PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT

ASSEMBLÉE RÉUNIE DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

VERENIGDE VERGADERING VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

Compte rendu intégral des interpellations et des questions

Integraal verslag van de interpellaties en de vragen

Commission de la Santé

Commissie voor de Gezondheid

RÉUNION DU

MERCREDI 18 OCTOBRE 2017

VERGADERING VAN

WOENSDAG 18 OKTOBER 2017

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

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

Les comptes rendus peuvent être consultés à l'adresse www.parlement.brussels/

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

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

De verslagen kunnen geconsulteerd worden op www.parlement.brussels/

SOMMAIRE

INTERPELLATION 8

Interpellation de Mme Brigitte Grouwels 8

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

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

concernant "le risque de dénutrition des personnes âgées dans les maisons de repos et de soins".

QUESTIONS ORALES 8

Question orale de Mme Hannelore Goeman 8

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

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

concernant "les maisons médicales".

Question orale de Mme Hannelore Goeman 9

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

INHOUD

INTERPELLATIE 8

Interpellatie van mevrouw Brigitte Grouwels 8

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

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

betreffende "het risico op ondervoeding van senioren in rust-en verzorgingstehuizen".

MONDELINGE VRAGEN 8

Mondelinge vraag van mevrouw Hannelore Goeman 8

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

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

betreffende "de wijkgezondheidscentra".

Mondelinge vraag van mevrouw Hannelore Goeman 9

aan de heer Guy Vanhengel, lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, het Openbaar Ambt, de

Relations extérieures,

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

concernant "les services de garde de médecins généralistes".

Question orale de Mme Magali Plovie 9

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

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

concernant "la finalisation du Plan santé bruxellois (PSB)".

INTERPELLATION 13

Interpellation de Mme Isabelle Emmery

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

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

concernant "la situation dans les hôpitaux bruxellois concernant les IRM".

QUESTION ORALE 13

Question orale de Mme Catherine Moureaux 13

Financiën, de Begroting en de Externe Betrekkingen,

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

betreffende "de Huisartsenwachtposten".

Mondelinge vraag van mevrouw Magali Plovie 9

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

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

betreffende "de voltooiing van het Brussels Gezondheidsplan".

INTERPELLATIE 13

Interpellatie van mevrouw Isabelle Emmery

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

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

betreffende "de toestand in de Brusselse ziekenhuizen betreffende de MRS".

MONDELINGE VRAAG 13

Mondelinge vraag van mevrouw Catherine Moureaux 13

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

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

concernant "l'étude du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur les lits d'hôpitaux et l'impact à Bruxelles".

INTERPELLATIONS 14

Interpellation de M. André du Bus de Warnaffe 14

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

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

concernant "le vieillissement du corps médical à Bruxelles et la pénurie de médecins généralistes".

Discussion - Orateurs : 16

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

M. André du Bus de Warnaffe (cdH)

Interpellation de M. André du Bus de Warnaffe 21

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

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

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

betreffende "de studie van het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) over de ziekenhuisbedden en de impact ervan in Brussel".

INTERPELLATIES 14

Interpellatie van de heer André du Bus de Warnaffe 14

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

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

betreffende "de veroudering van het medisch korps in Brussel en het tekort aan huisartsen".

Bespreking - Sprekers: 16

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH)

Interpellatie van de heer André du Bus de Warnaffe 21

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

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

concernant "le dépistage stratifié du cancer du sein".

Discussion - Orateurs : 23

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni

M. André du Bus de Warnaffe (cdH)

QUESTIONS ORALES 26

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 26

à M. Rudi Vervoort, président du Collège réuni, compétent pour la Coordination de la politique du Collège réuni,

concernant "la réorientation de l'aide médicale urgente vers la médecine générale et sa conséquence sur les subventions spéciales accordées aux communes hospitalières en exécution de l'ordonnance régionale du 13 février 2003".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 30

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

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

concernant "le projet de loi fédéral portant modification de la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé et les impacts pour la Région bruxelloise".

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

betreffende "de gerichte opsporing van borstkanker".

Bespreking - Sprekers: 23

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

MONDELINGE VRAGEN 26

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 26

aan de heer Rudi Vervoort, voorzitter van het Verenigd College, bevoegd voor de Coördinatie van het Beleid van het Verenigd College,

betreffende "de heroriëntering, ter uitvoering van de gewestelijke ordonnantie van 13 februari 2003, van de dringende medische hulp naar de huisartsen en de gevolgen daarvan voor de bijzondere subsidies aan de ziekenhuisgemeenten".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 30

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

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

betreffende "het ontwerp van federale wet tot wijziging van de wet op de uitoefening van de vrije gezondheidsberoepen en de gevolgen daarvan voor het Brussels Gewest".

Question orale de M. André du Bus de Warnaffe 35

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

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

concernant "les hospitalisations à domicile et le coût à charge du patient".

Mondelinge vraag van de heer André du Bus de Warnaffe 35

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

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

betreffende "de thuishospitalisaties en de kosten ten laste van de patiënten".

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

INTERPELLATION

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle l'interpellation de Mme Grouwels.

INTERPELLATION DE MME BRIGITTE GROUWELS

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

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

concernant "le risque de dénutrition des personnes âgées dans les maisons de repos et de soins".

Mme la présidente.- À la demande de l'auteure, excusée, l'interpellation est reportée à une prochaine réunion.

INTERPELLATIE

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Grouwels.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW BRIGITTE GROUWELS

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

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

betreffende "het risico op ondervoeding van senioren in rust-en verzorgingste-huizen".

Mevrouw de voorzitter.- Op verzoek van de indiener, die verontschuldigd is, wordt de interpellatie naar een volgende vergadering verschoven.

QUESTIONS ORALES

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

QUESTION ORALE DE MME HANNELORE GOEMAN

MONDELINGE VRAGEN

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

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW HANNELORE GOEMAN

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

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

concernant "les maisons médicales".

Mme la présidente.- À la demande de l'auteure, excusée, et avec l'accord du membre du Collège Guy Vanhengel, la question orale est reportée à une prochaine réunion.

QUESTION ORALE DE MME HANNELORE GOEMAN

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

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

concernant "les services de garde de médecins généralistes".

Mme la présidente.- À la demande de l'auteure, excusée, et avec l'accord du membre du Collège Guy Vanhengel, la question orale est reportée à une prochaine réunion.

QUESTION ORALE DE MME MAGALI PLOVIE

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

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

betreffende "de wijkgezondheidscentra".

Mevrouw de voorzitter.- Op verzoek van de indiener, die verontschuldigd is, en met instemming van collegelid Guy Vanhengel, wordt de mondelinge vraag naar een volgende vergadering verschoven.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW HANNELORE GOEMAN

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

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

betreffende "de Huisartsenwachtposten".

Mevrouw de voorzitter.- Op verzoek van de indiener, die verontschuldigd is, en met instemming van collegelid Guy Vanhengel, wordt de mondelinge vraag naar een volgende vergadering verschoven.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW MAGALI PLOVIE

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

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

concernant "la finalisation du Plan santé bruxellois (PSB)".

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

La parole est à Mme Plovie.

Mme Magali Plovie (Ecolo).- En mai 2015, vous lanciez les consultations dans le cadre de l'élaboration du Plan de santé bruxellois (PSB) qui, selon les termes de l'accord de majorité, je cite : "doit inciter à une plus grande efficience du secteur au regard des besoins de santé des Bruxellois". De report en report et d'interpellation en interpellation, vous nous avez expliqué en mars 2017, lors de la dernière question de mon collègue Alain Maron sur le sujet, que la rédaction du PSB était en cours de finalisation et que vous vous étiez fixé comme objectif d'avoir un plan finalisé avant l'été 2017.

Peut-être cela m'a-t-il échappé mais, sauf avis contraire, ce plan n'est toujours pas approuvé. Qu'est-ce qui explique ce nouveau retard ? Rencontrez-vous des problèmes particuliers ?

Pour expliquer ce report, vous évoquiez fin mars la création d'Iriscare, des projets pilotes retardés notamment pour les maladies chronique parce que l'arrêté royal n'était toujours pas publié et des plans fédéraux à intégrer.

Pouvez-vous faire le point sur ces différents éléments et nous dire où vous en êtes ?

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

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

betreffende "de voltooiing van het Brussels Gezondheidsplan".

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

Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- In mei 2015 begon u met een overlegronde met het oog op de uitwerking van het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Het plan heeft tot doel om ervoor te zorgen dat de aangeboden zorg zo goed mogelijk is afgestemd om de behoeften van de Brusselaars en moest klaar zijn tegen de zomer van 2017.*

Voor zover ik weet, werd het plan echter nog steeds niet goedgekeurd. Is die vertraging te wijten aan specifieke problemen?

In maart zei u nog dat de vertraging het gevolg was van de oprichting van Iriscare, uitgestelde proefprojecten, een nog niet gepubliceerd koninklijk besluit en te integreren federale plannen.

Kunt u meer duidelijkheid scheppen over die elementen? Hoever staat u met het plan? Hoe ziet de nieuwe planning eruit?

Welke informatie kregen de spelers die aan de verschillende werkgroepen deelnamen? U liet een aantal analyses uitvoeren. Kunnen we in afwachting van het gezondheidsplan de resultaten daarvan krijgen en daar eventueel al mee aan de

Quel est le nouveau calendrier annoncé ?

Qu'en est-il des informations données aux acteurs qui ont participé aux différents groupes de travail et attendent ce plan finalisé ? À cet égard, un certain nombre d'analyses ont été faites. Même si le plan n'avance pas, on peut déjà présenter certaines réponses secteur par secteur par rapport aux analyses que vous avez faites. J'ai examiné le document que vous avez présenté et qui comporte des analyses et des constats déjà réalisés. Il y a peut-être moyen d'avancer sur certains éléments, même en l'absence du PSB.

Par ailleurs, entre-temps, la Cocof a avancé sur un nouveau décret relatif à un plan de promotion de la santé. Il est fondamental que tous les plans coïncident afin d'éviter que ces plans, inscrits déjà dans des calendriers différents, ne présentent entre eux aucune cohérence. Comment allez-vous articuler ce décret de la Cocof avec le PSB ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Il est vrai que le PSB, premier du genre, est un chantier très important et ne peut pas se limiter à une simple déclaration d'intentions. Au contraire, il s'agit d'une planification précise des objectifs et des actions à mettre en œuvre dans les années à venir.

Il s'accompagne donc d'un plan de mise en œuvre, de mesures budgétaires ainsi que d'un dispositif juridique à construire. Cela prend effectivement du temps. Certainement plus que ce que nous avions imaginé au départ. Soyez rassurée, les rencontres avec le secteur sont régulières à la fois pour faire avancer le document mais aussi pour poursuivre les politiques au jour le jour.

Je vous demande encore un peu de patience. Le plan est en voie de finalisation. Nous avons les travaux budgétaires et j'ai bon espoir qu'on puisse vous présenter le résultat à la rentrée de janvier 2018. Les derniers mois ont été prioritairement consacrés à la mise sur pied d'Iriscare, à l'adaptation de l'administration en vue de la reprise des matières. Grâce à ces efforts, Iriscare devrait entrer en phase opérationnelle avec l'installation

slag gaan?

Ondertussen werkte de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof) een nieuw decreet uit rond een plan voor gezondheidspromotie. Het is belangrijk dat de verschillende gezondheidsplannen op elkaar zijn afgestemd. Hoe worden het Brussels Plan voor de gezondheidszorg en het decreet van de Cocof op elkaar afgestemd?

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Het Brussels Plan voor de gezondheidszorg is het eerste in zijn soort en alleen daarom al heel belangrijk. De doelstellingen en de acties voor de komende jaren moeten dan ook zeer goed worden uitgewerkt.*

Het opmaken van een uitvoeringsplan, budgettaire maatregelen en een juridisch kader vergt meer tijd dan aanvankelijk gedacht. Ik kan u verzekeren dat ik regelmatig overleg met de sector over de uitwerking van het plan en om een voortzetting van het beleid te garanderen.

Het plan is bijna klaar en ik hoop dat ik het in januari 2018 kan presenteren. De voorbije maanden ging de aandacht hoofdzakelijk naar de oprichting van Iriscare en de aanpassing van de administratie aan de overname van bepaalde materies. Dankzij die inspanningen zal het mogelijk zijn dat Iriscare zijn werking aanvat en de bestuursorganen in functie treden begin 2018.

Ik had gehoopt te kunnen terugvallen op een bestaande administratie toen het gewest de bevoegdheden overnam, maar dat is niet het geval

de ses organes en début d'année 2018.

Il ne vous aura pas échappé non plus que l'administration de la CCT est une portion congrue. Il a fallu procéder à des recrutements, ce que nous avons fait. Ce n'est pas dans ma méthode de tout faire à la place de l'administration qui doit, selon moi, s'approprier les choses mais pour cela, encore faudrait-il une administration. Iriscare va se mettre en place. L'administration a été renforcée en effectifs. Tout cela prend du temps. En reprenant les compétences, j'aurais souhaité disposer d'une administration existante, ce qui n'était pas vraiment le cas. Je peux vous décrire l'état de cette administration au moment où nous l'avons reçue, si vous voulez.

Le PSB s'articule bien avec les différents plans régionaux et notamment avec le Plan de promotion de la santé de ma collègue Cécile Jodogne. M. Maron demandait s'il y avait une concertation avec Mme Jodogne. Oui, il y en a une. Nous nous voyons toutes les semaines, comme ce matin encore au gouvernement de la Cocof.

Je ne vais pas rentrer dans les détails, ils seront précisés prochainement, mais une attention particulière sera accordée à la coordination des politiques bruxelloises afin de donner une meilleure visibilité aux dispositifs et, par voie de conséquence, en améliorer l'accès. Tout viendra à point à qui sait attendre, ai-je envie de dire.

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

Mme Magali Plovie (Ecolo).- Nous sommes impatients de voir cette présentation.

On peut se demander pourquoi vous vous êtes imposé de tels délais. On peut comprendre que vous preniez du temps pour opérer les adaptations nécessaires au sein de l'administration et organiser Iriscare, mais peut-être aurait-il mieux valu mettre les choses en phase avec la consultation du secteur, qui s'est un peu faite au pas de charge.

Dans le contexte bruxellois de morcellement et d'éclatement des compétences entre différents niveaux de pouvoir, il est fondamental de coordonner les politiques afin de garantir des soins

gebleken.

Uiteraard zal ik het Brussels Plan voor de gezondheidszorg op de andere gezondheidsplannen afstemmen en overleg ik daarover met mevrouw Jodogne.

Een bijzonder aandachtspunt is de coördinatie van het beleid. De beschikbare voorzieningen moeten zichtbaarder worden en daardoor beter toegankelijk. Ik zou u echter willen vragen om nog even geduld te hebben.

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Plovie heeft het woord.

Mevrouw Magali Plovie (Ecolo) *(in het Frans).- Het is begrijpelijk dat u de tijd neemt om de nodige wijzigingen binnen de administratie door te voeren en Iriscare op te richten, maar u had er beter aan gedaan om het overleg met de sector, dat nogal haastig gebeurde, daarop af te stemmen.*

De bevoegdheden zijn in Brussel sterk versnipperd. Het is dan ook uiterst belangrijk dat alle beleidsplannen op elkaar zijn afgestemd, zodat er kwaliteitsvolle, vlot toegankelijke zorg kan worden geboden.

de qualité et en faciliter l'accès.

- L'incident est clos.

INTERPELLATION

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle l'interpellation de Mme Emmery.

INTERPELLATION DE MME ISABELLE EMMERY

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

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

concernant "la situation dans les hôpitaux bruxellois concernant les IRM".

Mme la présidente.- À la demande de l'auteure, excusée, l'interpellation est reportée à une prochaine réunion.

QUESTION ORALE

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Moureaux.

QUESTION ORALE DE MME CATHERINE MOUREAUX

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

- Het incident is gesloten.

INTERPELLATIE

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Emmery.

INTERPELLATIE VAN MEVROUW ISABELLE EMMERY

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

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

betreffende "de toestand in de Brusselse ziekenhuizen betreffende de MRS".

Mevrouw de voorzitter.- Op verzoek van de indiener, die verontschuldigd is, wordt de interpellatie naar een volgende vergadering verschoven.

MONDELINGE VRAAG

Mevrouw de voorzitter.- Aan de orde is de mondelinge vraag van mevrouw Moureaux.

MONDELINGE VRAAG VAN MEVROUW CATHERINE MOUREAUX

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

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

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

concernant "l'étude du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur les lits d'hôpitaux et l'impact à Bruxelles".

Mme la présidente.- À la demande de l'auteure, excusée, la question orale est retirée et transformée en question écrite.

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

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

betreffende "de studie van het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) over de ziekenhuisbedden en de impact ervan in Brussel".

Mevrouw de voorzitter.- Op verzoek van de indiener, die verontschuldigd is, wordt de mondelinge vraag ingetrokken en in een schriftelijke vraag omgezet.

INTERPELLATIONS

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

INTERPELLATION DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "le vieillissement du corps médical à Bruxelles et la pénurie de

INTERPELLATIES

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

INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "de veroudering van het medisch korps in Brussel en het tekort aan

médecins généralistes".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Dans ses éditions des 4 et 5 septembre, le quotidien Le Soir titrait : "Pénurie programmée des médecins généralistes" et ensuite "La pénurie guette Bruxelles et gangrène la Wallonie". Les articles faisaient référence à divers avis et études en provenance de La revue médicale de Bruxelles (ULB), du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), du Centre d'information sur les professions médicales et paramédicales (UCL) et de la Commission de planification, dans le cadre de la fixation des quotas annuels de numéros Inami et de leur incidence sur l'accès aux études de médecine.

Sans revenir sur les différentes facettes du débat, une chose est certaine : l'offre médicale francophone va progressivement se tarir. Si l'incidence sur Bruxelles n'est pas encore palpable, la situation deviendra problématique en raison du vieillissement des généralistes et de l'accroissement de la population. La professeure Deliège (UCL) estime que le nombre de cabinets de généralistes risque de diminuer à partir de 2020.

Bien sûr, la situation varie suivant les communes, avec un constat : moyennant quelques nuances, les communes les plus cossues - les deux Woluwe, Uccle et Watermael - sont aussi celles où la densité de l'offre médicale reste élevée. Corollaire évident, les communes moins nanties - Molenbeek, Saint-Josse, Koekelberg, Anderlecht - connaissent une offre médicale moins dense.

Par ailleurs, le rôle que jouent les maisons médicales comme acteurs de première ligne reste indiscutable, mais force est de constater que le moratoire décidé par le pouvoir fédéral ne favorise pas l'éclosion de cette offre médicale complémentaire, voire alternative.

Une des conclusions de l'article est qu'il faut revoir à la hausse le quota de numéros Inami

huisartsen".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Begin september berichtte Le Soir over een dreigend tekort aan huisartsen in Brussel en Wallonië. Dat concludeerden de journalisten op basis van diverse adviezen en studies afkomstig van verschillende universiteiten, evenals het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en de Planningscommissie.*

Hoewel het tekort nog niet voelbaar is in Brussel, zal het gewest niet lang meer gespaard blijven. De bevolking neemt toe en het huisartsenkorps vergrijst. Zo dreigt het aantal huisartsenpraktijken volgens professor Deliège (UCL) af te nemen vanaf 2020.

Het probleem is ook niet overal even ernstig. Zo zal het medische aanbod in de eerder welgestelde Brusselse gemeenten ruimer blijven dan in minder gegoede gemeenten.

Daarnaast belemmert het federaal besliste moratorium de verdere ontwikkeling van wijkgezondheidscentra, hoewel hun belang als verstrekker van eerstelijnszorg buiten kijf staat. Solidaris heeft trouwens onlangs in een studie aangetoond dat de kosten voor dergelijke centra aanzienlijk lager liggen dan men zou denken.

Een van de conclusies van het krantenartikel is dat de quota voor Franstalige RIZIV-nummers verhoogd moeten worden.

Bevestigt u dat het aantal huisartsen geleidelijk aan zal afnemen in Brussel, zoals het artikel aangeeft? Zo ja, welke invloed heeft dat op het Brussels Plan voor de gezondheidszorg?

Al enkele jaren worden huisartsen aangemoedigd om zich in Brussel te vestigen. Welke balans maakt u op van dat beleid?

Zou u dit thema op de agenda kunnen plaatsen van de interministeriële conferentie (IMC) voor Volksgezondheid?

francophones.

Je profite de l'occasion pour saluer l'étude publiée depuis par Solidaris sur les coûts des maisons médicales, qui sont nettement moins élevés qu'imaginé.

Confirmez-vous les estimations citées dans ces articles de baisse progressive du nombre de médecins généralistes à Bruxelles ?

Dans quelle mesure le Plan de santé bruxellois (PSB) sera-t-il affecté par ces projections ?

Des politiques de soutien et d'encouragement à l'installation des généralistes à Bruxelles ont été déployées depuis plusieurs années. Quel bilan en tirez-vous ?

Est-il possible de mettre à l'ordre du jour d'une conférence interministérielle (CIM) de la santé publique ce sujet et ses conséquences en termes de numéros Inami à délivrer ?

Discussion

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Nous confirmons, bien évidemment, les estimations évoquées dans les différents articles de presse. Mon cabinet et l'administration de la Cocom, via son Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, ont analysé ces chiffres qui ne font qu'appuyer la tendance que nous connaissions. Notamment sur la base des données de la Commission de planification, l'observatoire a réalisé des projections qui montrent que le nombre de médecins généralistes devrait passer de 9,8 en 2012 à 7,9 par 10.000 habitants en 2022, soit moins que dans les autres régions : respectivement 11 en Flandre et 11,7 en Wallonie.

Par ailleurs, d'autres facteurs vont alourdir le déficit de médecins généralistes : les générations de médecins plus jeunes, hommes et femmes, souhaitent un meilleur équilibre entre vie privée et professionnelle et travaillent plus souvent en pratique de groupe. Cela représentait déjà un quart

Bespreking

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Mijn kabinet en de GGC-administratie hebben de cijfers bestudeerd. Ze bevestigen de tendens. Uit projecties van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad blijkt dat het aantal huisartsen van 9,8 per 10.000 inwoners in 2012 zal dalen tot 7,9 in 2022, wat minder is dan in de andere gewesten.*

Door andere factoren zal het huisartsentekort zich nog sterker doen voelen: nieuwe generaties huisartsen streven naar een beter evenwicht tussen werk en privé en werken daarom veelal in een groepspraktijk. Dat gold al voor een kwart van de voltijdse equivalenten (VTE's) in 2009.

Ook het aantal artsen in loondienst, bijvoorbeeld arbeidsgeneesheren, zal niet afnemen. Vaak gaat het om huisartsen van middelbare leeftijd die de overstap maken.

des équivalents temps plein (ETP) en 2009.

Les services recrutant des médecins salariés - médecins conseils, médecins du travail, ... - vont continuer à recruter des médecins et une part importante de ces recrutements se fait traditionnellement parmi les médecins généralistes d'âge moyen dont le pool va diminuer.

En parallèle, la population bruxelloise va évoluer. Le nombre de personnes fragiles, vivant des situations complexes et pour lesquelles le rôle du médecin généraliste est central, devrait encore augmenter. Dans toute la réorganisation de la première et de la seconde lignes, notamment avec les sorties accélérées des hôpitaux et la perspective du développement des soins ambulatoires, le rôle du médecin généraliste deviendra encore beaucoup plus important.

En tant que ministre de la Santé de la Cocom, je suis évidemment très inquiet. C'est pourquoi j'ai réagi de façon énergique lorsque des médecins bruxellois ont exprimé leur démotivation et même pour certains leur volonté d'arrêter leur pratique face à l'obligation de prescription électronique dès 2018. Étant donné les défis liés aux maladies chroniques, au vieillissement, à la précarisation, l'heure n'est pas au découragement des médecins mais plutôt à la revalorisation de la médecine générale. Comme beaucoup, je me pose des questions quant à la pertinence de la politique fédérale des quotas.

Nous connaissions donc ces tendances. À Bruxelles, pour attirer les médecins généralistes, nous avons dès lors augmenté le montant de la prime d'aide à l'installation de 20.000 à 25.000 euros. Tout médecin généraliste qui souhaiterait établir sa pratique sur le territoire de Bruxelles-Capitale en bénéficie. Ce n'est toutefois pas une telle mesure qui va faire revenir les médecins. S'il n'y en a pas assez sur le marché, la pénurie est inéluctable. Nous tentons néanmoins de donner un signal avec cette aide à l'installation.

Comme déjà annoncé, nous souhaitons aller plus loin et affiner notre politique de promotion de l'installation des médecins généralistes en axant celle-ci particulièrement sur les quartiers réellement déficitaires. À ma demande, une étude a été commandée à l'Observatoire de la santé et du

Voorts evolueert de Brusselse bevolking. Het aantal kwetsbare mensen, voor wie de huisarts een cruciale rol speelt, zal stijgen. In de hele reorganisatie van de eerste- en tweedelijnszorg wordt de rol van de huisarts daardoor nog belangrijker.

Als collegelid bevoegd voor Volksgezondheid maak ik me vanzelfsprekend zorgen. Daarom heb ik krachtig gereageerd toen een aantal Brusselse artsen te kennen gaf er de brui aan te willen geven zodra elektronische voorschriften verplicht worden in 2018. In het licht van de uitdagingen die chronische ziekten, veroudering en verarming met zich brengen, moeten we ervoor zorgen dat de huisarts zich weer gewaardeerd voelt. Ik vraag me net als vele anderen af of het federale quotabeleid nog steek houdt.

Om huisartsen naar Brussel te lokken, hebben we de vestigingspremie verhoogd van 20.000 tot 25.000 euro. Elke huisarts die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een praktijk wil openen, kan er aanspraak op maken. Dat zal echter niet volstaan omdat er gewoonweg te weinig huisartsen zijn.

We willen nog verder gaan en het beleid verder toespitsen op wijken waar het tekort het grootst is. Ik heb het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad opdracht gegeven om na te gaan in welke buurten de steunmaatregelen het hardst nodig zijn.

De studie houdt niet alleen rekening met het aantal huisartsen die per wijk actief zijn, maar ook met het sociaal-economische niveau, de beschikbare eerstelijnszorg en de bevolkingssamenstelling. Ze wordt uitgevoerd in samenwerking met de Fédération des associations des médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) et de Brusselse Huisartsenkring (BHAK).

Op basis van de conclusies, die tegen het einde van het jaar bekend moeten zijn, willen we specifieke stimuli uitwerken voor de wijken waar de nood het hoogst is, conform het Brussels Plan voor de gezondheidszorg. Samen met de sector zullen wij ook overleggen over de meest doeltreffende maatregelen om huisartsen aan te trekken. Dat is namelijk een bevoegdheid van de deelstaten sinds de zesde staatshervorming. Het

social de Bruxelles-Capitale afin de déterminer les zones et les quartiers qui doivent bénéficier prioritairement des mesures de soutien à la médecine.

Cette étude prend en compte non seulement le nombre de médecins généralistes en activité par quartier (par sexe, par âge, par type de pratique) mais également le niveau socio-économique ainsi que l'offre de soins de première ligne et la démographie de la population. Elle est réalisée en collaboration avec la Fédération des associations des médecins généralistes de Bruxelles (FAMGB) et le Brusselse Huisartsenkring (BHAK) qui nous ont fourni les chiffres de leurs affiliés en activité par quartier.

À partir des conclusions de l'étude, l'objectif est de mettre en place des incitants spécifiques à l'installation dans ces quartiers identifiés comme prioritaires. C'est un des éléments d'ailleurs du PSB.

Les résultats de l'étude seront connus à la fin de cette année et présentés au secteur au début 2018 afin de réfléchir avec lui aux mesures les plus appropriées pour attirer les médecins généralistes dans les zones déficitaires identifiées.

La politique destinée à encourager l'installation de médecins généralistes dans des zones prioritaires a débuté au niveau fédéral en 2006. À la suite de la sixième réforme de l'État, ces mesures d'encouragement, appelées Impulseo, sont devenues une compétence des entités fédérées.

La période de transition s'est terminée le 31 décembre 2014. La Cocom a repris la gestion effective de cette matière l'année suivante. Il existe trois types de mesures : Impulseo I prévoit des primes à l'installation ; Impulseo II intervient dans les charges salariales pour un ou deux employés ; Impulseo III contribue aux coûts d'un télésecrétariat.

En 2015, l'administration bruxelloise a traité 119 dossiers Impulseo pour un montant total de 1.854.826,12 euros. Impulseo I représentait la partie la plus importante de ce budget (890.000 euros), Impulseo II et III recevaient ensemble un budget global de 964.826,12 euros.

programma Impulseo I, waarvan de GGC in 2015 het beheer overnam, biedt vestigingspremies, Impulseo II komt tegemoet in de salariskosten van een of twee werknemers en Impulseo III draagt bij aan de kosten van een telesecretariaat.

In 2015 behandelde de Brusselse administratie 119 Impulseodossiers voor een totaalbedrag van 1.854.826,12 euro. Impulseo I nam de grootste hap uit het budget (890.000 euro), Impulseo II en III kregen samen een globale begroting van 964.826,12 euro.

In 2016 werden 132 dossiers behandeld goed voor 2.031.000 euro. De stijging viel hoofdzakelijk toe te schrijven aan aanvragen voor steun uit Impulseo II en III. De voorlopige cijfers voor 2017 bevestigen die trend.

Na drie jaar komt er vanzelfsprekend een evaluatie. Die evaluatie en de studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad zullen de grondslag vormen voor een nieuw incentivemodel.

Er moeten natuurlijk voldoende huisartsen zijn. Enkele aantal fracties hebben voorstellen ingediend om het federaal beleid bij te sturen.

Er was een vraag om het huisartsentekort op de agenda van de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid te plaatsen. In theorie buigt de werkgroep 'beroepen uit de gezondheidssector' van de IMC zich over dat probleem, maar het thema is sinds er in 2015 geen akkoord over de planning van de gezondheidsberoepen werd gevonden, niet meer aan bod gekomen.

We betreuren dat het overleg kennelijk niet tot resultaten heeft geleid. Het Brussels Gewest kon wel via het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad zijn standpunt over de planning van het medisch aanbod kenbaar maken, maar het in het uiteindelijke rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) gehanteerde mathematische projectiemodel houdt onvoldoende rekening met de specifieke Brusselse context. Ik zal dat probleem aankaarten tijdens de IMC van november, maar natuurlijk moeten degenen die aan het stuur zitten, bereid zijn tot overleg.

L'évolution entre 2015 et 2016 du budget des primes Impulseo est à la hausse. Pour l'année 2016, 132 dossiers, tous types confondus, ont été traités pour un montant global de 2.031.000 euros.

En 2016, ce sont les demandes pour Impulseo II et III qui ont augmenté. Il s'agit de soutiens administratifs, en particulier, à l'informatisation, à l'équipement, à la prescription électronique. Je peux d'ores et déjà vous dire que les chiffres de 2017 confirment cette tendance.

Nous évaluerons bien entendu ce dispositif au terme de trois années d'expérience. Cette évaluation ainsi que l'étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale sur les zones prioritaires serviront de base à l'élaboration d'un nouveau modèle.

Pour attirer des médecins à Bruxelles, encore faut-il qu'il y en ait suffisamment. Un certain nombre de formations politiques ont déposé des textes au parlement pour qu'on puisse avoir une influence sur les décisions fédérales.

Est-il possible de mettre à l'ordre du jour d'une CIM Santé le problème de la pénurie des médecins généralistes et ses conséquences ? Il existe au sein de la CIM un groupe de travail "professions de santé" qui, en théorie, est le lieu de discussion de cette problématique. Ce thème n'a plus été abordé depuis 2015, époque à laquelle un projet de protocole concernant la planification des professions de santé en Belgique avait été élaboré mais pour lequel les partenaires n'avaient trouvé aucun accord. Le sujet n'a plus été abordé depuis.

L'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale a participé aux réflexions menées par l'État fédéral qui ont abouti au rapport du centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur la planification de l'offre médicale. Dans cette étude, le modèle mathématique de projection des effectifs médicaux utilisé par la Commission de planification de l'offre médicale a été analysé et soumis à une évaluation critique par les différentes parties prenantes. Bruxelles, via l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, a eu l'occasion de s'exprimer.

Il est clair - et nous le déplorons - que la

concertation n'est pas suffisante et que les spécificités bruxelloises ne sont pas correctement prises en compte dans la politique de planification de l'offre médicale. Je soulèverai ce point à la conférence interministérielle de novembre prochain et je plaiderai évidemment pour la mise en place d'une concertation structurelle sur le sujet comme je le fais depuis longtemps. Encore faut-il que ceux qui sont pilotes en la matière acceptent d'entrer dans ce processus de concertation.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Vous avez fait référence à l'émergence de la pratique de la médecine générale sous forme de médecine générale de groupe. C'est ce qui se fait de plus en plus dans la pratique des nouveaux médecins, et c'est ce que j'entends également.

J'entends aussi qu'à l'égard de médecins généralistes qui sont déjà dans une tranche d'âge qui n'est pas celle des 30-40 ans, cette pratique de groupe, de plus en plus courante, pose parfois des questions à ceux travaillant encore seuls. Puisque vous avez commandité une étude sur les besoins des quartiers et que vous êtes accoutumé à lancer des études sur les besoins en santé, ne serait-il pas plus opportun de voir comment répondre davantage aux besoins des généralistes travaillant seuls ? Existe-t-il des éléments permettant d'objectiver des besoins spécifiques ? Si ce n'est pas le cas, il faudrait avancer dans ce sens.

Ensuite, vous avez à plusieurs reprises fait référence au Plan de santé bruxellois (PSB), qui devait être mis en concertation pour la fin de l'été ou la rentrée parlementaire, c'est-à-dire maintenant.

(Remarques de M. Gosuin)

Je comprends donc que cela se fera au début de l'année prochaine, d'accord.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- La pratique de groupe est une autre manière de vivre la profession libérale, peut-être avec moins de contraintes et des horaires moins contraignants,

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- U zei dat steeds meer jonge artsen samenwerken in een groepspraktijk, terwijl artsen die alleen werken vaker te kampen krijgen met bepaalde problemen. Zou het geen goed idee zijn om te bekijken hoe we die kunnen verhelpen? Kunnen we de specifieke noden objectief in kaart brengen?*

Voorts verwees u meermaals naar het Brussels Plan voor de gezondheidszorg waarover na de zomer, nu dus, overleg op stapel stond.

(Opmerkingen van de heer Gosuin)

Ik begrijp dat het voor begin volgend jaar is.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- In een groepspraktijk zal een huisarts minder slopende werktijden hebben; als een alleenwerkende huisarts twaalf of dertien*

mais si des médecins généralistes travaillant seuls souhaitent prester douze ou treize heures par jour, c'est leur choix et je ne peux pas intervenir.

Ils doivent être aidés dans la transition technologique qui leur est imposée. J'ai la faiblesse de croire qu'une telle transition est de nature à soulager les médecins généralistes d'une série de démarches administratives et d'archivage. La technologie numérique doit leur permettre de mieux gérer leurs propres données et le suivi de leurs patients, et de se concentrer sur l'essentiel.

Le problème majeur des médecins travaillant seuls était la garde. À cet égard, nous avons réorganisé la garde de façon à les soulager.

Vous me demandez des études mais je ne vois pas les études que nous pouvons faire sur la pratique. Ce qu'il faut essayer, c'est identifier les problèmes d'organisation. Pour le reste, nous ne pouvons pas empêcher un médecin de travailler seul et même parfois jusqu'à s'abrutir s'il a envie de travailler tous les soirs, tous les samedis et tous les dimanches. Si c'est son choix de vie, je ne peux rien y faire. Notre mission est de les aider technologiquement et nous devons essayer de les soulager en termes de garde. Nous devons également essayer de les faire travailler en réseau. Cela figure également dans le PSB et c'est d'ailleurs ce que nous impose le virage ambulatoire. Il faudrait désormais que ces médecins travaillant seuls se mettent en réseau avec d'autres intervenants. C'est, je crois, la meilleure manière de répondre aux besoins.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- L'objectif de mon interpellation était de voir de quels éléments vous disposez. Il est vrai que la transition numérique constitue un défi pour une série de médecins. Pour le reste, je sais qu'une réflexion est en cours auprès de certains médecins généralistes. Peut-être y reviendrai-je plus tard.

- L'incident est clos.

INTERPELLATION DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

uur per dag wil presteren, is dat natuurlijk zijn of haar keuze.

Alleszins moeten zij hulp krijgen bij de technologische innovatie die artsen wordt opgelegd. Overigens zal dat hun administratieve taken zeker verlichten, waardoor ze zich op hun patiënten kunnen concentreren. Het grootste probleem voor artsen die alleen werken, waren de nacht- en weekenddiensten, die we daarom hebben gereorganiseerd.

U vraagt naar studies over de situatie in de praktijk, maar wij moeten in de eerste plaats de organisatieproblemen oplossen. Voor het overige kunnen we niet beletten dat een arts zelfstandig werkt en overuren presteert. Wij moeten hem op het vlak van de technologie bijstaan, de nacht- en weekenddiensten draaglijk maken en netwerken stimuleren.

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Ik wou gewoon weten welke informatie u hebt. Het klopt dat de digitale transitie voor een aantal artsen een uitdaging vormt.*

- Het incident is gesloten.

INTERPELLATIE VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "le dépistage stratifié du cancer du sein".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Le cancer du sein reste le premier cancer chez la femme (35%) avec près de 10.500 nouveaux cas annuels recensés en Belgique. À ce sujet, je vous rappelle que la mammographie de dépistage (mammotest) a été mise en place pour détecter les cancers au stade le plus précoce possible. Le mammotest est proposé gratuitement tous les deux ans chez les femmes de 50 à 69 ans.

Cependant, à la suite d'un article de "La Libre Belgique", paru le 25 mai 2017, deux problèmes persistent. Le premier concerne le surdiagnostic. Comme nous le savons, celui-ci est estimé à 20%, un chiffre non négligeable. Le deuxième problème est celui des cancers d'intervalle : un quart des cancers passent à travers les mailles du filet.

Pour pallier ce problème du surdiagnostic, certains préconisent une révision du système de dépistage du cancer du sein et prônent une stratégie de dépistage stratifiée selon la catégorie de risque de la femme et non plus uniquement selon l'âge. Ainsi, en intégrant les facteurs de risques individuels, familiaux, génétiques ou encore de mode de vie, chaque catégorie de risque aurait son type d'examen ainsi que son rythme.

Lors de ma dernière interpellation sur le sujet, en décembre 2016, vous nous aviez annoncé que la

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

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

betreffende "de gerichte opsporing van borstkanker".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Met bijna 10.500 nieuwe gevallen per jaar blijft borstkanker in België de meest voorkomende kanker bij vrouwen. Om borstkanker zo vroeg mogelijk op te sporen, kunnen alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar om de twee jaar gratis een mammotest laten uitvoeren.*

Een artikel in La Libre Belgique van 25 mei wijst op twee problemen. Ten eerste zou er in 20% van de onderzoeken sprake zijn van overdiagnose en ten tweede wordt een kwart van de kankers, de zogenaamde intervalkankers, te laat opgemerkt, omdat ze ontstaan tussen twee tests in.

Om overdiagnose te vermijden, stellen artsen voor om enkel een mammotest uit te voeren bij vrouwen die zich in een risicocategorie bevinden, in plaats van vanaf een bepaalde leeftijd.

In december 2016 antwoordde u op mijn interpellatie dat alle gemeenschappen besloten hadden de Europese richtlijnen te volgen. Kunt u ons meer informatie bezorgen over die richtlijnen? U lijkt op een Europees standpunt te wachten om zelf tot actie over te gaan. Hoelang kan dat nog duren?

Op een schriftelijke vraag antwoordde u dat het Brussels Coördinatiecentrum voor

position retenue dans l'ensemble des Communautés a été de suivre les directives européennes. Pouvez-vous nous fournir de plus amples informations quant à ces directives européennes ? II semblerait que vous attendriez une prise de position européenne pour pouvoir avancer. À quelle échelle de temps cela nous amène-t-il ?

Par ailleurs, en réponse à une de mes questions écrites, vous signaliez qu'un projet européen piloté par l'Institut Gustave Roussy en France avait été introduit à la Commission européenne pour financement. Le Centre bruxellois de coordination pour le dépistage du cancer du sein (Brumammo) ambitionnait d'y participer. Pouvez-vous nous donner des explications supplémentaires quant à ce projet européen ? Pouvez-vous nous confirmer ou infirmer la participation de Brumammo à ce projet ?

Toujours lors de ma précédente interpellation, j'avais plaidé pour que cette thématique soit abordée lors d'une conférence interministérielle (CIM) de la Santé pour accélérer le processus de prise de conscience des risques individuels auprès de vos collègues régionaux, de telle manière que l'évolution soit coordonnée au sein des trois Régions en matière de stratégie de dépistage. Cette thématique a-t-elle été abordée au sein d'une CIM Santé ?

Borstkankeropsporing (Brumammo) wil deelnemen aan een Europees project. Kunt u daar meer informatie over geven? Neemt Brumammo nu deel aan dat project?

Ik pleitte er in mijn interpellatie voor dat de kwestie op de interministeriële conferentie (IMC) Gezondheid aan bod zou komen, met het oog op de bewustmaking van de andere gewesten van de individuele risico's, zodat de borstkankeropsporing gecoördineerd wordt. Kwam dit thema op de IMC Gezondheid aan bod?

Discussion

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Les recommandations européennes de l'European Reference Organisation for Quality Assured Breast Screening and Diagnostic Services (EUREF) correspondent toujours aux European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis (2006).

Elles seraient, selon les spécialistes, dépassées. La stratégie de dépistage est toujours basée sur ces lignes directrices qui ne tiennent compte que de l'âge. Cette approche est aujourd'hui remise en question malgré une diminution de la mortalité et une réduction des cancers à des stades tardifs chez

Bespreking

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- De Europese aanbevelingen zijn niet gewijzigd sinds 2006 en houden enkel rekening met de leeftijd. Specialisten stellen die opsporingsmethode ter discussie gelet op het aantal valspositieven, de overdiagnose en het onopgemerkt blijven van intervalkankers.*

Ondertussen is de individuele inschatting van het risico op borstkanker op basis van modellen die rekening houden met klinische variabelen, voldoende wetenschappelijk onderbouwd en klinisch getest. Met die methode zouden meer kankers vroeger worden opgespoord bij vrouwen

les femmes de plus de 50 ans. Mais les données sont très contradictoires.

Cette stratégie est aussi associée à des inconvénients, principalement les faux positifs, les surdiagnostics ainsi que les cancers d'intervalle, comme vous le soulignez dans votre question.

L'estimation individuelle du risque de cancer du sein à l'aide de modèles, prenant en compte des variables cliniques - la densité mammaire, les polymorphismes génétiques - possèdent maintenant des bases cliniques et scientifiques solides. Une stratégie de dépistage en fonction de strates de risques pourrait vraisemblablement améliorer le ratio bénéfice/préjudice individuel, c'est-à-dire plus de détections précoces chez les femmes à plus haut risque, moins de faux positifs et de surdiagnostics chez les personnes à faible risque, et ainsi augmenter le rapport coût/efficacité pour l'assurance maladie.

En 2012, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), dans son rapport "Dépistage du cancer du sein sur mesure en fonction du risque", parlait déjà du dépistage du sein en fonction du risque mais ne se prononçait que pour la tranche d'âge de 40 à 50 ans, laissant dans l'ombre l'application de cette stratégie pour les plus de 50 ans.

Dans ce rapport, on pouvait lire : "En Belgique, toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans sont invitées tous les deux ans par les autorités à un examen du sein par mammographie. Le KCE avait conclu qu'il n'était pas opportun d'étendre ce dépistage organisé du cancer du sein aux femmes dès l'âge de 40 ans.

Pour les femmes exposées à un risque accru, un dépistage plus précoce peut être envisagé. Mais ce risque accru, ainsi que la fréquence et la méthode de dépistage à suivre, doivent idéalement être déterminés de manière standardisée. Pour les femmes sans risque accru de cancer du sein, le dépistage organisé suffit. Beaucoup de femmes se font pourtant dépister en dehors du programme officiel. Une échographie est alors souvent ajoutée à la procédure diagnostique qui n'offre généralement aucune valeur ajoutée et entraîne inutilement de l'anxiété et des examens supplémentaires.

met een hoog risico, terwijl de kans op valspositieven en overdiagnose afneemt. Dat zou voor de ziekteverzekering leiden tot een beter evenwicht tussen kosten en doeltreffendheid.

In 2012 al had het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) het in een rapport over de opsporing van borstkanker op basis van het risico. Het KCE sprak zich echter enkel uit over de leeftijdscategorie van veertig tot vijftig jaar, waardoor de borstkankeropsporing voor vrouwen ouder dan vijftig jaar onderbelicht bleef.

Het KCE stelde dat het niet opportuun was om alle vrouwen vanaf veertig jaar een tweejaarlijkse mammotest te laten ondergaan.

Voor vrouwen die een hoger risico lopen, kan een vroegere borstkankerscreening worden overwogen. Het verhoogd risico zou echter, net als de frequentie en de opsporingsmethode, standaard moeten worden aangepakt. Voor vrouwen zonder verhoogd risico volstaat de huidige borstkankeropsporing.

In het kader van het Europese project loopt vanaf januari 2018 het gerandomiseerde onderzoek Mypebs (My personal breast screening) naar de opsporing in Europa van kanker op basis van het risico. In dat project, dat loopt in vijf landen, waaronder België, worden 85.000 vrouwen tussen veertig en zeventig jaar vier jaar lang gevolgd. Het is de bedoeling om na te gaan of het mogelijk is om via opsporing op basis van risico het aantal borstkankers in een vergevorderd stadium te beperken en onnodige biopsieën en overdiagnose te voorkomen. Het moet ook een kosten-batenanalyse maken en onderzoeken of dergelijke strategie aanvaardbaar is voor vrouwen. Ten slotte moet het project resulteren in aanbevelingen voor de verbetering van de opsporing van borstkanker in Europa.

Brumammo is de Brusselse partner voor dit onderzoek en wil in twee jaar tijd tweeduizend deelneemsters vinden.

De opsporing van borstkanker is opgenomen in afdeling 3 van het overeenkomstprotocol Preventie van de IMC van 21 maart 2016. Daarin komt opsporing op basis van het risico niet expliciet aan bod, maar het is wel de bedoeling

Concernant le projet européen, l'étude Mypebs (My personal breast screening) traite de la question importante du dépistage du cancer du sein en Europe.

Mypebs est une étude internationale randomisée qui a pour objectif de valider l'hypothèse qu'une stratégie de dépistage en fonction de strates de risques pourrait améliorer le rapport bénéfices/préjudices individuels et en augmenter ainsi le rapport coût/efficacité.

Ce projet, mené dans cinq pays - France, Italie, Royaume-Uni, Belgique et Israël - comprendra 85.000 femmes européennes âgées de 40 à 70 ans, toutes suivies pendant quatre ans. Le projet évaluera la capacité d'un dépistage basé sur le risque, par rapport à la stratégie actuelle, à réduire l'incidence cumulative des stades avancés des cancers du sein. Mypebs évaluera également si une stratégie de dépistage fondée sur le risque individuel réduit les préjudices - biopsies inutiles, surdiagnostics - chez les femmes à faible risque.

Enfin, le projet mesurera le rapport coût/efficacité d'une telle stratégie, ainsi que son acceptabilité auprès des femmes et donc sa capacité à garantir une plus grande couverture de dépistage. Après l'analyse de toutes ces composantes, l'objectif final de Mypebs est de fournir des recommandations pour améliorer la stratégie de dépistage des cancers du sein en Europe.

L'étude, sélectionnée par la Commission européenne dans le cadre de Horizon 2020, le programme européen pour la recherche et le développement pour la période 2014-2020, démarrera officiellement en janvier 2018. Les premiers recrutements de femmes volontaires auront lieu en octobre 2018.

Brumammo est le partenaire bruxellois pour cette étude. L'objectif est de recruter 2.000 participantes en deux ans.

Concernant l'inscription du dépistage stratifié à l'agenda de la CIM Santé publique, de manière à avoir une stratégie de dépistage coordonnée au sein des trois Régions, le dépistage du cancer du sein est repris dans la section 3 du protocole d'accord prévention approuvé par cette CIM le 21 mars 2016. Le dépistage stratifié n'y est pas

dat de opsporingsprogramma's doelgericht worden aangeboden aan vrouwen voor wie de wetenschappelijke meerwaarde het grootst is.

We kunnen het thema op de agenda van de interkabinettenwerkgroep Preventie van de IMC plaatsen, zodra we beschikken over de resultaten van Mypebs en Cancer Control over het kankeronderzoek op basis van genetische markers.

mentionné spécifiquement, mais l'objectif est bien, dans ce protocole, que les programmes de dépistage soient ciblés sur les groupes de femmes pour lesquels la plus-value scientifique est la plus fondée.

Le thème du dépistage stratifié pourra être mis à l'agenda du groupe de travail intercabinets prévention de la CIM Santé lorsque nous aurons les conclusions de l'étude Mypebs ainsi que ceux de l'action conjointe européenne Cancon (Cancer Control) en préparation actuellement et dont l'objectif est de développer des approches innovantes dans la lutte contre le cancer. Une de ces approches est d'évaluer la piste du dépistage stratifié sur base de marqueurs génétiques.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je remercie le membre du Collège réuni pour sa réponse et suis très satisfait de sa dernière remarque, car c'est sur cet aspect que je voulais rebondir. Vous avez signalé vous-même les marqueurs génétiques qui constituent une piste d'avenir vraiment prometteuse.

- *L'incident est clos.*

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Het kankeronderzoek op basis van genetische merkers is veelbelovend.*

- *Het incident is gesloten.*

QUESTIONS ORALES

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

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

À M. RUDI VERVOORT, PRÉSIDENT DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA COORDINATION DE LA POLITIQUE DU COLLÈGE RÉUNI,

concernant "la réorientation de l'aide médicale urgente vers la médecine générale et sa conséquence sur les subventions spéciales accordées aux communes hospitalières en exécution de l'ordonnance

MONDELINGE VRAGEN

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

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

AAN DE HEER RUDI VERVOORT, VOORZITTER VAN HET VERENIGD COLLEGE, BEVOEGD VOOR DE COÖRDINATIE VAN HET BELEID VAN HET VERENIGD COLLEGE,

betreffende "de heroriëntering, ter uitvoering van de gewestelijke ordonnantie van 13 februari 2003, van de dringende medische hulp naar de huisartsen en de

régionale du 13 février 2003".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra aux questions orales.

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Mediprima est le système informatisé mis au point par le pouvoir fédéral, via le Service public fédéral (SPF) de programmation Intégration sociale, qui permet la gestion électronique des décisions de prise en charge de l'aide médicale par les centres publics d'action sociale (CPAS). Il permet au prestataire de soins de facturer ses prestations en faveur d'un bénéficiaire de l'aide médicale au bon débiteur et avec les bons montants.

Aujourd'hui, ce sont encore essentiellement les hôpitaux qui utilisent le système Mediprima.

Depuis peu, l'autorité fédérale met l'accent pour que Mediprima soit plus utilisé par les médecins généralistes. Intégré dans le dossier médical informatisé (DMI) du médecin généraliste, Mediprima épargne à ce dernier de chercher à quel CPAS s'adresser pour être rétribué de ses actes. La consultation de la base de données Mediprima lui permet de prendre connaissance de la décision du CPAS vis-à-vis d'un patient donné, du taux d'intervention de l'État dans ses frais médicaux et génère un engagement de prise en charge lui garantissant d'être honoré.

En application depuis plusieurs années dans les hôpitaux, Mediprima s'étend à présent au secteur ambulatoire. Selon le SPF Intégration sociale, il entre en production en septembre dans le secteur de la médecine générale via des premiers projets pilotes, et notamment à Bruxelles.

Cette réorientation est une bonne chose. Les patients ne devront plus aller en consultation dans les hôpitaux ou, via les urgences, chez des spécialistes dont les honoraires sont plus élevés. 95% des problèmes de santé peuvent être soignés par le médecin généraliste et cette démarche s'inscrit totalement dans l'accord régional de majorité 2009-2014. En effet, il y est indiqué que le gouvernement régional bruxellois, en synergie avec les politiques de la Commission

gevolgen daarvan voor de bijzondere subsidies aan de ziekenhuisgemeenten".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Dankzij Mediprima, het elektronisch systeem van de POD Maatschappelijke Integratie voor het beheer van de beslissingen van de OCMW's, kunnen zorgverstrekkers meteen de juiste bedragen factureren. Vandaag wordt het systeem vooral gebruikt door de ziekenhuizen, maar ook huisartsen zullen er gebruik van kunnen maken. Doordat het systeem wordt ingevoegd in het elektronisch medisch dossier (EMD), hoeft de arts niet langer op te zoeken tot welk OCMW hij zich moet richten.*

Sinds september zijn onder andere in Brussel de eerste pilootprojecten bij huisartsen gestart. Patiënten zullen hierdoor niet langer op consultatie moeten in ziekenhuizen of bij specialisten, waar de prijzen hoger liggen. 95% van de gezondheidsproblemen kunnen door een huisarts worden opgelost. Die doelstelling strookt volledig met het meerderheidsakkoord van 2009-2014. De Brusselse regering wil samen met de GGC de eerstelijnshulp herwaarderen en komaf maken met onnodige ziekenhuisconsultaties.

Bovendien zouden de ziekenhuizen die patiënten opnemen in het kader van de dringende medische hulp, daardoor kosten kunnen besparen. Hoeveel zou men in de Irisziekenhuizen kunnen besparen?

Zult u bijgevolg de gewestelijke subsidies aan gemeenten die een ziekenhuis op hun grondgebied hebben, verminderen? Conform het meerderheidsakkoord is het de bedoeling om in de ordonnantie van 13 februari 2003, die die subsidies regelt, te verduidelijken welke taken van algemeen belang subsidiëring rechtvaardigen. Hoe ver staat u daarmee?

communautaire commune (Cocom), agira en vue de revaloriser la première ligne et de dissuader les consultations hospitalières indues.

Cela réduira également les coûts dans les hôpitaux qui prennent en charge les patients dans le cadre de l'aide médicale urgente. M. le ministre, est-il possible d'évaluer la diminution de ces coûts dans les hôpitaux du réseau Iris ? Et, partant, n'y a-t-il pas un impact à prévoir en termes de diminution des subventions que la Région accorde aux communes dites hospitalières, en exécution de l'ordonnance régionale du 13 février 2003, portant octroi de subventions spéciales aux communes de la Région de Bruxelles-Capitale ?

Enfin, l'accord de majorité prévoit de réformer cette ordonnance du 13 février 2003 pour spécifier les missions d'intérêt communal qui justifient les subsides spécifiques aux communes. Pouvez-vous dire à quel stade en est ce dossier ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- En Cocom, vous ne pouvez pas adresser de question au ministre-président qui, par essence, n'y exerce pas de compétence. Vous pouvez uniquement interroger les quatre ministres.

Votre question sur la réforme de l'ordonnance régionale du 13 février 2003 doit, par contre, être adressée au ministre-président du Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale.

L'extension de Mediprima à la première ligne est une mesure positive en vue de faciliter le recours à la médecine générale, que nous considérons comme le pivot de la prise en charge des patients. Nous cautionnons donc le projet fédéral d'extension du système à la médecine générale. Celui-ci ne se réalise, pour l'instant, que dans le cadre de projets pilotes. Deux maisons médicales bruxelloises sont actuellement parties prenantes au projet.

À terme, l'extension de Mediprima à la médecine générale est certainement de nature à faciliter l'accès des patients au médecin généraliste.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- In de GGC kunt u zich niet tot de minister-president richten. Enkel de vier collegeleden zijn bevoegd. Uw vraag over de hervorming van de ordonnantie van 13 februari kunt u echter wel tot hem richten.*

De uitbreiding van Mediprima naar de eerstelijnshulp is een maatregel die wij steunen. Momenteel wordt het systeem slechts toegepast in het kader van proefprojecten in twee Brusselse 'maisons médicales'.

Niet enkel de financiële of administratieve situatie, maar ook de culturele achtergrond van mensen bepaalt of ze een huisarts raadplegen. Daarom willen wij de komende maanden werk maken van bewustmaking.

Vandaag is er nog geen sprake van enige kostenbesparing voor de Irisziekenhuizen. Een evaluatie is alleszins nog niet mogelijk.

Het is onwaarschijnlijk dat de ziekenhuizen geld zouden kunnen vrijmaken door een uitbreiding van Mediprima naar de eerstelijnszorg. Gezien de

Cela étant dit, les déterminants du recours à la médecine générale ne sont pas que financiers ou administratifs. Ils sont aussi de l'ordre des habitudes culturelles. Nous envisagerons d'ailleurs de travailler sur la sensibilisation de la population dans les prochains mois.

Pour les raisons susmentionnées, la limitation à un projet pilote et la multiplicité des facteurs déterminant le recours à la médecine générale, le transfert de patientèle entre les hôpitaux et la médecine générale et, ce faisant, la réduction des coûts pour les hôpitaux Iris n'est pas réaliste et, à tout le moins, pas évaluable, dans un premier temps.

Il est improbable que ce projet permettra de dégager des marges. Dans l'absolu, ce sera peut-être le cas mais quand on voit les charges qui pèsent sur les hôpitaux à la suite des nouvelles réformes fédérales, ces derniers ne sont pas dans un état brillant. Vous le savez si vous avez été attentif aux dernières analyses de Belfius sur l'état de santé des hôpitaux. Toutes les mesures qui sont préparées aujourd'hui sont plutôt de nature à affaiblir financièrement les hôpitaux. Par conséquent, penser que, grâce à Mediprima, on pourra faire diminuer les transferts financiers des hôpitaux publics est exact dans l'absolu mais inexact dans la réalité. Les hôpitaux vont sans doute connaître, et connaissent déjà, des moments difficiles.

Concernant la réforme, je vous invite à poser la question au ministre-président dans l'assemblée ad hoc.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je remercie le membre du Collège réuni pour sa réponse. J'ignorais que Mediprima ne faisait l'objet de projets pilotes qu'auprès de deux maisons médicales. Cela limite évidemment largement la portée de son impact actuel.

Quand aura lieu son évaluation ?

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Probablement à la fin de 2018.

federale hervormingsmaatregelen is de financiële druk op de ziekenhuizen immers nog gestegen.

Ik stel voor dat u uw vraag over de hervorming van de ordonnantie aan de minister-president stelt.

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Ik wist niet dat Mediprima slechts in twee maisons médicales wordt getest. Dat beperkt uiteraard de impact. Wanneer zal het proefproject geëvalueerd worden?*

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Waarschijnlijk eind 2018.*

- L'incident est clos.

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "le projet de loi fédéral portant modification de la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé et les impacts pour la Région bruxelloise".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- La ministre fédérale de la Santé publique, Mme De Block, a rédigé un projet de loi portant modification de la loi relative à l'exercice des professions de soins de santé coordonnée le 10 mai 2015. Ce texte vise à organiser la répartition des quotas Inami sur la base de plusieurs critères, dont le nombre d'habitants par Communauté et le nombre d'élèves en obligation scolaire. Le Conseil d'État a rendu un avis extrêmement critique et négatif sur ce projet de loi, pour deux raisons.

Premièrement, baser le calcul des futurs quotas de médecins uniquement sur un critère de population n'est pas adéquat. Cela risque de mettre les populations en difficulté par rapport au droit constitutionnel de bénéficier de soins de santé adéquats. Pour les candidats médecins spécialistes, il y voit un non-respect du droit à l'exercice de leur profession.

- Het incident is gesloten.

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "het ontwerp van federale wet tot wijziging van de wet op de uitoefening van de vrije gezondheidsberoepen en de gevolgen daarvan voor het Brussels Gewest".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- De federale minister van Volksgezondheid, mevrouw Maggie De Block, heeft een wetsontwerp ingediend om het RIZIV-quotum te herverdelen volgens een aantal normen. Criteria zouden onder meer het aantal bewoners en het aantal leerplichtigen in het gewest zijn.*

Omdat het over eerstelijnsgezondheidszorg gaat, raakt dit wetsontwerp aan de bevoegdheden van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Het zal het dreigende gebrek aan huisartsen en het verschralende medisch aanbod alleen maar verergeren en berust niet op objectieve wetenschappelijk elementen op het gebied van de volksgezondheid.

Het oordeel van de Raad van State was negatief om twee redenen. Als de huisartsenquota enkel op het bevolkingscijfer gebaseerd worden, komt het grondwettelijke recht op gezondheidszorg in het

Deuxièmement, le calcul particulier utilisé pour ventiler la population bruxelloise entre francophones et néerlandophones sur la base des élèves fréquentant les écoles francophones et néerlandophones n'est pas en lien avec la population. Le Conseil d'État ajoute qu"'il est de notoriété publique que le nombre d'élèves fréquentant l'enseignement néerlandophone n'est pas représentatif du nombre de néerlandophones habitant la Région de Bruxelles-Capitale".

Ce projet de loi concerne aussi, bien évidemment, Bruxelles et touche à des compétences de la Commission communautaire commune telles que l'organisation de la première ligne de soins de santé. Au début du mois de septembre, nous pouvions déjà lire des articles de presse dans le quotidien Le Soir annonçant une pénurie de médecins généralistes et l'assèchement progressif de l'offre médicale. La situation est déjà extrêmement préoccupante pour notre Région et le projet de Mme De Block l'aggrave encore.

Cet avant-projet de loi de la ministre fédérale de la Santé publique porte donc atteinte aux droits fondamentaux tels que le droit à la protection de la santé ainsi que le droit à l'exercice d'une profession et n'est nullement basé sur des éléments objectifs, scientifiques ou de santé publique. C'est pourquoi le cdH et d'autres ont déposé le 22 septembre 2017 une motion en conflit d'intérêts contre ce projet de loi au parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette motion a connu une résonance à la Cocof.

M. le ministre, je souhaiterais vous entendre quant à cette problématique. Quel est votre avis sur ce projet de loi ? Avez-vous été concerté pour son élaboration ? Pouvez-vous estimer les conséquences positives ou négatives pour la Région bruxelloise et l'organisation de la première ligne de soins ?

Dans quelle mesure le Plan de santé bruxellois sera-t-il touché par ce projet de loi ? Outre éventuellement inscrire le sujet à l'ordre du jour d'une prochaine CIM Santé, quels autres recours et actions pouvez-vous entamer auprès de la ministre fédérale, Maggie De Block, pour modifier les critères de répartition de ces quotas Inami ?

gevaar. Voor kandidaat-specialisten wordt bovendien het recht om hun beroep uit te oefenen met voeten getreden.

Verder houdt de voorgestelde methode om het aantal Frans- en Nederlandstaligen in het Brussels Gewest te berekenen op basis van het aantal leerlingen in het Frans- en Nederlandstalig onderwijs geen steek, omdat deze leerlingen niet representatief zijn voor het aantal Nederlandstaligen in het gewest.

Om die redenen heeft onder andere het cdH een motie betreffende een belangenconflict ingediend bij het parlement van de Federatie Wallonië-Brussel dat ook weerklank vond bij de Cocof.

Wat vind u van het wetsontwerp? Werd u bij de uitwerking ervan betrokken? Kunt u inschatten of de gevolgen voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg positief of negatief zullen zijn voor het Brussels Gewest?

Wat zijn de gevolgen ervan voor het Brussels Plan voor de gezondheidszorg? U kunt dit punt op de agenda laten plaatsen van een volgende IMC Volksgezondheid, maar op welke andere manier kunt u nog wijzigingen doen aanbrengen aan de verdelingscriteria van het RIZIV-quotum?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Il n'y a eu aucune concertation avec la Cocom pour l'élaboration de ce projet de loi. Il existe pourtant au sein de la Conférence interministérielle (CIM) sur la santé publique un groupe de travail intercabinet sur les professions de la santé, mais ce thème n'y a pas été abordé. La ministre compétente n'a pas saisi la CIM de son projet de loi.

Comme je l'ai expliqué à l'occasion de votre interpellation sur le vieillissement du corps médical à Bruxelles et la pénurie de médecins généralistes, nous sommes inquiets quand nous analysons les projections de la Commission de planification et celles de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.

Le système que le projet de loi met en place, comme le souligne pertinemment le Conseil d'État, paraît non seulement incohérent mais surtout totalement inéquitable. Sa conséquence pourrait être en effet un recul de l'offre médicale à Bruxelles, déjà menacée par le vieillissement des médecins.

La méthode proposée pour calculer le nombre d'habitants francophones et néerlandophones sur le territoire de la Région bruxelloise, en se basant sur le nombre d'élèves du primaire et du secondaire, inscrits dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles ou de la Communauté flamande, est abracadabrante - abracadabrantesque aurait dit Chirac. Elle est d'ailleurs totalement démontée par le Conseil d'État. C'est la raison pour laquelle deux motions en conflit d'intérêts ont été introduites, l'une, auprès du Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles ; l'autre, auprès du Parlement francophone bruxellois.

J'invite vraiment les responsables à retrouver la raison car ce dossier devient passionnel. Il n'est fondé ni sur une analyse objective, ni sur des données objectives, ni sur des perspectives objectives et se base, de surcroît, sur des calculs totalement farfelus.

Soulignons que la Commission fédérale de

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Voor de uitwerking van dit wetsontwerp heeft minister De Block geen overleg gepleegd met de GGC of met de interkabinettenwerkgroep van de IMC Volksgezondheid.*

Zoals de Raad van State terecht opmerkt, is het door het wetsontwerp voorgestelde systeem incoherent en past het geen mouw aan het dreigende tekort aan huisartsen in Brussel.

Ook is het te gek voor woorden om het aantal Frans- en Nederlandstaligen in het Brussels Gewest te berekenen op basis van het aantal leerlingen dat is ingeschreven in het Frans- of Nederlandstalige basis- en secundair onderwijs. Er werd dan ook zowel in het parlement van de Federatie Wallonië-Brussel als in de Raad van de Franse Gemeenschapscommissie een motie betreffende een belangenconflict ingediend. Dit is een dossier waarin de passies erg hoog oplaaien en waarin de rede of een objectieve analyse ver te zoeken zijn.

De federale Planningscommissie adviseert dat de quota tussen Frans- en Nederlandstaligen verdeeld worden volgens de noden van de gemeenschappen.

De Planningscommissie stelde een quotum tussen Frans- en Nederlandstaligen voor van 43,5/56,5. De minister zei in de pers dat de politieke keuze gemaakt was om een verdeelsleutel van 40/60 toe te passen. Dat is een verschil van 3,5 en gaat in tegen het voorstel van de federale Planningscommissie. Het gevolg is dat het aantal Franstalige artsen met deze coëfficiënt zal verminderen. De Raad van State wijst erop dat de minister de commissie niet om advies gevraagd heeft. Het gaat hier dus om een puur politieke keuze zonder objectieve grondslag of vrijwillig overleg.

In het rapport van 6 juli 2017 stelt het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) dat er geen ideaal aantal artsen bestaat. Hun aantal is afhankelijk van politieke en maatschappelijke beslissingen over hoe de

planification dans ses différents avis préconise une répartition des quotas entre francophones et néerlandophones en fonction des besoins de chaque Communauté.

Dans son avis du 26 avril 2016 concernant le quota pour l'année 2022, cet organe proposait la clé FR/NL de 43,5/56,5. Celle-ci n'a pas été retenue par la ministre De Block qui, dans la presse, a indiqué que la clé de 40/60 serait utilisée et qu'il s'agissait d'un choix politique. Ceux qui participent à cette décision doivent donc assumer ce différentiel de 3,5. Cela représente un certain nombre de médecins et il s'agit vraiment d'un choix politique qui doit être assumé par ceux qui le portent et qui va à l'encontre de l'avis de la Commission de planification. Ce n'est ni une commission régionale ni une commission francophone, mais une commission nationale. Ce sont des gens sérieux qui estiment que les ministres doivent se baser sur leurs experts et appliquer des méthodes de calcul crédibles.

Pour le projet de loi en question, l'avis de la commission n'a pas été sollicité, ce que le Conseil d'État relève également. Nous sommes ici dans le cas de figure d'un choix politique sans aucun fondement objectif et sans concertation volontaire.

Par ailleurs, dans son rapport du 6 juillet dernier, intitulé "Planifier l'offre de médecins en Belgique : modélisation mathématique ou décision stratégique ?", le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) conclut : "Dans l'absolu, il n'existe pas 'un' nombre idéal de médecins à atteindre. Les besoins en médecins dépendent de décisions politiques et sociétales. Quelles ressources veut-on engager pour les soins de santé ? Comment veut-on organiser et financer le système de soins de santé ?". Il s'agit évidemment de questions fondamentales. Si on réduit à peau de chagrin - je ne dis pas que c'est l'objectif - le système des soins de santé, on n'aurait pas besoin d'autant de médecins. Si on veut une couverture en soins de santé efficace, égale et accessible à tous, il faut plus de médecins.

Scientifiquement, on ne peut pas déterminer un nombre de médecins. Il faut d'abord politiquement définir ce qu'on veut atteindre comme objectifs et, en fonction de cela, on doit se doter des moyens. Aujourd'hui, on est en train de faire l'inverse. On

overheid de gezondheidszorg wil organiseren en hoeveel ze daarvoor over heeft. In een minimumscenario zijn er altijd te veel, in een maximumscenario zijn er altijd te weinig artsen.

Het beleid moet dus de doelstellingen bepalen en in functie daarvan de middelen vastleggen. Hier gebeurt evenwel het tegenovergestelde en treedt een rekenkundige bewerking in de plaats van een politieke beslissing.

Sinds de zesde staatshervorming ligt de organisatie van de gezondheidszorg niet meer alleen in de handen van de federale overheid. De nood aan huisartsen loopt uiteen volgens het gewest en is verschillend in de stad en op het platteland. In de berekening moet ook daarmee rekening gehouden worden.

Ik zal dit punt zeker voor herziening op de agenda van de volgende IMC Gezondheidszorg laten plaatsen.

Er mag niet overhaast te werk gegaan worden en er mag niet worden ingehakt op ons gezondheidssysteem. Dit is een debat waarin de beslissingen in alle redelijkheid moeten worden genomen. Anders dreigt er een kloof te ontstaan tussen de bevolking en de politiek.

vous dira bientôt qu'on n'a pas assez de médecins, ce qui entraînera la baisse de la qualité des soins. C'est donc l'effet mathématique qui va jouer sur ce qui devrait être une décision politique portant sur le type de système et de couverture de santé que l'on veut, sur les moyens que nous nous donnons et sur le nombre de spécialistes qui doivent émerger pour rencontrer ces objectifs.

Or, depuis la 6è réforme de l'État, l'organisation des soins n'est plus uniquement dans les mains du niveau fédéral. Les besoins en médecine générale sont différents à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre ainsi qu'entre environnement urbain et rural, les méthodes de calcul doivent donc être affinées et les différents niveaux de pouvoir inclus dans la réflexion. Il est clair que je mettrai ce sujet sur la table lors de la prochaine CIM Santé. Pour terminer, comme le souligne également le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : "Y a-t-il encore un sens à essayer de planifier de manière aussi stricte à l'intérieur de nos frontières, dans un monde aussi ouvert et mobile que celui de l'Union européenne ?" Bref, pour nous, le système est à revoir !

Ces questions appellent, à mon sens, à éviter la précipitation et les décisions abruptes aux conséquences fâcheuses pour notre système de soins de santé. Les quotas dans nos universités, par exemple, poussent les étudiants à se former ailleurs. Il y a des absurdités qu'on essaye de résoudre à un niveau belgo-belgo-belge, avec des méthodes de calcul incompréhensibles, irréalistes, absurdes, farfelues. Il faut sortir de la "passionalisation" de ce débat : quand le citoyen ne comprend pas ce que veut le politique, ou à l'inverse comprend très bien que ce qu'il veut n'est pas atteindre un objectif budgétaire ou de santé, un fossé se creuse évidemment entre la population et la classe politique.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- M. le ministre, je rejoins tout à fait les critères d'analyse que vous faites à l'égard de ce dossier.

- L'incident est clos.

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Ik sluit mij aan bij uw analyse.*

- Het incident is gesloten.

QUESTION ORALE DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

concernant "les hospitalisations à domicile et le coût à charge du patient".

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

La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Un article paru récemment mettait en avant un calcul réalisé par une fédération des maisons de repos permettant d'identifier les différents coûts, entre autres à charge de la personne âgée, selon son choix de rester à domicile ou d'aller en maison de repos.

Cet outil, Femartool, offre donc une vue objective et globale des différents coûts liés à la prise en charge des personnes âgées. Une conclusion importante à tirer, d'après cet article, est que, contrairement à ce qui est couramment annoncé, rester à domicile coûte dans certains cas, notamment si l'on est dépendant, plus cher pour la personne âgée que d'aller en maison de repos.

Parallèlement, un journal spécialisé en santé publiait, dans son édition de septembre, un débat sur l'avenir des hôpitaux. Vous, M. le ministre, figuriez d'ailleurs parmi les intervenants. L'hospitalisation à domicile y est avancée comme une solution innovante. Mais un directeur hospitalier fait entendre une voix discordante en rappelant le risque que le virage ambulatoire n'induise des dépenses supplémentaires pour le patient et en exprimant sa crainte que

MONDELINGE VRAAG VAN DE HEER ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

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

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

betreffende "de thuishospitalisaties en de kosten ten laste van de patiënten".

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

De heer du Bus de Warnaffe heeft het woord.

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Een federatie van rusthuizen werkte een manier uit om het verschil in kostprijs te berekenen naargelang een bejaarde thuis blijft wonen of naar een rusthuis verhuist.*

Femartool biedt een objectief en algemeen overzicht van de uiteenlopende kosten van ouderenzorg. In tegenstelling tot wat algemeen wordt aangenomen, blijkt uit de berekeningen dat thuis blijven wonen in sommige gevallen duurder is dan een rusthuisverblijf.

Daarnaast verscheen er in september in een vakblad een artikel over de toekomst van de ziekenhuizen. Thuishospitalisatie wordt er als een innoverende oplossing naar voor geschoven, terwijl een ziekenhuisdirecteur er in datzelfde artikel op wijst dat ambulante zorg wel eens duurder zou kunnen uitvallen voor de patiënten, waardoor er een sociale kloof zou kunnen ontstaan.
Is er in de verschillende projecten voor thuishospitalisatie sprake van extra kosten voor de patiënt? Kunt u daar conclusies uit trekken?

l'hospitalisation à domicile coûte plus cher pour le patient, ce qui engendrerait une fracture sociale. Le premier article concluant que le maintien à domicile peut coûter plus cher que le séjour en maison de repos pourrait être étendu à l'hospitalisation à domicile.

M. le ministre, dans les différents projets d'hospitalisation à domicile, pouvez-vous nous dire si le coût à charge du patient comparé au coût s'il restait à l'hôpital est pris en compte ? Si oui, est-il possible d'en tirer déjà des conclusions intéressantes ?

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Voilà le genre de débat que l'on aborde souvent de manière idéologique. J'ai maintes fois entendu dire dans cette assemblée qu'il était plus intéressant, pour les personnes, d'être dans leur milieu de vie que dans une institution, et que cela représentait un gain pour la société.

C'est une vision idéologique qui ne se vérifie ni sur le plan économique ni dans les faits, une vision propre à une catégorie aisée et bourgeoise. Récemment encore, il était difficile de tenir ce genre de discours. Dès qu'était abordée la question de l'institutionnalisation, l'on se faisait traiter d'opposant aux nouvelles conceptions des soins de santé.

Je me suis effectivement exprimé dans la presse sur le virage ambulatoire. Voici en substance le contenu de mon propos.

La question est beaucoup plus complexe que la vision idéologique exposée en préambule, avec l'éclatement des compétences entre le niveau fédéral et les entités fédérées en matière de première ligne de soins. Pour rappel, les entités fédérées, dont la Cocom, sont désormais compétentes pour l'organisation de la première ligne, mais le paiement des prestations reste essentiellement fédéral.
Le virage ambulatoire est en cours dans de nombreux pays autour de nous. Il s'agit d'une bonne formule qui n'est peut-être pas la meilleure pour tous ni systématiquement la meilleure.

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

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Wie beweert dat het maatschappelijk voordelig is als ouderen thuis blijven wonen in plaats van naar een instelling te verhuizen, voert het debat vanuit een ideologisch standpunt. Tot voor kort was het nagenoeg onmogelijk om dat debat te voeren, omdat men onmiddellijk het verwijt kreeg zich te kanten tegen vernieuwing in de gezondheidszorg.*

Door de spreiding van de bevoegdheden inzake eerstelijnszorg over de federale regering en de gemeenschappen, gaat het om een complexe kwestie: de GGC is sinds kort bevoegd voor de organisatie van de eerstelijnszorg, terwijl de uitbetaling van de prestaties grotendeels een federale bevoegdheid blijft.

In heel wat buurlanden stapt men naar thuishospitalisatie over. Dat is een goede formule, maar niet in alle gevallen de beste.

Een verblijf in het ziekenhuis wordt almaar korter. Vaak wordt zelfs geprobeerd om een opname te vermijden. Dat kan dankzij de moderne technologie. Beleidsinstanties kunnen op die manier bovendien besparen. Die haast onvermijdelijke ontwikkeling roept wel een aantal vragen op.

Om te beginnen is het maatschappelijk gezien lang geen neutrale trend. Voor kwetsbare personen met gezondheidsproblemen kan ambulante zorg gevaarlijk zijn, omdat hun woning niet aan de voorwaarden inzake gezondheid, hygiëne of

L'évolution de la prise en charge en hôpital tend vers une diminution généralisée du temps de séjour, voire vers un évitement de l'hospitalisation. La technologie permet de plus en plus cette évolution. La maîtrise budgétaire y incite les autorités. Le mouvement semble donc inévitable. Mais de nombreuses questions se posent encore.

D'abord, sur le plan sociétal, la tendance est loin d'être neutre. En effet, nous ne sommes pas tous égaux lorsque survient un problème de santé. Pour les plus faibles, le traitement ambulatoire peut s'avérer périlleux, parce que leur logement ne peut répondre aux conditions de salubrité, d'hygiène ou d'accessibilité. Le processus sera plus intéressant pour une famille aisée qui dispose de l'espace et des moyens et a la capacité d'accompagner le traitement.

Le virage ambulatoire pour un ménage moins aisé, avec un logement exigu qui devra être affecté en partie à l'hospitalisation de la personne, et qui devra être en mesure de coordonner des soins divers dans des conditions d'hygiène et alimentaires parfois difficiles, peut affecter les plus faibles.

Je crois qu'on doit essayer de retravailler ce concept avec toutes les nuances que je formule.

Enfin, en ce qui concerne la transformation de l'hôpital, on ne peut pas dire que les hôpitaux soient mis dans les conditions idéales pour opérer ce virage ambulatoire. La tendance pour l'hôpital est qu'il doit d'abord changer son business plan. Demain, l'hôpital ne fera plus uniquement de l'hospitalier, mais, au contraire, ses activités se tourneront vers la prise en charge transmurale.

Mais est-ce faisable ? Est-ce faisable à court terme ? Les hôpitaux ne sont du reste pas mis dans des conditions financières incitatives pour prendre part à cette approche transmurale. Je prends, à titre d'exemple, les incertitudes qui planent sur le financement des projets pilotes "maternité" ou "maladies chroniques". Nous plaidons pour qu'un transfert financier soit opéré au sein de l'hôpital pour qu'une partie des ressources puissent être utilisées en activités transmurales.

Enfin, en ce qui concerne les acteurs de la

toegankelijkheid voldoet. Voor een bemiddeld gezin dat over voldoende ruimte beschikt en voor ondersteuning kan zorgen tijdens de behandeling, is thuishospitalisatie dan weer wel interessant. De regering moet met dat gegeven rekening houden.

Daarnaast is het voor de ziekenhuizen niet het beste moment om de overstap naar thuishospitalisatie te maken. Een ziekenhuis zou immers eerst zijn businessplan moeten aanpassen. In de toekomst zal een ziekenhuis niet langer enkel zorg verstrekken aan opgenomen patiënten, maar ook buiten het ziekenhuis. De vraag is of dat op korte termijn haalbaar is. De financiële situatie van de ziekenhuizen is niet van die aard dat ze staan te springen om er die opdracht bij te nemen. De ziekenhuizen zouden hun middelen anders moeten inzetten, zodat een deel naar zorg buiten het ziekenhuis kan gaan.

Voor eerstelijnszorgverstrekkers zal de verschuiving naar meer thuiszorg het werk in grote mate beïnvloeden. Ze zullen vaker met ernstige of complexe gevallen te maken krijgen. Daarom zijn er omkaderingsnormen voor thuiszorg nodig.

De projecten inzake thuishospitalisatie en kortere kraamzorg in het ziekenhuis vallen onder de bevoegdheid van de federale minister van Volksgezondheid. Ik ben daar niet bij betrokken, maar de minister beloofde wel dat ze me op de hoogte zal houden van de evaluatie. Ik heb gevraagd om me vergelijkende gegevens te bezorgen over de kostprijs van ziekenhuisopnames en thuishospitalisaties. De thuishospitalisatieprojecten zijn nog maar net van start gegaan, dus veel informatie is er nog niet voorhanden.

Uit bepaalde informatie valt op te maken dat een patiënt die thuis verzorgd wordt, mogelijk meer zal moeten betalen. De mate van afhankelijkheid van de patiënt speelt daarin een grote rol, naast andere factoren, zoals het feit of men eigenaar is van zijn woning of niet. We moeten dus de grootste voorzichtigheid aan de dag leggen. Er zijn bijkomende analyses nodig, die rekening houden met de kostprijs voor de maatschappij en voor de verschillende bevoegde beleidsniveaus.

Een ideologische benadering is te mijden. Op het

première ligne, dont nous avons aussi beaucoup parlé à propos du vieillissement, le virage ambulatoire imposera une évolution importante de leur métier. Ils seront appelés à prendre en charge des cas de plus en plus lourds et/ou complexes. Nous devrons accompagner ce changement notamment au moyen de normes d'encadrement spécifiques aux services à domicile.

Vous nous interrogez aussi sur les évaluations des projets d'hospitalisation à domicile. Je suppose que vous faites référence aux projets lancés par la ministre dans le cadre de l'hospitalisation à domicile et dans celui du raccourcissement des durées de séjour en maternité. Ces projets sont fédéraux et nous n'avons été associés ni à la préparation ni à la sélection des projets, qui démarrent maintenant. Selon la promesse de la ministre, nous devrions être associés aux évaluations. Et nous avons effectivement demandé que les porteurs de projet récoltent et transmettent les données permettant une comparaison financière des modes de prise en charge, à domicile ou à l'hôpital. À ce stade, vu le démarrage des projets, il est trop tôt pour en faire une évaluation.

Néanmoins, certaines informations, des retours du terrain, des études comme celle réalisée par Femarbel, citée dans votre question, donnent à penser qu'effectivement les coûts à charge de la personne pourraient être plus importants qu'en résidentiel ou en hospitalier en fonction du niveau de la prise en charge, c'est-à-dire du niveau de dépendance.

Vous avez vu cette étude dont M. Defeyt, je crois, a parlé dans les médias, selon laquelle plus on devient dépendant, plus cela devient lourd non seulement pour la collectivité, mais aussi pour la personne.

À côté de la situation sociale, d'autres variables entrent en ligne de compte, comme le fait d'être propriétaire ou non. Tout cela nous incite à la plus grande prudence.

Nous souhaitons que les analyses se poursuivent et prennent en considération le coût sociétal global ainsi que les coûts pour les différentes entités du pays.

eerste gezicht lijkt thuishospitalisatie voor alle partijen gunstiger, maar als we er wat dieper op ingaan, merken we dat de situatie heel wat complexer is.

Toch blijf ik vinden dat we moeten investeren in alternatieven voor het ziekenhuis. Dat kan maar als de federale regering bereid is om dat soort initiatieven samen met het Verenigd College te financieren. Het mag geen overdracht van lasten worden, want dat zou dan weer maar eens een handige manier zijn om een splitsing van de sociale zekerheid door te voeren.

Il faut éviter, dans ce genre de débat, les approches idéologiques. En apparence, la formule peut sembler avantageuse pour la personne comme pour la collectivité mais, lorsqu'on l'examine en profondeur, on s'aperçoit que les choses sont plus complexes qu'elles n'en ont l'air.

Cela étant, nous sommes aussi convaincus qu'il faut investir dans des alternatives à l'hôpital. Je ne suis pas non plus en train de faire un plaidoyer en faveur de cette institution. Mais on ne pourra le faire que si le niveau fédéral s'engage avec nous pour financer ce type d'initiatives. Il ne faudrait pas que ce soit un transfert de charges, sinon c'est habilement une fois de plus mettre le pied dans des scissions programmées de la Sécurité sociale.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- C'est un beau débat. Les enjeux financiers peuvent être objectivés, mais le débat ne peut être réduit à ceux-ci uniquement. Il y a aussi une qualité de prise en charge des soins, qui se défend aussi bien dans l'institution hospitalière qu'à domicile. Cela pose également la question de l'entourage et des aidants proches et de la possibilité pour ceux-ci d'accompagner un parent.

Nous aurons indéniablement l'occasion de rouvrir ce débat.

Par ailleurs, chaque fois que nous avons abordé ces questions, nous avons évoqué la CIM Santé. Vos propos ne font que renforcer mon inquiétude quant à l'évolution de celle-ci. En effet, vous avez fait référence au fait que, soit le sujet n'est pas abordé et est porté de manière unilatérale, sans concertation, par les autorités fédérales, soit le groupe de travail en charge d'un sujet n'a pas avancé. Selon les échos dont je dispose, la CIM Santé fonctionne plutôt bien. Or, vous affirmez qu'une série de sujets sont volontairement omis ou écartés. C'est un vrai souci, dans la mesure où cette CIM était le symbole de la coopération possible entre les entités fédérées et le niveau fédéral.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Je voudrais nuancer. Je peux dire que j'ai une

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

De heer André du Bus de Warnaffe (cdH) *(in het Frans).- Uiteraard is het kostenplaatje een belangrijke factor, maar we mogen ook de kwaliteit van de zorg niet uit het oog verliezen, of die nu thuis of in een ziekenhuis verstrekt wordt. Ook moeten we rekening houden met de hulp die naasten en mantelzorgers kunnen bieden.*

Verder ben ik ongerust over de ontwikkelingen binnen de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid. U zegt immers dat het thema er niet aan bod komt, terwijl het toch een eerder goed functionerende conferentie schijnt te zijn. Het onderwerp lijkt bewust verzwegen te worden. Dan schort er toch iets aan de samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten.

De heer Didier Gosuin, lid van het Verenigd College *(in het Frans).- Ik wil wat u zegt enigszins*

certaine bouteille en politique. J'en ai donc fréquenté, des conférences interministérielles ! C'est encore la seule conférence interministérielle qui fonctionne. Les autres ne se réunissent plus ou quasi plus. Oui, il est vrai que les ministres de la Mobilité se réunissent lorsqu'il y a un événement grave mais, à part cela, ils ne se réunissent plus. Quand j'étais ministre de l'Environnement, je me souviens qu'il y avait presque une conférence interministérielle tous les mois. Désormais, cela n'existe plus.

La conférence interministérielle (CIM) de la santé publique est donc la seule qui existe encore. Bien sûr, vous relevez tous les points qui fâchent et qui me fâchent. En ce qui concerne ce point, c'est vrai que cela n'est pas satisfaisant. Si chaque entité veut faire cavalier seul, à terme, ce seul merle blanc qu'est la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique va perdre également ses plumes. C'est le risque. Si l'on entre dans un processus de concertation, c'est pour essayer de faire aboutir la concertation, pour entendre les autres et de faire chacun un pas dans la direction des autres. Si on fait tout passer au forceps, cela risque effectivement de mettre en cause la crédibilité de la CIM en question.

Néanmoins, il faut reconnaître que nous avons avancé. Par exemple, en pédopsychiatrie, des projets ont avancé de commun accord. Tout n'est donc pas blanc ou noir. Pour ma part, je demeure un grand partisan de la concertation au niveau fédéral et de structures de concertation. La CIM, c'est encore un des seuls lieux où cela existe.

Ne me faites pas dire ici que cela ne fonctionne pas. Je rends hommage à la ministre de faire vivre cette conférence interministérielle. En tant que ministre de l'Emploi, je n'ai jamais eu de conférence interministérielle (CIM) de l'Emploi. Jamais. C'est ahurissant. Des mesures sont prises et jamais on ne le fait en concertation. Ce n'est pas le cas pour la santé, mais ce n'est pas optimal pour autant. En effet, pour un certain nombre de dossiers où, a priori, le politique, quel qu'il soit, croit qu'il détient la vérité suprême et qu'on ne le fera pas dévier de sa route, il est vrai que la concertation est un échec et que ces conférences sont inutiles.

C'est la raison pour laquelle il nous faut être

nuanceren. Ik heb ervaring met interministeriële conferenties en kan u zeggen dat die van Volksgezondheid zowat de enige is die nog enigszins naar behoren functioneert en regelmatig samenkomt.

De IMC Volksgezondheid is echter evenmin volmaakt en u legt de vinger op de zere plek. Als iedereen in die IMC ook op eigen houtje begint te handelen en zaken zonder enige vorm van overleg doordrukt, zal die IMC hetzelfde lot beschoren zijn en haar geloofwaardigheid verliezen.

Toch hebben we op een aantal punten voortgang geboekt, zoals op het vlak van kinder- en jeugdpsychiatrie. Ik blijf dan ook een vurig voorstander van interministerieel overleg.

De federale minister spant zich wel degelijk in voor de goede werking van de IMC Volksgezondheid, zeker in vergelijking met de IMC Tewerkstelling, Vorming en Sociale Economie. Sinds ik minister van Tewerkstelling ben, heeft er immers nog geen enkele IMC Tewerkstelling plaatsgevonden! Anders dan bij Tewerkstelling vindt er voor Volksgezondheid wel degelijk overleg plaats, ook al kan men stellen dat het overleg over een aantal dossiers mislukt is.

Daarom vind ik dat we ons voorzichtig moeten opstellen en bereid moeten zijn om onze standpunten te wijzigen. Als we steeds de strijd aangaan, zou het bij de volgende regeerperiode wel eens gedaan kunnen zijn met overleggen. De institutionele ontwikkelingen binnen België gaan nu eenmaal die richting uit.

prudents. Revenons tous à de meilleures intentions. Acceptons de modifier nos positions. N'entrons pas dans des visions conflictuelles sinon à terme, sous la prochaine législature, avec un autre ministre peut-être, il n'y aura même plus de concertation sur le plan de la santé. Ce sera fini. C'est l'évolution de la situation institutionnelle de notre pays.

- L'incident est clos.

- Het incident is gesloten.