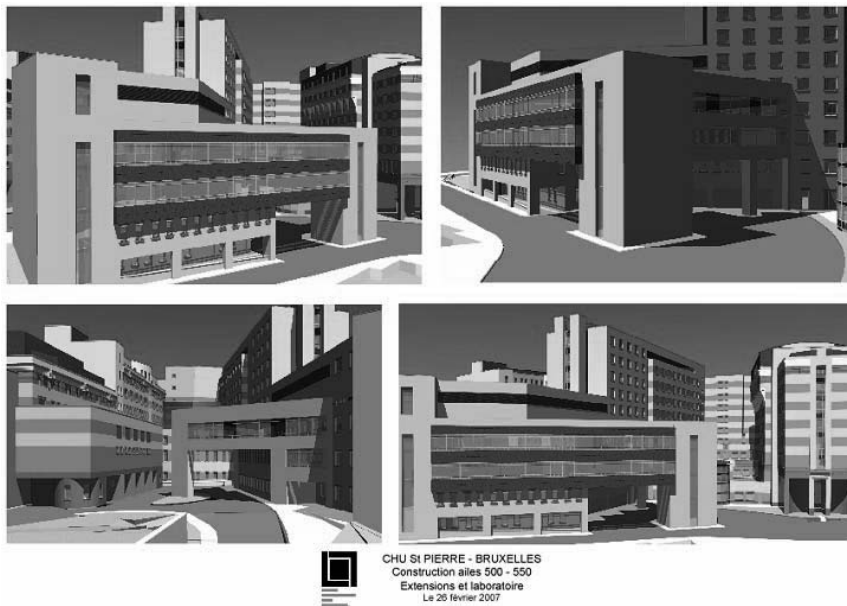
CHU DE PIERRE - BRUXELLES  
AN DE JAEGER - PETERS & COTEUR



UMC Sint-Pieter  
Algemene directie  
Andrée PETERS – DEMEURISSE  
Frédéric COTEUR  
Ziekenhuisprogrammering, Verbouwing en Organisatie  
Adjunct : Rik DE JAEGER

29/03/2007

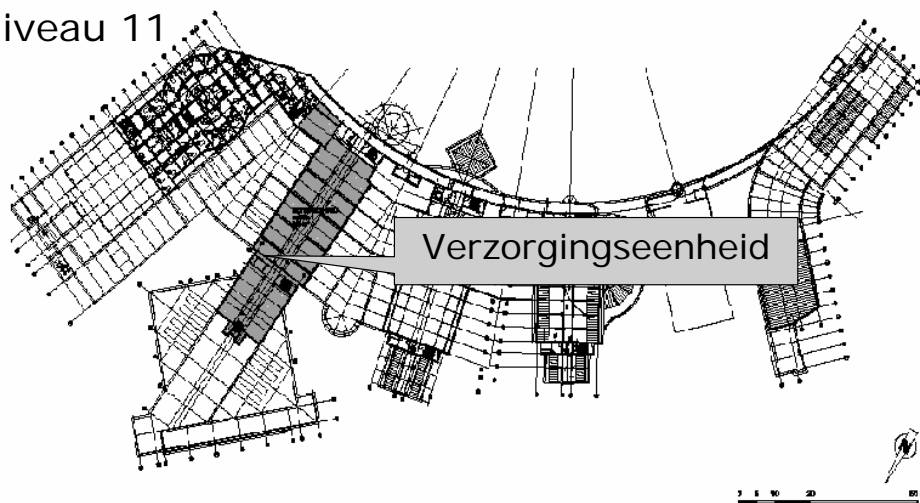




UMC Sint-Pieter  
Algemene directie  
Andrée PETERS – DEMEURISSE  
Frédéric COTEUR  
Ziekenhuisprogrammering, Verbouwing en Organisatie  
Adjunct : Rik DE JAEGER

29/03/2007

Niveau 11



LEGENDE

colinet	verliezen CTD	
verliezen CH 1 - algemene	verliezen zone 1	
verliezen CHU edigebou	verliezen zone 2	
opbouw 1 - ziekenhuis CHU	verliezen zone 3	
opbouw 1 - huiselijk	verliezen blok	

<b>CHU ST PIERRE - BRUXELLES</b>		Ass. N.A.
2008-2009	Aile 600 - extension CHU 1 - Niveau 11	06.05.07



UMC Sint-Pieter  
Algemene directie  
Andrée PETERS – DEMEURISSE  
Frédéric COTEUR  
Ziekenhuisprogrammering, Verbouwing en Organisatie  
Adjunct : Rik DE JAEGER

29/03/2007

Annexe 4

Présentation du réseau IRIS

**Commission Communautaire Commune**

**Commission de la Santé**

**Organisation d'auditions sur le Plan pluriannuel de  
construction des institutions hospitalières et de  
santé**

**Audition du réseau IRIS**

19 Février 2009



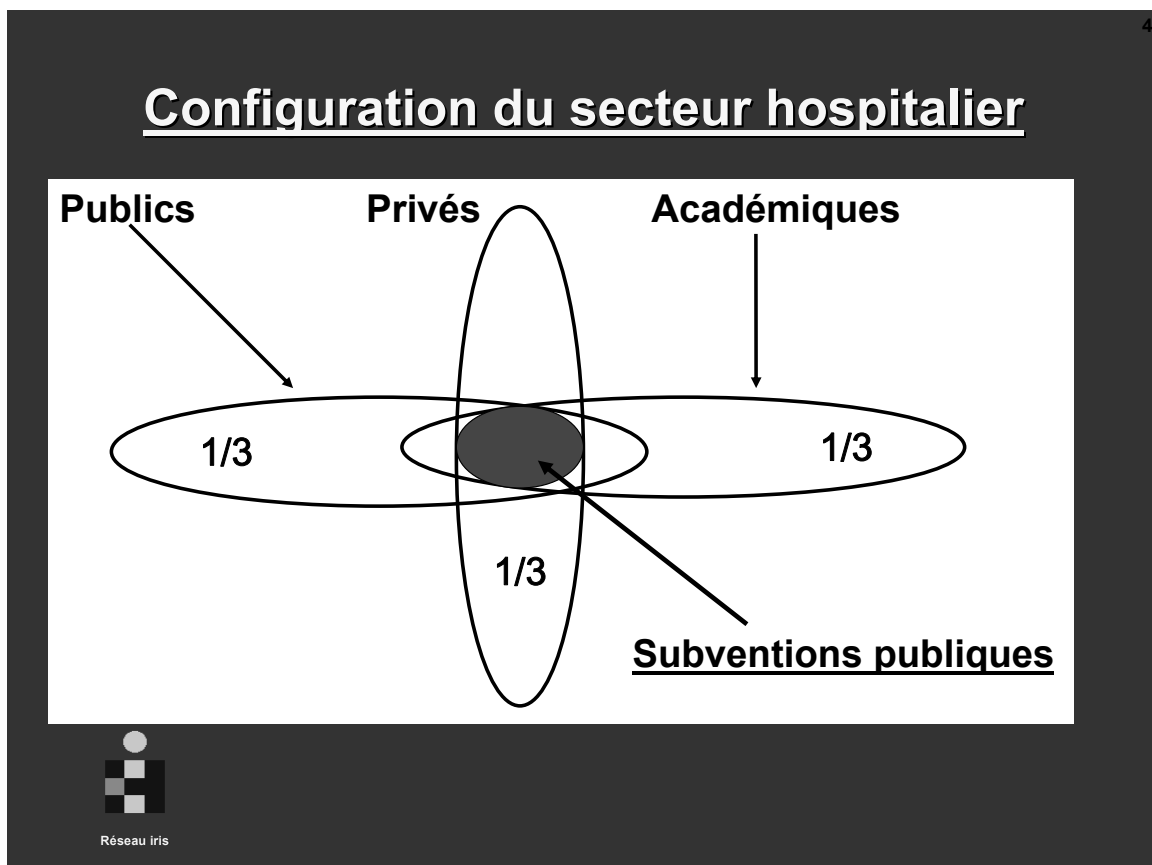
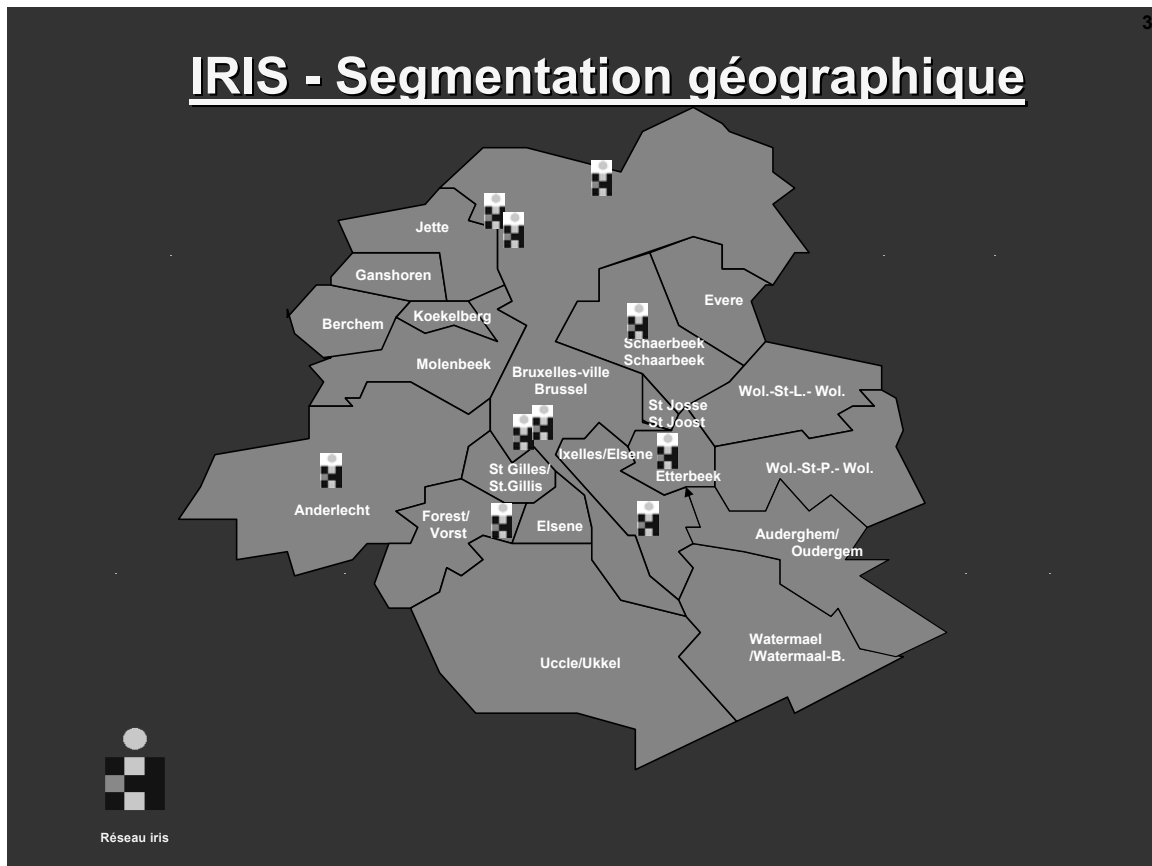
2

**Organisation d'auditions sur le Plan pluriannuel de  
construction des institutions hospitalières et de  
Santé**

- Introduction
- Calendrier des constructions
- Questions – Réponses







5

## Organisation optimale de pôles géographiques



Répartition cohérente et structurée de l'offre médicale sur le territoire bruxellois



Réseau Iris Structuur

6

## Gestion collégiale et transparente



Le Conseil d'Administration d'IRIS



- Représentants des 6 communes & CPAS
- Représentants de la Région
- Représentants des Communes « non hospitalières »
- Représentants du corps médical
- Représentants des Universités
- Commissaires du Gouvernement et du Collège Réuni



Réseau Iris Structuur

7

## Une gestion dynamique et adaptée : rigueur et rationalisation

<u>Nombre de lits</u>	<u>1985</u>	<u>2008</u>	<u>Fermés à ce jour</u>
<b>HIS</b>	1.197	737	460
<b>CHU Saint-Pierre</b>	681	509	172
<b>CHU Brugmann</b>	932	693*	239
<b>Huderf</b>	0	168	-168
<b>Bordet</b>	170	154	16
	<b>2.980</b>	<b>2.261</b>	<b>719</b>

\* hors psychiatrie

Le pourcentage de fermeture de lits des 1985 à 2008 est de 24,13%



Réseau Iris Structuur

8

## Le réseau IRIS, c'est :

- 2.261 lits
- 11 sites d'activités
- 6.530 ETP, dont les médecins
- Plus de 9.000 personnes
- Plus de 70.000 admissions classiques par an
- Plus de 51.000 admissions hospi de jour
- Plus de 7.600 accouchements
- Passages à la garde : 100.000
- Bloc opératoire : 50.000 interventions
- Plus d'un million de contact patient par année



## Calendrier des reconstructions iris

- I Principe
- II Procédure
- III Validation
- IV Projets retenus



## Calendrier des reconstructions iris

### I. Principe

- Planification des reconstructions du parc hospitalier sur une période allant de 2008 à 2020
- Enveloppe régionale et fédérale
- Taux de subside CCC 60% ou 10%



## Calendrier des reconstructions iris

### II. Procédure

- Introduction de tous les dossiers en avril 2007 ( certains datent du début 2006)
- Recalcul du « Plafond à la reconstruction » par l'administration partiellement basée sur la dernière législation fédérale.
- Arbitrage au sein des enveloppes

Demandé : 247.855.000 euros

Octroyé : 210.784.000 euros

(Décision du collège réuni du 19 juin 2008)



## Calendrier des reconstructions iris

### III. Validation

- Validation de l'arbitrage interne à iris au Conseil d'administration du 29.10.2008 et proposition de calendrier.
- Collège réuni du 18 décembre: ajout des soldes des années antérieures et définition des projets 2009 et 2010.
- Engagement de compléter le planning



## Calendrier des reconstructions iris

### IV. Projets retenus

#### Au nord

- Nouvelle polyclinique sur le site de Brugman HORTA
- Bâtiment VIS sur site HORTA
- Extension de Brien
- 5ème étage et reconditionnement HUDERF

#### Au centre

- Laboratoire unique mutltisite porte de Hal
- Bâtiment 500

#### Au sud

- Nouveau bloc technique à Ixelles
- New Bordet à Anderlecht



## Montants des reconstructions

Hôpital - Site	Descriptif du projet	Travaux	Coût réel	Travaux TVA et frais compris
Brugmann - Horta		1.855.164 €	2.597.230 €	2.469.223 €
Brugmann - Horta	Projet ambulatoire	16.337.422 €	22.872.391 €	21.745.109 €
Brugmann - Brien	Restructuration générale	13.960.882 €	19.545.235 €	18.581.934 €
Brugmann - Huderf	Bâtiment commun	7.836.500 €	10.971.100 €	10.430.382 €
Huderf	5 <sup>ème</sup> étage	6.334.584 €	8.868.418 €	8.431.331 €
Huderf	Extension USI	2.504.383 €	3.506.136 €	3.333.334 €
<b>TOTAUX TRAVAUX CHUB - HUDERF</b>		<b>48.828.935 €</b>	<b>68.360.509 €</b>	<b>64.991.312 €</b>
<b>TOTAUX TRAVAUX HIS</b>		<b>18.604.057 €</b>	<b>26.045.680 €</b>	<b>24.762.000 €</b>
<b>St-Pierre - Laboratoire</b>		<b>6.936.500 €</b>	<b>9.711.100 €</b>	<b>9.232.482 €</b>
<b>St-Pierre - 500</b>		<b>23.030.800 €</b>	<b>32.243.120 €</b>	<b>30.653.995 €</b>
<b>TOTAUX TRAVAUX St Pierre</b>		<b>29.967.300 €</b>	<b>41.954.220 €</b>	<b>39.886.476 €</b>
<b>Bordet</b>		<b>56.320.811 €</b>	<b>78.849.136 €</b>	<b>74.963.000 €</b>
<b>TOTAL RESEAU IRIS</b>		<b>153.721.104 €</b>	<b>215.209.545 €</b>	<b>204.602.789 €</b>





## HIS 2015 – PLAN HOSPITALIER

15

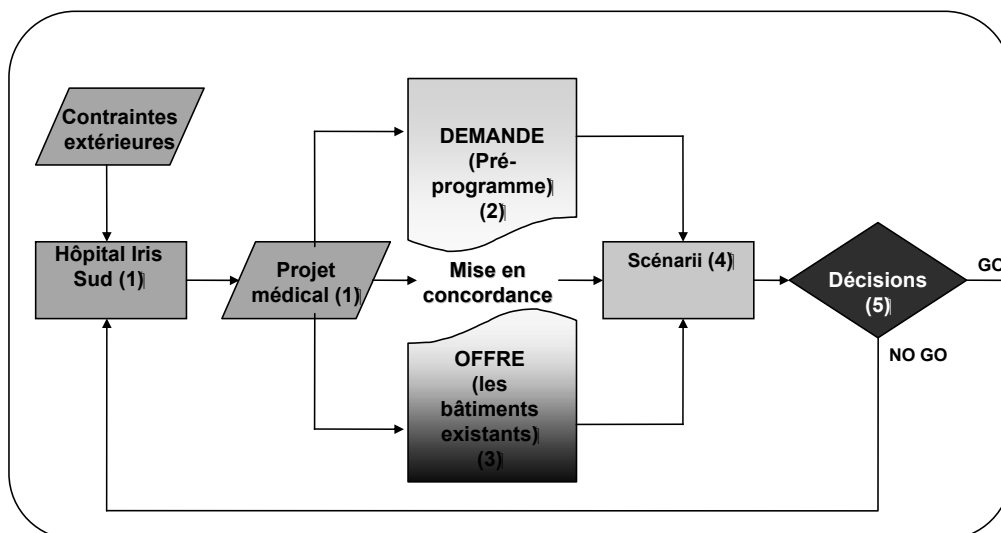
### **METHODE:**

- ❑ **SEMINAIRE STRATEGIQUE : mai 2006**
  - Responsables médicaux
  - Consultant AT OSBORNE
- ❑ **REALISATION SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER : septembre 2006**
  - Équipe direction
  - Consultant AT OSBORNE
- ❑ **GROUPE TRAVAIL STRATEGIE : février 2007**
- ❑ **MISE EN PLACE D'UN COMITE DE SUIVI**



## HIS 2015 – PLAN HOSPITALIER

16





## HIS 2015 – PLAN HOSPITALIER

17

XL : 2008 – 2015

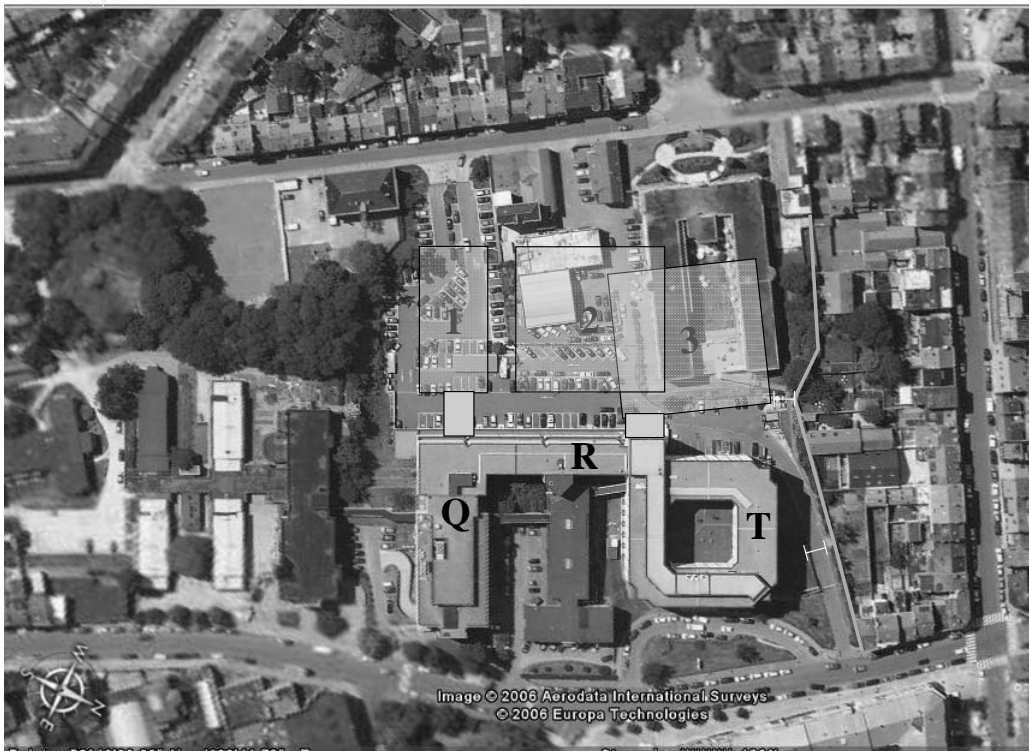
- Une nouvelle aile à destination des services médico techniques
- Eviter des désinvestissements dans le bâtiment existant en conservant un maximum de l'activité
- Réaliser le bloc S avec l'accueil, le caféteria et de l'administration et salles de réunion
- Centralisation des services transversaux
- Réorganisation des services logistiques
- Intégration de l'administration centrale (de BL)

17



## HIS 2015 – PLAN HOSPITALIER

18



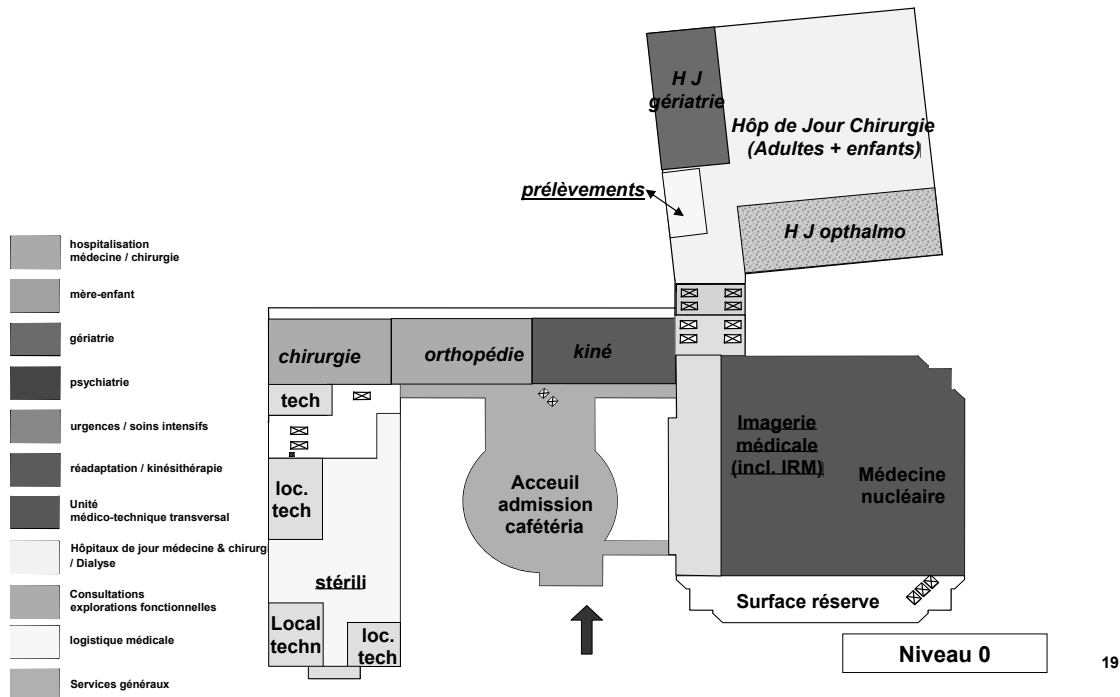
18





## HIS 2015 – PLAN HOSPITALIER

19



19



## CHU Brugmann - HUDERF

- **Achèvement des phases 1 et 2**
- **Projets CHUB :**
  - Site Horta : projet ambulatoire
  - Site Brien : restructuration générale
- **Projets communs CHUB – HUDERF :**
  - Pédopsy, Q OP, sterili
- **Projets HUDERF :**
  - Restructuration générale de l'Hôpital Pédiatrique

**Achèvement des phases 1 et 2**

**HUDERF**

**Mère - Enfant**

**Avant Programmé**

**Maternité**

- modernisation d'une maternité vétuste et obsolète
- réduction des déplacements des patients et du personnel
- création d'une fonction mère - enfant intégrée

**CHU Brugmann - HUDERF**

- **Achèvement des phases 1 et 2**
- **Projets CHUB :**
  - Site Horta : projet ambulatoire
  - Site Brien : restructuration générale
- **Projets communs CHUB :**
  - Pédiopsychiatrie - Quartier de stérilisation
- **Projets HUDERF :**
  - Restructuration générale de



**Site Horta : projet ambulatoire**

→ modernisation d'un secteur vétuste et obsolète



**Site Horta : projet ambulatoire**

- **Nouveau partenaire : consultations de transition envisagées avec l'HUDERF pour les pathologies chroniques**
- **Nouvelles technologies permettant le diagnostic et le traitement en ambulatoire (virage ambulatoire)**
- **Nouveau mode de prise en charge multidisciplinaire pour des pathologies nécessitant de l'espace et le rassemblement de nombreux spécialistes au même moment (oncologie, troubles du périnée, obésité, ménopause, ...)**
- **Nouveau type de patients préférant être traités en structure ambulatoire plutôt que d'être hospitalisés**

→ développement d'activité

## Site Horta : projet ambulatoire

Avant : 8 accueils spécialisés  
Programmé : 2 accueils spécialisés

→ réduction du nombre d'accueils  
→ amélioration de l'orientation

This slide shows a site plan of the Horta hospital campus. The plan is divided into several blocks of buildings, labeled with letters and numbers (e.g., U, EL, EK, EJ, EH, EG, ED, EC, EB, EA, C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, B1, B2, A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, X, Y, Z, O, R, N, M, L, K, J, I, H, G, F, E, D, C, B, A). A large black star is placed on building Y, and several smaller grey stars are placed on other buildings. The plan is bounded by Avenue Stienon to the north, Avenue Rommelaere to the east, Avenue J.J. Croos Laan to the west, and Avenue E. Masson Laan to the south. A parking area labeled 'PLACE VAN GENAECHEM PLEIN' is located at the bottom right. A north arrow is in the top left corner, and a logo with the number 25 is in the top right corner.

## Site Horta : projet ambulatoire

Médico-Techniques  
Polyclinique  
Activités de jour

→ amélioration des circuits

This slide shows the same site plan of the Horta hospital campus as the previous slide. Three specific areas are highlighted with callouts: 'Médico-Techniques' points to a cluster of buildings (K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K12, K13, K14, K15, K16, K17, K18, K19, K20); 'Polyclinique' points to building Y; and 'Activités de jour' points to building X. A large 'M' logo is placed near building Y. The plan is bounded by Avenue Stienon to the north, Avenue Rommelaere to the east, Avenue J.J. Croos Laan to the west, and Avenue E. Masson Laan to the south. A parking area labeled 'PLACE VAN GENAECHEM PLEIN' is located at the bottom right. A north arrow is in the top left corner, and a logo with the number 26 is in the top right corner.



H

H 27

## CHU Brugmann - HUDERF

- **Achèvement des phases 1 et 2**
- **Projets CHUB :**
  - Site Horta : projet ambulatoire
  - Site Brien : restructuration générale
- **Projets communs CHUB – HUDERF :**
  - Quartiers opératoires et stérilisation
  - Pédiopsychiatrie
- **Projets HUDERF :**
  - Restructuration générale de l'Hôpital Pédiatrique



H

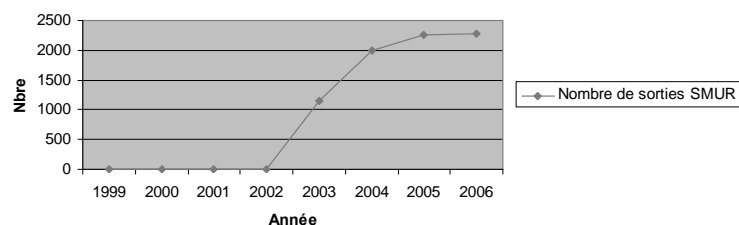
H 28

## Site Brien : restructuration générale

7 sorties SMUR en moyenne par jour

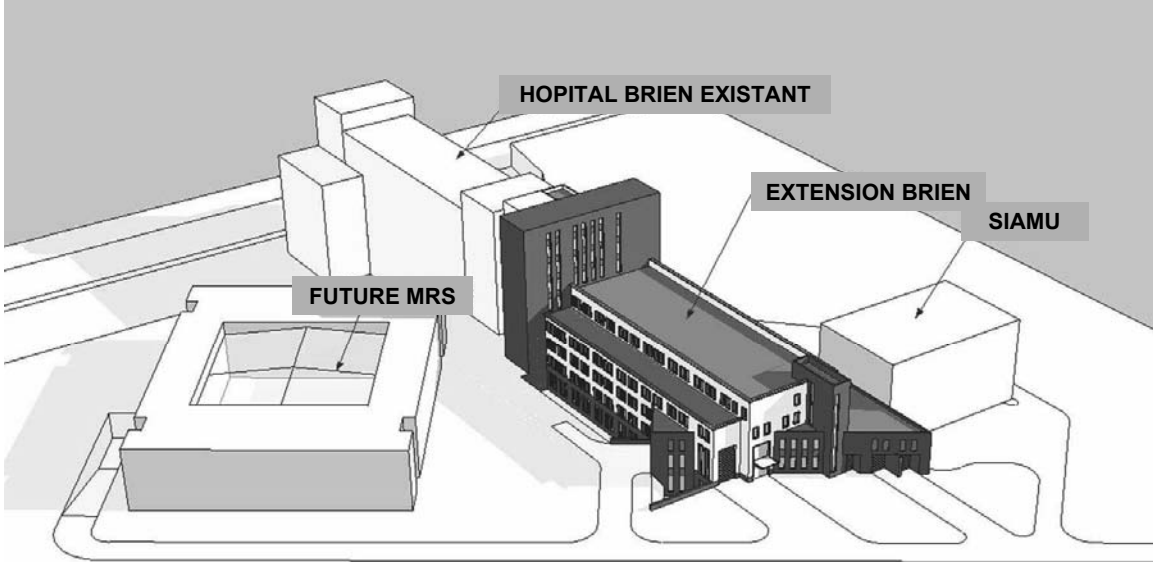


Evolution des sorties SMUR à Brien



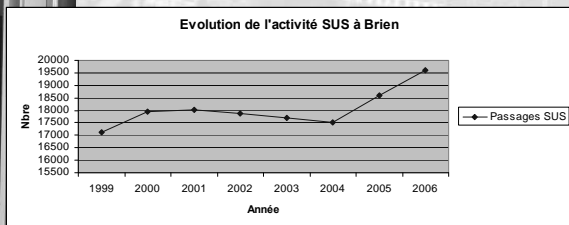
→ mise à disposition de locaux pour la fonction SMUR (agrée en 2003)

**Site Brien : restructuration générale**



→ projet intégré avec le CPAS de Schaerbeek et le SIAMU

**Site Brien : restructuration générale**



→ modernisation d'urgences vétustes et obsolètes

→ adaptation des locaux au développement de l'activité induit par le SMUR depuis 2003



## Site Brien : restructuration générale

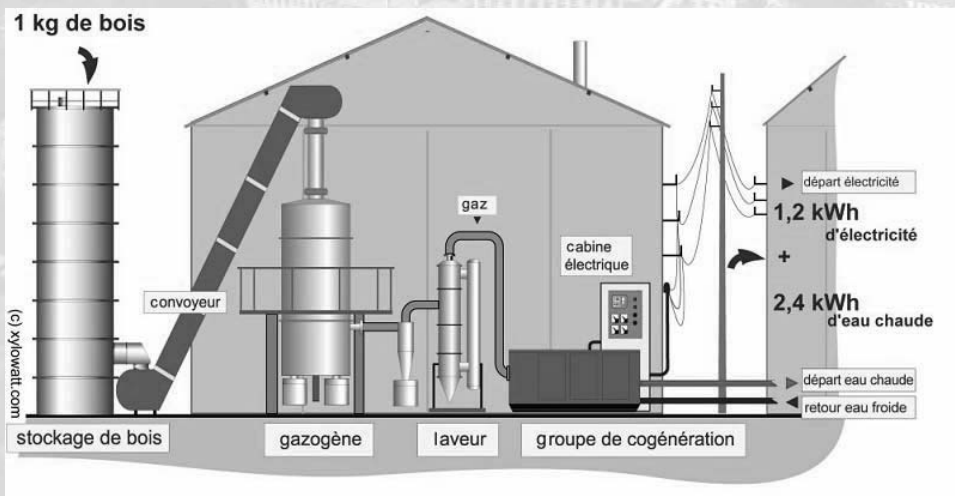


→ développement de l'activité de l'USI induit par le SMUR et de




## Site Brien : restructuration générale

*Cogénération par gazéification de bois envisagée*



→ projet commun et innovant d'utilisation Rationnelle de l'Énergie





# CHU Brugmann -

- **Achèvement des phases**
- **Projets CHUB :**
  - Site Horta : projet ambulator
  - Site Brien : restructuration generale
- **Projets communs CHUB – HUDERF :**
  - Pédopsychiatrie
  - Quartiers opératoires et stérilisation
- **Projets HUDERF :**
  - Restructuration générale de l’Hôpital Pédiatrique



# Quartiers opératoires et stérilisation

**Quartier Opérateur adultes**

21.03.1992

**PLAQUE COMMEMORATIVE**  
A l'occasion de l'inauguration du nouveau Quartier Opérateur

21.03.1992

**GEDENKSTEEN**  
Ter gelegenheid van de inhuldiging van het nieuw Operatiekwartier

**Quartier Opérateur pédiatrique**

PLAQUE COMMEMORATIVE  
POSEE LE 23 OCTOBRE 1986  
A L'OCCASION DE L'INAUGURATION DE L'HOPITAL  
UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA

**GEDENKSTEEN**  
GEPLAATST OP 23 OKTOBER 1986  
TER GELEGENHEID VAN DE INHULDIGING  
VAN HET UNIVERSITAIR KINDERZIEKENHUIS  
KONINGIN FABIOLA

→ vieillissement des quartiers opératoires

→ préparation à l'évolution des normes





# Quartiers opératoires et stérilisation



## Stérilisation

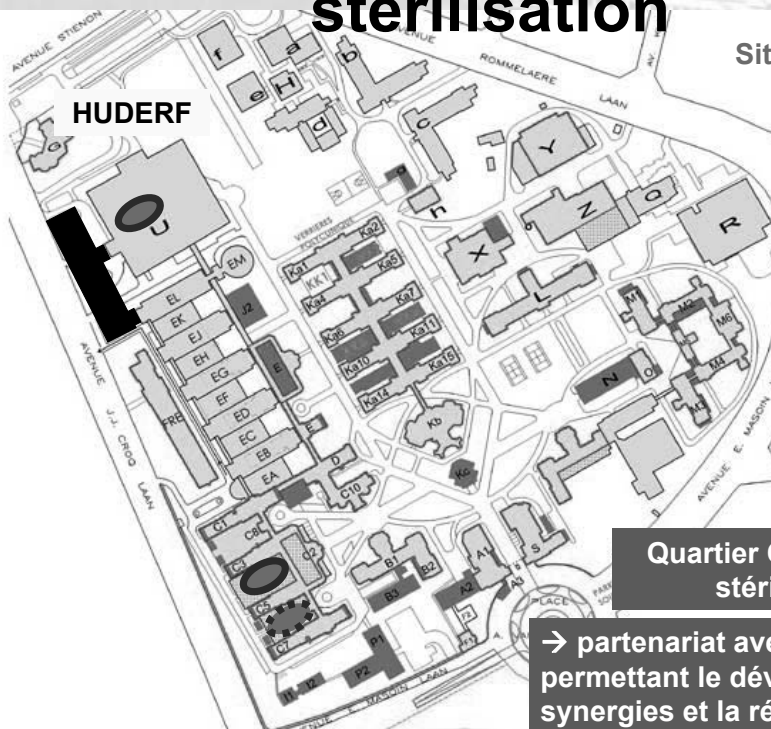
→ rénovation d'installations inadéquates, vétustes et obsolètes

→ remplacement prévu des autoclaves

→ diminution des distances entre la stérilisation et l'HUDERF



# Quartiers opératoires et stérilisation



Situation actuelle

Quartiers

Stérilisation

## Quartier Opérateur et stérilisation

→ partenariat avec l'HUDERF permettant le développement de synergies et la réduction des coûts



**H**

## CHU Brugman

- Achèvement des phases
- Projets CHUB :
  - Site Horta : projet ambulant
  - Site Brien : restructuration générale
- Projets communs CHUB – HUDERF :
  - Pédopsychiatrie
  - Quartiers opératoires et stérilisation
- Projets HUDERF :
  - Restructuration générale de l'Hôpital Pédiatrique



**H** 38

## Restructuration générale

→ Activités administratives :  
direction à relocaliser définitivement



**H** **39**

# Pédopsychiatrie

→ désaffectation d'installations inadéquates (actuellement un préfabriqué)

→ rénovation d'installations devenues vétustes et obsolètes



**H** **40**

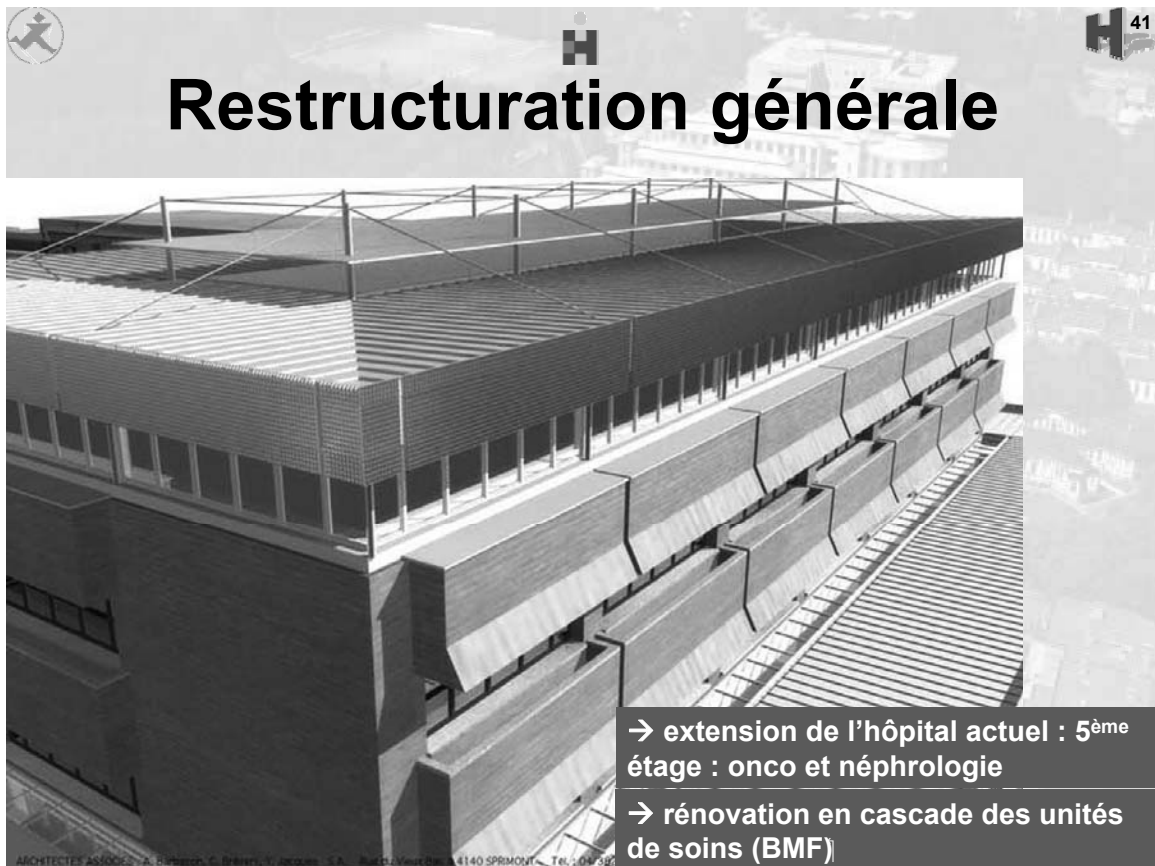
# Restructuration générale

**NIC**

**USI**

**UNITÉS DE SOINS**

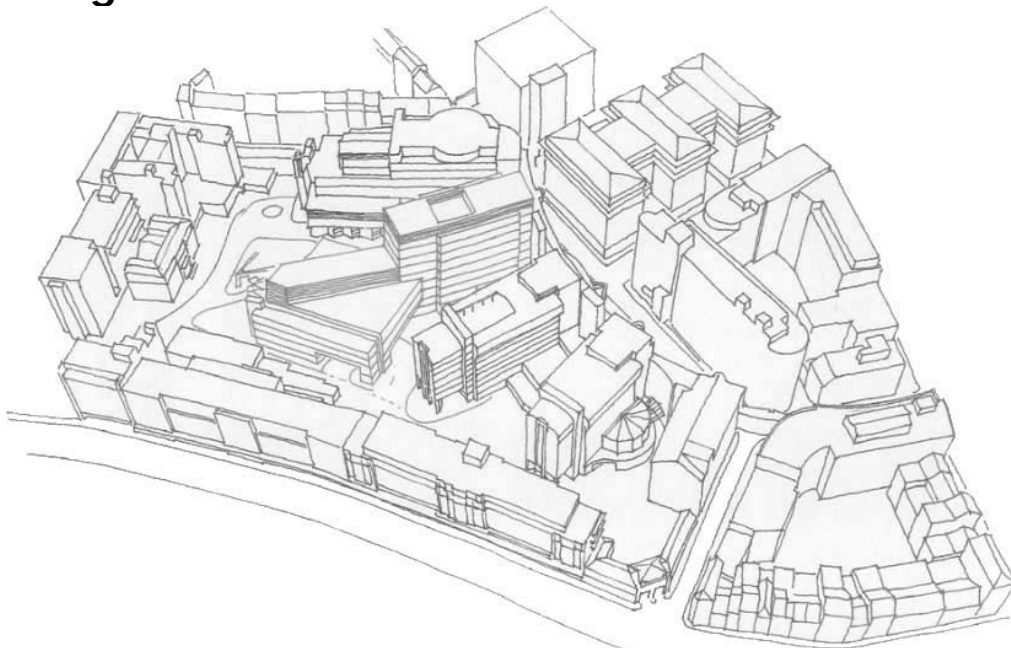
→ rénovation de l'hébergement



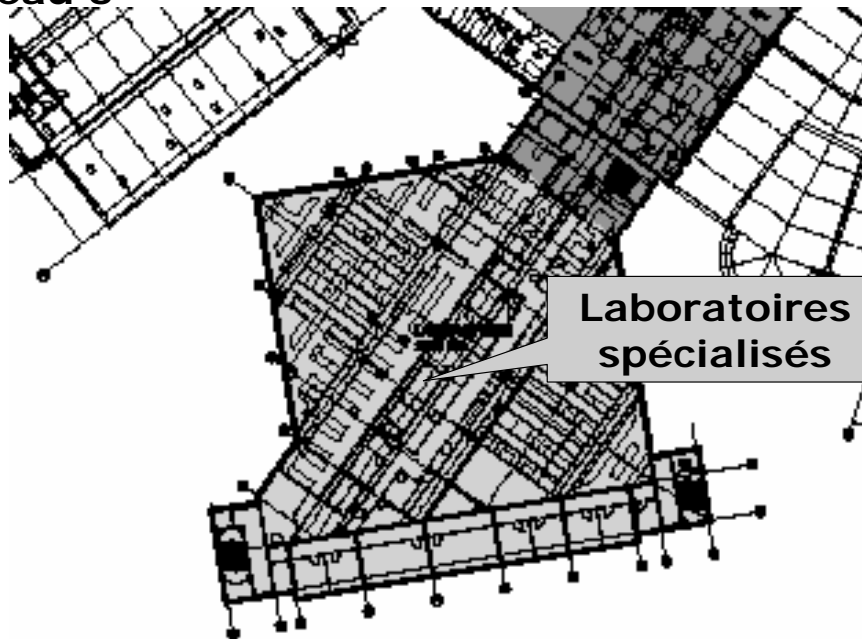


44

## Vue générale en 3D



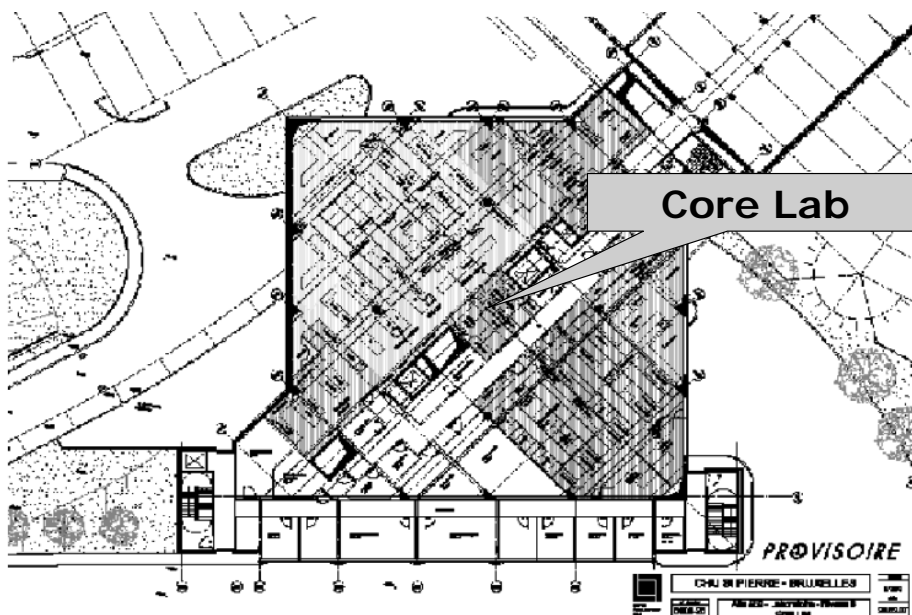
### Niveau 5



CHU Saint-Pierre  
 Direction générale  
 Andrée PETERS – DEMEURISSE  
 Frédéric COTEUR  
 Programmation hospitalière, Reconstruction et Organisation  
 Adjoint : RIK DE JAEGER

29/03/2007

### Niveau 6



CHU Saint-Pierre  
 Direction générale  
 Andrée PETERS – DEMEURISSE  
 Frédéric COTEUR  
 Programmation hospitalière, Reconstruction et Organisation  
 Adjoint : RIK DE JAEGER

29/03/2007



