

**Sénat et Chambre
des représentants
de Belgique**

SESSION DE 2021-2022

14 MARS 2022

**Évaluation des réformes de l'État
depuis 1970**

RAPPORT – Soins de santé

fait au nom de la commission parlementaire
chargée de l'Évaluation des réformes de l'État
depuis 1970

par

MM. **Loones** (Ch.) et **Calvo** (Ch.), Mme **Pas**
(Ch.), MM. **Eerdeken** (S.) et **Van Rompuy** (S.)
et Mme **Durenne** (S.)

**Belgische Senaat en
Kamer van
volksvertegenwoordigers**

ZITTING 2021-2022

14 MAART 2022

**Evaluatie van de Staatshervormingen
sinds 1970**

VERSLAG – Gezondheidszorgen

namens de parlementaire commissie belast met
de Evaluatie van de Staatshervormingen
sinds 1970

uitgebracht door

de heren **Loones** (K.) en **Calvo** (K.),
mevrouw **Pas** (K.), de heren **Eerdeken** (S.) en
Van Rompuy (S.) en mevrouw **Durenne** (S.)

Composition de la commission / Samenstelling van de commissie:
Présidentes / Voorzitters: Stephanie D'Hose, Eliane Tillieux

**Commission parlementaire chargée de l'évaluation des réformes de l'État depuis 1970: délégation Sénat
Parlementaire commissie belast met de evaluatie van de Staatshervormingen sinds 1970: afvaardiging Senaat**

N-VA:
Ecolo-Groen:
Vlaams Belang:
PS:
MR:
CD&V:
Open Vld:
PVDA-PTB:
Vooruit:

Leden / Membres
Andries Gryffroy, Karl Vanlouwe
Celia Groothedde, France Masai
Bob De Brabandere, Klaas Sloomans
Jean-Frédéric Eerdeken, Julien Uyttendaele
Véronique Durenne, Gaëtan Van Goidsenhoven
Peter Van Rompuy
Rik Daems
Antoine Hermant
Bert Anciaux

Plaatsvervangers / Suppléants
Alessia Claes, Mark Demesmaeker
Rodrigue Demeuse, Soetkin Hoessen
Adeline Blancquaert, Leo Pieters
Philippe Courard, Nadia El Yousfi
Sabine Laruelle, Jean-Paul Wahl
Maud Vanwalleghem
Tom Ongena
Samuel Nemes
Kurt De Loor

MR:
Les engagés:

Membres sans droit de vote / Leden zonder stemrecht
Alexander Miesen
Anne-Catherine Goffinet

**Commission parlementaire chargée de l'évaluation des réformes de l'État depuis 1970: délégation Chambre
Parlementaire commissie belast met de evaluatie van de Staatshervormingen sinds 1970: afvaardiging Kamer**

N-VA:
Ecolo-Groen:
PS:
Vlaams Belang:
MR:
CD&V:
PVDA-PTB:
Open Vld:
Vooruit:
Les Engagés:

Membres / Leden
Peter De Roover, Sander Loones,
Tomas Roggeman
Kristof Calvo, Gilles Vanden Burre
Khalil Aouasti, Leslie Leoni
Barbara Pas
Marie-Christine Marghem
Servais Verherstraeten
Roberto D'Amico
Patrick Dewaell
Ben Segers
Vanessa Matz

Plaatsvervangers / Suppléants:
Björn Anseeuw, Kathleen Depoorter, Sigrid Goethals, Kristien
Van Vaerenbergh
Claire Hugon, Nicolas Parent, Stefaan Van Hecke
André Flahaut, Ahmed Laaouej, Laurence Zanchetta
Kathleen Bury, Marijke Dillen
Nathalie Gilson, Kattrin Jadin
Koen Geens, Nathalie Muylle
Raoul Hedebouw, Marco Van Hees
Maggie De Block, Egbert Lachaert
Melissa Depraetere, Joris Vandenbroucke
Josy Arens, Catherine Fonck

DéFI:
François De Smet

Membres sans droit de vote / Leden zonder stemrecht

Voir:

Documents du Sénat:
7-280 – 2021/2022 :
N° 1: Introduction.

Zie:

Documenten van de Senaat:
7-280 – 2021/2022:
Nr. 1: Inleiding.

TABLE DES MATIÈRES

I. AUDITIONS DU 15 OCTOBRE 2021 (MATIN).....	6
A. Exposés des experts.....	6
1) Exposé de M. Dirk Dewolf, administrateur général de l'Agentschap Zorg en Gezondheid (Agence flamande Soins et Santé).....	6
a) Les trois défis de la politique de la santé au 21 ^e siècle ..	6
1. L'augmentation des maladies chroniques dans la population vieillissante	6
2. L'augmentation des problèmes de santé mentale dans la population jeune et dans la population active.....	7
3. L'augmentation des épidémies et des situations d'urgence, à la suite notamment des changements climatiques.....	7
b) Pourquoi M. Dewolf plaide-t-il pour une défédéralisation de la politique de la santé?	7
1. Le bien-être et la santé sont liés	7
2. Les soins de première et de deuxième ligne sont liés.....	8
3. Le préventif et le curatif sont liés.....	8
c) Une piste éventuelle pour une septième réforme de l'État	9
d) Solidarité et défédéralisation	10
e) Le principe de subsidiarité	11
2) Exposé de M. Benoît Collin, administrateur général de l'INAMI.....	11
3) Exposé de Mme Tanja Dekens, fonctionnaire dirigeante d'Iriscare.....	16
a) Historique de la mise en œuvre de la sixième réforme de l'État en Région de Bruxelles-Capitale.....	16
b) Quatre objectifs.....	17
1. La continuité des droits	17
2. La limitation des conséquences administratives pour le citoyen	18
3. La garantie des mêmes droits pour tous les Bruxellois.....	18
4. Des trajets et réseaux de soins cohérents.....	19
c) Quelles leçons pouvons-nous tirer des exposés précédents?	19
1. La préparation et la mise en œuvre d'une réforme de l'État demandent du temps et des moyens.....	19
2. Les paquets de compétences doivent être plus cohérents	20
3. Les éléments pertinents pour le financement des compétences et du transfert des compétences doivent être réexaminés.....	21
4. Il faut améliorer le transfert non seulement des ressources financières pour la politique, mais aussi des moyens de fonctionnement, du personnel et des connaissances.....	24
4) Exposé de Mme Françoise Lannoy, administratrice générale Agence wallonne pour une Vie de qualité (AVIQ).....	25
a) Les compétences de l'AVIQ	25
b) Transferts, difficultés et recommandations.....	27
c) Indépendamment du découpage et de la répartition des compétences entre les entités en tant que tels, qui relèvent du politique, il faut que ceux-ci soient clairs et transparents et ne reposent pas sur un «c'est tout sauf». Ce régime fait d'exceptions nuit à la compréhension et surtout est source de tensions et d'incertitudes.....	28

INHOUDSTAFEL

I. HOORZITTINGEN VAN 15 OKTOBER 2021 (VOORMIDDAG)	6
A. Uiteenzettingen van de experten.....	6
1) Uiteenzetting van de heer Dirk Dewolf, administrateur generaal Agentschap Zorg en Gezondheid.....	6
a) Drie uitdagingen voor het gezondheidsbeleid in de 21 ^e eeuw	6
1. De toename van chronische aandoeningen bij de ouder wordende bevolking	6
2. De toename van geestelijke gezondheidsproblemen bij de jonge en actieve bevolking	7
3. De toename van epidemieën en noodsituaties, mede door de klimaatverandering	7
b) Waarom bepleit de heer Dewolf de defederalisering van gezondheidsbeleid?.....	7
1. Welzijn en gezondheid horen samen	7
2. De eerste- en tweedelijnszorg horen samen	8
3. Preventie en curatie horen samen	8
c) Een mogelijke piste voor een zevende Staatshervorming	9
d) Solidariteit en defederalisering	10
e) Het subsidiariteitsprincipe	11
2) Uiteenzetting van de heer Benoît Collin, administrateur-generaal van het RIZIV	11
3) Uiteenzetting van mevrouw Tanja Dekens, leidend ambtenaar Iriscare.....	16
a) Historiek van de implementatie van de zesde Staatshervorming in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.....	16
b) Vier doelstellingen	17
1. Continuïteit van de rechten	17
2. Beperking administratieve gevolgen voor de burger.....	18
3. Garantie op dezelfde rechten voor elke Brusselaar	18
4. Coherente zorgtrajecten en -netwerken	19
c) Welke lessen kunnen we uit de voorgaande toelichtingen trekken?	19
1. De voorbereiding en de implementatie van een Staatshervorming vraagt veel tijd en middelen	19
2. Er is nood aan meer coherentie in de bevoegdheidspakketten	20
3. De relevante elementen voor de financiering van de bevoegdheden én de financiering van de bevoegdheidsoverdracht moeten herbekeken worden	21
4. Niet enkel de overdracht van financiële middelen voor het beleid, maar ook van werkmiddelen, en van personeel en kennis moet beter	24
4) Uiteenzetting van mevrouw Françoise Lannoy, administrateur-generaal Agence wallonne pour une Vie de qualité (AVIQ).....	25
a) De bevoegdheden van het AVIQ	25
b) Overdrachten, problemen en aanbevelingen	27
c) Het splitsen en verdelen van bevoegdheden op zich is een politieke beslissing, maar los hiervan moet dit op een duidelijke en transparante manier gebeuren, en niet volgens de regel «alles splitsen, behalve ...». Een stelsel van uitzonderingen is onoverzichtelijk en leidt vooral tot spanningen en onzekerheden	28

d) Il est important d'assurer le transfert de blocs de compétences cohérents et non de compétences partielles	29	d) Het is belangrijk om coherente bevoegdheids-pakketten over te hevelen, en geen gedeeltelijke bevoegdheden	29
e) Il semble opportun de transférer l'exercice d'une compétence pleine et entière plutôt que des transferts de services listés nominativement	29	e) Het is wenselijk om een volledige bevoegdheid over te hevelen in plaats van bevoegdheden die bij naam worden opgesomd	29
f) Enfin, dans tous les cas, l'intérêt des citoyens doit être le moteur de toute réforme et il faut intégrer le point de vue des utilisateurs des biens et services au même titre que celui des autres parties prenantes	29	f) Ten slotte moet in alle gevallen het belang van de burgers de drijfveer zijn voor iedere hervorming en moet men net zo goed rekening houden met het standpunt van de gebruikers van goederen en diensten als met dat van de andere betrokkenen	29
B. Échange de vues	29	B. Gedachtewisseling	29
1) Questions des membres	29	1) Vragen van de leden	29
2) Réponses des experts	52	2) Antwoorden van de experts	52
a) Pour l'agence <i>Zorg en Gezondheid</i>	52	a) Voor het Agentschap Zorg en Gezondheid	52
1. Incidence de la répartition des compétences sur la lutte contre la crise du Covid	52	1. Over de invloed van de bevoegdheidsverdeling op de aanpak van de COVID-crisis	52
2. Rôle de la Communauté flamande à Bruxelles	54	2. Over de rol van de Vlaamse Gemeenschap in Brussel	54
3. Différentes visions de la politique de santé publique	54	3. Over de verschillende visies op het volksgezondheidsbeleid	54
4. Incidence des décisions d'un niveau de pouvoir sur la politique d'une autre entité	55	4. Over de impact van beslissingen van het ene beleidsniveau op het beleid van een andere entiteit	55
5. Rôle des pouvoirs locaux dans une politique de santé et de bien-être défédéralisée	55	5. Over de rol van de lokale besturen in een gede-federaliseerd gezondheids- en welzijnsbeleid	55
6. Solidarité et responsabilisation	56	6. Over solidariteit en responsabilisering	56
7. Mise en balance de la défédéralisation et de la (re)fédéralisation	56	7. Over de afweging tussen defederaliseren en (her)federaliseren	56
a. Avantages de la refédéralisation	57	a. Voordelen van herfederaliseren	57
b. Avantages et réalisations de la défédéralisation	58	b. Voordelen en realisaties van de defederalisering	58
c. Évaluation	59	c. Afweging	59
8. L'accessibilité (financière) des soins	59	8. Over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg	59
9. La solidarité interpersonnelle	60	9. Over de interpersoonlijke solidariteit	60
10. La mobilité en matière de soins	60	10. Over de zorgmobiliteit	60
11. La manière dont la sixième réforme de l'État a été mise en œuvre	60	11. Over de manier waarop de zesde Staatshervorming geïmplementeerd is	60
12. Les disparités intrarégionales en termes de consommation de soins	61	12. Over de intraregionale verschillen in zorgconsumptie	61
13. Le lien entre la santé et le bien-être	61	13. Over de band tussen gezondheid en welzijn	61
14. L'affiliation obligatoire auprès de la Protection sociale flamande	62	14. Over de verplichte aansluiting bij de Vlaamse Sociale Bescherming	62
15. Le fait de bénéficier de soins de santé dans sa propre langue et spécifiquement en néerlandais	62	15. Over de zorg in eigen taal, en specifiek in het Nederlands	62
16. Les enseignements qui peuvent être tirés de la sixième réforme de l'État	62	16. Lessen die kunnen getrokken worden uit de zesde Staatshervorming	62
17. La possibilité de défédéraliser la politique des produits de santé	62	17. Over de mogelijkheid om het productbeleid te defederaliseren	62
b) Pour l'INAMI	62	b) Voor het RIZIV	62
c) Pour Iriscare	66	c) Voor Iriscare	66
1. Manière dont la sixième réforme de l'État a été mise en œuvre et rythme de cette mise en œuvre .	66	1. Over de manier en het tempo waarop de zesde Staatshervorming geïmplementeerd is	66
2. La complexité de la répartition des compétences, les mécanismes de financement et la responsabilisation	66	2. Over de complexiteit van de bevoegdheidsverdeling, de financieringsmechanismen en de responsabilisering	66
3. La Protection sociale flamande	68	3. Over de Vlaamse Sociale Bescherming	68
4. La taille nécessaire pour une dispensation de soins effective	68	4. Over de schaalgrootte die nodig is voor effectieve zorgverlening	68
5. Le respect de la législation linguistique et les moyens de le garantir	69	5. Over het naleven en afdwingen van de taalwetgeving	69
6. La mise en balance de la défédéralisation et de la (re)fédéralisation	69	6. Over de afweging tussen defederaliseren en (her)federaliseren	69
7. La mobilité en matière de soins	70	7. Over de zorgmobiliteit	70

8. La gestion paritaire dans les administrations bruxelloises.....	70	8. Over het paritair beheer in de Brusselse administraties	70
9. Les améliorations possibles concernant la mise en œuvre d'une réforme de l'État.....	71	9. Over de mogelijkheden tot verbeteringen bij de implementatie van een Staatshervorming	71
d) Pour l'Agence wallonne pour une Vie de qualité	72	d) Voor het <i>Agence wallonne pour une Vie de qualité</i> ...	72
3) Questions et réflexions additionnelles	73	3) Aanvullende vragen en bedenkingen	73
II. AUDITIONS DU 15 OCTOBRE 2021 (APRÈS-MIDI).....	76	II. HOORZITTINGEN VAN 15 OKTOBER 2021 (NAMID-DAG).....	76
A. Exposés des experts.....	76	A. Uiteenzettingen van de experten.....	76
1) Exposé de Mme Van Ermen, présidente de l'association flamande des médecins (<i>Vlaams Artsenverbond – VAV</i>)	76	1) Uiteenzetting van mevrouw Van Ermen, voorzitter van het Vlaams Artsenverbond (VAV).....	76
a) Objectifs de l'association VAV	76	a) Doelstellingen van het VAV	76
b) Principes.....	76	b) Uitgangspunten	76
1. Constitution (article 128).....	76	1. Grondwet (artikel 128).....	76
2. Les cinq résolutions adoptées par le Parlement flamand le 3 mars 1999	76	2. Vijf Vlaamse resoluties van het Vlaams Parlement op 3 maart 1999	76
c) Chiffres de la Sécurité sociale	77	c) Omvang van de Sociale Zekerheid.....	77
d) Pourquoi poursuivre les transferts?.....	77	d) Waarom de overheveling nastreven?	77
1. Priorités propres	78	1. Eigen klemtonen	78
2. Meilleure efficacité	83	2. Grotere efficiëntie	83
a. Généralités	83	a. Algemeen	83
b. Efficacité en période de pandémie de coronavirus.....	84	b. Efficiëntie tijdens corona	84
3. Responsabilisation.....	85	3. Responsabilisering	85
e) Objections diverses	87	e) Diverse tegenwerpingen.....	87
f) Solidarité	87	f) Solidariteit	87
g) Conclusion.....	88	g) Besluit.....	88
2) Exposé de M. Happe, directeur général d'UNESSA	89	2) Uiteenzetting van de heer Happe, algemeen directeur van UNESSA.....	89
a) Constats sur les réformes de l'État.....	89	a) Vaststellingen over de Staatshervormingen	89
b) Constats sur la crise sanitaire	90	b) Vaststellingen over de gezondheids crisis	90
c) Conclusion sur les constats	91	c) Conclusie over de vaststellingen.....	91
d) Un certain nombre de questions ont été posées sur les modèles d'organisation décentralisés dans d'autres pays	92	d) Een aantal vragen werden gesteld over de gedecentraliseerde organisatie modellen in andere landen	92
e) Quelles sont les balises et les perspectives retenues par UNESSA pour une réforme de l'État?.....	92	e) Welke bakens en perspectieven kiest UNESSA voor een Staatshervorming?.....	92
1. Le patient doit être au centre du dispositif de soins et d'aide	93	1. De patiënt moet in het zorg- en ondersteunings-systeem centraal staan	93
2. Une sécurité sociale fédérale forte.....	94	2. Een sterke federale sociale zekerheid	94
3. Une simplification de la structure de l'État	95	3. Een vereenvoudiging van de staatsstructuur	95
4. Renforcer l'efficacité et la responsabilité.....	96	4. De efficiëntie en de verantwoordelijkheid versterken	96
5. Le leadership	97	5. Het leadership	97
3) Exposé de Mme Cloet, <i>Zorgnet-Icuro</i>	98	3) Uiteenzetting van mevrouw Cloet, <i>Zorgnet-Icuro</i>	98
a) Contexte.....	98	a) Context.....	98
b) Confusion dans la répartition des compétences	99	b) Het Huis van Nu is uitgewoond omdat het nooit werd afgewerkt	99
c) Une profonde réforme du paysage des soins de santé s'impose	100	c) Een doorgedreven hervorming van het zorglandschap dringt zich op	100
d) L'objectif est non pas la réforme de l'État, mais des soins de santé de meilleure qualité	100	d) Het doel is niet de Staatshervorming, maar een betere gezondheidszorg.....	100
e) Le plus possible à un seul niveau... mais plusieurs niveaux sont inévitables	101	e) Zoveel mogelijk op een niveau... maar meerdere niveaus zijn onvermijdelijk	101
f) Une réforme de l'État doit être préparée minutieusement	101	f) Een Staatshervorming moet grondig voorbereid worden	101
g) La proposition de <i>Zorgnet-Icuro</i> pour une meilleure répartition des compétences.....	102	g) Het voorstel van <i>Zorgnet-Icuro</i> voor een betere bevoegdheidsverdeling.....	102
4) Exposé de M. Godin, directeur du GBO	104	4) Uiteenzetting van de heer Godin, directeur van de GBO	104
a) Postulats de départ	104	a) Uitgangspunten	104
b) Qu'implique l'application de ces postulats au niveau des soins?	105	b) Wat betekent de toepassing van die uitgangspunten voor de zorg?	105
c) Constats	105	c) Vaststellingen	105

d) Pistes pour mieux répartir les compétences en matière de soins de santé	108
B. Échange de vues.....	111
1) Questions des membres	111
2) Réponses des experts	122
3) Questions et réflexions additionnelles	129
II. AUDITIONS DU 29 OCTOBRE 2021.....	132
A. Exposés des experts.....	132
1) Exposé de M. Jeroen Van Nieuwenhove, collaborateur scientifique KU Leuven (Institut de droit constitutionnel), conseiller d'État à la section de législation du Conseil d'État.....	132
2) Exposé de M. Dumont, professeur de droit de la sécurité sociale, ULB.....	134
a) Généralités.....	134
b) La répartition des compétences en matière de santé.....	135
c) Quelle solution à Bruxelles?	136
3) Exposé de M. Luc Van Gorp, président de la Mutualité chrétienne, et de M. François Perl, directeur du pôle «Acteur social et citoyen» de Solidaris (Collège intermutualiste national).....	138
a) Introduction	138
b) L'évaluation de la sixième réforme de l'État et des réformes de l'État précédentes.....	139
c) Les principes de base pour une organisation efficace des soins de santé	140
d) Quatre scénarios pour un modèle de soins	142
e) Conclusion	144
B. Échange de vues.....	144
1) Questions des membres	144
2) Réponses des experts	163
a) M. Van Nieuwenhove.....	163
b) M. Dumont	166
c) M. Van Gorp.....	169
d) M. Perl.....	171
3) Questions et réflexions additionnelles	177
IV. Échange de vues sur l'évaluation des difficultés relatives à la répartition des compétences entre l'État fédéral et les entités fédérées	179

d) Mogelijkheden om de bevoegdheden inzake gezondheidszorg beter te verdelen	108
B. Gedachtewisseling.....	111
1) Vragen van de leden.....	111
2) Antwoorden van de deskundigen	122
3) Aanvullende vragen en bedenkingen	129
III. HOORZITTINGEN VAN 29 OKTOBER 2021	132
A. Uiteenzettingen van de experts.....	132
1) Uiteenzetting door de heer Jeroen Van Nieuwenhove, wetenschappelijk medewerker KU Leuven (Instituut Constitutioneel Recht), staatsraad (Raad van State, afdeling wetgeving).....	132
2) Uiteenzetting van de heer Dumont, hoogleraar socialelezerheidsrecht ULB.....	134
a) Algemeen.....	134
b) Verdeling van de bevoegdheden inzake gezondheid.....	135
c) Welke oplossing voor Brussel?	136
3) Uiteenzetting van de heer Luc van Gorp, voorzitter van de Christelijke mutualiteit, en de heer François Perl, directeur van pôle «Acteur social et citoyen» Solidaris (Nationaal Inter mutualistisch College).....	138
a) Inleiding.....	138
b) De evaluatie van de zesde Staatshervorming en de voorgaande Staatshervormingen	139
c) De uitgangspunten voor een effectieve organisatie van de gezondheidszorg	140
d) Vier scenario's voor een zorgmodel	142
e) Conclusie	144
B. Gedachtewisseling.....	144
1) Vragen van de leden.....	144
2) Antwoorden van de deskundigen	163
a) De heer Van Nieuwenhove.....	163
b) De heer Dumont	166
c) De heer Van Gorp.....	169
d) De heer Perl.....	171
3) Aanvullende vragen en bedenkingen	177
IV. Gedachtewisseling over de evaluatie van de knelpunten in de bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de deелentiteiten.....	179

I. AUDITIONS DU 15 OCTOBRE 2021 (MATIN)**A. Exposés des experts**

1) Exposé de M. Dirk Dewolf, administrateur général de l'Agence flamande Zorg en Gezondheid (Agence flamande Soins et Santé)

a) Les trois défis de la politique de la santé au 21^e siècle

M. Dewolf commence son exposé en expliquant les trois défis de la politique de la santé au 21^e siècle qu'il juge les plus importants:

- l'augmentation des maladies chroniques dans la population vieillissante;
- l'augmentation des problèmes de santé mentale dans la population jeune et dans la population active;
- l'augmentation des épidémies et des situations d'urgence, à la suite notamment des changements climatiques.

1. L'augmentation des maladies chroniques dans la population vieillissante

M. Dewolf présente le graphique ci-dessous:

I. HOORZITTINGEN VAN 15 OKTOBER 2021 (VOORMIDDAG)**A. Uiteenzettingen van de experts**

1) Uiteenzetting van de heer Dirk Dewolf, administrateur generaal Agentschap Zorg en Gezondheid

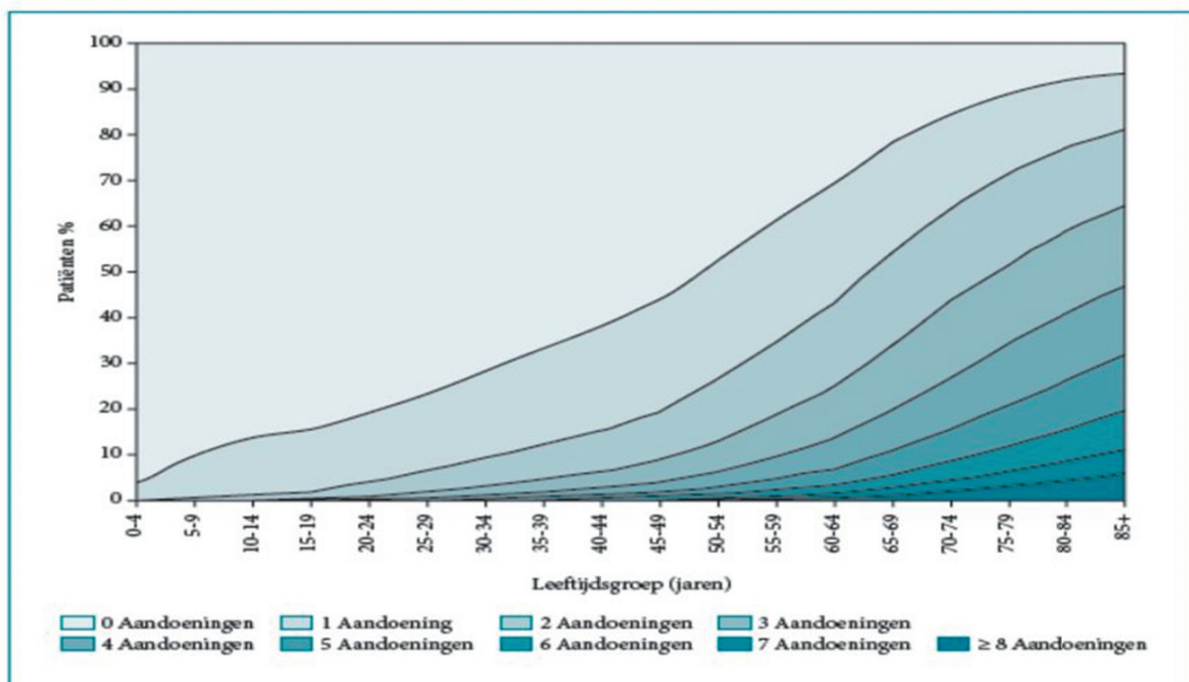
a) Drie uitdagingen voor het gezondheidsbeleid in de 21^e eeuw

De heer Dewolf begint zijn uiteenzetting met een toelichting bij de drie uitdagingen voor het gezondheidsbeleid in de 21^e eeuw die hij het belangrijkste acht:

- de toename van chronische aandoeningen bij de ouder wordende bevolking;
- de toename van geestelijke gezondheidsproblemen bij de jonge en actieve bevolking;
- de toename van epidemieën en noodsituaties, mede door de klimaatverandering.

1. De toename van chronische aandoeningen bij de ouder wordende bevolking

De heer Dewolf toont de onderstaande grafiek:



Il montre que les différentes maladies chroniques dont on souffre simultanément augmentent avec l'âge.

2. L'augmentation des problèmes de santé mentale dans la population jeune et dans la population active

C'est parmi la population jeune que les problèmes de santé mentale sont les plus marquants: selon un rapport de l'OCDE de 2018, 20 % de ce groupe de la population belge en souffre. Cela génère par ailleurs des coûts élevés.

3. L'augmentation des épidémies et des situations d'urgence, à la suite notamment des changements climatiques

Cette augmentation peut s'expliquer par les facteurs suivants:

- l'urbanisation et l'apparition de mégacités à très forte densité de population;
- la paupérisation;
- une plus grande mobilité à la suite du développement du secteur des voyages et du commerce;
- des modifications dans l'écosystème. Ces changements engendrent davantage d'épidémies. Des maladies infectieuses jusqu'alors inconnues dans nos régions font leur apparition, comme la dengue (ou fièvre rouge) qui se déplace vers le nord avec les populations de moustiques. La dengue qui, auparavant, était une maladie subtropicale, a déjà été signalée en Croatie et en Italie. Quant à la sécheresse et aux inondations, elles ont évidemment aussi des conséquences sur la santé.

b) Pourquoi M. Dewolf plaide-t-il pour une défédéralisation de la politique de la santé?

1. Le bien-être et la santé sont liés

L'Agentschap Zorg en Gezondheid estime que l'offre de soins doit s'adapter aux besoins en soins de la population. Des soins de qualité nécessitent une approche multidisciplinaire. La démarcation actuelle entre les soins de santé et le bien-être empêche de centrer la politique sur la personne et va à l'encontre du principe des soins centrés sur le patient (*patient centered care*).

M. Dewolf donne deux exemples pour illustrer son propos. Une personne âgée souffrant de multiples

Hieruit blijkt dat het aantal chronische aandoeningen waar men tegelijkertijd aan lijdt, met de leeftijd stijgt.

2. De toename van geestelijke gezondheidsproblemen bij de jonge en actieve bevolking

Bij de jongere bevolking zijn de geestelijke gezondheidsproblemen het meest opvallend: volgens een OESO-rapport van 2018 kampt 20 % van deze bevolkingsgroep in België ermee. Daar volgen uiteraard ook veel kosten uit.

3. De toename van epidemieën en noodsituaties, mede door de klimaatverandering

Deze toename kan verklaard worden door de volgende factoren:

- de verstedelijking en het ontstaan van megasteden, waar mensen dicht op elkaar wonen;
- de verpaupering;
- de toename van de mobiliteit door de ontwikkeling van de reissector en de handel;
- de veranderingen in het ecosysteem. Deze veranderingen leiden tot meer epidemieën. Infectieziekten die tot dusver niet in onze streken niet voorkwamen, rukken op, zoals bijvoorbeeld de knokkelkoorts, die zich samen met de muggenpopulatie naar het noorden verplaatst. Denguekoorts was vroeger een subtropische ziekte, maar is nu al gesignaleerd in Kroatië en Italië. Ook droogte en overstromingen hebben vanzelfsprekend gezondheidseffecten.

b) Waarom bepleit de heer Dewolf de defederalisering van gezondheidsbeleid?

1. Welzijn en gezondheid horen samen

Het Agentschap Zorg en Gezondheid is van oordeel dat het zorgaanbod zich moet aanpassen aan de zorgnoden van de bevolking. Om kwaliteit te leveren is er multidisciplinaire zorg nodig. De scheiding tussen gezondheidszorg en welzijn die vandaag bestaat, maakt het moeilijk om de persoon centraal te stellen in het beleid en gaat in tegen het beginsel van de *patient centered care*.

Twee voorbeelden illustreren dit. Een oudere zorgbehovende met meerdere aandoeningen behoeft niet alleen

maladies a non seulement besoin de soins hospitaliers et de soins de première ligne mais éprouve aussi des besoins liés à son bien-être, des besoins sociaux et des besoins psychiques.

Un jeune souffrant de dépression grave a besoin d'une aide psychologique ou psychiatrique professionnelle mais aussi d'un accompagnement familial, de compréhension et de soutien de la part de son entourage tel que l'école ou l'université.

L'ancien paradigme qui résumait la médecine au triangle «symptômes-diagnostic-traitement» ne suffit plus face à des maladies complexes et chroniques qui sont devenues dominantes dans notre société.

C'est de cette réalité que découle la première recommandation politique de l'*Agentschap Zorg en Gezondheid*: les soins de santé et le bien-être doivent faire l'objet d'une politique intégrée afin de faciliter les soins centrés sur le patient (*patient centered care*) et d'offrir des soins intégrés fondés sur une vision unique.

2. Les soins de première et de deuxième ligne sont liés

Les soins hospitaliers sont aujourd'hui principalement prodigués à des personnes âgées. L'âge moyen des patients hospitalisés est aujourd'hui d'environ 75 ans en Flandre. La durée d'une hospitalisation se réduit de plus en plus et les traitements ambulatoires sont donc en augmentation. Les soins à domicile gagnent par conséquent, eux aussi, en importance.

L'essentiel de l'organisation des hôpitaux est entre les mains de l'autorité fédérale, alors que l'organisation de la première ligne relève essentiellement de la responsabilité des entités fédérées. Les pouvoirs locaux et les organisations d'aide sociale assument de plus en plus de tâches, et des tâches importantes. Ainsi, la réduction de la durée du séjour en maternité accroît les besoins d'aide familiale. Il en découle une diminution des coûts au niveau fédéral mais une augmentation des dépenses au niveau des entités fédérées.

La seconde recommandation politique formulée par l'*Agentschap Zorg en Gezondheid* est donc la suivante: les soins hospitaliers et les soins de première ligne devraient faire l'objet d'une politique intégrée.

3. Le préventif et le curatif sont liés

Les stratégies visant à promouvoir un mode de vie sain qui s'adressent à la population sont souvent plus efficaces dans la prévention des maladies qu'une stratégie

ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg, maar heeft evenzeer welzijnsnoden, sociale noden en psychische noden.

Een jongere met een ernstige depressie heeft nood aan professionele psychologische of psychiatische hulp, maar ook aan gezinsbegeleiding en begrip en steun van de omgeving, zoals de school of de universiteit.

Het oude paradigma van de geneeskunde dat bestond uit «symptoom-diagnose-behandeling», voldoet niet meer bij de complexe en chronische aandoeningen die dominant geworden zijn in onze samenleving.

Daaruit volgt de eerste beleidsaanbeveling van het Agentschap Zorg en Gezondheid: gezondheidszorg- en welzijnsbeleid horen samen in één beleidsvoering te zitten om *patient centered care* te faciliteren, met een aanbod van geïntegreerde zorg vanuit éénzelfde visie.

2. De eerste- en tweedelijnszorg horen samen

De ziekenhuiszorg is vooral zorg voor oudere mensen geworden. De gemiddelde leeftijd van de ziekenhuispatiënten ligt vandaag in Vlaanderen halverwege de 70. De duur van een opname wordt steeds korter en ambulante behandelingen nemen toe. Als een gevolg daarvan neemt ook het belang van de thuiszorg toe.

Het zwaartepunt van de organisatie van de ziekenhuizen ligt echter federaal, terwijl het zwaartepunt van de organisatie van de eerste lijn bij de deelstaten ligt. Lokale besturen en welzijnsorganisaties nemen steeds meer en belangrijke taken op. Denk maar aan de inkorting van de verblijfsduur op de materniteit, wat leidt tot meer behoefte aan gezinszorg. Daaruit volgen minder kosten voor het Federale niveau, maar wel meer deelstatelijke uitgaven.

De tweede beleidsaanbeveling van het Agentschap Zorg en Gezondheid luidt dan ook: ziekenhuiszorg en eerstelijnszorg horen samen in één beleidsvoering te zitten.

3. Preventie en curatie horen samen

Populatiegerichte strategieën om een gezonde leefstijl te bevorderen zijn vaak effectiever in het voorkomen van ziekten in vergelijking met een louter klinische strategie

purement clinique qui répond à des symptômes et à des plaintes et vise au traitement d'individus. C'est particulièrement vrai pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

Il incombe aux entités fédérées d'investir dans la prévention mais elles n'en tirent aucun profit au niveau budgétaire. Elles ne sont donc pas incitées financièrement à améliorer l'état de santé général de la population.

D'où la recommandation d'intégrer le préventif et le curatif au sein d'une seule et même politique.

c) Une piste éventuelle pour une septième réforme de l'État

Comment redistribuer au mieux les compétences?

Du côté flamand, les responsables politiques plaident pour un bloc homogène de compétences en matière de soins de santé qui serait confié aux entités fédérées. Cela implique que les exceptions à la compétence de principe des entités fédérées prévues dans la loi spéciale soient supprimées, entre autres:

- la législation organique des hôpitaux;
- le financement des hôpitaux;
- la programmation des établissements de soins;
- les normes encadrant les professions de la santé;
- la politique relative aux prestations de soins, à savoir les honoraires des professionnels de la santé;
- certains aspects de l'assurance maladie et invalidité.

Pour quels aspects le fédéral devrait-il idéalement rester compétent?

Selon M. Dewolf, certaines des compétences résiduelles actuelles de l'autorité fédérale devraient être maintenues; tel est le cas notamment des compétences en matière de politique relative:

- aux médicaments et aux prix des médicaments;
- aux dispositifs médicaux: implants, prothèses, appareils auditifs, perfusions, lentilles de contact, stents, etc.;

die wacht op symptomen of klachten, en zich richt op de behandeling van individuen. Dat geldt in het bijzonder voor mensen met chronische aandoeningen.

Investeren in preventie is een taak voor de deelstaten, maar op budgettair vlak is er voor hen geen return. Daardoor ontbreekt de financiële prikkel om méér gezondheid te produceren.

Ook hier is de beleidsaanbeveling om preventie en curatie samen te voegen in één beleidsvoering.

c) Een mogelijke piste voor een zevende Staatshervorming

Hoe kunnen de bevoegdheden nu best herverdeeld worden?

Aan Vlaamse kant pleiten de beleidsverantwoordelijken voor een homogeen bevoegdheidspakket voor gezondheidszorg dat berust bij de deelstaten. Dat impliceert dat de uitzonderingen op de principiële bevoegdheid van de deelstaten uit de bijzondere wet geschrapt worden, en met name:

- de organieke wetgeving voor de ziekenhuizen;
- de ziekenhuisfinanciering;
- de programmatie van zorginstellingen;
- de normering van zorgberoepen;
- het beleid betreffende de zorgverstrekkingen, d.w.z. de honoraria van zorgprofessionals;
- een aantal andere aspecten van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Wat blijft best federaal?

Een aantal van de huidige residuaire bevoegdheden van de federale overheid blijven volgens de heer Dewolf best behouden, met name de bevoegdheden voor het beleid over:

- de geneesmiddelen en de geneesmiddelenprijzen;
- de medische hulpmiddelen: implantaten, prothesen, hoorapparaten, infuuspompen, contactlenzen, stents, enz.;

- au matériel corporel humain, comme les organes et la peau.

La gestion de ces éléments fait partie de la politique des produits, laquelle dépend largement de la réglementation européenne dans le cadre du marché unique. C'est pourquoi une défédéralisation de cette politique n'apporterait aucune valeur ajoutée, selon l'*Agentschap Zorg en Gezondheid*. M. Dewolf pense par exemple au rôle de l'Agence européenne des médicaments dans l'approbation des vaccins.

d) Solidarité et défédéralisation

M. Dewolf déclare que la défédéralisation proposée ne se fera pas forcément au détriment de la solidarité. Il est possible de maintenir au niveau fédéral le financement de l'assurance maladie et invalidité, basé sur les cotisations sociales obligatoires et des moyens fiscaux complémentaires. La solidarité sera ainsi maintenue du côté des revenus.

La répartition des moyens se ferait selon le modèle préconisé par l'*Agentschap Zorg en Gezondheid* sur la base d'un mécanisme déjà existant: au moyen de dotations aux entités fédérées régies par la loi spéciale de financement.

Selon M. Dewolf, ce système offre les avantages suivants:

- la solidarité financière est conservée;
- les moyens sont répartis de manière transparente;
- les entités fédérées sont responsabilisées en ce qui concerne la politique mise en œuvre. Une entité fédérée qui gère efficacement les moyens qui lui sont alloués et qui améliore l'état de santé général de sa population pourra effectuer des dépenses supplémentaires dans le cadre de cette dotation.

Les clés de répartition doivent permettre de mener une politique transparente et doivent évidemment être acceptables pour tous. L'*Agentschap Zorg en Gezondheid* plaide pour que les dotations aux entités fédérées soient réparties sur la base de paramètres démographiques: chiffre de la population et proportion de personnes âgées dans la population. Ce dernier paramètre figure déjà actuellement dans la loi spéciale de financement et repose sur le raisonnement selon lequel plus on est âgé, plus on a besoin de soins.

- menselijk lichaamsmateriaal zoals organen en huid.

Het beleid over deze elementen maakt deel uit van het productbeleid, dat sterk afhankelijk is van de Europese regelgeving in het kader van de eengemaakte markt. Daarom zou een defederalisering van dit beleid volgens het Agentschap Zorg en Gezondheid geen toegevoegde waarde bieden. De heer Dewolf verwijst bijvoorbeeld naar de rol van EMA voor de goedkeuring van de vaccins.

d) Solidariteit en defederalisering

De heer Dewolf stelt dat de voorgestelde defederalisering niet ten koste hoeft te gaan van de solidariteit. Men kan de financiering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering op het Federale niveau behouden, met de verplichte sociale bijdragen en de aanvullende fiscale middelen. De solidariteit aan de inkomstenzijde blijft zo bestaan.

De verdeling van de middelen gebeurt in het model dat het Agentschap Zorg en Gezondheid voorstaat volgens een mechanisme dat al bestaat: via dotaties aan de deelstaten, die geregeld worden in de bijzondere financieringswet.

De voordelen van dit systeem zijn volgens de heer Dewolf dat:

- de financiële solidariteit behouden blijft;
- de middelen op een transparante wijze verdeeld worden;
- de deelstaten geresponsabiliseerd worden wat uitvoering van beleid betreft. Een deelstaat die de toegekende middelen goed beheert en de bevolking gezonder maakt kan extra uitgaven binnen die dotatie doen.

De verdeelsleutels moet transparant beleid mogelijk maken, en natuurlijk voor iedereen aanvaardbaar zijn. Het Agentschap Zorg en Gezondheid bepleit een verdeling van de dotaties aan de deelstaten op basis van demografische parameters: het bevolkingsaantal en het aandeel ouderen in de populatie. Momenteel is die laatste parameter ook opgenomen in de bijzondere financieringswet. De onderliggende redenering is dat hoe ouder men wordt, hoe meer zorgconsumptie men behoeft.

Quant à savoir si le paramètre «pauvreté» devrait être intégré dans les clés de répartition, cela fait l'objet de discussions. M. Dewolf reconnaît que les personnes plus démunies ont de plus grands besoins en soins et dépensent donc relativement plus pour les soins. Un contre-argument est que la prise en compte de ce paramètre priverait les responsables politiques d'un incitant à prendre des mesures de lutte contre la pauvreté.

e) Le principe de subsidiarité

La défédéralisation et la décentralisation reposent sur le principe de subsidiarité: le processus décisionnel politique doit de préférence se situer au plus près du citoyen. Selon M. Dewolf, ce principe doit s'appliquer à plus forte raison aux matières personnalisables.

L'*Agentschap Zorg en Gezondheid* souhaite que le principe de subsidiarité soit appliqué largement sur l'ensemble de l'axe politique UE-État belge-entités fédérées-pouvoirs locaux. La pandémie de coronavirus a révélé qu'il serait plus efficace de gérer certaines matières au niveau européen.

À l'autre extrémité de cet axe, il convient également d'être attentif à la relation entre l'autorité flamande et les pouvoirs locaux. On observe en Flandre une nouvelle tendance à concéder les compétences en matière de politique de bien-être et de santé au niveau local ou sous-régional. Depuis l'année dernière, des zones de première ligne ont ainsi été créées en Flandre; elles sont pilotées par des *zorgraden* (conseils de soins) et sont chargées d'organiser une offre intégrée de soins au niveau local. Ces zones de première ligne ont joué un grand rôle dans la lutte contre la Covid-19. Les entités locales sont par ailleurs chargées d'organiser le *Geïntegreerd breed onthaal* (large accueil intégré) qui doit aiguiller le citoyen à travers le paysage complexe des soins de bien-être et de santé.

2) *Exposé de M. Benoît Collin, administrateur général de l'INAMI*

Monsieur Collin, administrateur général de l'INAMI, entame son exposé en expliquant qu'en matière de gestion des soins de santé, il faut commencer par définir ce que l'on veut mettre en place et quelle sera la stratégie pour y arriver. Pour cela, il faut identifier les tendances et les besoins en termes d'offre et de demande de soins de santé sur le plan international et scientifique. Pour lui, il est important de rechercher un système qui soit orienté *evidence based*.

Of ook de parameter armoede deel moet uitmaken van de verdeelsleutels, vormt het voorwerp van discussie. De heer Dewolf erkent dat armere mensen een hogere zorgnood en dus relatief meer zorgkosten hebben. Een tegenargument is dat deze parameter het beleid een prikkel ontnemt om aan armoedebestrijding te doen.

e) Het subsidiariteitsprincipe

Defederalisering en decentralisering berusten op het principe van subsidiariteit: de voorkeur om de politieke besluitvorming zo dicht mogelijk bij de burger uit te oefenen. Dit principe moet volgens de heer Dewolf *a fortiori* gelden voor persoonsgebonden aangelegenheden.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid wil het subsidiariteitsprincipe breed toegepast zien, op de volledige beleidsas EU-Belgische Staat-deelstaten-lokale besturen. In de COVID-pandemie is gebleken dat een aantal zaken beter op Europees niveau kan worden geregeld.

Aan het andere einde van de as verdient ook de relatie tussen de Vlaamse overheid en de lokale besturen voldoende aandacht. Er bestaat een nieuwe tendens in Vlaanderen om bevoegdheden voor het welzijns- en gezondheidsbeleid af te staan aan het lokale of subregionale niveau. Zo zijn er sinds vorig jaar in Vlaanderen eerstelijnszones gecreëerd die aangestuurd worden door zorgraden, en die belast zijn met de organisatie van een lokaal geïntegreerd zorgaanbod. In de bestrijding van COVID-19 hebben deze eerstelijnszones een belangrijke rol gespeeld. De lokale entiteiten zijn ook belast met de organisatie van het «Geïntegreerd breed onthaal», dat de burger wegwijs moet maken doorheen het complexe landschap van welzijns- en gezondheidszorg.

2) *Uiteenzetting van de heer Benoît Collin, administrateur-generaal van het RIZIV*

De heer Collin, administrateur-generaal van het RIZIV, verklaart bij het begin van zijn uiteenzetting dat men inzake het gezondheidszorgbeleid eerst en vooral duidelijke doelstellingen moet afbakenen en een strategie om die te bereiken. Daartoe moet men de trends en behoeften bepalen op het vlak van vraag en aanbod van gezondheidszorg op internationaal en wetenschappelijk gebied. Het is voor hem belangrijk dat men een stelsel nastreeft dat *evidence based* is.

Par ailleurs, il faut également définir des objectifs en termes de santé mais aussi de soins de santé ainsi que des valeurs fondamentales partagées. Enfin, il faut prendre en compte les approches différentes: *micro* au niveau du patient, *meso* au niveau des institutions ou groupes de prestataires et *macro* au niveau de la gouvernance du système.

La question de la politique de gestion des soins de santé est une question complexe qui est en évolution permanente. Il faut donc être suffisamment agile et proactif pour pouvoir anticiper ces évolutions. Il existe également une pluralité d'acteurs selon le niveau de pouvoir auquel on se trouve. En effet, notre système est de type «Bismarck». Dans ce système, l'État n'est qu'un régulateur et le gestionnaire du système est un organisme parastatal – comme c'est le cas de l'INAMI – ou un gestionnaire public – comme c'est le cas pour le SPF Santé publique. Les autres acteurs sont généralement indépendants. On se base donc sur un système de gestion paritaire et de concertation permanente.

Un élément primordial dans toutes les politiques de soins de santé dans le monde est que celles-ci sont basées sur des territoires de santé. Il est généralement admis que la santé est territoriale. Toutefois, on peut également se baser sur des publics-cibles, comme c'est le cas pour la santé mentale, les personnes âgées ou les malades chroniques. Dès lors, on doit pouvoir prendre en compte l'ensemble de la population mais aussi pouvoir mener des actions ciblées en fonction de populations déterminées. L'un et l'autre ne sont pas contradictoires. Le fait d'avoir un modèle de gestion territoriale pour un territoire donné n'empêche pas de mener des actions déterminées en fonction de publics-cibles.

Dans tous les pays, on a le choix entre une politique centralisée ou décentralisée. Toutefois, il n'y a aucun pays où la politique est totalement centralisée ou décentralisée sans que l'échelon national ou fédéral garde une certaine compétence. Le problème n'est donc pas de savoir s'il faut défédéraliser ou refédéraliser mais bien de savoir comment répartir les choses en fonction de la proximité nécessaire ou lorsque la centralisation peut avoir des atouts. Le problème se situe plus au niveau de la forme de la centralisation. Il existe des pays unitaires – comme la France – et qui décentralisent l'exercice de compétences en fonction de territoires donnés ou des pays – comme la Belgique, la Suisse ou l'Allemagne – où il existe une décentralisation, *a contrario* de la France, avec des transferts de compétences. Néanmoins, l'orateur rappelle que, dans tous les pays, l'échelon fédéral ou national garde d'importantes compétences, à tout le moins au niveau de la gouvernance du système, de la fixation des objectifs

De doelstellingen moeten worden vastgesteld op het vlak van gezondheid, maar ook van gezondheidszorg en van gedeelde fundamentele waarden. Tot slot dient men rekening te houden met de verschillen in aanpak: op *microniveau* voor de patiënt, op *mesoniveau* voor de instellingen of zorgverstrekkersgroepen en op *macro-niveau* voor de *governance* van het stelsel.

Het probleem van het gezondheidszorgbeleid is complex en voortdurend in verandering. Men moet dus voldoende wendbaar en proactief zijn om op die veranderingen te kunnen anticiperen. Al naargelang van het beleidsniveau waarop men zich bevindt, is er ook een veelheid van actoren. Ons stelsel is er immers een van het «Bismarck»-type. In dat stelsel is de Staat slechts een regulator en is de beheerder van het stelsel een parastataal orgaan – zoals het RIZIV – of een overheidsdienst – zoals de FOD Volksgezondheid. De andere actoren zijn meestal onafhankelijk. Men baseert zich dus op een stelsel van paritair beheer en permanent overleg.

Een primordiaal gegeven in elk gezondheidszorgbeleid in de wereld is dat het op een gezondheidsterritorium gebaseerd is. Men neemt dus algemeen aan dat gezondheid iets territoriaals is. Men kan zich echter ook baseren op doelgroepen – zoals dat geldt voor de mentale gezondheid, voor bejaarden of voor chronisch zieken. Men moet bijgevolg de hele bevolking bereiken, maar ook gerichte acties voeren voor welbepaalde populaties. Het ene is niet strijdig met het andere. Het feit dat men een territoriaal managementmodel voor een gegeven territorium heeft, belet niet dat men bepaalde acties voert met het oog op doelgroepen.

In alle landen heeft men de keuze tussen een gecentraliseerd of een gedecentraliseerd beleid. Er is echter geen enkel land waar het beleid volledig gecentraliseerd of gedecentraliseerd is. Het nationale of federale niveau behoudt altijd enige bevoegdheid. De vraag is dus niet of men moet defederaliseren of herfederaliseren. Bij de verdeling van de bevoegdheden moet men zich veeleer afvragen wanneer nabijheid nodig is en wanneer centralisering voordelen kan hebben. Het probleem ligt meer bij de vorm van centralisering. Er zijn unitaire landen – zoals Frankrijk – die het uitoefenen van de bevoegdheden decentraliseren op basis van bestaande territoria of landen – zoals België, Zwitserland of Duitsland – waar er, in tegenstelling tot in Frankrijk, sprake is van een decentralisering met bevoegdheidsoverdrachten. Spreker wijst er echter op dat in alle landen het federale of nationale niveau belangrijke bevoegdheden behoudt, minstens op het vlak van de *governance* van het stelsel,

globaux et de l'atteinte des résultats lorsque ce n'est pas au niveau du financement global.

En ce qui concerne l'évolution globale des soins de santé au niveau national, M. Collin rappelle qu'il n'y a plus de grandes différences entre la Wallonie et la Flandre. Toutefois, il note que Bruxelles est en sous-consommation de soins par rapport à la moyenne nationale. Cela peut s'expliquer par différents paramètres mais c'est une tendance constante qui est inquiétante. Si c'est le fait d'une population plus jeune, c'est moins inquiétant que s'il s'agit d'une sous-consommation de soins qui engendrera un accroissement des besoins de soins par la suite.

M. Collin explique qu'il y a plus de disparités sous-régionales et provinciales qu'entre les Régions. Par exemple, le Limbourg est plus proche du Hainaut qu'Anvers du Brabant Wallon. Pour lui, le modèle purement régional ou purement communautaire n'est pas un modèle abouti. À l'instar de son collègue, il insiste sur la possibilité de décentraliser la politique de soins de santé au sein d'une Région en fonction des besoins, des pathologies et du profil des populations présentes sur certains territoires.

Ensuite, il met en exergue le fait qu'en Belgique, le modèle de soins de santé est de nature assurantiel. Les soins de santé sont majoritairement, voire totalement, au niveau fédéral, payés par la sécurité sociale. Celle-ci est une assurance sociale que l'on paie sur base de ses revenus et dont on bénéficie en fonction de ses besoins de soins. Le produit intérieur brut d'une Communauté ou d'une Région n'exerce aucune influence ni sur les cotisations ni sur les prestations qui sont dues.

Par ailleurs, la gestion est assurée par un organe parastatal et est donc paritaire. Il y a aussi une relation entre le régulateur, les prestataires indépendants et l'assureur national. Il ne s'agit pas d'un modèle de *National Health Service* à l'anglaise, mais d'un système décentralisé qui se base sur des prestataires proches des patients, dans les hôpitaux ou dans les soins ambulatoires lorsque c'est nécessaire.

La solidarité interpersonnelle est une notion importante pour l'INAMI et reste une clé indispensable dans le cadre du maintien d'une nation belge. Si l'on souhaite garder l'unité du pays, il faut garder cette solidarité interpersonnelle nationale et le principe de cotisations personnelles et non pas régionales. Les personnes les plus riches contribueront plus que les autres

het bepalen van de globale doelstellingen en het bereiken van de resultaten, en zelfs op het vlak van de globale financiering.

Wat de globale ontwikkeling van de gezondheidszorg op nationaal niveau betreft, wijst de heer Collin erop dat er geen grote verschillen meer zijn tussen Wallonië en Vlaanderen. Hij stelt echter vast dat Brussel ten opzichte van het nationaal gemiddelde weinig gebruik maakt van de zorg. Dat kan door diverse parameters verklaard worden, maar het is een blijvende trend die verontrust. Indien de oorzaak bij een jongere bevolking ligt, is het minder verontrustend dan wanneer het gaat om een lage zorgconsumptie die vervolgens een toename van de zorgbehoeften met zich zal brengen.

De heer Collin legt uit dat er meer subgewestelijke en provinciale verschillen zijn dan verschillen tussen de Gewesten. Limburg staat bijvoorbeeld dicht bij Henegouwen dan Antwerpen bij Waals-Brabant. Hij meent dat het louter gewestelijk of gemeenschapsmodel geen goed model is. Zoals zijn collega dringt hij aan op de mogelijkheid om het gezondheidszorgbeleid binnen een Gewest te decentraliseren naargelang van de behoeften, de pathologieën en het profiel van de populaties in bepaalde territoria.

Vervolgens beklemtoont hij dat in België het model inzake gezondheidszorg het verzekeringsmodel is. Op federaal niveau wordt de gezondheidszorg hoofdzakelijk, of zelfs volledig, door de sociale zekerheid betaald. Dat is een sociale verzekering waarvoor men op grond van zijn inkomen betaalt en waarvan men naargelang van zijn behoeften het voordeel geniet. Het bruto binnenlands product van een Gemeenschap of een Gewest heeft niet de minste invloed op de bijdragen of de vergoedingen die betaald worden.

Verder wordt het beheer verzekerd door een parastataal orgaan en is het dus paritair. Er is ook een band tussen de regulator, de onafhankelijke zorgverstrekkers en de nationale verzekeraar. Dat is geen model zoals de *National Health Service* op zijn Engels, maar een gedecentraliseerd stelsel waarin de zorgverstrekkers dicht bij de patiënten staan, in de ziekenhuizen of in de ambulante zorg wanneer dat nodig is.

De interpersoonlijke solidariteit is een belangrijk begrip voor het RIZIV en blijft een onontbeerlijke sleutel voor het behoud van een Belgische natie. Als men de eenheid van het land wil beschermen, dan moet men die nationale interpersoonlijke solidariteit en het principe van de persoonlijke – in plaats van gewestelijke – bijdragen in stand houden. De rijkere zullen meer bijdragen dan

indépendamment de l'endroit où elles se trouvent et aideront les plus pauvres. Si l'on fait d'autres choix, cela fait moins de sens.

Sur le plan institutionnel, la Constitution contient des éléments importants en ses articles 128 et 130. Ceux-ci prévoient que les matières personnalisables soient de la compétence des Communautés. La loi spéciale de réformes institutionnelles prévoit que la politique de santé fait partie des matières personnalisables. La politique de santé est donc une compétence communautaire. L'orateur rappelle qu'à son sens, la santé est avant tout liée aux territoires avant d'être liée à une langue. Il s'agit de populations qui vivent à un endroit donné, avec une situation socio-sanitaire spécifique. Pour lui, la santé n'est pas liée à la langue et le fait que cela soit une compétence communautaire constitue une erreur constitutionnelle.

Il rappelle que le niveau fédéral reste compétent pour ce qui est de l'assurance maladie-invalidité. Pour l'orateur, il faut garder les principes de subsidiarité et de la solidarité interpersonnelle au niveau fédéral. Il ne partage pas l'opinion de son collègue qui propose de régionaliser cette solidarité. Cela ouvrirait, en effet, la porte à la création de différents tarifs en fonction des Régions.

Toujours à propos des difficultés relatives à la solidarité interpersonnelle, il rappelle que la sixième réforme de l'État prévoit que le patient paie le même tarif pour un même produit, une prestation identique quel que soit l'endroit en Belgique où ce soin lui est prodigué. Pour l'INAMI, il n'est pas souhaitable de transférer des compétences liées à l'assurance maladie aux Communautés ou aux Régions.

Ce non-transfert ne veut pas dire que les Communautés et les Régions n'ont pas de rôle à jouer dans l'exécution des prestations. À cet égard, la sixième réforme de l'État prévoit que ces instances sont des partenaires de l'INAMI, pour pouvoir orienter de manière consultative les prestations de soins dont on aurait besoin dans les Régions, les sous-régions ou en fonction de publics-cibles. Pour lui, maintenir l'assurance maladie au niveau fédéral est une évidence. Néanmoins, il faut maintenir la possibilité de conclure des accords avec les entités fédérées au sujet de la mise en oeuvre des soins en fonction des territoires et des besoins des populations sans pour autant que cela soit lié à l'utilisation d'une langue ou d'une Région.

de anderen, los van de plaats waar ze zich bevinden, en zullen de armeren helpen. Andere keuzes maken heeft minder zin.

Op institutioneel gebied bevat de Grondwet belangrijke regels in zijn artikelen 128 en 130. Ze bepalen dat de Gemeenschappen bevoegd zijn voor de persoonsgebonden aangelegenheden. De bijzondere wet tot hervorming der instellingen bepaalt dat het gezondheidsbeleid tot de persoonsgebonden aangelegenheden behoort. Het gezondheidsbeleid is dus een gemeenschapsbevoegdheid. Spreker herhaalt dat volgens hem gezondheid voor alles aan een grondgebied gekoppeld is in plaats van aan een taal. Het gaat om bevolkingen die op een bepaalde plaats wonen, met een specifieke welzijns- en gezondheidssituatie. Hij meent dat gezondheid niet aan taal gekoppeld is en volgens hem is het een constitutionele vergissing dat gezondheid een gemeenschapsbevoegdheid is.

Hij herinnert eraan dat het federale niveau bevoegd blijft voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Spreker meent dat men het subsidiariteitsbeginsel en het beginsel van de interpersoonlijke solidariteit op het federale niveau moet houden. Hij is het niet eens met zijn collega, wanneer die stelt dat die solidariteit gedefederaliseerd moet worden, want dat zou de deur openen voor het scheppen van tariefverschillen tussen de Gewesten.

Eveneens in verband met de problemen rond de interpersoonlijke solidariteit, herinnert hij eraan dat de zesde Staatshervorming bepaalt dat de patiënt hetzelfde tarief voor eenzelfde product, voor een identieke zorgverstrekking, dient te betalen, ongeacht de plaats in België waar die zorg hem wordt verstrekt. Het RIZIV vindt het niet wenselijk dat men bevoegdheden in verband met de ziekteverzekering aan de Gemeenschappen of aan de Gewesten overdraagt.

Geen overdracht betekent niet dat de Gemeenschappen en Gewesten geen rol te spelen hebben bij de uitvoering van de verstrekkingen. In dat opzicht bepaalt de zesde Staatshervorming dat die instanties partners zijn van het RIZIV – om als raadgevers richting te geven aan de zorgverstrekking die men in de Gewesten, de subgewesten of naargelang van de doelgroepen nodig heeft. Volgens spreker is het duidelijk dat de ziekteverzekering op het federale niveau moet blijven. Niettemin moet men de mogelijkheid in stand houden om akkoorden met de deelstaten te sluiten over de toepassing van de zorg naargelang van de territoria en de behoeften van de bevolking, zonder dat te koppelen aan het gebruik van een taal of aan een Gewest.

En ce qui concerne les transferts de compétences liés à l'assurance maladie aux Régions, on connaît les difficultés des hôpitaux flamands en matière de réadaptation. Ces soins ne sont pas couverts par le maximum à facturer (MAF). Cela pose un problème car dès que l'on transfère des compétences aux Régions, l'assurance fédérale ne les couvre plus et les patients sont donc moins bien protégés, ce qui est contraire à l'esprit de la sixième réforme de l'État. En effet, certaines personnes – notamment en Flandre – ne sont plus couvertes par le MAF. Si l'on veut transférer l'assurance maladie, il faudra également transférer les mécanismes de protection mais il revient aux Communautés et Régions de déterminer quels mécanismes elles mettent en place.

L'une des grandes difficultés identifiées est donc que l'on a transféré certaines compétences sans transférer la protection sociale qui les accompagne. Ceci engendre des disparités en matière de protection sociale entre les Régions, les Communautés et les populations. Cela peut se résoudre moyennant des accords mais cela pose une autre difficulté. En effet, ces accords de coopération sont assez complexes, difficiles à mettre en place et cela prend beaucoup de temps.

Pour tous les autres problèmes, M. Collin estime qu'ils peuvent être résolus en finalisant ce qui est prévu par la sixième réforme de l'État. Celle-ci a débuté en 2014 et il faudra au moins dix ans pour la mettre en œuvre de manière effective vu l'échéance législative de 2024.

Au sujet de la gestion hospitalière, il ne rejoint pas son collègue néerlandophone dans la mesure où l'on a transféré l'agrément sans transférer le financement. Or, transférer l'un sans l'autre n'a pas beaucoup de sens. De plus, transférer le financement n'a pas non plus de sens sauf si l'on transfère tout mais alors, on ne parle plus de Belgique mais de confédéralisme, voire même d'indépendance. Si l'on maintient l'assurance maladie au niveau fédéral – ce qui semble être la garantie du même prix et de la même prestation pour l'ensemble de la population quel que soit l'endroit où elle se trouve – cela n'empêche pas de mettre en place des mécanismes de responsabilisation et des incitants positifs pour les Régions et les Communautés vis-à-vis de leurs propres politiques.

Le financement hospitalier, aujourd'hui, a deux sources: d'un côté, le BMF (budget des moyens financiers) et de l'autre, les prestations, que ce soient les médicaments ou les soins des prestataires. Si l'on garde toutes les prestations au niveau fédéral dans le cadre de l'assurance

Wat de bevoegdheidsoverdrachten rond de ziekteverzekering aan de Gewesten betreft, kent men de problemen van de Vlaamse ziekenhuizen met de revalidatie. De maximumfactuur (MAF) dekt die zorg niet. Dat veroorzaakt een probleem, want zodra men bevoegdheden aan de Gewesten overdraagt, dekt de federale verzekering ze niet langer en zijn de patiënten dus minder goed beschermd, wat strijdig is met het opzet van de zesde Staatshervorming. Sommige mensen – met name in Vlaanderen – worden immers niet meer door de MAF gedekt. Indien men de ziekteverzekering wil overdragen, zal men ook de beschermingsmechanismen moeten overdragen, maar het is aan de Gemeenschappen en Gewesten om te bepalen welke mechanismen ze instellen.

Een van de grote, erkende problemen is dus dat men bepaalde bevoegdheden heeft overgedragen zonder de erbij horende sociale bescherming. Dat veroorzaakt verschillen in sociale bescherming tussen de Gewesten, Gemeenschappen en populaties. Dat kan aan de hand van akkoorden worden opgelost, maar dan rijst er een ander probleem. Die samenwerkingsakkoorden zijn immers vrij complex, moeilijk te bereiken en het sluiten ervan vergt veel tijd.

De heer Collin meent dat alle andere problemen kunnen worden opgelost door de voorzieningen van de zesde Staatshervorming af te ronden. Die Staatshervorming startte in 2014 en het zal minstens tien jaar vergen om ze werkelijk uit te voeren, gelet op de parlementsverkiezingen in 2024.

Wat het beheer van de ziekenhuizen betreft, is spreker het niet eens met zijn Nederlandstalige collega, in de zin dat men de erkenning heeft overgedragen zonder de financiering over te dragen. Het ene zonder het andere heeft echter niet veel zin. De financiering overdragen heeft evenmin zin, tenzij men alles overdraagt, maar dan spreken we niet meer over België, maar over confederalisme, of zelfs over onafhankelijkheid. Als men de ziekteverzekering op het federale niveau houdt – dat lijkt de garantie op een identieke prijs en zorgverlening voor de hele bevolking, ongeacht de plaats waar zij zich bevindt – belet dat niet dat de Gewesten en Gemeenschappen in verband met hun eigen beleid verantwoordelijkheidsmechanismen en positieve stimulansen invoeren.

Vandaag komt de ziekenhuisfinanciering uit twee bronnen, enerzijds het BFM (budget van financiële middelen) en anderzijds de vergoedingen, zowel voor geneesmiddelen als voor de zorg van de zorgverleners. Als men alle vergoedingen in het raam van de ziekteverzekering op

maladie – ce qui est la seule garantie d’avoir le même prix sur tout le territoire – et que l’on transfère uniquement le BMF, cela entraînera des complications dans la gestion. En effet, les hôpitaux sont de plus en plus financés en fonction de pathologies et ces pathologies dépendent à la fois du RHM (Résumé Hospitalier Minimum), du RCM (Résumé Clinique Minimum), de l’enregistrement des pathologies, mais également des prestations réalisées pour soigner ces pathologies.

Un éclatement du financement compliquera donc fortement la tâche des gestionnaires hospitaliers. Ceci n’empêche pas que la gestion territoriale de l’offre puisse être adaptée. C’est le cas actuellement avec le financement des investissements qui est une compétence communautaire et régionale. Néanmoins, M. Collin plaide pour que la gestion hospitalière aiguë reste une compétence fédérale dans le cadre à la fois du SPF Santé publique et des prestations de l’assurance maladie.

3) Exposé de Mme Tanja Dekens, fonctionnaire dirigeante d'Iriscare

a) Historique de la mise en œuvre de la sixième réforme de l'État en Région de Bruxelles-Capitale

Mme Dekens explique que la Commission communautaire commune («la Cocom») comprend deux administrations qui, en application de la sixième réforme de l'État, ont repris les compétences d'autres entités, principalement fédérales:

- les services du Collège réuni, qui sont plus ou moins équivalents à un ministère au niveau fédéral; et
- Iriscare, une institution bicommunautaire nouvellement créée.

Lorsqu'en novembre 2021, il a été décidé de procéder à une sixième réforme de l'État, les services du Collège réuni employaient 48 personnes, lesquelles étaient convaincues que les jours de leur organisation étaient comptés. Un précédent accord de gouvernement avait effectivement déjà indiqué qu'elle serait rattachée à la Région de Bruxelles-Capitale. Les services du Collège réuni ne se sont donc pas mobilisés de façon proactive pour mettre au point leur propre vision et planification.

Mme Dekens affirme que l'on a dès lors bien trop tardé à concevoir une nouvelle politique et son plan de mise en œuvre, alors qu'il était déjà clair que la Cocom

het federale niveau houdt – dat is de enige garantie dat dezelfde prijs op het hele grondgebied geldt – en men alleen het BFM overdraagt, dan zal dat complicaties in het management veroorzaken. De ziekenhuizen worden immers steeds meer naargelang van pathologieën gefinancierd. Die zijn echter niet alleen afhankelijk van de MZG (Minimale Ziekenhuisgegevens), de MKG (Minimale Klinische Gegevens) en de registratie van de pathologieën, maar ook van de verstrekkingen die werden geleverd om die pathologieën te verzorgen.

Een dergelijke financieringswaaier zal de taak van de ziekenhuismanagers heel ingewikkeld maken. Dat belet niet dat het territoriale management van het aanbod kan worden aangepast. Dat is nu het geval met de financiering van de investeringen, wat een bevoegdheid van Gemeenschappen en Gewesten is. Toch pleit de heer Collin ervoor dat het specifieke ziekenhuismanagement een federale bevoegdheid blijft, in het kader van zowel de FOD Volksgezondheid als van de vergoedingen van de ziekteverzekering.

3) Uiteenzetting van mevrouw Tanja Dekens, leidend ambtenaar Iriscare

a) Historiek van de implementatie van de zesde Staatshervorming in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

Mevrouw Dekens legt uit dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie («de GGC») twee administraties omvat die in uitvoering van de zesde Staatshervorming bevoegdheden hebben overgenomen van andere, voornamelijk federale entiteiten:

- de diensten van het Verenigd College, die min of meer overeenkomen met een ministerie op Federaal niveau; en
- Iriscare, een nieuw opgerichte, bicommunautaire instelling.

Toen in november 2021 beslist werd een zesde Staatshervorming door te voeren, werkten er bij de diensten van het Verenigd College 48 mensen, die de overtuiging hadden dat hun organisatie niet lang meer zou bestaan. In een vorig regeerakkoord was immers al eens ingeschreven dat zij toegevoegd zou worden aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Binnen de diensten van het Verenigd College was er dan ook niet proactief ingezet op de ontwikkeling van een eigen visie en planning.

Mevrouw Dekens stelt dat men daardoor veel te laat begonnen is een nieuw beleid en een implementatieplan daarvoor uit te denken, zelfs toen het al duidelijk was

deviendrait compétente pour toute une série de domaines de soins.

En mai 2016, l'Agence fédérale pour les allocations familiales a été invitée à coopérer au transfert et à la transposition des compétences issues de la sixième réforme de l'État, qui ne concernaient d'ailleurs pas que les allocations familiales. Le premier paquet de compétences que la Commission communautaire flamande a dû reprendre fut celui de l'INAMI, avec une échéance au 1^{er} janvier 2019. Pour le citoyen, il s'agissait des allocations familiales majorées et, dans la même logique, des allocations familiales ordinaires et de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées. Pour les institutions, il s'agissait des maisons de repos, des maisons de repos et de soins, des centres de revalidation, des maisons de soins psychiatriques et des habitations protégées.

b) Quatre objectifs

Lors de la mise en œuvre de la sixième réforme de l'État, la Cocom a poursuivi quatre objectifs:

- la continuité des droits;
- la limitation des conséquences administratives pour le citoyen;
- la garantie des mêmes droits pour tous les Bruxellois;
- des trajets et réseaux de soins cohérents.

1. La continuité des droits

Pour assurer la continuité des droits du citoyen, Iriscare a décidé:

- de reprendre telles quelles la politique et la réglementation des domaines de compétence transférés, sans modifications de fond. Le seul domaine où les nouvelles compétences ont immédiatement été mises en œuvre est celui des allocations familiales;
- d'échelonner la reprise des compétences. La dernière phase débutera en janvier 2022 et consistera à confier à Iriscare l'évaluation médicale des personnes porteuses d'un handicap qui demandent des allocations familiales majorées ou une allocation d'aide aux personnes âgées. Dans ce domaine, cet échelonnement a également permis de dégager le temps nécessaire pour réévaluer le contenu de la politique: l'évaluation purement médicale cédera la place à une évaluation multidisciplinaire.

dat de GGC bevoegd zou worden voor een hele reeks zorgdomeinen.

In mei 2016 werd aan het Federaal Agentschap voor de Kinderbijslag gevraagd om mee te werken aan de overdracht en omzetting van de bevoegdheden die voortvloeiden uit de zesde Staatshervorming, en die overigens niet alleen de kinderbijslag betroffen. Het eerste bevoegdheidspakket dat de VGC moest overnemen was dat van het RIZIV, met als deadline 1 januari 2019. Voor de burger ging het om de verhoogde kinderbijslag, en daarbij logisch aansluitend ook de gewone kinderbijslag, en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. Voor de instellingen ging het om de rusthuizen, de rust- en verzorgingstehuizen, de revalidatiecentra, de psychiatrische verzorgingstehuizen en het beschut wonen.

b) Vier doelstellingen

Bij de omzetting van de zesde Staatshervorming streeft de GGC vier doelstellingen na:

- continuïteit van de rechten;
- beperking van de administratieve gevolgen voor de burger;
- garantie op dezelfde rechten voor elke Brusselaar;
- coherente zorgtrajecten en -netwerken.

1. Continuïteit van de rechten

Om de continuïteit van de rechten van de burger te kunnen verzekeren heeft Iriscare beslist:

- het beleid en de regelgeving voor de overgedragen bevoegdheidsdomeinen «as is» over te nemen, zonder enige inhoudelijke wijzigingen. Het enige domein waar er wél meteen een eigen invulling gegeven is aan de nieuwe bevoegdheden, is dat van de kinderbijslag;
- de bevoegdheidsovername te faseren. De laatste fase gaat in op januari 2022, en houdt in dat Iriscare de medische evaluatie overneemt voor de personen met een handicap die een verhoogde kinderbijslag of een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden aanvragen. Dankzij de fasering was er op dit gebied ook de nodige tijd beschikbaar om het beleid inhoudelijk te herijken: de louter medische evaluatie wordt omgevormd tot een multidisciplinaire evaluatie.

2. La limitation des conséquences administratives pour le citoyen

Iriscare a réussi à limiter les conséquences administratives pour le citoyen à toutes les étapes:

- en optant pour une coopération accrue avec le réseau secondaire qui existait déjà au niveau fédéral, et notamment avec les mutualités et caisses d'allocations familiales;
- en planifiant soigneusement la reprise, surtout dans le domaine informatique.

3. La garantie des mêmes droits pour tous les Bruxellois

En tant que porte-parole d'Iriscare, mais aussi en tant que personne qui collabore avec la Cocom, Mme Dekens indique que le Collège réuni et Iriscare continuent d'approuver le choix de la Cocom comme autorité compétente. Ce choix a effectivement permis d'octroyer à chaque Bruxellois les mêmes droits pour les compétences personnalisables attribuées à la Cocom. Cependant, il existe bien sûr d'autres autorités et entités qui ont des compétences personnalisables au sein de la Région de Bruxelles-Capitale; tout n'est pas réuni au même endroit.

Un autre moyen de garantir que non seulement tous les Bruxellois, mais aussi tous les Belges, puissent bénéficier des mêmes droits qu'avant la sixième réforme de l'État, se situe dans l'accord de coopération sur la mobilité dans le domaine des soins de santé.

Toutefois, cet accord est difficile à concilier avec la loi de financement. Les budgets de la politique de revalidation, par exemple, sont basés sur le financement dont les institutions bénéficiaient au moment du transfert des compétences. Ce financement continue d'évoluer en fonction des chiffres de la population.

Mais dans un petit pays comme la Belgique, certains soins de revalidation spécifiques ne sont disponibles qu'à un seul endroit ou dans une seule Région ou zone linguistique. C'est la raison pour laquelle la Cocom a conclu un accord de coopération pour trois ans, renouvelable une seule fois pour la même période, afin que chacun puisse obtenir librement les soins dont il a besoin là où ils sont dispensés, même en dehors de l'entité où il vit. Leur financement sera également assuré par l'entité d'origine. Le bilan des dépenses et des recettes entre les différentes entités sera contrôlé afin de déterminer s'il existe un équilibre ou un déséquilibre. Pour l'avenir, la

2. Beperking administratieve gevolgen voor de burger

Iriscare is erin geslaagd de administratieve gevolgen voor de burger in alle fases te beperken:

- door te kiezen voor een verdere samenwerking met het secundaire netwerk dat al op het federale niveau bestond, en met name met de ziekenfondsen en de kinderbijslagfondsen;
- door een zorgvuldige planning van de overname, vooral op het gebied van IT.

3. Garantie op dezelfde rechten voor elke Brusselaar

Mevrouw Dekens stelt als woordvoerder van Iriscare, maar ook als medewerker van de GGC, dat het Verenigd College en Iriscare nog altijd achter de keuze voor de GGC als bevoegde overheid staan. Dat heeft er immers toe geleid dat elke Brusselaar dezelfde rechten heeft voor de persoonsgebonden bevoegdheden die aan de GGC zijn toegekend. Er zijn echter natuurlijk nog andere overheden en entiteiten die over persoonsgebonden bevoegdheden beschikken binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest; niet alles bevindt zich in één hand.

Een andere manier om te bewerkstellingen dat niet alleen alle Brusselaars, maar ook alle Belgen over dezelfde rechten konden beschikken als vóór de zesde Staatshervorming, is gelegen in het samenwerkingsakkoord over de mobiliteit in de zorg.

Dit akkoord staat echter op gespannen voet met de Financieringswet. De budgetten voor het revalidatiebeleid zijn bijvoorbeeld gebaseerd op de financiering die de instellingen kregen op het ogenblik van de bevoegdheidsoverdracht. Deze financiering evolueert verder op basis van de bevolkingscijfers.

Maar in een klein land als België zijn sommige specifieke revalidatiezorgen slechts verkrijgbaar op één plaats of binnen één Gewest of taalgebied. Daarom heeft de GGC een samenwerkingsakkoord gesloten voor drie jaar, dat één keer verlengbaar is voor eenzelfde termijn, om ervoor te zorgen dat iedereen vrij de zorg die hij of zij nodig heeft kan bekomen waar die verstrekt wordt, ook buiten de entiteit waar hij of zij woont. De entiteit van oorsprong financiert dat ook. De balans van uitgaven en inkomsten tussen de verschillende entiteiten wordt gemonitord om na te gaan of daar een evenwicht, dan wel een onevenwicht in

réglementation du financement des soins dispensés en dehors de sa propre entité reste un point à surveiller.

4. Des trajets et réseaux de soins cohérents

Le développement de trajets et réseaux de soins cohérents s'inscrit dans l'ambition d'organiser des soins davantage centrés sur le patient. Comme l'a également expliqué M. Dewolf, cela nécessite de mieux harmoniser le bien-être et les soins.

Iriscare a par exemple défini pour les personnes âgées de la Région de Bruxelles-Capitale un trajet de soins qui couvre les différentes phases de la vie, depuis les sexagénaires retraités en pleine forme jusqu'aux personnes du troisième et du quatrième âge qui nécessitent une multitude de soins, un soutien à domicile, des formes de logement assisté et des maisons de repos et de soins. Mais par manque de temps, ce trajet de soins n'a pas pu être élaboré avant ou dès le début du transfert des compétences à la Cocom.

En outre, l'offre existante n'émane pas seulement de la Cocom. Sur le territoire bruxellois, par exemple, il existe également des institutions de la Commission communautaire française qui s'occupent des personnes porteuses d'un handicap. La Cocom reconnaît les services d'aide à domicile, mais la Commission communautaire française (Cocof) dispose également de ses propres services d'aide à domicile. Outre les maisons de repos de la Cocom et de la Commission communautaire française, il existe également neuf maisons de repos de la Communauté flamande (et non de la Commission communautaire flamande).

Iriscare travaille actuellement à une étude de programmation portant sur les soins aux personnes âgées. Cette étude tient évidemment compte de l'offre fournie par d'autres autorités sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Une étude de programmation portant sur les soins aux personnes handicapées est également en cours, en totale collaboration avec la Commission communautaire française.

c) Quelles leçons pouvons-nous tirer des exposés précédents?

1. La préparation et la mise en œuvre d'une réforme de l'État demandent du temps et des moyens

Le plus grand défi du transfert d'un domaine de compétence tel que celui des allocations familiales réside dans l'adaptation et, si nécessaire, la refonte complète

ontstaat. Voor de toekomst blijft de regeling van de financiering van zorgverlening buiten de eigen entiteit een aandachtspunt.

4. Coherente zorgtrajecten en -netwerken

Coherente zorgtrajecten en -netwerken ontwikkelen sluit aan bij de ambitie om meer *patient-centered care* te organiseren. Zoals ook de heer Dewolf al heeft toegelicht, moeten welzijn en zorg daarvoor beter op elkaar afgestemd worden.

Iriscare heeft bijvoorbeeld voor de ouderen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een zorgtraject uitgetekend dat gaat over de levensfasen van fitte, gepensioneerde zestigers tot die van zeer zorgbehoevende bejaarden en hoogbejaarden, met thuisondersteuning, vormen van begeleid wonen en rust- en verzorgingstehuizen. Door tijdsgebrek kon dit zorgtraject echter niet nog voor of van bij het begin van de bevoegdheidsoverdracht aan de GGC uitgewerkt worden.

Bovendien gaat het bestaande aanbod niet enkel uit van de GCC. Op het Brusselse grondgebied zijn er bijvoorbeeld ook instellingen voor personen met een handicap van de Franse Gemeenschapscommissie. De GGC erkent thuishulpdiensten, maar de Franse Gemeenschapscommissie heeft ook eigen thuishulpdiensten. Naast rusthuizen van de GGC en de Franse Gemeenschapscommissie zijn er ook negen rusthuizen van de Vlaamse Gemeenschap (en niet van de Vlaamse Gemeenschapscommissie).

Op dit ogenblik werkt Iriscare aan een programmatie-studie rond ouderenzorg. Die studie houdt natuurlijk rekening met het aanbod van andere overheden op het territorium van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Voor de gehandicaptenzorg loopt er eveneens een programmatiestudie, in volledige samenwerking met de Franse Gemeenschapscommissie.

c) Welke lessen kunnen we uit de voorgaande toelichtingen trekken?

1. De voorbereiding en de implementatie van een Staatshervorming vraagt veel tijd en middelen

De grootste uitdaging bij de overdracht van een bevoegdheidsdomein zoals dat van de kinderbijslag, ligt in de aanpassing en zo nodig de volledige herziening van de

des systèmes informatiques. Pour certaines applications, Iriscare a fait concevoir des programmes totalement neufs, et pour d'autres, elle a pu reprendre des applications existantes au niveau fédéral, mais bien sûr en les modifiant.

Mme Dekens est d'avis qu'en ce qui concerne les compétences de la Cocom, la Région de Bruxelles-Capitale est trop grande pour être gérée «dans une feuille de calcul Excel», mais trop petite pour développer l'infrastructure et les applications informatiques nécessaires pour soutenir tous les scénarios imaginables en matière de prestations de services et d'élaboration de politiques.

Bruxelles se heurte également à des limites d'échelle en matière de ressources humaines. Ainsi, la Cocom et Iriscare ne disposent pas d'un grand service d'étude, contrairement aux administrations fédérales dont elles ont repris les compétences. Par conséquent, il faut également plus de temps pour réfléchir à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques pour les nouveaux domaines de compétence. Lors de l'exposé de M. Dewolf, nous avons entendu que l'Agence flamande Soins et Santé est déjà tout à fait prête pour la prochaine réforme de l'État; c'est loin d'être le cas pour Iriscare et la Cocom.

Contraintes par le temps, la Cocom et Iriscare ont, dans la plupart des domaines, recopié intégralement les règlements existants du niveau fédéral. Cependant, une telle copie présente l'inconvénient de reprendre beaucoup d'éléments non adaptés à l'échelle de la Région bruxelloise, ou qui n'étaient pas ou plus nécessaires. Cela a entraîné des pertes d'argent qui ne sont plus récupérables.

D'autre part, la situation administrative et linguistique de la Région bruxelloise est si complexe qu'elle ne permet pas d'ignorer totalement le modèle fédéral existant et de repartir de zéro, comme l'a fait la Communauté germanophone.

2. Les paquets de compétences doivent être plus cohérents

À la suite du transfert des compétences en matière d'allocations familiales, Iriscare est également compétente pour les allocations majorées pour cause de handicap. Lorsqu'un enfant qui y a droit atteint sa majorité à l'âge de dix-huit ans, il peut demander une allocation de remplacement de revenus; chaque entité fédérée peut et doit à présent décider si cette allocation est cumulable ou non avec des allocations familiales. L'âge de vingt et un ans impose une nouvelle décision: des allocations familiales en cas de poursuite des études, une allocation

informaticasystemen. Voor sommige toepassingen heeft Iriscare nieuwe toepassingen laten maken, voor andere heeft het bestaande toepassingen van het federale niveau kunnen overnemen, maar uiteraard met wijzigingen.

Volgens mevrouw Dekens is het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wat de bevoegdheden van de GGC betreft te groot om «in een Excel-rekenblad» te beheren, maar te klein om de IT-infrastructuur en IT-toepassingen te ontwikkelen die nodig zijn om alle denkbare scenario's in de dienstverlening en de beleidsontwikkeling te ondersteunen.

Ook qua menselijke inzet botst Brussel op schaalbeperkingen. Zo beschikken de GGC en Iriscare niet over een grote studiedienst, anders dan de Federale administraties waarvan zij de bevoegdheden hebben overgenomen. Als een gevolg daarvan vraagt het ook meer tijd om de beleidsontwikkeling en de implementatie voor de nieuwe bevoegdheidsdomeinen door te denken. Bij de uiteenzetting van de heer Dewolf hebben we gehoord dat het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid al helemaal klaar staat voor de volgende Staatshervorming; daar zijn Iriscare en de GGC nog lang niet aan toe.

Door de tijdsdruk hebben de GGC en Iriscare in de meeste domeinen de bestaande regelingen op het federale vlak volledig overgenomen. Zo'n kopie maken houdt echter het nadeel in dat ook veel wordt overgenomen wat niet aangepast is aan de schaal van het Brussels Gewest, of wat niet of niet meer nodig was. Daarbij gaat ook geld verloren dat niet meer kan worden teruggehaald.

Anderzijds is het door de complexe bestuurlijke en taalsituatie in het Brussels Gewest niet mogelijk om het bestaande federale model volledig naast zich neer te leggen en vanaf een wit blad te herbeginnen, zoals de Duitse Gemeenschap gedaan heeft.

2. Er is nood aan meer coherentie in de bevoegdheidspakketten

Iriscare is na de overdracht van de bevoegdheden voor kinderbijslag, ook bevoegd voor de toeslagen omwille van een handicap. Wanneer een kind dat hier recht op heeft, op achttien meerderjarig wordt, kan het een inkomensvervangende tegemoetkoming aanvragen; elke deelentiteit kan en moet nu beslissen of deze tegemoetkoming cumuleerbaar is met kinderbijslag, of niet. Op eenentwintig volgt een nieuw beslissingsmoment: kinderbijslag als hij of zij nog studeert, een integratietegemoetkoming of een inkomensvervangende

d'intégration ou une allocation de remplacement de revenus si ce n'est plus le cas. À soixante-cinq ans, cette personne pourra demander une allocation pour l'aide aux personnes âgées.

Un Bruxellois qui demande une allocation pour l'aide aux personnes âgées et une carte de stationnement doit s'adresser à la Cocom pour l'une, et à l'autorité fédérale pour l'autre.

Ainsi, le demandeur d'aide doit toujours trouver son chemin entre les entités fédérées et le niveau fédéral, et de nombreux processus décisionnels similaires sont dupliqués, ce qui entraîne également des coûts supplémentaires pour ces autorités. Mme Dekens préconise donc de regrouper davantage de compétences sous un même toit.

3. Les éléments pertinents pour le financement des compétences et du transfert des compétences doivent être réexaminés

Mme Dekens présente les données chiffrées suivantes:

tegemoetkoming als dat niet meer het geval is. Op vijfenzestig kan die persoon een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden vragen.

Een Brusselaar die een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden en een parkeerkaart aanvraagt, moet voor het ene bij de GGC aankloppen, en voor het andere bij de federale overheid.

Op die manier moet de hulpvrager steeds weten te schipperen tussen de deelentiteiten en het federale niveau, en worden veel gelijkaardige beslissingsprocessen verdubbeld, wat ook voor die overheden meer kosten meebrengt. Mevrouw Dekens pleit er daarom voor om meer bevoegdheden in één hand te brengen.

3. De relevante elementen voor de financiering van de bevoegdheden én de financiering van de bevoegdheidsoverdracht moeten herbekeken worden

Mevrouw Dekens toont de volgende cijferoverzichten:

Budget Iriscare

Dotaties	2019 A	2020 I	2020 A	2021 I	2021 A	2022 I
Gezondheidszorg	348 571 000	348 571 000	359 223 000	356 047 000	350 515 000	369 628 000
Bijstand aan personen	71 079 000	71 079 000	72 081 000	72 873 000	77 151 000	78 480 000
Non-profitakkoorden	5 104 000	5 104 000	5 104 000	5 104 000	10 400 000	14 342 000
Gezinsbijslag	869 008 000	869 008 000	889 881 000	883 959 000	882 647 000	948 434 000
Werking	40 982 000	40 982 000	55 291 000	45 839 000	46 551 000	48 569 000
Investeringsen	1 273 000	1 273 000	1 118 000	2 230 000	2 230 000	1 538 000
Totaal	1 336 017 000	1 336 017 000	1 382 698 000	1 366 052 000	1 369 494 000	1 460 991 000

Personeelsoverdracht- werkingskosten

	2018		2019		2020		2021	
	Werking	Koppen	Werking	Koppen	Werking	Koppen	Werking	Koppen
RIZIV	142.000	2	0	0	0	0	0	
FAMIFED + KBF	27.265.000	147*	27.665.000	147	191.000	0	0	
DG HAN	250.000	4	331.000	4	267.000		80.000	
FOD SZ	2.000.000	4	1.400.000	3	499.000		469.000	
FOD VG	80.000	1		1				
DVC - opdrachten	130.000	2		2				
DVC- support	320.000	8	2.000.000	8				
Partners					21.191.000		22.388.000	
Iriscare			20.700.000	99	43.632.000		45.839.000	
	30.187.000	168	52.096.000	264**	65.951.000	303**	68.776.000	340**



* + 20 Smals IT + 10 externe IT Consultants

**+30 Smals IT +30 externe IT Consultants + 11 ACS

Il en ressort que le budget total a augmenté de 9,35 % depuis 2019; pour le seul domaine des allocations familiales, l'augmentation est de 13,3 %, croissance qui profite aux familles et aux enfants. Cette évolution positive peut s'expliquer notamment par le fait que la Cocom et l'Agence fédérale pour les allocations familiales ont collaboré de manière intensive afin de rationaliser les structures, les processus et les systèmes informatiques avant le transfert définitif des compétences. C'est ainsi que le nombre d'organismes de paiement a été ramené de quarante-cinq à onze. Une part substantielle du budget transféré était constituée de montants qui avaient été comptabilisés pour couvrir des frais administratifs mais qui n'étaient déjà plus utilisés à cette fin.

S'agissant du secteur des maisons de repos, en revanche, on savait dès 2009 que les compétences y afférentes seraient plus que probablement communautarisées. Vu le fait que le transfert n'allait porter que sur une partie des compétences, on savait aussi que seule une petite partie du budget et des moyens de fonctionnement serait transférée. Il n'y avait donc pas, au niveau fédéral, de mesure incitative de nature à (contribuer à) renforcer l'efficacité et l'efficience de l'administration dans ce

Hieruit blijkt dat het totale budget sinds 2019 gestegen is met 9,35 %; voor het domein kinderbijslag alleen bedraagt de stijging 13,3 %. In dat laatste geval komt deze groei ten goede aan de gezinnen en de kinderen. Dit positief gegeven kan mede verklaard doordat de GGC en het Federaal Agentschap voor de Kinderbijslag intensief samengewerkt hebben om de structuren, processen en IT-systemen te rationaliseren, vóór de bevoegdheden definitief werden overgedragen. Zo is het aantal uitbetalingsinstellingen van vijfenveertig naar elf gegaan. Een substantieel deel van het overgedragen budget bestond uit middelen die geboekt waren voor administratiekosten, maar die daar al niet meer voor gebruikt werden.

In de sector van de rusthuizen, echter, wist men echter al in 2009 dat de bevoegdheden hiervoor meer dan waarschijnlijk gecommunautariseerd zouden worden. Omdat slechts een stukje van de bevoegdheden overgedragen zou worden, wist men ook dat slechts een klein deel van het budget en de werkingsmiddelen mee zou overgedragen worden. Er was dus geen stimulans op het federale niveau om (te helpen) de efficiëntie en effectiviteit van de administratie in dit domein te verhogen. Ook in de

domaine. Dans le secteur des soins de santé mentale non plus, l'autorité fédérale n'a pas investi davantage de moyens pour créer des places supplémentaires parce que l'administration savait que cette compétence allait être transférée.

Mme Dekens cite ces deux domaines pour montrer que le fait de prendre son temps pour réaliser une réforme de l'État peut avoir aussi des conséquences négatives. En Belgique, il s'écoule dix ans entre le projet de transfert, partiel ou non, d'une compétence et le transfert effectif. Durant cette période, plus rien n'est fait pour améliorer les règles, les processus, les structures et les dispositifs de soutien y afférents. Il en résulte que l'entité fédérée «hérite» du domaine de compétence avec un retard relatif et doit déployer des ressources supplémentaires afin de se mettre à jour.

L'experte partage l'avis de M. Dewolf selon lequel il faudrait redéfinir les clés de répartition fixées dans la loi de financement. Elle plaide pour que l'on tienne compte aussi du niveau de santé des citoyens de l'entité fédérée concernée. C'est un paramètre qui est d'ailleurs aussi pris en compte aujourd'hui dans les règles de financement pour les hôpitaux: une mutualité qui compte davantage d'affiliés «en mauvaise santé» reçoit un financement plus élevé. Dans la loi de financement pour les Régions et les Communautés, en revanche, ce genre de paramètre ne joue aucun rôle.

La Région de Bruxelles-Capitale est une région d'accueil, caractérisée par un taux de pauvreté élevé. Il faut des investissements massifs pour aider les gens à sortir de la pauvreté. Généralement, ceux qui parviennent à s'en sortir déménagent par la suite dans une autre Région, notamment en raison du prix élevé des logements à Bruxelles. Du point de vue de la Cocom, cela signifie que l'ensemble des investissements qu'elle a consentis sont en grande partie perdus.

Mme Dekens comprend l'argument de M. Dewolf selon lequel le fait d'accorder une compensation en raison du profil socioéconomique plus faible de la population dans une zone donnée n'incite pas les autorités compétentes dans cette zone à investir pour améliorer structurellement ce profil socioéconomique. Cela étant, elle ajoute qu'il est impossible d'améliorer le profil socioéconomique d'une population si les moyens font défaut. La seule alternative à un régime de compensation dans la loi de financement est une augmentation massive des impôts à Bruxelles, ce qui n'est pas non plus une solution.

geestelijke gezondheidszorg heeft de Federale overheid niet meer geïnvesteerd in de creatie van extra plaatsen, omdat de administratie wist dat deze bevoegdheid ging overgedragen worden.

Mevrouw Dekens haalt deze twee domeinen aan om te illustreren dat de tijd nemen bij een Staatshervorming ook nadelig kan werken. Tussen het plan om een bevoegdheid al dan niet partieel over te dragen, en de uiteindelijke overdracht, ligt er in België tien jaar. In tussentijd wordt er niet meer aan gewerkt om de regels, processen, structuren en ondersteunende systemen die daarmee verband houden, te verbeteren. Zo «erft» de deelentiteit het bevoegdheidsdomein met een relatieve achterstand, en moet ze extra middelen inzetten om bij te benen.

De deskundige is het eens met de heer Dewolf dat de verdeelsleutels uit de Financieringswet moeten gedefinieerd worden. Ze pleit ervoor ook rekening te houden met het gezondheidsniveau van de burgers van de deelentiteit. In de financieringsregels voor de ziekenhuizen speelt deze parameter nu ook mee: een ziekenfonds dat meer «ongezonde» leden heeft, krijgt een hogere financiering. In de Financieringswet voor de Gewesten en Gemeenschappen spelen dit soort parameters daarentegen geen rol.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is een aankomstgewest, met een hoge armoedegraad. Het vergt veel investeringen om mensen te helpen uit die armoede te geraken. Zij die erin slagen op eigen benen te gaan staan, verhuizen daarna vaak naar een ander Gewest, mede omwille van de hoge woningprijzen in Brussel. Vanuit het standpunt van de GGC houdt dit in dat de hele investering die zij heeft gedaan, grotendeels verloren gaat.

Mevrouw Dekens begrijpt de argumentatie van de heer Dewolf dat een compensatie geven voor de slechtere socio-economische kenmerken van de bevolking in een bepaald gebied, de overheid in dat gebied er niet toe aanzet om die kenmerken structureel te verbeteren. Daar brengt mevrouw Dekens dan weer tegen in dat het niet mogelijk is om die kenmerken te verbeteren, als de middelen daartoe ontbreken. Het enige alternatief voor een compensatieregeling in de Financieringswet is een massale belastingverhoging binnen Brussel zelf, wat ook geen oplossing inhoudt.

4. Il faut améliorer le transfert non seulement des ressources financières pour la politique, mais aussi des moyens de fonctionnement, du personnel et des connaissances

Iriscare a débuté ses activités en 2018 avec un effectif de 168 personnes venant d'un peu partout, aussi bien des services publics fédéraux que des services du Collège réuni. Mais ces effectifs n'étaient pas toujours proportionnés à la charge de travail ni aux budgets transférés depuis le service dont ces personnes étaient issues.

Pour les allocations familiales, Iriscare a reçu 27 millions pour les frais de fonctionnement. Cela suffit encore aujourd'hui pour pouvoir exercer les compétences dans ce domaine. Pour tous les autres domaines de la politique, la Commission communautaire flamande doit toutefois combler la différence.

À titre d'illustration, Mme Dekens précise que le transfert de compétences opéré depuis l'INAMI pour les maisons de repos, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée et les services de revalidation s'est accompagné du transfert d'un budget annuel de 400 millions d'euros. À l'heure actuelle, le service qui gère ce sous-domaine compte l'équivalent de 35 collaborateurs occupés à temps plein.

En revanche, deux personnes issues des départements concernés de l'INAMI ont été transférées vers Iriscare, avec un budget correspondant pour les frais de fonctionnement de 142 000 euros par an. Ces 142 000 euros couvraient seulement les coûts salariaux; il n'y avait rien pour les adaptations à l'infrastructure d'assistance informatique et autre. Ces deux personnes avaient déjà travaillé auparavant dans le domaine de la revalidation; aucune personne expérimentée dans le domaine beaucoup plus vaste des maisons de repos n'a été transférée.

Le transfert de personnel des administrations fédérales vers les entités fédérées qui leur ont succédé dans les domaines de compétences transférés a été réglé en termes purement chiffrés: autant d'équivalents temps plein pour la Flandre, autant pour les Communautés française et germanophone et autant pour la Cocom. Dans l'administration fédérale concernée, on a ensuite lancé un appel aux candidats intéressés par un transfert. Le contenu des nouveaux postes à pourvoir ainsi que l'expérience et les compétences requises pour les occuper ne jouaient aucun rôle. La disponibilité des membres du personnel qui souhaitaient être transférés était le seul critère d'attribution.

4. Niet enkel de overdracht van financiële middelen voor het beleid, maar ook van werkingsmiddelen, en van personeel en kennis moet beter

In 2018 is Iriscare gestart met 168 personeelsleden. Deze mensen kwamen een beetje overal vandaan: uit de federale overheidsdiensten, maar ook uit de diensten van het Verenigd College. Het aantal mensen stond echter niet altijd in verhouding met de werklust en de budgetten die werden overgedragen door de dienst waar zij vandaan kwamen.

Voor de kinderbijslag heeft Iriscare 27 miljoen budget voor werkingskosten meegekregen. Dat is vandaag nog steeds genoeg om de bevoegdheden in dit domein uit te oefenen. Voor alle andere beleidsdomeinen moet de VGC echter bijpassen.

Ter illustratie wijst mevrouw Dekens erop dat de bevoegdheidsoverdracht vanuit het RIZIV voor rusthuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen en revalidatiediensten, gepaard ging met de overdracht van een jaarlijks budget van 400 miljoen Euro. Vandaag de dag telt de dienst die dit deeldomein beheert, het equivalent van 35 voltijds tewerkgestelde medewerkers.

Daar staat tegenover dat er vanuit de betrokken afdelingen van het RIZIV twee mensen zijn overgestapt naar Iriscare, met een bijbehorend budget voor werkingskosten van 142 000 euro per jaar. Die 142 000 euro beantwoordde enkel aan de loonkost; voor de aanpassingen aan IT- en andere ondersteuning was er niets. Bovendien hadden de twee personen die de overstap gemaakt hebben voordien allebei gewerkt in het domein van de revalidatie; niemand met ervaring in het veel ruimere domein van de rusthuizen kwam mee over.

De overdracht van personeel uit de federale administraties aan de deelentiteiten die hen in de overgedragen bevoegdheidsdomeinen hebben opgevolgd, was louter cijfermatig geregeld: zoveel voltijdse equivalenten voor Vlaanderen, zoveel voor de Duitse en Franse Gemeenschap, en zoveel voor de GGC. Daarna is er een oproep gelanceerd in de betrokken federale administratie om zich kandidaat te stellen voor een overstap. De inhoud van de nieuw in te nemen functies en de daarvoor vereiste ervaring en competenties speelden daarbij geen enkele rol. De beschikbaarheid van personeelsleden die een overstap wilden maken, vormde het enige toewijzingscriterium.

4) Exposé de Mme Françoise Lannoy, administratrice générale Agence wallonne pour une Vie de qualité (AVIQ)

Mme Lannoy présente brièvement les compétences de l'AVIQ avant de livrer une réflexion sur les transferts, le relevé des difficultés rencontrées et les recommandations y afférentes.

Il s'agit bien entendu de l'avis d'une administration sur ces questions et non d'un positionnement politique.

a) Les compétences de l'AVIQ

L'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles – mieux connue sous le patronyme de «Agence pour une vie de qualité» – a été créée en janvier 2016 par le décret wallon du 3 décembre 2015.

La création de l'Agence résulte de la sixième réforme de l'État et des accords intrafrancophones dits de la Sainte Emilie. Elle regroupe en son sein des matières émanant tant du fédéral que de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Région Wallonne.

Elle est composée de trois socles de compétences, la santé et le bien-être, le handicap et enfin les familles.

En ce qui concerne la santé, les champs de compétences ainsi que les services y afférents qui relèvent de l'Agence figurent ci-dessous:

Compétences et services en Soins de Santé

1. La politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins

1.1. Le coût des investissements de l'infrastructure et des services médicotéchniques hospitaliers (§ A1 et A3)

1.2. Les normes d'agrément

1.3. La programmation des hôpitaux

1.4. E-Health

1.5. Le maximum à Facturer

4) Uiteenzetting van mevrouw Françoise Lannoy, administrateur-generaal Agence wallonne pour une Vie de qualité (AVIQ)

Mevrouw Lannoy schetst eerst kort de bevoegdheden van het AVIQ en geeft vervolgens een uiteenzetting over de bevoegdheidsoverdrachten, de problemen die daarbij opdoken en de aanbevelingen om ze op te lossen.

Het gaat uiteraard om het advies van een bestuur over deze kwestie, en niet om een politiek standpunt.

a) De bevoegdheden van het AVIQ

Het *Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles* – beter bekend onder de naam «*Agence pour une vie de qualité*» – werd in januari 2016 opgericht bij het Waals decreet van 3 december 2015.

De oprichting van het Agentschap is een gevolg van de zesde Staatshervorming en de Franstalige «akkoorden van Sainte-Emilie». Het Agentschap is bevoegd voor aangelegenheden die zowel onder de federale overheid als onder de Franse Gemeenschap en het Waals Gewest ressorteren.

Het bestaat uit drie pijlers: gezondheid en welzijn, handicap en ten slotte gezinnen.

Wat de gezondheid betreft, zijn de bevoegdheden en de bijhorende diensten die onder het Agentschap vallen, hieronder opgesomd:

Bevoegdheden en diensten in de gezondheidszorg

1. Zorgverleningsbeleid binnen en buiten de zorginstellingen

1.1. Kosten van de investeringen in medisch-technische ziekenhuisinfrastructuur en -diensten (§ A1 et A3)

1.2. Goedkeuringsnormen

1.3. Programmatie van de ziekenhuizen

1.4. E-Health

1.5. Maximumfactuur

2. La politique de dispensation des soins de santé mentale dans les institutions de soins autres que les hôpitaux

- 2.1. Les centres ou services de Santé mentale
- 2.2. Les soins psychiatriques pour personnes séjournant à Domicile
- 2.3. Les initiatives d'habitation protégée
- 2.4. Les maisons de soins psychiatriques
- 2.5. Les plateformes de concertation en santé mentale
- 2.6. La concertation autour du patient psychiatrique
- 2.7. Les accords de coopération en matière de reconversion de lits d'hôpitaux

3. La politique de dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées, en ce compris les services de gériatrie isolés

- 3.1. Les centres de soins de jour
- 3.2. Les centres d'accueil de jour
- 3.3. Les courts séjours
- 3.4. Les maisons de repos et maisons de repos et de soins
- 3.5. Les infrastructures médico-sociales
- 3.6. Les plateformes de soins palliatifs
- 3.7. Les équipes pluridisciplinaires en soins palliatifs

4. La politique de revalidation *long term care*

- 4.1. Les conventions de rééducation liées à la réadaptation *long term care*

5. L'organisation des soins de santé de première ligne

- 5.1. Le Fonds impulseo
- 5.2. Les associations de santé intégrée
- 5.3. Les cercles de médecins généralistes
- 5.4. Les réseaux locaux multidisciplinaires
- 5.5. Les services intégrés de soins à domicile

2. Beleid inzake geestelijke gezondheidszorg in andere zorginstellingen dan ziekenhuizen

- 2.1. Centra of diensten voor geestelijke gezondheid
- 2.2. Psychiatrische zorg voor personen die thuis verblijven
- 2.3. Initiatieven voor beschutte woonplaatsen
- 2.4. Psychiatrische zorgtehuizen
- 2.5. Overlegplatformen voor geestelijke gezondheid.
- 2.6. Overleg rond de psychiatrische patiënt
- 2.7. Samenwerkingsakkoorden inzake reconversie van ziekenhuisbedden

3. Zorgverleningsbeleid in instellingen voor ouderen, met inbegrip van geïsoleerde geriatriediensten

- 3.1. Dagzorgcentra
- 3.2. Dagopvangcentra
- 3.3. Korte verblijven
- 3.4. Rusthuizen en woonzorgcentra
- 3.5. Medisch-sociale infrastructuur
- 3.6. Palliatieve zorgplatformen
- 3.7. Multidisciplinaire teams voor palliatieve zorg

4. Revalidatiebeleid *long term care*

- 4.1. Revalidatieconventies inzake revalidatie *long term care*

5. Organisatie van de eerstelijnszorg

- 5.1. Fonds impulseo
- 5.2. Verenigingen voor geïntegreerde gezondheidszorg
- 5.3. Huisartskringen
- 5.4. Multidisciplinaire lokale netten
- 5.5. Geïntegreerde zorg aan huis

5.6. Les centres de coordination

5.7. Les transports médico-sanitaires

6. L'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, ainsi que toute initiative en matière de médecine préventive

6.1. La prévention et la promotion de la santé, dont les sections médicales de médecine du travail

6.2. Les centres de planning familial

6.3. La surveillance des maladies infectieuses

6.4. Le testing

6.5. La vaccination

6.6. Le Plan nutrition

6.7. Le Fonds de lutte contre les assuétudes

6.8. Le sevrage tabagique

À ceci s'ajoutent les compétences en matière de politique à l'égard des personnes en situation de handicap, issues de la quatrième réforme de l'État et des accords intra-francophones dits de la Saint Quentin ainsi que les compétences en matière de politique familiale et prestations y afférentes.

b) Transferts, difficultés et recommandations

En règle générale, et notamment pour la sixième réforme de l'État, les transferts de compétences se sont réalisés sans conséquence directe pour les bénéficiaires des prestations, à savoir les services de santé et les citoyens. Il est essentiel que la continuité du service public ait été assurée.

On peut se réjouir des collaborations intenses et efficaces entre les administrations, des rencontres avec, parfois, de nouveaux opérateurs de services et souvent des opérateurs déjà connus pour d'autres missions, complétant ainsi notre compréhension de leur fonctionnement et de leurs sources de financement. Le travail réalisé avec les intermédiaires de paiement et l'Office de Contrôle des Mutualités a été tout aussi intense, conduisant à la reconnaissance des premiers et à l'élaboration de procédures nouvelles pour tous. Sans ces collaborations, les transferts auraient pu entraîner des conséquences fâcheuses pour les citoyens, ce qui n'a pas été le cas.

5.6. Coördinatiecentra

5.7. Medisch-sanitair vervoer

6. Sanitaire opvoeding en activiteiten van de diensten voor preventieve geneeskunde, en ieder initiatief op het vlak van preventieve geneeskunde

6.1. Preventie en bevordering van de gezondheid, waaronder de medische afdelingen van de arbeidsgeneeskunde

6.2. Centra voor gezinsplanning

6.3. Toezicht op besmettelijke ziektes

6.4. Testing

6.5. Vaccinatie

6.6. Voedingsplan

6.7. Fonds ter bestrijding van verslavingen

6.8. Tabakontwenning

Bovendien zijn er de bevoegdheden inzake personen met een handicap, die voortvloeien uit de vierde Staatshervorming en de zogenaamde «Sint-Kwintensakkoorden», en de bevoegdheden inzake gezinsbeleid en de bijhorende dienstverlening.

b) Overdrachten, problemen en aanbevelingen

Over het algemeen, en in het bijzonder na de zesde Staatshervorming, heeft de overdracht van bevoegdheden geen rechtstreekse gevolgen gehad voor de begunstigen van de zorgverlening, met name de gezondheidsdiensten en de burgers. Het is essentieel dat de continuïteit van de openbare dienstverlening gewaarborgd is gebleven.

Men kan zich verheugen over de intense en efficiënte samenwerking tussen de besturen, ontmoetingen met soms nieuwe dienstenleveranciers of vaak met leveranciers die reeds gekend waren voor andere opdrachten. Dit heeft ons hun werking en financieringsbronnen beter doen begrijpen. Ook de werkzaamheden met de betalingsbemiddelaars en de Controledienst voor de Ziekenfondsen waren even intens. Ze hebben geleid tot de erkenning van de bemiddelaars en tot de totstandkoming van nieuwe procedures voor iedereen. Zonder deze samenwerking hadden de overdrachten nadelige gevolgen kunnen hebben voor de burgers, wat niet gebeurd is.

Les transferts de connaissances, la découverte de nouvelles matières pour bon nombre de collaborateurs – rappelons que l'AVIQ a intégré du personnel émanant de quelque dix administrations différentes – la mise en place de nouveaux flux financiers, la création ou la récupération de traitement et de flux de données, la communication envers les opérateurs et envers les citoyens ont mobilisé beaucoup d'énergie et énormément de temps et donc, forcément, ont coûté de l'argent aux entités fédérées bien au-delà des transferts financiers estimés et ce sans avoir amélioré nécessairement la qualité des prestations.

La reproduction à l'identique au sein d'un seul organisme, qui a été le choix de la Wallonie, n'a pas été exempte de questionnement et de remise en cause.

Mais tous étaient motivés pour assurer la fourniture de biens et services de qualité, dans les délais, de façon équitable à tous les citoyens qui en avaient besoin.

Des constats réalisés sur le terrain par ses collaborateurs, l'oratrice formule quatre recommandations (1).

c) Indépendamment du découpage et de la répartition des compétences entre les entités en tant que tels, qui relèvent du politique, il faut que ceux-ci soient clairs et transparents et ne reposent pas sur un «c'est tout sauf». Ce régime fait d'exceptions nuit à la compréhension et surtout est source de tensions et d'incertitudes

D'un point de vue général, on relèvera les exceptions relatives à l'assurance maladie et invalidité ainsi que les mesures nationales (réservées) en matière de prophylaxie mais également la référence à la loi organique, au financement, concernant les hôpitaux.

Hormis ces restrictions à portée générale, Mme Lannoy cite les lits Coma, SEP/SLA et Huntington en MR (maisons de repos) et MRS (maisons de repos et de soins) qui relèvent toujours de la compétence de l'autorité fédérale, tant au niveau de la reconnaissance de ces lits qu'au niveau du financement, alors que la compétence de la politique de dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées, en ce compris les services de gériatrie isolés, est entièrement transférée aux Communautés.

On peut aussi mentionner la définition de la stratégie en matière de santé mentale et la facturation des

(1) L'ensemble des contributions sont jointes en annexe.

De kennisoverdracht, de ontdekking van nieuwe aangelegenheden voor vele medewerkers – het AVIQ bestaat immers uit personeel dat afkomstig is uit een tiental verschillende besturen – de totstandkoming van nieuwe geldstromen, de oprichting of overname van de gegevensbehandeling en -stromen, de communicatie met de dienstverleners en de burgers hebben veel energie en tijd gekost, en dus ook geld aan de deelstaten, veel meer dan de geraamde financiële transfers, zonder dat de kwaliteit van de dienstverlening er noodzakelijk beter van is geworden.

Een identieke overname binnen één instelling, waarvoor Wallonië gekozen heeft, is niet vanzelfsprekend geweest.

Maar iedereen was gemotiveerd om de levering van goederen en diensten van goede kwaliteit te waarborgen, binnen de geplande termijnen en op een rechtvaardige manier voor alle burgers die ze nodig hebben.

Uit de vaststellingen die de medewerkers op het terrein hebben gemaakt, leidt spreekster drie aanbevelingen af (1).

c) Het splitsen en verdelen van bevoegdheden op zich is een politieke beslissing, maar los hiervan moet dit op een duidelijke en transparante manier gebeuren, en niet volgens de regel «alles splitsen, behalve ...». Een stelsel van uitzonderingen is onoverzichtelijk en leidt vooral tot spanningen en onzekerheden

In het algemeen gaat het om uitzonderingen betreffende de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de nationale (voorbehouden) preventiemaatregelen, maar ook de verwijzing naar de organieke wet, naar de financiering, betreffende de ziekenhuizen.

Naast deze algemene beperkingen, vermeldt mevrouw Lannoy de bedden voor coma, MS/SLS en Huntington in rusthuizen en woonzorgcentra, die nog steeds een federale bevoegdheid zijn, zowel wat de erkenning van de bedden als de financiering ervan betreft, terwijl de bevoegdheid voor de zorgverlening aan ouderen, met inbegrip van de geïsoleerde geriatrische zorg, volledig overgeheveld is naar de Gemeenschappen.

Spreekster vermeldt ook het bepalen van de strategie inzake geestelijke gezondheid en de facturatie van

(1) Het geheel van de bijdragen is opgenomen als bijlage.

médicaments en maisons de soins psychiatriques qui sont restées fédérales dans le secteur de la politique de dispensation des soins de santé mentale dans les institutions de soins autres que les hôpitaux, compétences pourtant transférées intégralement aux Communautés.

d) Il est important d'assurer le transfert de blocs de compétences cohérents et non de compétences partielles

Citons le cas des allocations pour personnes âgées qui sont transférées, alors que les allocations de remplacement de revenus et d'intégration pour personnes handicapées et les cartes de stationnement sont restées fédérales. Il y a un chevauchement des compétences puisqu'il arrive que des personnes qui percevaient des allocations de remplacement de revenus (ARR) ou allocations d'intégration (AI) continuent à les percevoir du fédéral après 65 ans, ce régime leur étant plus favorable.

Ce type de situation conduit à la nécessité de mettre en place des échanges de données coûteux pour les entités.

e) Il semble opportun de transférer l'exercice d'une compétence pleine et entière plutôt que des transferts de services listés nominativement

Dans la politique de revalidation *long term care*, par exemple, un certain nombre de conventions listées nominativement sont transférées, laissant planer un doute quant à la compétence d'octroi de nouvelles conventions. On peut également relever la situation des Réseaux locaux multidisciplinaires ou encore l'organisation des soins de santé de première ligne.

Le contenu du transfert d'une compétence mérite d'être explicite, et ce d'autant plus que la loi spéciale de financement est fondée sur des critères et non plus sur des transferts de moyens afférents à une matière.

f) Enfin, dans tous les cas, l'intérêt des citoyens doit être le moteur de toute réforme et il faut intégrer le point de vue des utilisateurs des biens et services au même titre que celui des autres parties prenantes

B. Échange de vues

1) Questions des membres

M. Anciaux indique d'abord que les exposés n'ont pu l'éclairer sur quelques éléments qu'il juge importants pour l'avenir des soins de santé et particulièrement dans

de geneesmiddelen in psychiatrische zorgcentra die federaal gebleven zijn in de sector van de geestelijke gezondheidszorg in zorginstellingen die geen ziekenhuizen zijn, terwijl die bevoegdheden nochtans volledig naar de Gemeenschappen zijn overgeheveld.

d) Het is belangrijk om coherente bevoegdheidspakketten over te hevelen, en geen gedeeltelijke bevoegdheden

Zo is er het geval van de uitkeringen voor ouderen die overgeheveld zijn, terwijl de inkomensvervangende en integratietegemoetkoming voor gehandicapte personen en de parkeerkaarten federaal gebleven zijn. Er is sprake van een overlapping van bevoegdheden, omdat het kan gebeuren dat personen die inkomensvervangende of integratietegemoetkomingen ontvingen, ze blijven ontvangen op het federale niveau na 65 jaar, omdat dit voor hen gunstiger is.

Dit soort situaties heeft ertoe geleid dat de deelstaten een duur systeem van gegevensuitwisseling hebben moeten invoeren.

e) Het is wenselijk om een volledige bevoegdheid over te hevelen in plaats van bevoegdheden die bij naam worden opgesomd

In het revalidatiebeleid *long term care*, bijvoorbeeld, zijn een aantal conventies overgedragen die bij naam zijn opgesomd, wat twijfels doet rijzen over de bevoegdheid voor het toekennen van nieuwe conventies. Soortgelijke problemen doen zich voor bij de Lokale Multidisciplinaire Netwerken of de organisatie van de eerstelijnszorg.

De inhoud van een bevoegdheidsoverdracht moet expliciet zijn, temeer daar de bijzondere financieringswet op criteria is gestoeld, en niet langer op de overdracht van middelen voor een bepaalde aangelegenheid.

f) Ten slotte moet in alle gevallen het belang van de burgers de drijfveer zijn voor iedere hervorming en moet men net zo goed rekening houden met het standpunt van de gebruikers van goederen en diensten als met dat van de andere betrokkenen

B. Gedachtewisseling

1) Vragen van de leden

De heer Anciaux geeft allereerst mee dat hij een aantal zaken niet heeft kunnen afleiden uit de uiteenzettingen, hoewel hij ze belangrijk acht in het kader van de

le contexte d'une future réforme de l'État. Il souhaite poser deux questions à M. Dewolf.

La première question porte sur l'importance des pouvoirs locaux. M. Anciaux remercie M. Dewolf d'avoir confié à la commission le principe qui est le sien, à savoir que la personne doit être au centre des soins de santé. C'est un principe essentiel pour M. Anciaux qui ne comprendrait d'ailleurs pas que certains n'y adhèrent pas.

Quant aux pouvoirs locaux et au rôle qu'ils peuvent jouer dans un modèle où les soins de première ligne et ceux de deuxième ligne vont de pair, de même que le préventif et le curatif, M. Anciaux se demande si leur rôle se limite à la coordination des établissements actifs sur leur territoire et jusqu'où cela peut et doit aller. Par ailleurs, ce qui vaut pour Bruxelles s'applique-t-il aussi ailleurs (Liège, Anvers, etc.)? On pourrait accorder un rôle vraiment prépondérant aux pouvoirs locaux en ce qui concerne la coordination et la compétence, mais comment concilier cela avec la demande légitime de paquets de compétences homogènes au niveau flamand?

La seconde question adressée à M. Dewolf concerne la solidarité et la responsabilisation. Dans l'hypothèse d'un transfert intégral de la compétence – une proposition que M. Anciaux peut comprendre –, beaucoup considèrent qu'il est indispensable de conserver suffisamment d'instruments de solidarité, entre autres pour ce qui concerne la lutte contre la pauvreté. Dans une vision holistique où la personne est au centre des préoccupations, il est normal, selon M. Anciaux, de tenir compte de l'entourage – avis que partageait aussi Mme Dekens. Comment M. Dewolf conçoit-il les choses dans le cadre de la solidarité et de la responsabilisation?

M. Anciaux s'adresse ensuite à M. Collin. Si l'exposé de ce dernier l'a passionné, son point de vue personnel, considérant les soins de santé comme une matière naturellement territoriale, l'a surpris. Cette vision personnelle incite M. Anciaux à poser une question personnelle à M. Collin: lui arrive-t-il régulièrement – à titre personnel – de ne pas être compris, d'être ignoré ou marginalisé lorsqu'il s'exprime dans sa langue maternelle pour les aspects les plus élémentaires des soins de santé?

Lui est-il déjà arrivé de voir ses proches passer les dernières années de leur existence dans un établissement où l'on refuse de parler leur langue maternelle alors que c'est une obligation? Comment M. Collin peut-il

toekomst van de gezondheidszorg en zeker in de context van een toekomstige staatshervorming. Hij heeft twee vragen voor de heer Dewolf.

Een eerste vraag betreft het belang van de lokale besturen. De heer Anciaux dankt de heer Dewolf voor het delen van zijn uitgangspunt dat stelt dat in de gezondheidszorg de persoon centraal moet staan. Volgens de heer Anciaux een wezenlijk uitgangspunt, meer nog, hij zou het onbegrijpelijk achten dat niet iedereen hier van uitgaat.

Wat de lokale besturen betreft en de rol die ze kunnen spelen binnen een model waar eerste- en tweedelijnszorg, preventie en curatie, samen gaan: gaat het hier enkel over een rol als coördinator van de instellingen die mogelijk actief zijn op het grondgebied, en hoe ver kan / moet men daar in gaan? Voorts, is wat van toepassing is op Brussel ook elders van toepassing (Luik, Antwerpen, enz.)? Men kan ver gaan in het centraal stellen van lokale besturen op het vlak van coördinatie en bevoegdheid, maar hoe rijmt men dat dan met de terechte vraag voor homogene bevoegdheidspakketten op Vlaams niveau?

Een tweede vraag voor de heer Dewolf betreft de solidariteit en responsabilisering. In de hypothese van een totale overheveling van bevoegdheid – een voorstel waarvoor de heer Anciaux begrip heeft – zijn nogal wat mensen bekommerd over het feit dat er voldoende solidariteitsinstrumenten moeten blijven bestaan, onder meer wat de armoedebestrijding betreft. In een holistische visie die de persoon centraal stelt, is het volgens de heer Anciaux normaal dat men rekening houdt met de omgevingssituatie – en hier ging mevrouw Dekens trouwens ook op in. Hoe ziet de heer Dewolf dit binnen het luik van solidariteit en responsabilisering?

De heer Anciaux richt zich vervolgens tot de heer Collin. Hij benadrukt dat de uiteenzetting boeiend was, maar geeft ook mee dat hij verbaasd is over het persoonlijk standpunt van de heer Collin aangaande de gezondheidszorg als een vanzelfsprekende plaatsgebonden materie. Deze persoonlijke visie van de heer Collin noopt de heer Anciaux tot het stellen van een persoonlijke vraag: maakt de heer Collin het – persoonlijk – regelmatig mee dat hij, voor de meest elementaire aangelegenheden op het gebied van gezondheid, niet verstaan, genegeerd of gebanaliseerd wordt in zijn moedertaal?

Maakt de heer Collin het mee dat zijn naasten hun laatste levensjaren moeten doorbrengen in een organisatie die het vertikt om hun moedertaal te spreken, ook al zijn ze daartoe verplicht? Hoe kan de heer Collin

concilier ces situations avec l'optique considérant que seule compte l'approche territoriale de la politique de la santé qui est par excellence une matière personnalisable?

M. Anciaux s'adresse ensuite à Mme Dekens. Il constate que, d'une manière générale et assez curieusement, les orateurs se sont peu attardés sur Bruxelles, hormis Mme Dekens. Selon M. Anciaux, le modèle bruxellois n'a fait que se complexifier. Cela s'explique peut-être par le fait qu'à Bruxelles, on a choisi de confier une compétence communautaire aux services du ministère, d'une part, et à Iriscare, d'autre part. M. Anciaux est curieux de connaître les raisons qui ont motivé ce choix car la situation semble plutôt complexe.

Par ailleurs, Mme Dekens a parlé à juste titre de la problématique de l'insuffisance des moyens transférés au moment du transfert de compétences. Lorsque le secteur des maisons de repos et de soins aux personnes âgées a été transféré, il y eu, indépendamment de ce transfert, un transfert de moyens à partir de la Communauté française/COCOF vers la Commission communautaire commune: combien de moyens et de personnel a-t-on alors transférés? Mme Dekens a notamment mis en évidence, toujours à juste titre, selon M. Anciaux, le problème de l'exiguïté du territoire, mais dans quelle mesure les projets d'avenir à Bruxelles en tiennent-ils compte? M. Anciaux profite également de cette question pour rappeler le plaidoyer visant à sortir Bruxelles de son carcan et à lui donner davantage un profil de capitale: comment procéder concrètement dans le contexte de nouvelles compétences?

Selon M. Anciaux, Mme Dekens met l'accent sur la solidarité: dans quelle mesure cette solidarité est-elle garantie au niveau interne à Bruxelles lorsqu'il s'agit des politiques du bien-être et de la santé et du rôle qu'y jouent les CPAS?

Enfin, M. Anciaux reconnaît qu'il faut tenir compte également des niveaux de santé de l'entourage mais pense que l'orateur néglige un aspect, à savoir le respect de la législation sur l'emploi des langues à Bruxelles. Comment est-il possible qu'aujourd'hui encore – la législation sur l'emploi des langues date des années 60 – et *a fortiori* à un moment où, grâce à l'enseignement, la connaissance du néerlandais n'a jamais été aussi bonne, on ne prenne aucune mesure pour faire respecter la législation linguistique?

En l'occurrence, M. Anciaux vise bel et bien la pratique, c'est-à-dire la situation sur le terrain, ainsi que

deze situaties rijmen met de denkpijpe dat enkel de plaatsgebonden aangelegenheid essentieel is in een gezondheidsbeleid dat, bij uitstek, een persoonsgebonden aangelegenheid is?

De heer Anciaux richt zich vervolgens tot mevrouw Dekens. Hij stelt vast dat, in het algemeen en vreemd genoeg, niet veel werd uitgeweid over Brussel, behalve dan door mevrouw Dekens. De heer Anciaux stelt dat het Brussel-model alleen maar ingewikkelder geworden is. Wellicht ligt dat aan het feit dat er in Brussel gekozen werd om een communautaire bevoegdheid enerzijds bij de diensten van het ministerie te plaatsen en anderzijds bij Iriscare. De heer Anciaux is nieuwsgierig naar de onderliggende beweegredenen hierachter, want de situatie lijkt toch behoorlijk ingewikkeld.

Ten tweede heeft mevrouw Dekens terecht gesproken over de problematiek van het gebrek aan middelen bij de overdracht van bevoegdheden. Bij de overdracht van de rusthuissector en ouderenzorg, vond er, los van die overdracht, ook een overdracht plaats vanuit de Franse Gemeenschap/COCOF naar de GGC: hoeveel middelen en personeel zijn daar toen overgedragen? Mevrouw Dekens verwees, ook terecht volgens de heer Anciaux, onder meer naar het voorkomend probleem van de kleinschaligheid, maar in hoeverre wordt dat probleem meegenomen in de toekomstplannen voor Brussel? De heer Anciaux neemt deze vraag ook te baat om aan te knopen bij een pleidooi om Brussel uit zijn restrictief carcan te halen en meer als hoofdstad te profileren: hoe kan dit concreet gebeuren in de context van nieuwe bevoegdheden?

Volgens de heer Anciaux legt mevrouw Dekens de nadruk op solidariteit: in hoeverre is die solidariteit intern in Brussel gewaarborgd als het gaat over welzijnsbeleid, gezondheidsbeleid en de rol die OCMW's spelen?

Tot slot is de heer Anciaux het volledig eens met het feit dat er ook rekening moet worden gehouden met gezondheidsniveaus van de omgeving, maar wat spreker mist in het discours is het aspect respect voor de taalwetgeving in Brussel. Hoe is het mogelijk dat nu – de taalwetgeving dateert van de jaren 60 –, en zeker op een moment dat er, dankzij het onderwijs, nog nooit zoveel Nederlandskundigheid wordt vastgesteld, nog steeds niets wordt ondernomen omtrent het respect voor de taalwetgeving?

Hier doelt de heer Anciaux wel degelijk op de praktijk – de situatie op het terrein – en het wezen van

l'essence même des soins de santé, qui est d'aider les gens, et non pas les cadres linguistiques de l'administration. Dans ce contexte, on peut, selon lui, parler d'une violation fondamentale des droits de l'homme. Comment se fait-il que rien ne soit entrepris en la matière à Bruxelles? Mme Dekens pense-t-elle que la législation linguistique et son application devraient être une compétence fédérale?

M. Hermant souhaite que M. Dewolf définisse plus concrètement ce qu'il entend en matière de défédéralisation de certaines compétences au profit des Régions. Par ailleurs, au vu des autres exposés, il apparaît que certaines compétences sont sous-régionales, voire sous-provinciales, et il souhaiterait connaître l'avis de l'orateur sur une refédéralisation de certaines de ces compétences. De plus, il regrette que monsieur Dewolf n'aborde pas la question bruxelloise.

En matière de soins de santé, 80 % des compétences sont encore fédérales. Le fédéral garde la mainmise sur les objectifs globaux/nationaux. M. Collin trouve-t-il que certaines compétences mériteraient d'être refédéralisées? A-t-il des exemples concrets de compétences à refédéraliser?

Sur la question des hôpitaux bruxellois, le membre rappelle que des patients de tout le pays viennent se faire soigner à Bruxelles. Quels problèmes une régionalisation accrue en la matière pourrait-elle engendrer?

Une régionalisation des compétences sur le plan de soins de santé pourrait engendrer d'autres problèmes sur le plan de la répartition de compétences. Qu'en pense M. Collin? Que répond-il à ceux qui estiment que le curatif et le préventif doivent être gérés au même niveau? Quel est le meilleur niveau pour gérer ces deux aspects?

En ce qui concerne les difficultés rencontrées à Bruxelles, dans le cadre de la sixième réforme de l'État, on a donné des exemples des problèmes liés au transfert de personnel et au manque de financements. Les experts pourraient-ils citer d'autres exemples de problèmes en matière de soins de santé, notamment dans le domaine des services accordés aux gens?

Dans sa note, Mme Dekens a évoqué les problèmes de mobilité des patients. Les coûts liés aux patients wallons et flamands venant se faire soigner à Bruxelles sont pris en charge par la Région de Bruxelles-Capitale alors que ce n'est pas prévu dans son financement. Mme Dekens pourrait-elle développer ce point dans la mesure où

gezondheidszorg – het helpen van mensen – en niet op de taalkaders binnen de administratie. Volgens spreker kunnen we in deze context spreken over een fundamentele schending van de mensenrechten: hoe komt het dat daar in Brussel niets rond wordt gedaan, en vindt mevrouw Dekens dat de taalwetgeving en het afdwingen ervan, een federale bevoegdheid zou moeten zijn?

De heer Hermant vraagt dat de heer Dewolf concreter definieert wat hij bedoelt met de defederalisering van bepaalde bevoegdheden ten gunste van de Gewesten. Tevens blijkt uit de andere uiteenzettingen dat bepaalde bevoegdheden subgewestelijk of zelfs subprovinciaal zijn en hij wil weten wat de mening van spreker is over een herfederalisering van sommige van die bevoegdheden. Hij betreurt daarnaast dat de heer Dewolf het Brussels probleem niet bespreekt.

80 % van de bevoegdheden van de gezondheidszorg is nog federaal. Het federale niveau bepaalt dus nog steeds de globale/nationale doelstellingen. Vindt de heer Collin dat sommige bevoegdheden beter geherfederaliseerd worden? Heeft hij concrete voorbeelden van bevoegdheden die men dient te herfederaliseren?

Het lid herinnert eraan dat, wat de Brusselse ziekenhuizen betreft, patiënten uit het hele land zich in Brussel laten verzorgen. Welke problemen kan defederalisering op dat gebied veroorzaken?

De defederalisering van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg kan andere problemen scheppen op het gebied van de bevoegdheidsverdeling. Wat denkt de heer Collin daarvan? Wat antwoordt hij aan wie meent dat curatieve en preventieve geneeskunde op hetzelfde niveau beheerd moeten worden? Wat is het beste niveau om die twee aspecten te beheren?

In verband met de problemen die men in Brussel met de zesde Staatshervorming had, heeft men voorbeelden gegeven van problemen met de overdracht van personeel en het gebrek aan financiering. Kunnen de experts andere voorbeelden geven van problemen inzake gezondheidszorg, met name in de dienstverlening aan de mensen?

Mevrouw Dekens vermeldde in haar nota de problemen rond de mobiliteit van patiënten. De kosten voor de Waalse en Vlaamse patiënten die zich in Brussel laten verzorgen, worden door het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest gedragen, terwijl dat niet in zijn financiering is opgenomen. Kan mevrouw Dekens dat punt uitwerken,

il s'agit d'un élément extrêmement important si l'on envisage une régionalisation des soins de santé?

Les experts ont déclaré qu'un système de dotation ne pouvait pas intégrer les besoins des gens. Avec un tel système de dotation, il y aura des distorsions entre les moyens financiers octroyés et les besoins du terrain. Les experts pourraient-ils fournir des exemples?

La situation des hôpitaux est déjà inquiétante mais si on régionalise davantage certaines compétences, notamment à Bruxelles, cela en deviendra encore plus compliqué. Comment les experts conçoivent-ils la gestion des organes de concertation? Ne serait-il pas préférable de refédéraliser certaines compétences – et ce dans une optique de simplification et de réduction des coûts pour le contribuable – plutôt que de consacrer autant de temps à la concertation?

M. Van Rompuy demande comment l'on pourrait faire pour améliorer au maximum la qualité des soins dispensés à l'avenir. Il déduit des exposés que de nouvelles tendances majeures peuvent être observées.

Chez les jeunes, les soins de santé mentale sont une préoccupation prioritaire, ce qui confère une importance croissante à la santé publique et au bien-être. Au sein de la population plus âgée, c'est la problématique des maladies chroniques – et donc tout ce qui concerne les soins – qui occupe une place prioritaire. Il se crée ainsi une sorte de continuum entre la santé publique «traditionnelle» et le bien-être ou les soins au sens large du terme. Si l'on veut garantir à l'avenir la dispensation des meilleurs soins de santé possibles sur une base pluridisciplinaire, alors il vaut mieux les regrouper dans le giron d'une même entité. C'est donc dans cette perspective qu'il faut, selon l'intervenant, aborder la discussion sur la santé publique. En sa qualité de sénateur d'entité fédérée, M. Van Rompuy considère que cette entité doit clairement être la Flandre.

M. Van Rompuy constate en outre que l'on met de plus en plus l'accent, en Flandre du moins, sur les soins préventifs, ceux-ci devant être considérés comme un ensemble avec les soins curatifs.

Il ressort par ailleurs des conclusions des différentes commissions corona – tant au Parlement flamand qu'à la Chambre – qu'il faudrait instaurer une coopération

aangezien het een uiterst belangrijk gegeven is wanneer men de defederalisering van de gezondheidszorg overweegt?

De experten hebben verklaard dat een dotatiesysteem niet noodzakelijk overeenstemde met de behoeften van de mensen. Met een dergelijk dotatiesysteem zullen de toegekende financiële middelen niet aan de behoeften in de praktijk aangepast zijn. Kunnen de experten voorbeelden geven?

De toestand van de ziekenhuizen is al onrustwekkend, maar als men bepaalde bevoegdheden nog meer defederaliseert, zal de situatie in Brussel nog ingewikkelder worden. Hoe zien de deskundigen het management van de overlegorganen? Is het niet beter bepaalde bevoegdheden te herfederaliseren – en wel met het oog op vereenvoudiging en kostenvermindering voor de belastingbetaler – in plaats van zoveel tijd te besteden aan overleg?

De heer Van Rompuy koppelt zijn bedenkingen aan de vraag over hoe we de best mogelijke gezondheidszorg kunnen organiseren voor de toekomst. De heer Van Rompuy leidt uit de uiteenzettingen af dat er belangrijke nieuwe tendensen kunnen worden waargenomen.

Bij jongeren staat de thematiek van geestelijke gezondheidszorg bovenaan de agenda waardoor volksgezondheid en welzijn alsmaar belangrijker worden. Bij de oudere bevolking wordt de problematiek van de chronische ziektes – en dus alles wat met zorg te maken heeft – alsmaar belangrijker. Er vormt zich als het ware een continuüm tussen «klassieke» volksgezondheid en welzijnszorg of zorg in de brede betekenis van het woord. Om de zorg optimaal en multidisciplinair te kunnen garanderen voor de toekomst, wordt ze best verzameld in één hand. Het is dan ook vanuit dit perspectief dat, volgens spreker, de discussie over volksgezondheid benaderd moet worden. Volgens de heer Van Rompuy, die optreedt als deelstaatsenator, is het duidelijk dat die ene hand de Vlaamse is.

Voorts stelt de heer Van Rompuy vast dat er steeds meer, of althans bij uitstek in Vlaanderen, wordt ingezet op het preventieve, waarbij het preventieve gezien moet worden in een continuüm met het curatieve.

Vervolgens blijkt uit de conclusies van de verschillende corona-commissies – zowel in het Vlaams Parlement als in de Kamer – dat men moet streven naar een veel

sensiblement plus efficace et plus étroite entre les soins de santé de première ligne, les hôpitaux et les centres de soins résidentiels.

Selon M. Van Rompuy, ces trois tendances nous obligent à organiser la santé publique différemment, de manière plus décentralisée. Sur cette base, M. Van Rompuy formule plusieurs questions.

Il souhaiterait demander, en particulier à M. Dewolf, si l'on constate dans la pratique, en termes de santé publique, une différence de vision entre le nord et le sud du pays ou entre la politique néerlandophone et la politique francophone. M. Van Rompuy aimerait savoir en outre si l'on observe des différences sur le plan des problématiques de santé suivant les Communautés ou les Régions.

En ce qui concerne Bruxelles, et partant du principe que le bien-être et la santé publique s'inscrivent dans un continuum, il est logique, selon M. Van Rompuy, de faire le choix des Communautés. Est-ce aussi l'avis des experts, ou de M. Dewolf en particulier?

M. Van Rompuy renvoie ensuite aux discussions qui ont eu lieu au Parlement flamand, dans le contexte des mesures Covid, sur la question de l'unité de commandement. L'opposition et la majorité étaient d'accord pour dire qu'il s'agissait d'un problème non pas d'unité de commandement (ou de son absence) mais plutôt d'unité de compétence. Que pensent les intervenants de cette analyse?

En conclusion, l'intervenant demande que l'on donne des exemples tirés de la pratique montrant que des décisions prises à un niveau ont une incidence négative sur les décisions ou ambitions politiques à un autre niveau.

M. Daems souhaite, en guise d'introduction, aborder les choses sous un autre angle, en posant la question rhétorique suivante: si ce qui existe aujourd'hui n'existait pas, parviendrions-nous au même résultat? M. Daems présume que non.

L'intervenant souhaite démontrer par là que nous partons inmanquablement de ce qui existe déjà, si bien que nous sommes incapables d'aborder les choses avec une neutralité suffisante, d'autant que de nombreux intérêts entrent en jeu, qu'ils soient politiques ou autres. Dans n'importe quel système de santé, qu'il se situe en Wallonie ou en Flandre, un établissement de soins A aura d'autres intérêts qu'un établissement de soins B et les

betere en nauwere samenwerking tussen eerstelijnszorg, ziekenhuizen en woonzorgcentra.

Deze drie tendensen nopen er ons toe, volgens de heer Van Rompuy, om de volksgezondheid op een andere, meer decentrale manier te organiseren. Vertrekkend vanuit deze stelling, formuleert de heer Van Rompuy zijn vragen.

Hij zou, in het bijzonder aan de heer Dewolf, willen vragen of er in de praktijk een verschil in visie op volksgezondheid kan vastgesteld worden tussen het noorden en het zuiden van het land, of tussen het Nederlandstalig en Franstalig beleid. Hierop aansluitend wenst de heer Van Rompuy te horen of er al dan niet andere gezondheidsproblematieken spelen afhankelijk van Gemeenschap of Gewest.

Wat Brussel betreft en vertrekkend vanuit het principe dat welzijnszorg en volksgezondheid in een continuüm worden gebracht, lijkt het volgens de heer Van Rompuy logisch dat we kiezen voor de Gemeenschappen. Is dat ook het oordeel van de experts, of alvast van de heer Dewolf?

De heer Van Rompuy verwijst vervolgens naar de discussies, in de context van de COVID-maatregelen, die gevoerd werden in het Vlaams Parlement omtrent de problematiek van eenheid van commando. Oppositie en meerderheid waren het erover eens dat er niet zozeer een probleem van (gebrek aan) eenheid van commando was, maar eerder een probleem van eenheid van bevoegdheid. Hoe kijken de sprekers naar deze analyse?

Spreker rondt af door te vragen naar voorbeelden uit de praktijk waar beslissingen van het ene niveau, negatieve impact hebben op beslissingen of beleidsambities van het ander niveau.

De heer Daems vertrekt bij wijze van introductie vanuit een andere invalshoek, met een retorische vraag: als wat vandaag bestaat, niet zou bestaan, zouden we dan op een zelfde resultaat uitkomen? De heer Daems vermoedt van niet.

Het punt dat spreker wenst te maken is dat we onvermijdelijk vertrekken van wat er reeds bestaat, wat ons verhindert om op voldoende neutrale wijze de problematiek te bekijken, temeer omdat er heel wat belangen meespelen van politieke of andere aard. In een bepaald systeem, nog los van het feit of dat nu in Wallonië of Vlaanderen gesitueerd is, zal zorginstelling A andere belangen hebben dan zorginstelling B en zal mutualiteit

mutualités A, B ou C porteront chacune un regard différent sur les systèmes, ne serait-ce que parce que leurs affiliés ne sont pas les mêmes. L'intervenant fait référence aux débats qui ont eu lieu par le passé au sujet de la situation financière des mutualités, l'une présentant un boni à son compte courant, l'autre affichant un déficit: ces écarts tenaient non pas à la localisation en Flandre ou en Wallonie, mais au profil des membres affiliés.

M. Daems précise ensuite que son parti n'a pas d'idées préconçues en la matière et qu'il souhaite se livrer d'abord à l'exercice d'évaluation. Cela étant, l'Open Vld considère qu'il est important de réfléchir, dans l'intérêt du citoyen, à une éventuelle réorganisation des systèmes afin de les rendre plus efficaces – ce qui veut dire qu'il faut améliorer le rapport qualité-prix – et d'optimiser leur incidence sur la vie quotidienne.

Après cette considération, M. Daems en arrive à sa première question, qui s'adresse à tous les orateurs auditionnés. Il demande, en forme de boutade, s'il y a une différence entre une jambe cassée wallonne et une jambe cassée flamande du point de vue des soins à apporter et de l'assurance maladie. Existe-t-il, en d'autres termes, des inégalités entre zones? Tous les citoyens bénéficient-ils d'une couverture égale en termes de soins de santé? Faut-il faire une distinction sur une base territoriale?

À cet égard, M. Daems indique qu'il a compris la remarque de M. Collin concernant les territoires de santé d'une autre manière que M. Anciaux. Face à la vision institutionnelle souvent mise en avant et compte tenu du concept organisationnel, précédemment cité, des soins centrés sur le patient, M. Daems aimerait savoir s'il y a unanimité sur le fait qu'en termes de soins de santé, tous les citoyens relevant du système doivent être traités sur un pied d'égalité dans l'ensemble du pays.

Selon lui, la question qui se pose d'emblée, en corollaire, porte sur l'approche organisationnelle et sa réponse est de nature beaucoup moins politique puisqu'elle se résume pour l'essentiel à la planification des ressources de l'entreprise (*enterprise resource planning*, ERP): où affecter les ressources au mieux en tenant compte des coûts et de l'organisation et comment procéder? M. Daems n'a pas d'idée préconçue sur ce qu'il faut faire à cet égard: faut-il effectuer un transfert du niveau fédéral vers le niveau régional ou local? M. Daems indique que le système hybride actuel est géré de manière paritaire: il s'agit d'une organisation privée financée par des fonds publics. Comment les pouvoirs publics peuvent-ils édicter des normes en l'espèce?

A, B of C anders aankijken tegen de verschillende systemen, al was het maar omdat hun respectieve ledenbestand er anders uitziet. Spreker verwijst naar de debatten in het verleden over de rekening-couranten van de mutualiteiten, waarbij de ene mutualiteit een voortdurend overschot had en de andere een tekort: dit stond los van de ligging in Vlaanderen of Wallonie, maar was gelinkt aan de aard van de leden.

De heer Daems maakt vervolgens duidelijk dat zijn partij niet vooringenomen is en eerst de evaluatie-oefening wil doorlopen. Daarentegen vindt Open Vld het wel belangrijk om, met de burger in het achterhoofd, na te denken over een mogelijke herorganisatie van systemen om ze efficiënter te maken, dat wil zeggen dat de prijs-kwaliteitsverhouding verbetert, en om hun impact op het dagelijks leven te optimaliseren.

Deze beschouwing brengt de heer Daems bij zijn eerste vraag, die gericht is aan alle sprekers van de hoorzitting. Om het met een boutade te stellen: «Is een Waals gebroken been verschillend van een Vlaams gebroken been vanuit het oogpunt van gezondheidszorg en ziekteverzekering?», zijn er m.a.w. zones die niet gelijk zijn? Is iedereen gelijk in dekking voor wat betreft de gezondheidszorg? Is er een onderscheid te maken op territoriale basis?

Op dit punt licht de heer Daems toe dat hij de territoriale opmerking van de heer Collin anders begrepen heeft dan de heer Anciaux. Als tegenwicht voor de vaak gehanteerde institutionele invalshoek, en rekening houdend met het eerder aangehaald organisationeel concept van *patient-centered care*, wil de heer Daems graag horen of er eensgezindheid bestaat over het feit dat gezondheidszorg een zaak is waarbij iedereen die onder het systeem valt, in heel het land gelijk is.

De vraag die volgens de heer Daems hier onmiddellijk bij aansluit gaat over de organisationele aanpak. Het antwoord hierop is dan al veel minder politiek van aard omdat het hoofdzakelijk neerkomt op *enterprise resource planning* (ERP): waar zet ik, op vlak van de kosten en organisatorisch gezien, mijn middelen het best in, en op welke manier? Hierover heeft de heer Daems niet meteen een vooringenomen idee: verschuiving van het federale naar het regionale of lokale niveau? De heer Daems wijst erop dat het huidig hybride systeem paritair wordt beheerd: het gaat om een private organisatie gefinancierd met geld van de overheid. Hoe kan de overheid in dezen normerend optreden?

Il s'agit d'un système qui fonctionne suivant la logique de l'assurance mais qui n'est pas financé par elle, du moins en partie. Cela nous amène à la question essentielle: vu le sous-financement sur la base du principe de l'assurance, nous nous retrouvons, au final, dans le débat politique sur les transferts.

Cela nous ramène à l'interrogation de départ: tous les citoyens sont-ils égaux en termes de soins de santé et d'assurance maladie? Pour remédier à cette dichotomie du financement du système – dépenses fixes contre recettes non garanties – nous devrions peut-être examiner l'opportunité d'évoluer davantage dans la voie du système d'assurance. Un aspect important à cet égard est la distinction, dans la sécurité sociale, entre le volet «couverture des coûts» (entre autres, l'assurance maladie) et le volet «remplacement de revenus» (allocations de chômage, incapacité de travail, etc.). Selon M. Daems, c'est un aspect qui n'a pas été abordé lors de l'audition et qui, de manière générale, est rarement examiné. Selon lui, pour ce qui est du volet «couverture des coûts», il est clair, dans l'optique du ratio d'assurance, que lorsque la prime ne couvre pas le risque, la solidarité entre en jeu. Peut-on agir à ce niveau-là?

Mme Fonck s'adresse à l'ensemble des orateurs au sujet de la solidarité interpersonnelle. Partagent-ils l'idée qu'en matière de soins de santé, la solidarité doit être avant tout basée sur la solidarité interpersonnelle et non pas sur une solidarité entre différents niveaux de pouvoirs ou entre gouvernements?

Pour l'intervenante, il faut partir des réalités du terrain pour répondre aux grands défis des soins de santé et aux besoins de chaque patient, pour améliorer la qualité des soins de santé et l'accessibilité de ceux-ci, autant d'enjeux et de défis qu'il convient de relever.

Dans sa note, M. Dewolf met en exergue les disparités entre les Régions. Il a illustré ce propos dans sa présentation par le biais de différents indicateurs qu'il a choisis, tels que les chiffres relatifs au diabète en Flandre par rapport à la situation à Bruxelles et en Wallonie. Or, Mme Fonck estime que le choix des indicateurs n'est pas anodin et que d'autres indicateurs refléteraient des réalités différentes. Si l'on considère la prévalence du diabète, non plus par Région, mais bien par province ou même par commune, on obtient une réalité géographique tout autre.

Het gaat over een systeem dat functioneert volgens de logica van een verzekering maar er, voor een deel toch, niet door gefinancierd wordt. Wat ons tot de essentie brengt: gegeven de onderfinanciering op basis van het verzekeringsprincipe belanden we, uiteindelijk, in het politieke debat rond de transfers.

Dat leidt ons opnieuw naar de basisvraag: is iedereen gelijk voor de ziekteverzekering en de gezondheidszorg? Om de dichotomie van de financiering van het systeem – vaste uitgaven vs. niet-gegarandeerde inkomsten – te verhelpen, kunnen we ons de vraag stellen of we meer richting verzekeringssysteem moeten evolueren of niet. Belangrijk aspect hierbij is het onderscheid, in de sociale zekerheid, tussen het kostendekkend (ondermeer de ziekteverzekering) en inkomensvervangend (werkloosheidsvergoedingen, arbeidsongeschiktheid, enz.) luik. Volgens de heer Daems kwam dit aspect tijdens de hoorzitting niet aan bod en wordt het in het algemeen zelden aanschouwd. Wat het kostendekkende gedeelte betreft, is het volgens spreker, in de optiek van de verzekeringsratio, een vaststaand feit dat in de gevallen waar de premie het risico niet dekt, solidariteit aan zet is. Kan er op dat niveau gesleuteld worden?

Mevrouw Fonck richt zich tot alle sprekers in verband met de interpersoonlijke solidariteit. Delen zij het idee dat inzake gezondheidszorg de solidariteit vooral op interpersoonlijke solidariteit gebaseerd moet zijn, en niet op solidariteit tussen diverse beleidsniveaus of tussen regeringen?

Spreekster vindt dat men moet vertrekken van de realiteit om een antwoord te bieden op de grote uitdagingen in de gezondheidszorg en op de behoeften van elke patiënt, om de kwaliteit van de gezondheidszorg en de toegankelijkheid ervan te verbeteren. Het zijn allemaal belangrijke problemen waar men een antwoord op moet geven.

De heer Dewolf wijst in zijn nota op de verschillen tussen de Gewesten. Hij illustreerde de stelling in zijn uiteenzetting met verscheidene kencijfers die hij gekozen heeft, bijvoorbeeld de diabetescijfers in Vlaanderen in vergelijking met de toestand in Brussel en Wallonië. Mevrouw Fonck meent dat de keuze van de kencijfers niet onschuldig is en dat andere kencijfers een andere realiteit zouden weergeven. Als men de diabetesprevalentie niet per Gewest, maar per provincie of zelfs per gemeente bekijkt, dan krijgt men een volstrekt andere geografische realiteit.

Toujours selon cette note, la consommation d'antibiotiques est plus importante en Wallonie. Mais on peut objecter que la consommation de médicaments contre la démence est plus importante en Flandre qu'en Wallonie ou à Bruxelles. Les indicateurs relatifs à la consommation de rélatine montrent également une consommation plus importante en Flandre que dans les autres Régions. Il en va de même pour les soins de santé à domicile.

La membre pourrait multiplier les exemples. Toutefois, elle estime que l'exercice n'a aucun intérêt si ces exemples sont utilisés pour démontrer qu'une Région fait mieux que l'autre, puisqu'on peut facilement démontrer l'inverse avec d'autres indicateurs. Plutôt qu'utiliser une «*evidence based practice*» pour affirmer qu'une Région se débrouille mieux que l'autre, il est plus important de se fixer des objectifs communs pour la population dans son ensemble afin de diminuer au maximum la prévalence et l'incidence du diabète, de diminuer la consommation d'antibiotiques lorsqu'ils ne sont pas utilisés à bon escient, etc.

Par ailleurs, certains orateurs ont évoqué et insisté – parfois de manière très différente – sur l'importance d'articuler la première ligne et la seconde ainsi que le préventif et le curatif. En effet, le préventif permet de réduire les coûts liés au curatif et à la consommation de soins de santé. À ce sujet, Mme Fonck ne partage pas du tout l'opinion de M. Dewolf qui plaide pour une régionalisation de cette matière.

Selon elle, rien ne prouve qu'un modèle regroupant au niveau des Régions la première et la seconde ligne, le préventif et le curatif, permettra d'améliorer demain pour les patients l'efficacité, la qualité et l'accessibilité des soins de santé.

À cet égard, elle interpelle les différents orateurs sur certaines difficultés qui n'ont été pas évoquées dans le cas d'une éventuelle régionalisation en la matière.

Une régionalisation accrue ne risque-t-elle pas d'avoir un impact significatif sur la libre circulation des patients dans le pays?

En effet, de nombreux Flamands et Wallons viennent se faire soigner à Bruxelles, notamment dans des hôpitaux universitaires. En outre, des citoyens, habitant à proximité de la frontière linguistique, peuvent également avoir besoin de soins dans une autre Région que la leur. La libre circulation des patients pourrait se retrouver

Eveneens volgens die nota is het antibioticagebruik groter in Wallonië. Maar men kan opwerpen dat het gebruik van geneesmiddelen tegen dementie in Vlaanderen groter is dan in Wallonië of Brussel. De cijfers voor het rilatinegebruik geven eveneens een groter verbruik in Vlaanderen dan in de andere Gewesten weer. Hetzelfde geldt voor de thuiszorg.

Het lid kan nog veel voorbeelden geven. Ze meent echter dat de oefening zinloos is als die voorbeelden aangewend worden om te bewijzen dat het ene Gewest het beter doet dan het andere, aangezien men makkelijk het omgekeerde kan aantonen met andere kencijfers. Veeleer dan *evidence based practice* te gebruiken om te bewijzen dat het ene Gewest zich beter uit de slag trekt dan het andere, is het belangrijk om gemeenschappelijke doelstellingen vast te leggen voor de bevolking in haar geheel om de prevalentie en de gevolgen van diabetes tot een minimum te herleiden, het onjuiste gebruik van antibiotica te verminderen, enz.

Tevens hebben enkele sprekers er – soms op heel verschillende wijze – met nadruk op gewezen dat het belangrijk is de eerste en de tweede lijn op elkaar af te stemmen, alsook de preventieve en de curatieve geneeskunde. Dankzij de preventie kan men immers de kosten van de curatieve geneeskunde en van het gebruik van gezondheidszorg verminderen. Mevrouw Fonck is het wat dat betreft volstrekt oneens met de heer Dewolf, die voor een defederalisering van die aangelegenheid pleit.

Volgens haar bewijst niets dat een model dat de eerste en de tweede lijn, de preventieve en de curatieve geneeskunde, op het niveau van de Gewesten verenigt in de toekomst de efficiëntie, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de zorgbehoevenden kan verbeteren.

Ze vraagt sprekers om opheldering over bepaalde problemen bij een eventuele defederalisering van de zorg die niet vermeld zijn.

Dreigt meer defederalisering geen significante impact te hebben op het vrije verkeer van de patiënten in het land?

Heel wat Vlamingen en Walen laten zich immers in Brussel verzorgen, onder andere in de universitaire ziekenhuizen. Tevens kunnen ook burgers die dicht bij de taalgrens wonen, zorg nodig hebben in een ander Gewest dan het hunne. Het vrije verkeer van patiënten zou bemmerd kunnen worden, evenals de vrije keuze van

entravée de même que le libre choix des patients pour leurs soins. Il s'agit là de deux principes très importants à ses yeux. Qu'en pensent les experts?

Régionaliser le volet curatif engendrerait des difficultés supplémentaires pour les patients, des problèmes en matière de remboursements et une complication des démarches administratives liées à ces soins.

Une régionalisation accrue des soins de santé entraînerait également des difficultés pour les prestataires de soins, avec la multiplication d'administrations et de règles différentes pour des patients habitant des Régions différentes. Cela vaut tant pour les hôpitaux que pour les prestataires extrahospitaliers. Les experts ont-ils correctement examiné toutes ces difficultés?

Une régionalisation accrue risquerait aussi de nuire à l'efficacité. S'il n'y avait pas eu de réforme de l'État préalable, on aurait perdu beaucoup moins de temps dans la gestion de la crise de la Covid-19. Un commandement unique, une structure unique au niveau fédéral aurait permis d'être plus réactif et plus efficace.

Ceci ne concerne pas uniquement la gestion de la pandémie. Pour de nombreuses pathologies, pouvoir appréhender les soins dans leur globalité, à un même niveau de pouvoir, serait plus efficace. Régionaliser implique des accords de coopération, dont la conclusion et l'application sont chronophages.

Une régionalisation entraînera également une augmentation des coûts liés, notamment, à la multiplication des administrations, des programmes informatiques et des méthodes d'encodage de données qui seront parfois différentes d'une Région à l'autre.

Les experts ont-ils pu analyser et chiffrer le coût d'une régionalisation accrue? En concluent-ils aussi que cela engendrera une augmentation des coûts globaux au niveau de l'organisation des soins et de la gestion des administrations?

En tant que Bruxellois, M. De Brabandere s'adresse avant tout à Mme Dekens, mais aussi aux autres experts.

L'intervenant déduit de la note de Mme Dekens qu'une série de problèmes découlent, d'une part, de l'absence de paquets de compétences homogènes et, d'autre part, de l'insuffisance voire de l'absence de coopération entre les niveaux où ces compétences sont exercées. Mme Dekens a souligné que la mise en œuvre de la sixième réforme

de patients pour hun zorg. Dat zijn in haar ogen twee belangrijke principes. Wat denken de experts daarvan?

Het curatieve aspect defederaliseren veroorzaakt nog meer problemen voor de zorgbehoevenden, problemen op het gebied van terugbetaling en verwickelingen op het gebied van de administratieve stappen in verband met die zorg.

De gezondheidszorg nog meer defederaliseren veroorzaakt ook problemen voor de zorgverstrekkers, met meer administraties en andere regels voor patiënten die in verschillende Gewesten wonen. Dat geldt zowel voor de ziekenhuizen als voor de zorgverstrekkers buiten de ziekenhuizen. Hebben de deskundigen al die problemen correct onderzocht?

Meer defederalisering dreigt ook schadelijk te zijn voor de doeltreffendheid. Zonder de voorafgaande Staatshervorming hadden we minder tijd verloren bij het beheer van de COVID-19-crisis. Met eenheid van bevel, met een enkele structuur op federaal niveau, hadden we reactiever en doeltreffender kunnen zijn.

Dat geldt niet alleen voor het beheer van de pandemie. Het zou voor heel wat pathologieën efficiënter zijn als de zorg in zijn globaliteit op hetzelfde beleidsniveau was georganiseerd. Defederaliseren impliceert samenwerkingsakkoorden en het is tijdrovend om die te sluiten en toe te passen.

Een defederalisering zal ook een kostenverhoging met zich brengen, onder andere als gevolg van de toename van de administraties, computerprogramma's en methoden voor het ingeven van data, die soms van Gewest tot Gewest verschillen.

Konden de deskundigen de kostprijs van meer defederalisering analyseren en berekenen? Concluderen ze daar ook uit dat dit meer globale kosten zal veroorzaken voor het organiseren van de zorg en het managen van de administraties?

De heer De Brabandere richt zich als Brusselaar eerst tot mevrouw Dekens, maar tegelijk ook tot de andere experts.

Spreker leidt uit de nota's van mevrouw Dekens af, dat er problemen rijzen, enerzijds vanwege van het gebrek aan homogene bevoegdheidspakketten, en anderzijds door geen of onvoldoende samenwerking tussen de versnipperde niveaus. Mevrouw Dekens gaf aan dat de implementatie van de zesde Staatshervorming nog

de l'État était encore en cours. M. De Brabandere se demande dès lors s'il s'agit d'un phénomène typiquement bruxellois ou d'un constat qui vaut aussi pour les autres entités. Est-ce la conséquence directe de la manière dont le transfert de compétences a été organisé?

M. De Brabandere a également une question concernant la gestion paritaire du système bruxellois. Comment se déroule à cet égard le processus décisionnel au sein de la Commission communautaire commune (Cocom)? Existe-t-il des tensions communautaires qui ralentissent voire entravent la prise de décisions?

Par ailleurs, l'intervenant relève que Mme Dekens se montre réservée quant à la mise en œuvre d'une politique à plusieurs vitesses en raison de la pluralité d'acteurs sur le terrain. L'intervenant se demande si cela pose vraiment problème, étant donné que le patient a de toute façon le dernier mot.

M. De Brabandere croit comprendre que Mme Dekens considère la Cocom comme la seule entité *ad hoc* pour organiser les soins de santé au sein de la Région de Bruxelles-Capitale, ce qui constitue à ses yeux une prise de position politique. En même temps, Mme Dekens souligne l'existence de problèmes en matière de personnel et de budget. L'intervenant se demande si ces problèmes ne découlent pas en majeure partie du fait que soit la Cocom soit la Région de Bruxelles-Capitale n'a en réalité pas la taille nécessaire et les moyens suffisants pour gérer efficacement et adéquatement cette matière complexe et pourtant si importante.

Enfin, l'intervenant rejoint M. Anciaux quant au fait que Mme Dekens n'évoque guère voire pas la problématique linguistique que personne, selon l'intervenant, n'ignore pourtant à Bruxelles: un appel d'urgence en néerlandais est, par exemple, traité moins rapidement qu'un appel dans une autre langue, ce qui a des conséquences non seulement pour les Bruxellois néerlandophones, mais aussi pour la périphérie flamande. Il est donc clair que la Cocom ne parvient pas à garantir structurellement un service bilingue de qualité. Cela conforte M. De Brabandere dans sa conviction qu'il est indispensable que la Communauté flamande conserve une présence pleine et entière à Bruxelles. La possibilité de bénéficier de soins de santé dans sa propre langue est et reste un droit humain.

Mme Groothedde souligne que son parti comme son groupe sont favorables à la meilleure politique de santé et de bien-être qui soit pour chaque citoyen(ne). À cet égard, il importe de mettre la personne au centre et de

volop bezig is. De heer De Brabandere vraagt zich daarom af of dit een typisch Brussels fenomeen is, of dat hetzelfde zich afspeelt bij de andere entiteiten? Is dit het onmiddellijke gevolg van de manier waarop de bevoegdheidsoverdracht werd georganiseerd?

De heer De Brabandere heeft voorts een vraag bij het paritaire beheer van het Brussels systeem. Hoe loopt de besluitvorming op dat vlak binnen de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC)? Zijn er communautaire spanningen die tot besluiteloosheid of vertragingen leiden?

Voorts leidt het lid uit de nota van mevrouw Dekens af dat ze bedenkingen heeft bij een beleid dat op verschillende snelheden draait vanwege van de aanwezigheid van verschillende actoren op het terrein. Spreker vraagt zich af of dit op zich eigenlijk een probleem vormt, want de patient heeft toch uiteindelijk het laatste woord.

De heer De Brabandere meent te begrijpen dat mevrouw Dekens de GGC beschouwt als de enige juiste entiteit om de gezondheidszorg in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te organiseren – wat de senator catalogeert als een duidelijke politieke stellingname. Tegelijkertijd geeft mevrouw Dekens aan dat er problemen zijn inzake personeel en budget. Hierbij stelt de heer De Brabandere zich de vraag of deze vooral niet het gevolg zouden kunnen zijn van het feit dat hetzij de GGC, hetzij het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, in feite niet over voldoende schaalgrootte en middelen beschikt om deze complexe en toch wel heel belangrijke materie efficient en volwaardig te behartigen?

Ten slotte sluit spreker zich aan bij de heer Anciaux: mevrouw Dekens zegt weinig of zelfs niets over de taalproblematiek, terwijl, volgens spreker, iedereen in Brussel de problemen kent: een noodoproep bijvoorbeeld wordt in alle talen sneller behandeld dan in het Nederlands: dat heeft niet enkel gevolgen voor de Nederlandstalige Brusselaars maar zeker ook voor de Vlaamse Rand. Het is dan ook duidelijk dat de GGC er op geen enkele manier in slaagt om structureel een behoorlijke tweetalige dienstverlening te garanderen. Dat staat de overtuiging van de heer De Brabandere dat het absoluut noodzakelijk is dat de Vlaamse gemeenschap ten volle en volwaardig aanwezig blijft in Brussel. Een gezondheidszorg in eigen taal is en blijft een mensenrecht.

Mevrouw Groothedde stelt dat haar partij en haar fractie het best mogelijke gezondheids- en welzijnsbeleid voorstaan voor elke mens, met als uitgangspunt de persoon en de situatie waarin deze persoon zich bevindt: in ons

prendre en compte sa situation au sein de notre pays, des Communautés, des Régions et des communautés locales.

Dans son exposé, M. Dewolf a utilisé un certain nombre de concepts qui ne sont pas aisément conciliables selon l'intervenante, à savoir la responsabilisation des Régions, d'une part, et une approche axée sur la personne, d'autre part. Dans cette approche, est-ce la personne ou la Région qui est au centre?

Tout le monde au Parlement flamand connaît le concept d'incitant financier en matière de politique de prévention. Mme Groothedde a toujours trouvé passablement cynique l'affirmation selon laquelle les actions préventives de l'autorité flamande ne bénéficient pas au niveau flamand, mais bien au fédéral. En effet, les pouvoirs publics ne sont pas appelés à faire seulement de la comptabilité, mais ont aussi et surtout une responsabilité politique envers chaque citoyen(ne).

Par suite de la défédéralisation de la politique de prévention, les paquets de compétences dans le domaine de la santé et du bien-être ne sont pas homogènes; or, le but est de définir des paquets de compétences homogènes. Deux voies sont évidemment envisageables pour parvenir à cet objectif: on peut soit laisser la politique de prévention aux Communautés ou aux Régions, soit la refédéraliser, ce qui est la piste évoquée par M. Collin.

Devons-nous intégrer la pauvreté comme facteur de pondération dans les mécanismes de responsabilisation relatifs à la politique de prévention? Cette question implique d'emblée le choix d'une solidarité interrégionale plutôt que d'une solidarité interpersonnelle. Mme Groothedde a compris que M. Dewolf n'était pas favorable à la prise en compte de la pauvreté, car cela n'inciterait pas les Régions à mener une politique efficace de lutte contre la pauvreté.

Par contre, M. Collin a souligné une forte sous-consommation de soins à Bruxelles, comme cela ressort également de différents autres rapports. Cette sous-consommation concerne essentiellement les personnes les plus pauvres, non seulement à Bruxelles, mais aussi dans d'autres régions et, à vrai dire, dans l'ensemble du pays. Les personnes les moins favorisées sur le plan socio-économique sont également plus susceptibles d'être laissées pour compte en matière de soins de santé et de bien-être.

La professeure Bea Cantillon a souligné qu'en la matière, une solidarité interrégionale est souvent considérée comme une forme de solidarité plus efficace, mais que les facteurs pertinents, tels que la pauvreté, ne sont pas

land, in de Gemeenschappen, in de Gewesten, en in de lokale gemeenschappen.

In zijn uiteenzetting heeft de heer Dewolf een aantal begrippen gehanteerd die naar het gevoel van mevrouw Groothedde op gespannen voet staan met elkaar: de responsabilisering van de regio's en de persoonsgerichte aanpak. Stelt men dan de mens of het Gewest centraal?

Iedereen in het Vlaams Parlement is welbekend met het concept van de financiële prikkel die zou moeten uitgaan naar het preventiebeleid. De stelling dat de preventieve acties van de Vlaamse overheid niet het Vlaamse niveau ten goede komen, maar het federale, heeft mevrouw Groothedde altijd nogal cynisch gevonden. Naast een boekhoudersverantwoordelijkheid heeft de overheid immers vooral een beleidsverantwoordelijkheid ten opzichte van elke burger.

Door de defederalisering van het preventiebeleid zijn de bevoegdheidspakketten voor gezondheid en welzijn niet homogeen, en het is de bedoeling om tot homogene bevoegdheidspakketten te komen. Dit kan natuurlijk in twee richtingen gebeuren: door het preventiebeleid bij de Gemeenschappen of de Gewesten te laten, of door het opnieuw toe te wijzen aan het federale niveau, wat de piste is die de heer Collin heeft aangehaald.

Moeten we in de responsabiliseringsmechanismen voor het preventiebeleid armoede als wegingsfactor meenemen? Deze vraag houdt meteen al een keuze in voor interregionale solidariteit in plaats van interpersoonlijke solidariteit. Mevrouw Groothedde heeft begrepen dat de heer Dewolf armoede niet in rekening wil laten brengen, omdat de Gewesten anders geen aanmoediging zouden ondervinden voor een effectief armoedebeleid.

Daar staat tegenover dat de heer Collin gewezen heeft op de sterke onderconsumptie van zorg in Brussel, wat ook blijkt uit verschillende andere rapporten. Niet alleen in Brussel, maar ook in andere gebieden, en eigenlijk in het hele land, treft deze onderconsumptie vooral de armste mensen. Degenen die het sociaal-economisch gezien het moeilijkst hebben, staan ook wat zorg en welzijn betreft wat meer in de kou.

Prof. Dr. Bea Cantillon zegt hierover dat interregionale solidariteit vaak beschouwd wordt als een effectievere vorm van solidariteit, maar in de praktijk worden de relevante factoren, waaronder armoede, niet meegenomen in

pris en compte dans la pratique. Mme Dekens a d'ailleurs évoqué une série de facteurs qui ont une influence sur les disparités entre les Régions en matière de santé et de bien-être.

Mme Groothedde se demande s'il est possible de parvenir à une homogénéisation des paquets de compétences dans ce domaine.

Nous devons composer avec de nombreuses limitations imposées par l'échelon international et l'UE. Les domaines de compétences sont par ailleurs enchevêtrés. La politique des soins de santé et du bien-être est par exemple étroitement liée, entre autres, à la question de la participation sur le marché du travail.

Mme Bea Cantillon a souligné qu'il est de ce fait impossible d'organiser un bon système de solidarité interrégionale et que la solidarité interpersonnelle est le seul choix possible.

Mme Groothedde souhaite poser les questions suivantes à tous les experts:

- Comment pouvons-nous faire en sorte que chaque citoyen(ne) ait accès à des prestations de qualité dans le domaine des soins de santé et du bien-être, en veillant à ce que ces prestations soient non seulement disponibles mais aussi accessibles pour chacun et chacune?
- Doit-on adopter pour ce faire une approche interrégionale ou interpersonnelle?

Mme Groothedde se réfère ensuite aux propos selon lesquels les soins doivent se rapprocher le plus possible des patients et donc être organisés territorialement. On peut y opposer le fait que les gens se déplacent pour accéder aux soins, comme le montrent d'autres notes. Dans notre pays en particulier, où l'on observe une forte mobilité pendulaire, les personnes se rendent souvent aussi dans la capitale pour recevoir des soins et des services de bien-être. Comme l'a dit et écrit Mme Dekens, les soins et le bien-être ne connaissent pas de frontières.

En tant que Bruxelloise, Mme Groothedde voudrait aussi aborder une série de carences concernant la répartition des moyens, que Mme Dekens a exposées dans sa note.

Ces carences portent, tout d'abord, sur la quantité de personnel attribuée à Bruxelles et sur ses compétences, ainsi que sur la perte d'expertise. Ce problème ne concerne naturellement pas que Bruxelles, la pandémie de Covid-19 l'a cruellement démontré.

de weging. Mevrouw Dekens heeft trouwens ook op een aantal factoren gewezen die het verschil in gezondheid en welzijn tussen de Gewesten beïnvloeden.

Mevrouw Groothedde vraagt zich af of het wel mogelijk is om op dit gebied tot een homogenisering van de bevoegdheidspakketten te komen.

Er zijn de vele beperkingen die ons internationaal en vanuit de EU worden opgelegd. De bevoegdheidsdomeinen zijn ook met elkaar vervlochten; niet alleen het zorg- en welzijnsbeleid beïnvloeden elkaar, maar bijvoorbeeld ook de arbeidsmarktparticipatie.

Prof. Dr. Bea Cantillon stelt dat het daarom onmogelijk is om een correct systeem van interregionale solidariteit te organiseren, en dat interpersoonlijke solidariteit de enige mogelijke keuze vormt.

Mevrouw Groothedde wil aan alle sprekers vragen wat hun standpunt hierover is:

- Op welke manier kunnen we ervoor zorgen dat elke burger toegang heeft tot gezondheids- en welzijnszorg, in de zin dat de zorg niet enkel ter beschikking staat maar ook binnen handbereik ligt van iedereen?
- Moet dat dan interregionaal of interpersoonlijk gebeuren?

Mevrouw Groothedde gaat ook verder in op de uitspraak dat zorg zo dicht mogelijk bij de mensen moet staan en daarom plaatsgebonden moet georganiseerd worden. Daar valt tegenin te brengen, zoals ook uit andere nota's blijkt, dat mensen mobiel zijn in hun zoektocht naar zorg. Zeker in ons land, dat een sterke pendelmobiliteit kent, zullen mensen vaak hun zorg en welzijn ook gaan zoeken in de hoofdstad. Zorg en welzijn kennen geen grenzen, zoals mevrouw Dekens terecht zei en schreef.

Als Brusselaar wil mevrouw Groothedde ook ingaan op een aantal tekortkomingen in de verdeling van de middelen die mevrouw Dekens in haar nota heeft geschetst.

Het gaat om tekorten in het aantal mensen die Brussel heeft toebedeeld gekregen en in hun competenties, en om verlies aan expertise. In de COVID-pandemie is op pijnlijke wijze gebleken dat dit probleem natuurlijk niet alleen Brussel treft.

L'intervenante indique qu'un système informatique a le même coût, qu'il s'adresse à 1,6 ou à 6 millions de personnes.

Mme Groothedde observe aussi qu'une série de problèmes ont été relevés par tous les orateurs. En revanche, ils ont peu parlé de la protection sociale flamande, à propos de laquelle le sénateur Daems vient de dire qu'elle ne reposait pas sur un système d'assurance facultative, mais bien sur un système d'affiliation obligatoire. La situation est différente pour les Bruxellois, qui peuvent choisir de s'affilier ou non. Une simple lettre leur est envoyée pour les en informer. Dans une Région où la mobilité est importante, où les gens déménagent souvent, où la pauvreté est très répandue et où une dépense de 50 euros pèse lourd sur le budget de nombreuses personnes, une affiliation obligatoire présente un grand intérêt pour la population.

Mme Groothedde indique que l'on prolonge des systèmes provisoires, ce qui, en fin de compte, ne profite pas aux Bruxellois, tout en entraînant une détérioration de l'offre de soins en langue néerlandaise, aussi bien celle proposée par les établissements bruxellois que celle fournie par la Communauté flamande. Mme Groothedde a le sentiment que la Communauté flamande organise ainsi une sorte d'anémie en matière de soins qui est profondément injuste.

En tant que Bruxelloise, Mme Groothedde attache évidemment aussi de l'importance à la question linguistique. Si elle emmène un enfant de trois ans à l'hôpital, elle juge essentiel qu'il puisse être rassuré dans sa langue. Il est important qu'une personne âgée atteinte de démence puisse recevoir des soins dans la langue qu'elle peut encore maîtriser. Les personnes qui souffrent de troubles mentaux doivent aussi être capables d'expliquer complètement, précisément et de manière nuancée la nature de leur problème.

Enfin, l'intervenante souligne que les pandémies constituent un problème qui ne cessera de croître, comme l'ont indiqué MM. Collin et Dewolf. La prévention est d'autant plus importante dans ce contexte et nous devons mieux nous préparer pour être prêts au moment où une pandémie se déclenchera, lorsqu'il s'agira d'intervenir rapidement et avec une unité de commandement.

Durant la première vague de Covid-19, nous avons assisté à une foire d'empoigne au sujet des compétences, qui a fait perdre du temps et des vies et qui a causé une souffrance immense. L'égo ne peut pas passer avant le contenu, mais ce fut pourtant le cas à certains moments.

Het gaat erom dat een IT-systeem niet minder kost als het voor 1,6 miljoen dan wel voor 6 miljoen mensen moet dienen.

Mevrouw Groothedde ziet ook dat een paar knelpunten door alle sprekers werden aangehaald. Wat echter weinig is aangehaald, is de Vlaamse sociale bescherming. Senator Daems zei daarnet dat dit niet gebaseerd is op een vrij verzekeringssysteem, maar wel op een verplicht aansluitingssysteem. Voor Brusselaars geldt dat echter niet: zij kunnen vrijwillig aansluiten. Daarvan worden zij alleen maar met een briefje verwittigd. In een Gewest met heel veel mobiliteit, waar mensen vaak verhuizen, waar grote armoede bestaat en waar voor heel veel mensen die 50 euro zeer zwaar weegt op hun budget, heeft de bevolking veel belang bij een verplichte aansluiting.

Mevrouw Groothedde noemt dit een voorlopig systeem van verlengingen, dat de Brusselaar uiteindelijk niet ten goede komt, en dat er ook voor zorgt dat het Nederlandstalige zorgaanbod verschaalt, zowel datgene dat door de Brusselse instellingen, als datgene dat door de Vlaamse Gemeenschap wordt aangeboden. Naar het gevoel van mevrouw Groothedde organiseert de Vlaamse Gemeenschap op die manier een soort zorganemie die zeer onrechtvaardig is.

Als Brusselaar hecht mevrouw Groothedde uiteraard ook belang aan de taalkwestie. Als zij met een kind van drie naar het ziekenhuis gaat, vindt zij het zeer belangrijk dat het kan gerustgesteld worden in de taal van dat kind. Het is belangrijk dat een dementerende oudere zorg kan krijgen in de taal die hem nog rest. Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen moeten volledig, specifiek en genuanceerd kunnen uitleggen wat hun probleem is.

Tot slot wijst spreekster erop dat pandemieën in de toekomst een alsmaar groter probleem zullen worden; zowel de heer Collin als de heer Dewolf hebben het daarover gehad. In het licht daarvan wint preventie nog aan belang, en moeten we beter voorbereid zijn wanneer de pandemie dan toch uitbreekt. In dat geval moet er snel en met eenheid van commando worden ingegrepen.

Tijdens de eerste COVID-golf heeft mevrouw Groothedde veel pijnlijk gesteggel gezien over bevoegdheden, waardoor er tijd en levens verloren zijn gegaan en er ontzettend veel leed is veroorzaakt. Ego mag niet voor inhoud gaan, maar zo is het af en toe wel gelopen.

L'intervenante souhaite dès lors poser les questions suivantes à Mme Dekens:

- Comment pourrait-on tenir compte de la mobilité en matière de soins et faire en sorte qu'elle demeure possible?
- Comment pourrait-on rendre la répartition de l'offre et des moyens beaucoup plus juste? Quelle serait la clé de répartition adéquate?
- En quoi consisterait une meilleure solution qui permettrait de mettre sur pied à Bruxelles une couverture similaire à celle de la protection sociale flamande?
- Outre les points évoqués par Mme Dekens dans sa note, y a-t-il d'autres domaines pour lesquels une homogénéisation de la politique de la santé est une évidence?
- Quelle est la vision des experts sur l'approche à adopter pour lutter contre les pandémies et la bonne répartition des compétences à cet effet?
- Comment pourrait-on satisfaire le besoin des personnes d'être soignées dans leur langue?

M. Loones a l'impression que les experts entendus, malgré leurs divergences d'opinions, sont d'accord sur trois points:

- les soins doivent se rapprocher le plus possible du patient;
- les soins doivent être fondés sur des faits, reposer sur la réalité et non sur une idéologie;
- la cohérence doit prévaloir lors de l'élaboration de règles répartitrices de compétences en matière de soins de santé. Un certain nombre de compétences doivent donc relever d'une seule entité, même si l'on peut discuter de l'identité de celle-ci.

Tels sont les critères que le modèle de répartition des compétences devrait remplir. Si d'autres critères doivent encore être pris en compte, M. Loones souhaiterait que les experts les décrivent.

L'intervenant a aussi trouvé intéressant que les experts n'aient quasiment pas abordé la pandémie de Covid-19. Dans son esprit, cette pandémie a entraîné une crise plutôt sécuritaire que sanitaire. Néanmoins, elle a pesé lourd sur le système de santé et a démontré l'incohérence

Het lid vraagt daarom aan mevrouw Dekens:

- Hoe kunnen we aan de zorgmobiliteit tegemoet komen, en ervoor zorgen dat die ook mogelijk blijft?
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat er een veel rechtvaardigere verdeling van aanbod en middelen tot stand komt? Wat zou een gepaste verdeelsleutel zijn?
- Wat zou een betere oplossing zijn om in Brussel een gelijkaardige ondersteuning als die van de Vlaamse sociale bescherming tot stand te brengen?
- Zijn er, behalve op de punten die ze aanhaalde in haar nota, nog andere gebieden waar een homogenisering van het gezondheidsbeleid voor de hand ligt?
- Wat is de visie van de experten op de aanpak van pandemieën en de gepaste bevoegdheidsverdeling hiervoor?
- Op welke manier kan er tegemoetgekomen worden aan de behoefte van mensen die zorg nodig hebben, om die zorg ook in hun eigen taal te kunnen krijgen?

De heer Loones heeft de indruk dat de experten die aan het woord kwamen, ondanks hun uiteenlopende standpunten, het toch eens zijn over een drietal elementen:

- zorg hoort zo dicht mogelijk bij de patiënt te staan;
- zorg moet *evidencebased* zijn, en vertrekken vanuit de realiteit, en niet vanuit een ideologisch systeem;
- bij het uitwerken van een bevoegdheidsregeling voor de zorg moet de coherentie voorop staan. Een aantal bevoegdheden moeten daarom op één hand komen, al is er discussie mogelijk over welke hand dat dan wel moet zijn.

Dat zijn de toetsstenen waaraan het model voor de bevoegdheidsverdeling zou moeten voldoen. Als er nog andere zijn, wil de heer Loones dat graag van de deskundigen horen.

Het lid vond het ook relevant dat de deskundigen bijna niets gezegd hebben over de COVID-pandemie. In zijn visie bracht de COVID-pandemie eerder een veiligheids-crisis met zich dan een gezondheids-crisis. Wel heeft de pandemie zwaar gewogen op het gezondheidssysteem, en

de celui-ci, par exemple en ce qui concerne la fracture entre les maisons de soins résidentiels et les hôpitaux. Il voudrait demander aux experts de rectifier sa vision des choses s'ils estiment qu'il se trompe.

De manière plus pragmatique, il demande aux experts comment ils organiseraient la répartition des compétences. Tout le monde se demande si les soins de santé sont ou doivent constituer une matière personnalisable ou une matière territoriale. Cela se traduit par un choix entre une compétence communautaire et une compétence régionale, ou, si l'on ne s'en sort pas, une compétence fédérale.

La question qui en découle est celle de savoir si l'on peut travailler sur la base de priorités. L'aspect territorial doit-il primer sur l'approche «groupes-cibles», ou est-ce l'inverse? Dans les discussions que M. Loones a eues avec le ministre de la Santé Frank Vandenbroucke, le ministre affirme clairement que l'aspect territorial prime sur l'aspect personnel. Les experts partagent-ils ce point de vue?

Ou bien les experts sont-ils d'avis qu'il n'est pas nécessaire d'établir une hiérarchie et que les deux éléments doivent être sur un pied d'égalité? Dans ce cas, Bruxelles serait un territoire partagé, appartenant à la fois à la Flandre et à la Wallonie. Et si l'on opte pour cette vision, pourrait-elle être mise en œuvre de manière plus logique et cohérente qu'elle ne l'est aujourd'hui?

Une question qui n'a pas encore été abordée est celle de la possibilité ou non de mettre en place une répartition asymétrique des compétences, où la Flandre conserverait par exemple le lien avec les Bruxellois néerlandophones, mais où, du côté francophone, on déciderait de distinguer clairement les services aux Bruxellois et les services aux Wallons. Complémentairement à cela, Iriscare pourrait, dans ce modèle, sous-traiter à l'administration flamande ou à l'administration wallonne, par adjudication, un certain nombre de tâches pour lesquelles elle n'atteint pas la masse critique nécessaire. Iriscare pourrait par exemple demander à l'administration flamande de (co) gérer le service d'étude.

M. Loones pense que lorsqu'on décentralise, on est toujours confronté au problème de la mobilité des patients et des soins. Il existe des accords à ce sujet au niveau européen. Les experts estiment-ils que ces accords offrent un cadre suffisant?

L'intervenant plaide, comme M. Van Rompuy, pour que l'on travaille selon une approche factuelle («*evidence based*»), à partir de la réalité du terrain. Tout le monde

heeft ze de incoherentie ervan aangetoond, bijvoorbeeld in de breuk tussen woonzorgcentra en ziekenhuizen. Als hij dat verkeerd ziet, zou hij de experts willen vragen dat te preciseren.

Meer pragmatisch vraagt hij aan de experts hoe ze de bevoegdheidsverdeling zouden regelen. Iedereen worstelt met de vraag of gezondheidszorg nu een persoonsgebonden dan wel een grondgebonden materie is dan wel moet zijn. Dat vertaalt zich in een keuze tussen gemeenschapsbevoegdheid of gewestbevoegdheid, of, als men daar niet aan uitraakt, een federale bevoegdheid.

Daaruit volgt de vraag of er met prioriteiten kan gewerkt worden. Moet het territoriale aspect primeren op het doelgroepenbeleid, of andersom? In discussies die de heer Loones heeft gehad met de minister van Volksgezondheid, Frank Vandenbroucke, stelt de minister duidelijk dat het territoriale aspect primeert op het persoonlijke. Delen de deskundigen deze visie?

Of zijn de deskundigen van mening dat er geen rangorde hoeft te worden opgesteld, en dat beide elementen op gelijke voet moeten staan? In dat geval is Brussel een gedeeld territorium, dat zowel van Vlaanderen als van Wallonië is. En als daarvoor gekozen wordt, kan die keuze dan logischer en consequenter worden doorgetrokken dan vandaag het geval is?

Een thema dat nog niet aan bod is gekomen, is de mogelijkheid om een asymmetrische bevoegdheidsverdeling op te zetten, waarbij Vlaanderen bijvoorbeeld de verbinding met de Nederlandstalige Brusselaars behoudt, maar de Franstaligen een splitsing doorvoeren in de dienstverlening aan de Brusselaars en de dienstverlening aan de Walen. Aanvullend zou Iriscare in dit model een aantal taken waarvoor zij kritische massa mist, kunnen uitbesteden aan de Vlaamse en of de Waalse administratie, op basis van een aanbesteding. Zo zou Iriscare bijvoorbeeld aan de Vlaamse administratie kunnen vragen om de studiedienst (mee) waar te nemen.

Wanneer je decentraliseert zal je volgens de heer Loones steeds geconfronteerd worden met patiënten- en zorgmobiliteit. Daar zijn op Europees niveau afspraken over. Bieden die volgens de experts een voldoende kader?

Spreker sluit zich aan bij de vraag van de heer Van Rompuy om *evidence-based* te werken, vanuit de realiteit op het terrein. Iedereen heeft recht op kwalitatieve

a droit à un service de qualité, mais la question est de savoir quel est le service le plus approprié.

De nombreuses études et statistiques indiquent ou semblent indiquer que les soins aux patients se concrétisent différemment selon la Région du pays et que les attentes en matière de prestation de soins varient également d'une Région à l'autre. Les experts estiment-ils qu'il y a effectivement des besoins différents? Pourraient-ils donner des exemples?

Mme Dekens a expliqué en détail le financement, les modifications de statut du personnel et la planification organisationnelle qui ont été nécessaires pour procéder au transfert d'une série de compétences en matière de soins de santé. La commission devrait organiser une audition sur la question spécifique suivante: quels sont les étapes et les angles d'approche pour rendre opérationnel un transfert de compétences et pour fixer les budgets, les effectifs, etc., de manière équitable?

Les orateurs peuvent-ils fournir des informations écrites à ce sujet? Quelle est la situation financière de leur organisation, ont-ils l'impression d'avoir reçu une part équitable, que suggèrent-ils pour traiter cette question de manière pratique?

Comment pourrait-on envisager cette libre circulation? Et comment faire s'il n'y a pas d'accord sur un éventuel accord de coopération?

Une régionalisation des soins de santé reviendrait à créer une offre de soins différente dans chaque Région et *de facto* entraverait cette liberté de circulation.

MM. Collin et Dewolf ont tous deux évoqué de manière différente la responsabilisation des entités fédérées. Le postulat de M. Dewolf est que la régionalisation responsabilisera les entités, alors que pour M. Collin, maintenir des compétences au niveau fédéral n'empêchera pas de placer la responsabilisation au cœur de la gestion des soins de santé au niveau régional.

La sixième réforme de l'État a transféré un grand nombre de compétences aux Régions en matière de soins de santé. Elle constate que pour certaines entités, le travail d'intégration de ces compétences n'est pas encore complètement terminé, ce qui semble pourtant être déjà le cas en Flandre, selon M. Dewolf.

Cette réforme de l'État a-t-elle permis d'atteindre l'objectif recherché, soit une amélioration de la situation? En cas de décentralisation complète des soins de santé,

dienstverlening, maar de vraag is wat de meest gepaste dienstverlening is.

Heel wat onderzoeken en statistieken geven aan, of lijken toch aan te geven, dat in de verschillende delen van dit land patiëntenzorg op een andere manier geconcretiseerd wordt, en dat er andere verwachtingen heersen over de dienstverlening. Menen de deskundigen dat dit terecht is of niet? Zijn er verschillende noden? Kunnen zij dit met voorbeelden illustreren?

Mevrouw Dekens is in detail ingegaan op de financiering, de wijzigingen in het personeelsstatuut en de organisatieplanning die nodig waren om de overdracht van een aantal zorgbevoegdheden te realiseren. De commissie zou een hoorzitting moeten organiseren over dit specifieke thema: wat zijn de stappen en invalshoeken om een bevoegdheidsoverdracht te operationaliseren en op een eerlijke manier budgetten te bepalen, personeel toe te wijzen, enz.?

Kunnen de sprekers schriftelijke informatie hierover bezorgen? Hoe staat hun organisatie ervoor, hebben ze het gevoel dat ze eerlijk bedeed zijn geweest, welke suggesties hebben ze om dit praktisch aan te pakken?

Hoe kunnen we dat vrije verkeer opvatten? En hoe gaan we te werk als er geen overeenstemming is over een eventueel samenwerkingsakkoord?

Een defederalisering van de gezondheidszorg komt erop neer dat men in elk Gewest een verschillend zorgaanbod schept en dat belemmert *de facto* dat vrije verkeer.

De heren Collin et Dewolf hadden het beiden, op verschillende wijze, over het verantwoordelijk maken van de deelstaten. De stelling van de heer Dewolf is dat de defederalisering de deelstaten verantwoordelijk zal maken, terwijl volgens de heer Collin het handhaven van de bevoegdheden op het federale niveau niet zal beletten dat de verantwoordelijkheid centraal zal staan in het beheer van de gezondheidszorg op het gewestelijk niveau.

De zesde Staatshervorming droeg een groot aantal bevoegdheden inzake gezondheidszorg over aan de Gewesten. Ze stelt vast dat voor sommige deelstaten de integratie van die bevoegdheden nog niet volledig achter de rug is, wat volgens de heer Dewolf voor Vlaanderen wel al het geval is.

Heeft men dankzij die Staatshervorming de doelstelling bereikt, namelijk een verbetering van de toestand? Hoe kan men bij volledige decentralisering van de

comment garantir la libre circulation des patients et des praticiens? Est-il possible de rendre cette circulation plus efficace?

À Bruxelles, combien de temps faudra-t-il pour terminer la mise en œuvre des réformes précédentes? La Région bruxelloise a-t-elle la capacité d'intégrer une nouvelle réforme et dans quel délai?

Comment peut-on réduire la complexité de la gestion des soins de santé à Bruxelles?

Enfin, Mme Goffinet pose trois questions à Mme Lannoy. Quelles leçons peut-on tirer de la sixième réforme de l'État? Une tutelle de l'État fédéral, pour assurer la cohérence des politiques, serait-elle une option envisageable? Dans le cadre de l'autonomisation des Régions, à quoi faudrait-il être attentif pour garantir la liberté de circulation et le droit à la santé?

M. Van Goidsenhoven partage l'opinion de Mme Dekens au sujet de la nécessité d'une réforme interne due à la complexité de la situation bruxelloise, et ce afin d'éviter une politique de soins de santé à deux vitesses. L'experte pourrait-elle donner davantage de précisions sur la nature de cette réforme interne?

Il revient ensuite sur les propos de Mme Lannoy qui insistait sur l'importance de transférer des blocs complets de compétences au lieu d'opérer des transferts partiels.

Mme Lannoy pourrait-elle préciser l'ampleur des coûts relatifs aux échanges de données qu'ont engendrés les transferts partiels de compétences?

Mme Rohonyi remercie les orateurs pour leurs exposés et revient sur les points de la présentation qui sont au cœur de la réflexion – à savoir la nécessité d'avoir des soins de santé réellement efficaces, une répartition des compétences cohérente, une solidarité entre Régions et l'importance de garantir l'égalité entre les patients tout en étant plus proche des citoyens.

Or, au regard des divergences d'opinions qui se sont manifestées au cours des auditions, on constate que ces réflexions auront du mal à aboutir à un consensus.

M. Dewolf plaidait pour plus d'investissements dans la prévention, assortis d'incitants financiers pour les entités fédérées. *A contrario*, M. Collin, quant à lui, a plaidé pour le maintien de la sécurité sociale au niveau fédéral, et ce afin de garantir que le patient paie le même montant pour une même prestation quel que soit l'endroit où il

gezondheidszorg het vrije verkeer van patiënten en zorgbeoefenaars verzekeren? Is het mogelijk dat vrije verkeer efficiënter te maken?

Hoeveel tijd heeft Brussel nog nodig om de tenuitvoerlegging van de vorige hervormingen te beëindigen? Is het Brussels Gewest in staat een nieuwe hervorming verwerken? Binnen welke termijn?

Hoe kan men het beheer van de gezondheidszorg in Brussel minder complex maken?

Tot slot stelt mevrouw Goffinet drie vragen aan mevrouw Lannoy. Welke lessen kan men trekken uit de zesde Staatshervorming? Kan het toezicht van de Federale Staat om de coherentie van het beleid te verzekeren, een mogelijke optie zijn? Waarop moet men bij de verzelfstandiging van de Gewesten letten om het vrije verkeer en het recht op gezondheid te waarborgen?

De heer Van Goidsenhoven deelt de mening van mevrouw Dekens dat wegens de complexe Brusselse situatie een interne hervorming nodig is en wel om een gezondheidszorgbeleid met twee snelheden te voorkomen. Kan de deskundige nadere informatie geven over de aard van die interne hervorming?

Vervolgens komt hij terug op de woorden van mevrouw Lannoy, die benadrukte hoe belangrijk het is dat men homogene bevoegdheden overdraagt, in plaats van partiële bevoegdheden.

Kan mevrouw Lannoy preciseren wat de omvang van de kosten voor gegevensuitwisseling was als gevolg van de partiële gegevensoverdrachten?

Mevrouw Rohonyi dankt de sprekers voor hun uiteenzettingen en komt terug op de punten die centraal staan in het debat – namelijk de nood aan een werkelijk doeltreffende gezondheidszorg, een coherente verdeling van de bevoegdheden, solidariteit tussen de Gewesten en het belang van een gelijke behandeling van patiënten waarbij men ook dichterbij de burger staat.

Gelet op de meningsverschillen die tijdens de hoorzittingen naar voren zijn gekomen, ziet het er naar uit dat het moeilijk zal zijn om tot een consensus te komen.

De heer Dewolf is voorstander van meer investeringen in preventie, met financiële stimulansen voor de deelstaten. De heer Collin daarentegen pleit voor het behoud van een federale sociale zekerheid om ervoor te zorgen dat de patiënt hetzelfde bedrag betaalt voor dezelfde dienst, ongeacht waar hij in België woont. Zou

se trouve en Belgique. Ne pourrait-on pas, à cet égard, maintenir l'assurance maladie au niveau fédéral tout en prévoyant des accords avec les entités fédérées – comme partenaires de l'INAMI – pour adapter les prestations relatives à des soins spécifiques?

Une autre divergence apparaît dans le propos de M. Collin qui plaidait pour le maintien du système actuel de compétences résiduelles assorti d'un financement principalement fédéral mais avec la possibilité d'une collaboration avec les entités fédérées. Mme Lannoy, quant à elle, plaidait pour un redécoupage de la répartition des compétences clair et transparent, qui ne se baserait plus sur le modèle actuel du «c'est tout sauf...». Comment le découpage souhaité par M. Collin pourrait-il être plus cohérent à l'avenir que le découpage hybride que l'on connaît aujourd'hui?

Par ailleurs, la membre évoque la commission spéciale Covid-19 dans le cadre de laquelle les questions de répartitions de compétences ont été longuement abordées. Au cours d'une des réunions de cette commission, la virologue Erica Vlieghe a parlé, à propos de la répartition de ces compétences, de *killing factor*, signifiant en d'autres mots que la lenteur des décisions prises avait coûté des vies durant la pandémie. Les experts partagent-ils cette opinion?

À cet égard, elle revient sur les propos de Mme Dekens qui évoquait les garanties, contenues dans la sixième réforme de l'État, et visant à maintenir les mêmes droits pour tous les belges. Ce qui coïncide avec les propos de Mme Lannoy qui expliquait que la continuité des services publics avait été garantie tout au long de la crise. Or, à côté de la théorie, il y a la pratique. On a vu, pendant la pandémie, que l'accès aux soins n'avait pas été le même partout, variant selon la Région et l'institution.

Dès lors, quel serait le modèle adéquat qui permettrait – dans la pratique et non en théorie – de garantir cette égalité des citoyens en droit?

On sait qu'il faut énormément de temps pour arriver à mettre au point et conclure des accords de coopération. Les experts considèrent-ils néanmoins qu'aujourd'hui, ces accords de coopération permettent de pallier l'éparpillement des compétences ou pensent-ils qu'une refédéralisation de certaines compétences liées à la santé est nécessaire?

men in dit verband de ziekteverzekering niet op federaal niveau kunnen houden en tegelijk voorzien in afspraken met de deelstaten – als partner van het RIZIV – om de specifieke zorgverstrekking aan te passen?

Een ander verschil blijkt uit de verklaring van de heer Collin, die het huidige systeem van residuaire bevoegdheden wil behouden met een hoofdzakelijk federale financiering, maar met een mogelijke samenwerking met de deelstaten. Mevrouw Lannoy pleit anderzijds voor een duidelijke en transparante herverdeling van de bevoegdheden, die niet langer gebaseerd zou zijn op het huidige «het geldt voor alles, behalve...»-model. Hoe kan de door de heer Collin gewenste verdeling in de toekomst meer samenhang krijgen dan de huidige hybride verdeling?

Voorts vermeldt spreekster de bijzondere COVID-19-commissie waarin de problemen in verband met de verdeling van de bevoegdheden uitvoerig werden besproken. Tijdens een van de vergaderingen van deze commissie had viroloog Erica Vlieghe het in verband met de bevoegdheidsverdeling over een *killing factor*, waarmee zij bedoelde dat de trage besluitvorming tijdens de pandemie levens had gekost. Gaan de deskundigen hiermee akkoord?

In dit verband komt spreekster terug op de woorden van mevrouw Dekens, die verwees naar de waarborgen in het kader van de zesde Staatshervorming die bedoeld zijn om voor alle Belgen dezelfde rechten te handhaven. Dit stemt overeen met de woorden van mevrouw Lannoy, die aanstipte dat de continuïteit van de openbare diensten tijdens de crisis was gewaarborgd. Maar naast de theorie is er de praktijk. Tijdens de pandemie hebben we gezien dat de toegang tot zorg niet overal dezelfde was en verschilde naar gelang van het Gewest en de instelling.

Wat zou dan het geschikte model zijn om – in de praktijk en niet in theorie – deze gelijkheid van de burgers in rechte te waarborgen?

We weten dat er veel tijd nodig is om samenwerkingsovereenkomsten op te stellen en te sluiten. Maar denken de deskundigen dat deze samenwerkingsovereenkomsten momenteel de versnippering van de bevoegdheden kunnen tegengaan, of denken zij dat een herfederalisering van bepaalde bevoegdheden inzake gezondheid noodzakelijk is?

Dans sa note qui doit encore être présentée à la commission, UNESSA souligne le lien entre les dépenses en soins de santé et le niveau de pauvreté ou d'éducation.

Comment peut-on également tenir compte de ces spécificités dans un modèle qui ne serait pas ni totalement fédéral, ni totalement régional?

Toujours en commission spéciale Covid-19, on a entendu M. Marius Gilbert insister sur le fait que cela n'avait aucun sens d'avoir un niveau de pouvoir compétent pour la prévention et un autre compétent pour l'aspect curatif. Certains experts se sont aussi exprimés en ce sens.

Thomas Orban, président honoraire de la Société scientifique de médecine générale, ainsi que le GBO, dans sa note, ont expliqué que cette distinction était complètement contreproductive car elle n'incitait pas à développer une vraie politique de prévention qui aboutirait à une diminution des besoins curatifs. Ce constat semble largement partagé mais on ne sait pas quelles conclusions on doit en tirer.

Quels seraient les arguments en faveur du transfert des compétences au niveaux préventif et curatif, soit aux Régions soit, au contraire, au fédéral?

Une régionalisation permettrait-elle vraiment de rencontrer les besoins spécifiques des patients en termes de mobilité mais aussi au niveau de la liberté de circulation des prestataires de santé, ceux-ci ayant le droit, au regard de leur carrière, de se déplacer?

Mme Rohonyi s'étonne des propos de M. Collin qui n'était pas en faveur d'une refédéralisation des soins de santé. En effet, il ressort d'une enquête que 86 % des directeurs généraux d'hôpitaux sont en faveur d'une refédéralisation. Le secrétaire général des mutualités socialistes s'est aussi prononcé en ce sens.

Comment M. Collin explique-t-il que certains médecins et certaines mutualités soient en faveur d'une refédéralisation ou centralisation des soins de santé?

À défaut de rencontrer cette attente de centralisation, ne pourrait-on pas à tout le moins prévoir que le fédéral soit le point central de la coordination des mesures à prendre en cas de crise comme une pandémie?

In haar nota, die nog aan de commissie moet worden voorgelegd, benadrukt UNESSA het verband tussen de uitgaven voor gezondheidszorg en het niveau van armoede of onderwijs.

Hoe kan ook met deze specifieke aspecten rekening worden gehouden in een model dat niet volledig federaal, noch volledig regionaal is?

Nog steeds in de bijzondere COVID-19-commissie hoorden wij de heer Marius Gilbert erop aandringen dat het geen zin heeft om de ene overheid bevoegd te maken voor preventie en de andere voor het curatieve aspect. Enkele deskundigen hebben zich ook in die zin uitgesproken.

Thomas Orban, erevoorzitter van de *Société scientifique de médecine générale*, en het GBO legden in hun nota uit dat dit onderscheid volledig contraproductief is omdat het niet aanzet tot de ontwikkeling van een echt preventiebeleid dat tot minder curatieve zorg zou leiden. Deze vaststelling wordt breed gedragen, maar het is niet duidelijk welke conclusies hieruit moeten worden getrokken.

Wat zouden de argumenten zijn om de bevoegdheden op preventief en curatief niveau over te hevelen naar de Gewesten of, omgekeerd, naar de federale overheid?

Zou regionalisering effectief een antwoord kunnen bieden op de specifieke behoeften van de patiënten inzake mobiliteit, maar ook wat de vrijheid van verkeer van de zorgverleners betreft, die het recht hebben zich beroepshalve te verplaatsen?

Mevrouw Rohonyi is verbaasd dat de heer Collin geen voorstander is van een herfederalisering van de gezondheidszorg. Uit een enquête is namelijk gebleken dat 86 % van de ziekenhuisdirecteurs positief staat tegenover herfederalisering. Ook de secretaris-generaal van de Socialistische Mutualiteiten heeft zich hiervoor uitgesproken.

Hoe verklaart de heer Collin dat sommige artsen en sommige ziekenfondsen voorstander zijn van een herfederalisering of centralisering van de gezondheidszorg?

Als niet aan die verwachting wordt voldaan, zou men er dan niet op zijn minst voor kunnen zorgen dat de federale regering de coördinatie op zich neemt van de maatregelen die in geval van een crisis, zoals een pandemie, moeten worden genomen?

En effet, les mesures sanitaires prises ont varié d'une Région à l'autre, ce qui nuit à la bonne compréhension de la population.

Faut-il une unité de commandement uniquement en cas de crise ou cette unité de commandement doit-elle s'appliquer en général pour l'ensemble des compétences liées à la santé?

Enfin, M. Collin a, en outre, plaidé pour une décentralisation de la Région vers des entités sous-régionales afin de répondre aux spécificités locales. Comment procéder si l'on se dirige vers un modèle plus centralisé comme c'est le cas, par exemple, en France?

Et à M. Dewolf qui évoquait la nécessité d'une régionalisation des soins de santé pour qu'ils puissent répondre aux besoins de la population en étant multidisciplinaires, la membre demande en quoi il est nécessaire de régionaliser les soins pour qu'ils répondent aux besoins de la population.

M. Calvo apprécie beaucoup l'attention que Mme Dekens a accordée aux aspects relatifs à la mise en œuvre de la dernière réforme de l'État. Il souhaite à cet égard poser les questions suivantes:

- Que suggèrent les experts pour assurer une meilleure mise en œuvre de la précédente réforme de l'État?
- Il y aura toujours un certain degré de complexité, même si la tâche de Mme Dekens était probablement plus complexe que celle des autres entités. Une mise en œuvre demande toujours du temps, des efforts et une planification. Comment les autres entités gèrent-elles cette complexité?
- Le jeu en vaut-il la chandelle? Est-il nécessaire de préparer une nouvelle réforme de l'État et, le cas échéant, à quel horizon celle-ci devrait-elle être réalisée?

M. Calvo constate, d'une part, que la complexité de la réglementation actuelle et l'urgence des problèmes rencontrés sur le terrain exigent des réformes complémentaires, mais, d'autre part, que la mise en œuvre de changements demande beaucoup de temps et d'énergie. En reconnaissant que cela peut sembler étrange de la part d'un groupe généralement favorable au changement, il souligne que le statu quo est aussi une occasion d'approfondir et d'améliorer les choses.

M. Eerdekens revient sur les propos de M. Collin, qui expliquait que les coûts des soins de santé étaient comparables dans le Limbourg et dans le Hainaut alors que

De genomen gezondheidsmaatregelen verschillen namelijk van Gewest tot Gewest, wat de begrijpelijkheid voor de bevolking bemoeilijkt.

Moet er alleen in geval van een crisis sprake zijn van eenheid van bevel, of ook in het algemeen voor alle gezondheidsgerelateerde bevoegdheden?

Tot slot heeft de heer Collin ook gepleit voor een decentralisatie van het Gewest naar subgewestelijke entiteiten om te kunnen inspelen op lokale eigenheden. Hoe moeten we te werk gaan als we naar een meer gecentraliseerd model gaan, zoals bijvoorbeeld in Frankrijk het geval is?

En aan de heer Dewolf, die sprak over de noodzaak om de gezondheidszorg te regionaliseren zodat ze aan de behoeften van de bevolking kan voldoen via een multidisciplinaire aanpak, vraagt het lid waarom het nodig is om de zorg te regionaliseren opdat ze kan tegemoetkomen aan de behoeften van de bevolking.

De heer Calvo heeft veel appreciatie voor de aandacht die mevrouw Dekens heeft besteed aan het aspect van de implementatie van de laatste Staatshervorming. De heer Calvo stelt hierbij de volgende vragen:

- Welke suggesties hebben de deskundigen om de vorige Staatshervorming beter te implementeren?
- Hoewel de opdracht van mevrouw Dekens wellicht complexer was dan die van andere entiteiten, valt er niet te ontkomen aan een zekere mate van complexiteit. Implementatie vraagt altijd tijd, inspanning en planning. Hoe gaan de andere entiteiten om met die complexiteit?
- Is het sop de kool waard? Is het noodzakelijk om een nieuwe Staatshervorming voor te bereiden, en binnen welke termijn zou die zich dan moeten afspeelen?

De heer Calvo stelt vast dat de complexiteit van de huidige regeling en de urgentie van de problemen op het terrein om bijkomende hervormingen vragen, maar dat anderzijds de implementatie van veranderingen veel tijd en energie vraagt. Hij geeft toe dat dit vreemd kan klinken uit de mond van een fractie die zich doorgaans veranderingsgezind opstelt, maar het *status quo* geeft ook de kans om dingen te verdiepen en te verbeteren.

De heer Eerdekens komt terug op de opmerking van de heer Collin dat de zorgkosten in Limburg en Henegouwen vergelijkbaar zijn, terwijl de kosten in de

dans la province d'Anvers, par exemple, ce coût était comparable au Brabant wallon et au Brabant flamand. En outre, il serait préférable de travailler sur base de «bassins de vie» et de «bassins de soins» car à l'intérieur même des provinces, les pathologies sont différentes, notamment selon qu'on se trouve en zone urbaine ou en zone rurale. Il est intéressant de constater qu'il n'y a pas un patient-type flamand souffrant de cholestérol trop élevé, par opposition à un patient-type wallon atteint de silicose. On en revient donc au principe de territorialité.

Par conséquent, faut-il continuer à raisonner en termes de matières personnalisables – invention belgo-belge – qui relèvent des Communautés ou faut-il confier les compétences de soins de santé aux Régions?

Mme Durenne évoque la gestion de la crise de la Covid-19, qui a montré combien les compétences en matière de soins de santé sont dispersées. Sans se livrer à une critique, elle rappelle qu'il y a eu énormément de discussions et de problèmes au niveau des stratégies de *tracing*, de *testing* ou encore de la gestion des masques. Les décisions stratégiques étaient prises par le niveau fédéral et l'opérationnalisation revenait ensuite aux entités fédérées. Sur le plan de la communication, l'éclatement des compétences a montré la complexité institutionnelle en la matière.

Que pensent les orateurs – plus particulièrement Mme Lannoy – de la gestion de la crise au regard de la répartition des compétences de soins de santé et quelles sont les leçons à en tirer, tant sur le plan de la prévention que de la communication?

Mme De Poortere souhaite poser deux questions à M. Dewolf.

Le plan stratégique des ministres Verlinden et Clarinval prévoit que les entités fédérées seront représentées à l'INAMI. Cela a-t-il déjà été réalisé? Mme De Poortere pense que non. Lorsque cette représentation aura été mise en place, M. Dewolf s'attend-il à ce que son administration ait un impact suffisant? Cette représentation permettra-t-elle de satisfaire les besoins de la Flandre, par exemple en matière de soins bucco-dentaires, sachant que le problème se pose déjà depuis plusieurs années?

M. Dewolf propose de maintenir au fédéral la politique des médicaments et la politique des dispositifs médicaux. Il existe néanmoins aussi des disparités régionales en la matière. Mme Depoortere estime qu'une représentation des entités fédérées devrait également être mise en place

province Antwerpen bijvoorbeeld vergelijkbaar zijn met die in Waals-Brabant en Vlaams-Brabant. Bovendien zou het de voorkeur verdienen te werken op basis van «leefregio's» en «zorgregio's», omdat zelfs binnen de provincies de pathologieën verschillend zijn, met name naargelang men zich in een stedelijk of landelijk gebied bevindt. Het is een interessante vaststelling dat er geen typisch Vlaamse patiënt met een te hoge cholesterol bestaat, en evenmin een typisch Waalse patiënt met stoflong. Dit brengt ons terug bij het territorialiteitsbeginsel.

Moeten we dus blijven redeneren in termen van persoonsgebonden aangelegenheden – een typisch Belgische uitvinding – die onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen vallen, of moeten we de bevoegdheden inzake gezondheidszorg aan de Gewesten toekennen?

Mevrouw Durenne wijst op de aanpak van de COVID-19-crisis, die heeft aangetoond hoe versnipperd de bevoegdheden inzake gezondheidszorg zijn. Zonder kritiek te willen uiten, herinnert zij eraan dat er veel discussie en problemen zijn geweest rond de strategieën voor opsporing, tests en mondkmaskers. De strategische beslissingen werden genomen door het federale niveau en de operationele uitvoering werd vervolgens overgelaten aan de deelstaten. Wat de communicatie betreft, heeft de versnippering van de bevoegdheden de institutionele complexiteit ter zake aangetoond.

Wat is de mening van de sprekers – met name van mevrouw Lannoy – over het beheer van de crisis in het licht van de bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg en welke lessen kunnen hieruit worden getrokken, zowel op het gebied van preventie als van communicatie?

Mevrouw De Poortere heeft twee vragen voor de heer Dewolf.

In het beleidsplan van de ministers Verlinden en Clarinval staat dat de deelstaten een vertegenwoordiging zullen krijgen in het RIZIV. Is dit al uitgevoerd? Mevrouw De Poortere meent van niet. Als het uitgevoerd wordt, verwacht de heer Dewolf dan dat zijn administratie voldoende impact zal hebben? Zal die vertegenwoordiging ervoor kunnen zorgen dat de noden van Vlaanderen zullen ingevuld worden, bijvoorbeeld inzake mondzorg, een probleem dat al enkele jaren aansleept?

De heer Dewolf stelt voor om het geneesmiddelenbeleid en het beleid voor medische hulpmiddelen federaal te houden. Tegelijkertijd bestaan er ook in dit domein regionale verschillen. Mevrouw Depoortere meent dat er ook bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en

auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), pour permettre par exemple que les décisions relatives à des outils diagnostiques ou à certains médicaments soient mieux ajustées à une politique régionale poursuivant des objectifs sanitaires spécifiques. Qu'en pense M. Dewolf?

Mme Hugon constate que tout le monde s'accorde sur le principe selon lequel la politique des soins de santé doit se concevoir à partir des besoins des patients. Toutefois, elle fait remarquer que la gestion de cette politique de santé ne doit pas non plus demander d'efforts surhumains de la part des administrations pour que le patient *in fine* puisse obtenir une certaine lisibilité dans une matière trop complexe. Le cas de Bruxelles est particulièrement illustratif d'un fossé entre les citoyens et les institutions de soins de santé. Par exemple, un grand pourcentage des patients n'a même pas de médecin généraliste attitré.

Quelles mesures institutionnelles pourraient-elles être prises pour réconcilier les Bruxellois avec les acteurs des soins de santé, y compris la première ligne? Quelles mesures permettraient d'améliorer l'accessibilité et le droit aux soins sans que cela en devienne une usine à gaz institutionnelle?

M. Slootmans lit dans la note de M. Dewolf que celui-ci plaide pour une homogénéisation plus poussée des compétences au moyen d'une régionalisation. Il entend le même plaidoyer du côté du CD&V et de la N-VA. Cette même note affirme toutefois que la politique des médicaments et la politique des dispositifs médicaux devraient rester aux mains du fédéral dès lors qu'elles sont pilotées par l'Europe. M. Slootmans estime que cette affirmation n'est étayée par aucun argument. Pourquoi les Communautés ne pourraient-elles pas mettre en œuvre la politique européenne en la matière?

Le système actuel de dotation n'est pas sain, car il ne favorise pas la responsabilisation et conduit à une sorte de fédéralisme de consommation. Que pense M. Dewolf des pistes envisageables pour instaurer une responsabilisation efficace dans le cadre d'une septième réforme de l'État?

M. Slootmans demande également si, selon M. Dewolf, l'INAMI en tant qu'institution devrait être transféré au niveau des entités fédérées.

Le sénateur aimerait par ailleurs réagir à l'affirmation de M. Daems selon laquelle aucune différence de traitement ne peut être faite entre le côté wallon et le côté flamand. L'existence de différences entre entités

Gezondheidsproducten (FAGG) een vertegenwoordiging van de deelstaten moet komen, zodat bijvoorbeeld beslissingen over diagnostische tools, maar ook over sommige geneesmiddelen, meer kunnen afgestemd worden op een regionaal beleid met eigen gezondheidsdoelstellingen. Hoe denkt de heer Dewolf daarover?

Mevrouw Hugon stelt vast dat iedereen het eens is over het principe dat het beleid inzake gezondheidszorg gebaseerd moet zijn op de behoeften van de patiënten. Ze wijst er echter op dat het beheer van dit gezondheidsbeleid ook geen bovenmenselijke inspanningen van de administraties mag vergen, zodat de patiënt uiteindelijk een zekere mate van duidelijkheid krijgt in een al te complexe materie. Het geval van Brussel is bijzonder veelzeggend voor de kloof tussen de burgers en de instellingen voor gezondheidszorg. Zo heeft een groot percentage van de patiënten niet eens een vaste huisarts.

Welke institutionele maatregelen zouden kunnen worden genomen om de Brusselaars te verzoenen met de actoren in de gezondheidszorg, met inbegrip van de eerstelijnszorg? Welke maatregelen zouden de toegankelijkheid van en het recht op zorg kunnen verbeteren, zonder uit te draaien op een institutioneel kluwen?

De heer Slootmans leest in de nota van de heer Dewolf een pleidooi voor de verdere homogenisering van bevoegdheden door een regionalisering. Overigens hoort hij dat pleidooi ook bij CD&V en N-VA. Het geneesmiddelenbeleid en het beleid voor medische hulpmiddelen zouden volgens dezelfde nota echter federaal moeten blijven, omdat Europa aanstuurt. De heer Slootmans vindt dat hiervoor de argumentatie ontbreekt. Waarom zouden de Gemeenschappen het Europese beleid ter zake niet kunnen implementeren?

Het huidige dotatiestelsel is ongezond, omdat het niet responsabiliserend werkt en leidt tot een vorm van consumptiefederalisme. Hoe denkt de heer Dewolf over de mogelijkheden om bij een zevende Staatshervorming tot een doeltreffende responsabilisering te komen?

De heer Slootmans vraagt ook of het RIZIV als instelling naar de mening van de heer Dewolf moet overgedragen worden naar het niveau van deelentiteiten.

Daarnaast wil de senator reageren op de stelling van de heer Daems dat er geen verschil mag zijn in behandeling tussen het Waalse en het Vlaamse been. Verschillen tussen deelentiteiten zijn echter inherent

fédérées est cependant inhérente au fédéralisme, que défend pourtant M. Daems.

M. Collin souligne dans son exposé que, selon la dernière étude de la Banque nationale, il existe un transfert de la Wallonie vers Bruxelles et vers la Flandre en matière de soins de santé. L'INAMI confirme ces chiffres. M. Sloomans se demande dans ce cas pourquoi les Belges francophones craignent d'être lésés financièrement en cas de régionalisation plus poussée de la politique de santé. Dans la foulée, l'intervenant demande à M. Collin si les chiffres dont dispose l'INAMI indiquent effectivement l'existence de différences substantielles, entre le nord et le sud du pays, concernant les dépenses relatives à différentes branches de la politique des soins de santé. La frontière linguistique constitue-t-elle vraiment une frontière en matière de soins? Cette affirmation peut-elle être précisée ou réfutée sur la base d'un récapitulatif chiffré?

M. Sloomans demande par ailleurs si la compétence de décision et la compétence de financement ne devraient pas en principe aller de pair. Selon lui, le principe «*no taxation without representation*» devrait également être valable dans le sens contraire: «*no representation without taxation*».

2) Réponses des experts

a) Pour l'agence Zorg en Gezondheid

1. Incidence de la répartition des compétences sur la lutte contre la crise du Covid

M. Dewolf voudrait d'abord répondre aux différentes questions qui concernaient la crise du Covid.

Tout le monde était stupéfait au début de la crise, notamment à cause du manque d'informations qui filtraient en provenance d'Asie. Après avoir vu les images de Bergame, nous nous sommes tous concentrés sur les hôpitaux. Ce n'est qu'assez tard que nous nous sommes rendu compte que les problèmes se situaient principalement dans le domaine des soins aux personnes âgées. Ce fut le cas dans le monde entier et, en fin de compte, la Belgique n'a pas compté plus de décès que les Pays-Bas ou la France.

Durant cette première période, les problèmes ne concernaient pas tant la répartition des compétences que la logistique: il y avait un manque criant d'équipements de protection et de matériel de test. Cette situation prouve

aan het federalisme, waar de heer Daems toch een pleitbezorger van is.

De heer Collin haalt in zijn uiteenzetting aan dat volgens de laatste studie van de Nationale Bank er op gezondheidsvlak een transfert plaatsvindt van Wallonië naar Brussel en Vlaanderen. Het RIZIV bevestigt deze cijfers. De heer Sloomans vraagt zich af waarom Franstalig België dan vreest voor een financiële benadeling bij een verdere regionalisering van het gezondheidsbeleid. Aansluitend hierbij vraagt de spreker aan de heer Collin of de cijfers waarover het RIZIV beschikt inderdaad aantonen dat er grote verschillen bestaan in de uitgaven van Noord en Zuid in diverse takken van het gezondheidsbeleid. Vormt de taalgrens inderdaad een zorggrens, en kan dit met een cijferoverzicht verduidelijkt of weerlegd worden?

De heer Sloomans vraagt ook of vanuit principieel oogpunt de beslissingsbevoegdheid en de financieringsbevoegdheid niet samen behoren te gaan. Het principe *no taxation without representation* moet volgens hem ook omgekeerd gelden: *no representation without taxation*.

2) Antwoorden van de experten

a) Voor het Agentschap Zorg en Gezondheid

1. Over de invloed van de bevoegdheidsverdeling op de aanpak van de COVID-crisis

De heer Dewolf wil beginnen met een antwoord op de verschillende vragen waarin aan de COVID-crisis gerefereerd werd.

Bij het begin van deze crisis was iedereen van zijn sokken geblazen, mede omdat er weinig informatie doorstroomde vanuit Azië. Nadat we de beelden uit Bergamo hadden gezien, was iedereen gefocust op de ziekenhuizen. Pas vrij laat heeft men vastgesteld dat de grootste problemen in de ouderenzorg lagen. Dat gold voor de hele wereld; uiteindelijk lag het aantal overlijdens in België niet hoger dan in Nederland of in Frankrijk.

In die eerste periode hadden de problemen niet zozeer te maken met de bevoegdheidsverdeling, maar wel met logistiek: er was een groot tekort aan beschermingsmiddelen en aan testmaterialen. Dat toont aan dat we

que nous sommes devenus bien trop dépendants de l'étranger à cet égard.

Au cours de ces premières semaines, l'agence *Zorg en Gezondheid* ne pouvait effectuer que cinq tests dans chaque centre de soins résidentiels.

Néanmoins, il s'est bel et bien avéré que la répartition des compétences recelait une série d'incertitudes, ce qui a aussi causé bon nombre de soucis à l'agence *Zorg en Gezondheid*. M. Dewolf estime que le problème réside dans le système de la répartition des compétences en tant que tel et qu'il conviendrait de passer d'un système de compétences implicites à un système de compétences plus explicites.

L'État fédéral a commencé par prendre des mesures en vertu de sa compétence résiduelle en matière de sécurité civile. Au début, ce fut très difficile pour les entités fédérées. Elles faisaient partie des organes chargés de l'analyse des risques, le *Risk Assessment Group* et le *Risk Management Group*, ainsi que de la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique. Au moment où l'État fédéral a mis en place une gestion de la crise, une pléthore d'organes de concertation, de consultation et de décision ont été créés, ce qui n'a certainement pas facilité la prise de décisions.

M. Dewolf considère comme un vice de construction le fait que seul le ministre fédéral de la Santé ait été présent au Conseil national de sécurité, et non ses homologues communautaires. Cela a donné lieu à une série d'incidents au début de l'année 2020.

L'unité de commandement dont a parlé M. Van Rompuy est une nécessité absolue dans une telle situation de crise. Il s'agirait de créer une structure flexible au sommet du processus décisionnel, qui s'appuie sur un comité de concertation dont feraient partie aussi les entités fédérées. La composition de cette structure devrait pouvoir changer en fonction de la nature de la crise: ce ne sont pas les mêmes administrations qui doivent participer à la concertation selon qu'il s'agisse d'une crise environnementale ou d'une crise sanitaire.

Néanmoins, des tensions sont aussi apparues au sein des propres domaines de compétences de l'État fédéral, à savoir entre la gestion de la crise au sens strict et la politique de santé publique. M. Dewolf peut cependant assurer à la commission que ses collègues des différentes entités fédérées et lui-même ont entretenu d'excellentes relations.

daarvoor veel te afhankelijk zijn geworden van het buitenland.

In die eerste weken mocht het Agentschap Zorg en Gezondheid slechts vijf testen uitvoeren in elk woonzorgscentrum.

De bevoegdheidsverdeling bleek echter wel degelijk een aantal onduidelijkheden in zich te dragen, en dat heeft het Agentschap Zorg en Gezondheid zeker ook parten gespeeld. De heer Dewolf meent dat dit ligt aan het systeem van de bevoegdheidsverdeling zelf: we zouden moeten overgaan van een systeem van impliciete bevoegdheden naar een systeem van meer expliciete bevoegdheden.

De federale overheid in ons land is begonnen met maatregelen te nemen op basis van haar residuaire bevoegdheid inzake civiele veiligheid. In het begin was het erg moeilijk voor de deelstaten. Zij maakten deel uit van de organen die zich wijdden aan de risico-analyse, de *Risk Assessment Group* en de *Risk Management Group*, en van de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid. Op het moment dat de federale overheid begon met het crisisbeleid, is er een plethora ontstaan van overleg-, advies- en beslissingsorganen, wat de besluitvorming zeker niet heeft bevorderd.

De heer Dewolf vindt het een constructiefout dat in de Nationale Veiligheidsraad enkel de federale minister van Volksgezondheid aanwezig was, en niet de gemeenschapsministers. Dat heeft geleid tot een aantal incidenten in het voorjaar van 2020.

De eenheid van commando waar de heer Van Rompuy het over had, is in zo'n crisissituatie zeker noodzakelijk. Aan de top van de besluitvorming zou een flexibele structuur moeten gemaakt worden, die steunt op een overlegcomité waar ook de deelentiteiten deel van uitmaken. De samenstelling van die structuur moet aangepast kunnen worden aan de aard van de crisis; bij een milieucrisis moeten andere administraties kunnen meepraten dan bij een gezondheidscrisis.

Maar ook binnen de bevoegdheidsdomeinen van de federale overheid zelf heerste er spanning tussen het crisisbeleid strictu sensu, enerzijds, en het volksgezondheidsbeleid, anderzijds. Desalniettemin kan de heer Dewolf de commissie verzekeren dat hij en de collega's van de verschillende deelstaten onderling zeer goed contact hebben gehouden.

Comme le révèle également un article du conseiller d'État Jeroen Van Nieuwenhove (2), ces tensions ont constitué un problème dans tous les pays, même dans ceux où le pouvoir est centralisé. Les Pays-Bas et la France n'ont pas fait mieux que la Belgique. La volonté d'établir un consensus et une collaboration a été cruciale dans la lutte contre la pandémie. Selon M. Dewolf, il n'est guère pertinent en la matière de faire une fixation sur les compétences.

La saga des masques et la question du traçage ont fait apparaître concrètement qu'il était nécessaire d'éclaircir les compétences. Les acteurs concernés ont dû constater en cours de route que la législation sur la protection des données était bien trop stricte pour permettre une circulation fluide des données. Nous devons absolument clarifier ce genre de questions pour être prêts lorsqu'une nouvelle crise se déclenchera.

2. Rôle de la Communauté flamande à Bruxelles

L'agence *Zorg en Gezondheid* défend le maintien de la présence flamande à Bruxelles, certes en bonne intelligence et en coordination avec la Communauté française et la Région. Il y a un hôpital flamand à Bruxelles, tout comme il existe deux hôpitaux communautaires du côté francophone. Bruxelles compte également neuf centres de soins résidentiels et un hôpital psychiatrique flamands. Bien entendu, il y a aussi les centres d'accompagnement des élèves (CLB) pour l'enseignement néerlandophone. Ces institutions confèrent un ancrage à la présence durable de la Communauté flamande.

D'un point de vue juridique, la Flandre peut aussi mener une politique asymétrique à Bruxelles, en vertu de dispositions réglementaires flamandes spécifiques à Bruxelles qui permettent de fournir des efforts supplémentaires en faveur de la capitale. Cependant, le fait que la source du financement demeure au niveau fédéral freine les initiatives politiques asymétriques, car on comprend bien que l'INAMI ne puisse pas octroyer de meilleurs remboursements à une Communauté par rapport à une autre.

3. Différentes visions de la politique de santé publique

M. Dewolf estime que la vision de la politique de santé publique et sa finalité ne diffèrent pas tellement d'une entité fédérée à une autre. Il va de soi que l'élaboration d'une politique factuelle doit toujours être l'objectif.

Zoals ook blijkt uit een artikel van staatsraad Jeroen Van Nieuwenhove (2), vormde die spanning in alle landen een probleem, ook in centralistisch georganiseerde landen. Nederland en Frankrijk hebben het niet beter gedaan dan België. De wil tot consensus en samenwerking is cruciaal geweest in de aanpak van de pandemie. De fixatie op bevoegdheden acht de heer Dewolf in dezen minder relevant.

Concrete problemen waaruit is gebleken dat de bevoegdheden explicitering behoeven, waren de mond-maskersaga en de tracingproblematiek. En cours de route hebben de actoren moeten vaststellen dat de gegevensbeschermingswetgeving veel te streng was om een vlotte datadoorstroming mogelijk te maken. Zulke dingen moeten zeker uitgeklaard worden om klaar te staan als er een volgende crisis aankomt.

2. Over de rol van de Vlaamse Gemeenschap in Brussel

Het Agentschap voor Zorg en Gezondheid is gewonnen voor het behoud van de Vlaamse aanwezigheid in Brussel, weliswaar in goede verstandhouding en coördinatie met de Franse Gemeenschap en met het Gewest. Er is een Vlaams ziekenhuis in Brussel, zoals er ook twee communautaire ziekenhuizen aan Franstalige zijde zijn. Er zijn negen Vlaamse woonzorgvoorzieningen, en er is een psychiatriesch ziekenhuis. Er zijn uiteraard de CLB's voor het Nederlandstalig onderwijs. Deze instellingen vormen een anker voor de blijvende aanwezigheid van de Vlaamse Gemeenschap.

Juridisch gezien is het voor Vlaanderen ook mogelijk om in Brussel een asymmetrisch beleid te voeren, op basis van de zogenaamde Brusselparagraaf, die toelaat om voor Brussel extra inspanningen te leveren. Maar zolang de bron van de financiering op federaal niveau ligt, werkt dit remmend op asymmetrische beleidsinitiatieven, omdat het RIZIV begrijpelijkerwijze geen betere terugbetalingen kan toekennen aan de ene Gemeenschap tegenover de andere.

3. Over de verschillende visies op het volksgezondheidsbeleid

De heer Dewolf meent dat de deelstaten weinig verschillen in de visie op en de finaliteit van het volksgezondheidsbeleid. Het spreekt vanzelf dat evidence-based beleid steeds de betrachting moet zijn.

(2) J. Van Nieuwenhove en P. Popelier, «De bevoegdheids-verdeling en de coördinatie tussen de bevoegde overheden in de strijd tegen de Covid 19-pandemie», *TVW*, 2020/4.

(2) J. Van Nieuwenhove en P. Popelier, «De bevoegdheids-verdeling en de coördinatie tussen de bevoegde overheden in de strijd tegen de COVID 19-pandemie», *TVW*, 2020/4.

Cela étant dit, les différences démographiques ont une influence. Ainsi, compte tenu de la population plus âgée en Flandre, les soins gériatriques et les soins résidentiels, couplés à la politique de bien-être, y sont des éléments essentiels.

Les modèles de consommation présentent aussi des différences. Mme Fonck a indiqué que l'on a seulement montré le beau côté des soins de santé flamands. Il existe assurément des différences qui sont à l'avantage des collègues wallons et bruxellois. Par exemple, la Flandre présente une consommation plus importante de prothèses du genou, qui ne s'explique pas uniquement par une différence démographique mais qui révèle des différences culturelles sous-jacentes liées à des facteurs financiers et à des spécificités de la formation des prestataires de soins. Les écarts constatés en matière de taux de vaccination contre le Covid sont un autre exemple éloquent des différences qui peuvent exister entre les Communautés en ce qui concerne la culture des soins de santé.

Est-ce que cela signifie que l'autorité flamande fonctionne mieux? Bien sûr que non.

Est-ce que l'agence *Zorg en Gezondheid* travaille mieux? M. Dewolf observe seulement que l'attribution des compétences aux Communautés permet d'adapter bien plus d'aspects au niveau local. Il s' imagine bien que les soins de première ligne dans une zone faiblement peuplée comme les Ardennes puissent ne pas du tout ressembler à ceux qui sont dispensés en Flandre où la densité de population est élevée. Selon M Dewolf, permettre cette diversité est un atout qui témoignerait de la flexibilité du système des soins de santé.

4. Incidence des décisions d'un niveau de pouvoir sur la politique d'une autre entité

M. Collin a déjà évoqué le maximum à facturer. L'agence *Zorg en Gezondheid* a formulé des propositions pour tenter de résoudre ce problème, et M. Dewolf pense qu'on y arrivera, même si cela prend du temps.

5. Rôle des pouvoirs locaux dans une politique de santé et de bien-être défédéralisée

Dans son exposé et sa note, M. Dewolf n'a pas fait de distinction entre les communes bruxelloises et les communes flamandes. En Flandre, les CPAS ont été intégrés dans les administrations locales.

Wel spelen er demografische verschillen. Zo zijn in Vlaanderen, met zijn oudere bevolking, geriatrie, woonzorg, en het samenspel met het welzijnsbeleid zeer belangrijk.

Er zijn ook verschillen in consumptiepatronen. Mevrouw Fonck heeft gezegd dat alleen de mooie zijde van de Vlaamse zorg zijn getoond. Er zijn zeker ook verschillen die in het voordeel uitvallen van de Waalse en Brusselse collega's. Zo heeft Vlaanderen een hogere consumptie van knieprothesen die niet enkel kan verklaard worden door een verschil in demografie. Dit wijst op onderliggende culturele verschillen. Die zijn verbonden aan financiële factoren, en aan verschillen in de opleiding van de zorgverleners. Ook de verschillen in de COVID-vaccinatiegraad vormen een sprekend voorbeeld van de verschillen in zorgcultuur die tussen Gemeenschappen kunnen bestaan.

Is de Vlaamse overheid daarom beter? Uiteraard niet.

Is het Agentschap Zorg en Gezondheid beter bezig? De heer Dewolf stelt enkel vast dat de bevoegdheidstoewijzing aan de Gemeenschappen toelaat om veel meer aspecten aan te passen aan het lokale niveau. Hij kan zich inbeelden dat de eerstelijnszorg in de dunbevolkte Ardennen er helemaal anders kan uitzien dan in het dichtbevolkte Vlaanderen. Die variatie mogelijk maken vindt de heer Dewolf een pluspunt dat zou getuigen van flexibiliteit in het gezondheidszorgsysteem.

4. Over de impact van beslissingen van het ene beleidsniveau op het beleid van een andere entiteit

De heer Collin heeft het al gehad over de maximumfactuur. Het Agentschap Zorg en Gezondheid heeft voorstellen gedaan om daarvoor tot een oplossing te komen, en de heer Dewolf denkt dat dit ook in orde komt, ook al duurt het wel lang.

5. Over de rol van de lokale besturen in een gedefederaliseerd gezondheids- en welzijnsbeleid

De heer Dewolf heeft in zijn uiteenzetting en zijn nota geen nuance gemaakt tussen de Brusselse gemeenten en de Vlaamse gemeenten. In Vlaanderen zijn de OCMW's opgegaan in de lokale besturen.

C'est surtout la dimension de la politique sociale que M. Dewolf juge indispensable pour apporter une réponse intégrée aux besoins de soins de patients tels que les personnes âgées atteintes de maladies chroniques ou les jeunes souffrant de problèmes mentaux.

L'agence *Zorg en Gezondheid* les implique également dans les zones de première ligne, par exemple pour faciliter les soins de proximité et pour donner aux soins informels, comme les soins de proximité, une place dans l'offre de soins. L'agence est d'avis qu'en rapprochant ainsi la politique de santé et de bien-être du citoyen, on pourra effectivement améliorer la qualité des soins.

6. Solidarité et responsabilisation

L'agence *Zorg en Gezondheid* estime que le système de dotations motive les Communautés à travailler le plus efficacement possible. Une autre option serait de faire en sorte que les entités fédérées soient compétentes fiscalement pour financer leur propre politique de santé, comme c'est le cas en Espagne.

Cette forme d'autonomie fiscale pour les entités fédérées relève d'un choix politique.

M. Dewolf a basé son exposé sur le système de dotations que nous connaissons actuellement. Il pense que, dans ce système, il doit être possible de limiter au maximum les coûts des soins tout en garantissant une qualité optimale pour les patients, une santé publique optimale et un haut degré de satisfaction des prestataires de soins quant à leurs conditions de travail.

7. Mise en balance de la défédéralisation et de la (re)fédéralisation

M. Dewolf confirme à l'attention de M. Hermant qu'il ne plaide pas pour la refédéralisation.

L'autorité flamande est convaincue que la décentralisation est tout profit pour les soins axés sur la personne et que les soins de santé sont, par nature, davantage une matière personnalisable qu'une matière territoriale. C'est pourquoi il est préférable d'attribuer cette compétence aux Communautés, au niveau desquelles la politique de bien-être est également élaborée.

M. Dewolf prend acte de l'affirmation selon laquelle les directeurs d'hôpitaux préconiseraient une refédéralisation. Il estime toutefois que la politique de santé n'est pas et ne doit pas être élaborée pour les directeurs d'hôpitaux. Si le Parlement et les représentants de la

Het is vooral de dimensie van het sociaal beleid dat daarmee samenhangt, die de heer Dewolf onontbeerlijk acht om een geïntegreerd antwoord te geven op de zorgnoden van personen zoals ouderen met chronische ziekten of jongeren met mentale problemen.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid betreft hen ook in de eerstelijnszones, bijvoorbeeld om buurtzorg mee te helpen realiseren, en om de informele zorg, zoals de mantelzorg, een plaats te geven in het zorgaanbod. Het Agentschap gelooft dat het gezondheids- en welzijnsbeleid op die manier dichter bij de burger brengen, inderdaad kan leiden tot betere zorgkwaliteit.

6. Over solidariteit en responsabilisering

Het Agentschap Zorg en Gezondheid is van oordeel dat de Gemeenschappen door het dotatiesysteem uitgedaagd worden om zo efficiënt mogelijk te werken. Een alternatieve mogelijkheid bestaat erin dat de deelstaten een eigen fiscale bevoegdheid krijgen om daarmee hun gezondheidsbeleid te financieren, zoals in Spanje.

Deze vorm van fiscale autonomie van de deelstaten is een politieke keuze.

De heer Dewolf heeft zijn uiteenzetting gebaseerd op het systeem dat we momenteel kennen, met dotaties. Hij denkt dat het daarbinnen de ambitie moet zijn en mogelijk is om de kosten van de zorg zo laag mogelijk te houden en tegelijk een zo goed mogelijke patiëntenervaring te realiseren, een zo goed mogelijke volksgezondheid, en tevredenheid van de zorgverstrekkers over hun werksituatie.

7. Over de afweging tussen defederaliseren en (her)federaliseren

De heer Dewolf bevestigt aan de heer Hermant dat hij niet pleit voor herfederalisering.

Het is de overtuiging van de Vlaamse overheid dat persoonsgerichte zorg gebaat is bij decentralisatie, en dat gezondheidszorg uit zijn aard meer een persoonsgebonden dan een territoriale aangelegenheid vormt. Daarom wordt die best aan de Gemeenschappen toegewezen, waar ook de welzijnszorg wordt vormgegeven.

De heer Dewolf neemt akte van de stelling dat de ziekenhuisdirecteurs zouden pleiten voor herfederalisering. Hij meent echter dat het gezondheidsbeleid niet gemaakt wordt en niet gemaakt moet worden ten behoeve van de ziekenhuisdirecteurs. Als het Parlement en de

population sont convaincus qu'une défédéralisation permet d'organiser des soins de meilleure qualité, les directeurs d'hôpitaux devront eux aussi s'en accommoder.

Le changement se heurte toujours à des résistances car les gens aiment conserver ce qu'ils connaissent. L'intervenant pense toutefois que si les directions des hôpitaux apprennent à connaître le niveau communautaire, elles s'y habitueront, comme M. Dewolf peut déjà le constater dans les hôpitaux de revalidation.

Dans d'autres pays dotés d'une structure étatique décentralisée, il s'avère que la défédéralisation des soins de santé est davantage la règle que l'exception; à cet égard, certains pays comme le Danemark, l'Allemagne ou, plus encore, l'Espagne et l'Italie, vont même encore plus loin que la Belgique.

Au Royaume-Uni par exemple, c'est Londres qui arrête le budget des soins de santé, qu'elle répartit ensuite entre l'Écosse, l'Irlande du Nord, l'Angleterre et le Pays de Galles, par le biais d'un système de dotations. Le Pays de Galles, qui compte environ 3 millions d'habitants, est compétent à la fois pour les hôpitaux universitaires et pour les assistants sociaux au niveau des pouvoirs locaux.

Si le principe de la défédéralisation était aussi mauvais que d'aucuns le prétendent, les pays développés qui nous entourent ne seraient pas si nombreux à l'avoir appliqué de manière aussi poussée.

Si le Parlement devait quand même décider de refédéraliser, M. Dewolf demanderait que le bien-être, la prévention et les soins de première ligne soient ramenés dans le giron fédéral. En d'autres termes, il faudrait veiller à tout rassembler en un seul «paquet», afin de garantir que la politique soit menée à un niveau unique.

a. Avantages de la refédéralisation

La refédéralisation présenterait certainement plusieurs avantages, en particulier sur le plan opérationnel. Il n'y a, actuellement, pas d'exigences linguistiques pour les médecins qui s'établissent sur le territoire flamand; l'autorité fédérale pourrait en instaurer. La politique hospitalière, où les Communautés sont intégralement compétentes pour la politique d'investissement et le développement des infrastructures des hôpitaux, génère elle aussi des tensions. M. Collin a déjà précisé que le fédéral finançait encore certains établissements flamands, même si le gouvernement flamand ne leur accorde plus d'agrément. Dans le domaine des soins de

volksvertegenwoordiging ervan overtuigd zijn dat we zorg met een betere kwaliteit kunnen organiseren door een defederalisering, zullen ook de ziekenhuisdirecteurs zich daaraan moeten aanpassen.

Er bestaat altijd weerstand tegen verandering want mensen behouden graag wat ze kennen. De spreker denkt echter dat de ziekenhuisdirecties, als ze het gemeenschapsniveau leren kennen, daar best wel aan zullen wennen. Dat is wat de heer Dewolf nu al ziet gebeuren in de revalidatieziekenhuizen.

In andere landen met een gedecentraliseerde staatsinrichting, blijkt dat de defederalisering van de gezondheidszorg meer de regel dan de uitzondering vormt, en dat men daarin nog verder gaat dan België. Dit geldt voor Denemarken en Duitsland, en nog veel meer voor Spanje en Italië.

In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld stelt «Londen» het gezondheidsbudget vast, en verdeelt het dan via een dotatiesysteem tussen Schotland, Noord-Ierland, Engeland en Wales. De regio Wales, met zo'n 3 miljoen inwoners, is bevoegd voor de universitaire ziekenhuizen zowel als voor de sociale assistenten bij de lokale besturen.

Als het idee om te defederaliseren zo pervers zou zijn, zouden niet zoveel ontwikkelde landen rondom ons daar zo ver mee doorgaan zijn.

Als het Parlement toch zou beslissen om te herfederaliseren, zou de heer Dewolf vragen om ook welzijn, preventie en eerstelijnszorg terug op het federale niveau te brengen. Met andere woorden: zorg dat het één pakket wordt, zodat het beleid vanuit één hand gevoerd wordt.

a. Voordelen van herfederaliseren

Herfederaliseren zou zeker een aantal voordelen inhouden, in de eerste plaats op operationeel vlak. Op dit moment worden er geen taaleisen gesteld aan artsen die zich vestigen op het Vlaamse grondgebied, dat zou de federale overheid wel kunnen. Er bestaan ook spanningen in het ziekenhuisbeleid, waar de Gemeenschappen volledig bevoegd zijn voor het investeringsbeleid en de infrastructuurontwikkeling van de ziekenhuizen. De heer Collin heeft al aangegeven dat er hiervoor toch financieringsstromen vanuit de federale overheid naar bepaalde instellingen blijven bestaan, ook al geeft de Vlaamse overheid daar geen erkenningen meer aan. In

santé mentale, les réseaux de psychiatrie ambulatoire, qui sont actuellement financés grâce à la réduction du nombre de lits hospitaliers psychiatriques, pourraient être plus en phase avec les zones de première ligne.

b. Avantages et réalisations de la défédéralisation

Après la sixième réforme de l'État, l'agence *Zorg en Gezondheid* a numérisé l'ensemble du circuit de paiement des soins aux personnes âgées en Flandre, ce qui a permis d'améliorer l'efficacité et de simplifier les procédures. On voit donc clairement les avantages que la défédéralisation peut apporter.

M. Dewolf souhaite poursuivre le processus de simplification et préconise le recours à des normes internationales pour faciliter l'échange de données, non seulement entre entités fédérées mais aussi avec les pays étrangers.

L'année dernière, la Flandre a également supprimé la distinction artificielle entre les maisons de repos et de soins (MRS) et les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Cette distinction était source de situations très injustes, où l'intervention financière des pouvoirs publics variait en fonction du statut du lit que le patient occupait. En supprimant ces deux statuts, la Flandre a instauré une plus grande égalité sociale.

La Flandre a également pu réorganiser les soins de première ligne, en fusionnant trois anciennes structures en une seule. Les *zorgraden* (conseils de soins) et les zones de première ligne existent depuis le 1^{er} juin 2020. La pandémie de covid a en tout cas été pour eux l'occasion de passer leur baptême du feu et de prouver leur raison d'être. La mise en place des centres de vaccination, par exemple, est une réalisation dont ils peuvent être fiers.

La Flandre est également en train d'instaurer des sous-quotas pour la formation des médecins. L'autorité fédérale impose des quotas sur le nombre de personnes autorisées à entamer des études de médecine. Les Communautés sont maintenant compétentes pour instaurer de nouvelles différenciations à ce niveau. La Flandre souhaite à présent déterminer le nombre de places pour les médecins généralistes, d'une part, et pour les différentes spécialisations, d'autre part, et infléchir les proportions actuelles en augmentant le nombre de médecins généralistes et en réduisant le surnombre dans certaines spécialisations. M. Dewolf estime d'ailleurs que cela devrait être un objectif pour l'ensemble du pays.

de geestelijke gezondheidszorg zouden de netwerken voor ambulante psychiatrie, die nu gefinancierd worden door de afbouw van psychiatrische ziekenhuisbedden, beter kunnen aansluiten op de eerstelijnszones.

b. Voordelen en realisaties van de defederalisering

Na de zesde Staatshervorming heeft het Agentschap Zorg en Gezondheid het hele betalingscircuit van de ouderenzorg in Vlaanderen gedigitaliseerd. Dat heeft geleid tot een grotere efficiëntie en tot vereenvoudiging, wat meteen aantoonde welke baten een defederalisering kan brengen.

De heer Dewolf wil streven naar een verdere vereenvoudiging en naar het gebruik van internationale standaarden om data-uitwisseling te faciliteren, niet alleen tussen deelstaten, maar ook met het buitenland.

Vlaanderen heeft in het laatste jaar ook het artificieel onderscheid tussen Rust- en Verzorgingstehuizen (RVT's) en Rustoord voor bejaarden (ROB's) opgeheven. Dat onderscheid leidde tot zeer onrechtvaardige situaties, waarbij de financiële tussenkomst van de overheid verschilde naargelang het statuut van het bed waar men in lag. Door de opheffing van beide statuten heeft Vlaanderen voor meer sociale gelijkheid gezorgd.

Vlaanderen heeft ook de eerstelijnszorg kunnen herorganiseren, en drie oude structuren samengevoegd tot één nieuwe. De zorgraden en de eerstelijnszones bestaan sinds 1 juni 2020. Zij hebben zeker hun vuurdoop doorstaan en hun bestaansrecht bewezen in de COVID-pandemie. De opbouw van de vaccinatiecentra bijvoorbeeld vormt toch een prestatie waar zij trots op mogen zijn.

Vlaanderen is ook bezig subquota in te stellen voor de artsenopleidingen. De federale overheid legt quota op betreffende het aantal mensen die de studie geneeskunde mogen aanvatten. De Gemeenschappen zijn nu bevoegd om daar verder in te differentiëren. Vlaanderen wil nu het aantal plaatsen bepalen voor huisartsen enerzijds, en verschillende specialisaties, anderzijds, en de huidige verhoudingen ombuigen naar een groter aantal huisartsen en een kleiner overtal in bepaalde specialistische disciplines. Overigens meent de heer Dewolf dat dit een doelstelling zou moeten vormen voor het hele land.

c. Évaluation

Les réformes de l'État en valent-elles la peine? Pour l'orateur, la réponse est oui.

M. Dewolf estime que les problèmes qu'il a esquissés à l'entame de son exposé, et auxquels nous serons très vite confrontés, devraient être abordés de préférence à un niveau décentralisé.

L'expert se dit toutefois opposé à un statu quo dans la mesure où pour chaque dossier ou problématique, il y a, à l'heure actuelle, plusieurs niveaux de pouvoir concernés. Toutes les administrations, tant au niveau communautaire qu'au niveau fédéral, se heurtent à cette situation. Le besoin de concertation et de consensus est tel que cela entraîne beaucoup de retard. Il n'est pas évident de s'entendre sur une approche asymétrique. Le fait qu'une Communauté reçoive plus d'argent qu'une autre, par exemple, est une question sensible. C'est pourquoi M. Dewolf pense qu'une défédéralisation plus poussée peut être une solution.

8. L'accessibilité (financière) des soins

M. Dewolf indique que s'il devait concevoir, ainsi que l'a suggéré M. Daems, la structure étatique la plus efficace possible pour les soins de santé en faisant table rase de tout ce qui existe, il poserait comme principe qu'il faut garantir des soins de qualité accessibles et financièrement abordables pour tout un chacun.

Cela ne veut pas dire que les personnes nécessitant des soins doivent être traitées de manière strictement identique partout et en tous points. Aujourd'hui, pour sa visite chez le médecin, un patient paie déjà un montant différent selon que le médecin est conventionné ou non, et selon qu'il peut bénéficier ou non d'une assurance privée par le biais de son employeur. Avant la sixième réforme de l'État, il y avait déjà des écarts de prix pour les soins aux personnes âgées, sans que cela suscite d'indignation à l'époque.

Selon M. Dewolf, les écarts de prix ne sont pas un problème s'ils peuvent rendre le système plus efficace. À l'étranger, les compagnies d'assurance concluent des accords avec les établissements de soins de santé en vue d'obtenir le prix le plus bas possible pour leurs membres, en échange de la meilleure qualité possible en termes de soins.

c. Afweging

Is het sop de kool van de Staatshervormingen waard? Wat de spreker betreft is het antwoord positief.

De problemen die de heer Dewolf bij het begin van zijn presentatie geschetst heeft, en die met grote snelheid op ons afkomen, kunnen volgens hem beter op een decentraal niveau aangepakt worden.

De expert is echter tegen de *status quo*, omdat op dit moment elk dossier of elke problematiek verbonden is met verschillende beleidsniveaus. Alle administraties, zowel op het Gemeenschaps- als op het federale niveau, worstelen hiermee. Door de nood aan overleg en consensus onstaat er veel vertraging. Overeenstemming krijgen over een asymmetrische aanpak ligt niet voor de hand. Dat één Gemeenschap bijvoorbeeld meer financiële middelen zou krijgen dan een andere, ligt gevoelig. Daarom denkt de heer Dewolf dat een verdere defederalisering uitkomst kan bieden.

8. Over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg

Als de heer Dewolf, zoals de heer Daems suggereerde, vanuit een volledig *tabula rasa* de meest efficiënte staatsinrichting voor de gezondheidszorg zou moeten ontwerpen, zou hij als uitgangspunt nemen dat kwaliteitsvolle zorg betaalbaar en toegankelijk moet zijn voor iedereen.

Dat betekent niet dat zorgbehoevenden overal en op alle vlakken een volstrekt gelijke behandeling moeten krijgen. Ook nu betaalt een patiënt een ander bedrag voor een doktersbezoek naargelang de arts al of niet geconventioneerd is, en naargelang zij via hun werkgever kunnen genieten van een private verzekering. Ook vóór de zesde Staatshervorming bestonden er prijsverschillen in de ouderenzorg; dat wekte toen blijkbaar geen verontwaardiging.

Als prijsverschillen kunnen leiden tot efficiëntieverhoging van het systeem, ziet de heer Dewolf daar geen probleem in. In het buitenland maken de verzekeringen afspraken met de zorginstellingen om een zo laag mogelijke prijs te bedingen voor hun leden, in ruil voor een zo hoog mogelijke zorgkwaliteit.

9. La solidarité interpersonnelle

M. Dewolf partage l'avis de Mme Fonck selon lequel la solidarité interpersonnelle est une valeur et un acquis européens majeurs que nous devons continuer à défendre. Il ne faut pas aller loin pour constater qu'en Asie ou en Amérique, le raisonnement est tout autre: celui qui gagne plus, obtient une meilleure qualité.

10. La mobilité en matière de soins

M. Dewolf pense que l'hypothèse selon laquelle la défédéralisation plus poussée de la politique des soins de santé ferait entrave à la liberté de circulation quant à la consommation en matière de soins de santé repose sur un malentendu. Ce n'est pas le cas, et ce serait d'ailleurs contraire aussi à la réglementation européenne. Même dans les secteurs qui ont déjà été défédéralisés, comme les soins aux personnes âgées, les patients wallons sont les bienvenus dans les établissements flamands.

Les entités fédérées concluent des accords pour contrôler et réglementer les différences quant à la contribution financière que chaque entité doit apporter en puisant dans ses fonds. Cela est fait de manière telle que la liberté du citoyen n'est pas restreinte et qu'il ne rencontre pas d'obstacle administratif.

Une défédéralisation plus poussée ne doit pas nécessairement restreindre la liberté de choix du demandeur de soins, et tel n'est certainement pas l'objectif sous-jacent de la défédéralisation que M. Dewolf préconise.

11. La manière dont la sixième réforme de l'État a été mise en œuvre

Selon l'intervenant, il est évident que la rapidité avec laquelle la sixième réforme de l'État a été mise en œuvre est liée à la capacité de l'administration et qu'à cet égard, ses collègues bruxellois sont quand même moins bien lotis que les pouvoirs publics flamands.

M. Dewolf reconnaît que la mise en œuvre de la sixième réforme de l'État n'est pas non plus chose aisée d'un point de vue plus global. S'il devait y avoir une nouvelle réforme de l'État, comme l'accord de gouvernement fédéral le prévoit, il faudrait laisser aux administrations et aux organisations de soins un délai suffisant pour la mettre à exécution. La réflexion administrative et la concertation avec le secteur prennent effectivement beaucoup de temps.

9. Over de interpersoonlijke solidariteit

De heer Dewolf is het eens met mevrouw Fonck dat de interpersoonlijke solidariteit een belangrijke Europese waarde en verworvenheid vormt, die we moeten blijven verdedigen. Men moet niet ver reizen om vast te stellen dat daar in Azië of Amerika helemaal anders over gedacht wordt: wie meer verdient, krijgt betere kwaliteit.

10. Over de zorgmobiliteit

De heer Dewolf meent dat de veronderstelling dat de verdere defederalisering van het zorgbeleid hinderpalen zou opwerpen voor de vrijheid van verkeer inzake zorgconsumptie, berust op een misverstand. Dat is niet het geval, en zou trouwens ook strijdig zijn met de Europese regelgeving. Ook in domeinen die al gedefederaliseerd zijn, zoals de ouderenzorg, zijn Waalse patiënten welkom in Vlaamse instellingen.

De deelstaten maken afspraken om in de backoffice de verschillen in de financiële bijdrage die elke entiteit vanuit haar fondsen moet leveren, op te volgen en te regelen. Dat gebeurt op een manier die de vrijheid van de burger niet beperkt en voor die burger geen administratieve hinder oplevert.

Een verdere defederalisering hoeft de keuzevrijheid van de zorgzoeker niet in te perken en dat is zeker ook niet het achterliggende oogmerk van de defederalisering die de heer Dewolf bepleit.

11. Over de manier waarop de zesde Staatshervorming geïmplementeerd is

Wat de spreker betreft ligt het voor de hand dat de snelheid waarmee de zesde Staatshervorming geïmplementeerd is, verband houdt met de capaciteit van de administratie, en dat zijn Brusselse collega's op dat vlak toch wel minder bedeed zijn dan de Vlaamse overheid.

De heer Dewolf erkent dat de implementatie van de zesde Staatshervorming ook meer algemeen gezien moeizaam verloopt. Als er nog een nieuwe Staatshervorming komt, zoals in het federaal regeerakkoord staat, moeten de administraties en zorgorganisaties voldoende tijd krijgen om die te verwerken. De administratieve reflectie en de samenspraak met de sector zijn inderdaad zeer tijdrovend.

12. Les disparités intrarégionales en termes de consommation de soins

L'agence *Zorg en Gezondheid* constate elle aussi que nombre de nouveaux venus apportent avec eux leur culture et leurs habitudes de consommation en matière de soins et préféreront, par exemple, aller aux urgences plutôt que de s'adresser à un médecin généraliste avec lequel ils peuvent construire une relation suivie. L'agence est préoccupée aussi par la sous-consommation dans certains groupes cibles et souhaite y remédier.

Il faut du temps pour changer cela; c'est un défi énorme dans une ville comme Bruxelles présentant la plus forte diversité au monde après Dubaï.

S'agissant des disparités interrégionales en matière de consommation de soins, M. Dewolf indique qu'il ne faut pas appréhender celles-ci uniquement en termes d'économie de la santé. Il existe aussi ce que l'on pourrait appeler une culture des soins, qui transparaît dans les formations en matière de santé ainsi que dans l'évolution des structures de soins.

Il est convaincu que la défédéralisation offre la possibilité d'apporter une réponse mieux adaptée aux besoins en matière de soins de santé, lesquels peuvent varier selon les régions. Pour pouvoir tenir compte de ces disparités, il faut se placer au niveau des zones de première ligne. En effet, à l'intérieur de la Flandre aussi, il y a des disparités d'une région à l'autre: ainsi, dans le nord de la Campine, la situation est autre que dans la région de la Dendre. Il en va sans aucun doute de même à Bruxelles et en Wallonie.

13. Le lien entre la santé et le bien-être

M. Dewolf estime qu'il est assurément possible et même souhaitable d'homogénéiser les compétences en matière de bien-être et de santé. Cette approche existe d'ailleurs déjà dans d'autres pays qui sont dotés d'une structure étatique décentralisée et qui n'ont certainement rien à envier à notre pays en termes de qualité des soins.

Comme l'a dit un membre de la commission, la pluridisciplinarité contribue en effet à la qualité des soins. C'est précisément la raison pour laquelle il faut défédéraliser davantage les soins de santé. Pour pouvoir fournir des soins intégrés, il faut que la dimension médicale aille de pair avec la dimension sociale et celle du bien-être.

12. Over de intraregionale verschillen in zorgconsumptie

Ook het Agentschap voor Zorg en Gezondheid stelt vast dat veel nieuwe aankomers, hun gezondheidscultuur en consumptiepatronen meebrengen, en bijvoorbeeld eerder de spoedgevallen zullen opzoeken dan een huisarts waarmee ze een continue relatie kunnen opbouwen. Het Agentschap is ook bezorgd over de onderconsumptie bij bepaalde doelgroepen en wil dit aanpakken.

Daar verandering in brengen kost tijd; dit vormt een zeer grote uitdaging in Brussel, de stad met de meeste diversiteit ter wereld na Dubai.

Wat de interregionale verschillen inzake zorgconsumptie betreft, stelt de heer Dewolf dat men dit niet enkel in gezondheidseconomische termen moet bekijken. Er bestaat ook zoiets als een zorgcultuur, die mee tot uiting komt in de zorgopleidingen en de evolutie van de zorgstructuren.

Hij is ervan overtuigd dat de defederalisering een kans biedt om een adequater antwoord te bieden aan de zorgbehoeften die regionaal kunnen verschillen. Om op die verschillen te kunnen inspelen, moet je afdalen tot op het niveau van de eerstelijnszones. Ook binnen Vlaanderen zijn er immers regiogebonden verschillen: de Noorderkempen schrijven een ander verhaal dan de Denderstreek. Hetzelfde geldt ongetwijfeld voor Brussel en Wallonië.

13. Over de band tussen gezondheid en welzijn

De heer Dewolf acht het zeker mogelijk en zelfs een goed idee om de bevoegdheden inzake welzijn en gezondheid te homogeniseren. Deze aanpak bestaat trouwens al in andere landen met een gedecentraliseerde staatsinrichting, die zeker niet moeten onderdoen voor ons land wat de kwaliteit van zorg betreft.

Multidisciplinariteit draagt inderdaad bij aan zorgkwaliteit, zoals een commissielid stelde. Net daarom moet de zorg verder defederaliseren. De medische dimensie moet samengaan met de sociale en de welzijnsdimensie om geïntegreerde zorg te kunnen bieden.

14. L'affiliation obligatoire auprès de la Protection sociale flamande

À Bruxelles, l'affiliation à la protection sociale flamande se fait effectivement sur une base volontaire. Il s'agit, bien entendu, d'un choix politique, point sur lequel M. Dewolf ne se prononcera pas.

15. Le fait de bénéficier de soins de santé dans sa propre langue et spécifiquement en néerlandais

M. Dewolf est d'accord avec M. Anciaux et Mme Groothedde lorsqu'ils disent qu'il est capital de pouvoir bénéficier de soins dans sa propre langue.

En vertu, notamment, de la réglementation européenne et du principe de la libre circulation des personnes, des prestataires de soins d'autres pays peuvent s'établir en Belgique même s'ils ne parlent aucune des langues de la Région où ils s'installent. À l'heure actuelle, il n'y a d'ailleurs aucune règle qui impose une telle connaissance de la langue.

16. Les enseignements qui peuvent être tirés de la sixième réforme de l'État

M. Dewolf pense qu'une tutelle fédérale n'est pas nécessaire pour pouvoir garantir la cohérence de la politique de santé publique. Il estime que les entités fédérées ont acquis une maturité suffisante pour pouvoir conclure des accords interrégionaux pour une politique efficace, comme c'est le cas en Espagne.

17. La possibilité de défédéraliser la politique des produits de santé

La Belgique fait partie de l'espace et du marché européens. Selon M. Dewolf, il faut s'attendre à une supranationalisation de la politique des produits de santé, comme l'Agence européenne des Médicaments (EMA) le fait déjà pour les vaccins contre la Covid-19.

Dans cette perspective, il n'est pas évident de procéder encore à une défédéralisation, mais il s'agit en définitive de choix politiques.

b) Pour l'INAMI

M. Collin constate que la plupart des questions tournent autour de la centralisation ou décentralisation des compétences en matière de soins de santé. Comme il l'a rappelé, aucun pays ne connaît une gestion totalement centralisée – ou décentralisée – des soins de santé. Il y

14. Over de verplichte aansluiting bij de Vlaamse Sociale Bescherming

In Brussel kan men zich inderdaad vrijwillig aansluiten bij de Vlaamse sociale bescherming. Dat is uiteraard een politieke keuze, waar de heer Dewolf zich niet over zal uitspreken.

15. Over de zorg in eigen taal, en specifiek in het Nederlands

De heer Dewolf is het eens met de heer Anciaux en mevrouw Groothedde dat de zorg in eigen taal uitermate belangrijk is.

Mede door de Europese regelgeving en het vrij verkeer van personen kunnen zorgverleners uit andere landen zich vestigen in België, die geen enkele van de talen van het Gewest waar zij zich vestigen, beheersen. Er bestaat op dit ogenblik ook geen enkele regel die dat oplegt.

16. Lessen die kunnen getrokken worden uit de zesde Staatshervorming

De heer Dewolf meent dat een federale voorgedij niet nodig is om coherentie in het volksgezondheidsbeleid te bekomen. Hij denkt dat de deelstaten volwassen genoeg zijn om interregionaal, zoals in Spanje, afspraken te maken voor een goed beleid.

17. Over de mogelijkheid om het productbeleid te defederaliseren

België maakt deel uit van de Europese ruimte en Europese markt. Volgens de heer Dewolf ligt het in de lijn der verwachting dat het gezondheidsproductbeleid zal gesupranationaliseerd worden, zoals het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) dat nu reeds doet voor de COVID-19-vaccins.

In dat perspectief ligt het niet voor de hand om nog te defederaliseren, maar dat zijn uiteindelijk politieke keuzes.

b) Voor het RIZIV

De heer Collin stelt vast dat men het meestal heeft over centralisering of decentralisering van bevoegdheden inzake gezondheidszorg. Zoals hij reeds heeft aangegeven, kent geen enkel land een volledig gecentraliseerd – of gedecentraliseerd – beleid inzake gezondheid. Overal is

a partout un équilibre, des systèmes fondés sur plus ou moins de transferts de compétences.

De nombreux modèles existent et ce n'est pas sur base de ceux-ci que l'on peut juger de la qualité des systèmes de santé dans le monde. En revanche, on juge la qualité des systèmes selon les principes de l'«*evidence based*», ou de la place centrale réservée au patient. Ces sont là deux principes fondamentaux.

Il a beaucoup été question de cohérence. Toutes les administrations souhaitent que leurs compétences soient clairement définies et cohérentes. Mais qu'implique cette cohérence? Aujourd'hui, les Communautés sont compétentes en matière d'investissements hospitaliers et d'agréments. La cohérence impliquerait donc que tout ce qui concerne la gestion hospitalière soit confié aux entités fédérées. Si l'on poursuit le raisonnement, la première ligne devrait l'être aussi.

Il existe des pays où ce modèle existe et où même l'assurance maladie est décentralisée. Pour M. Collin, les termes de cohérence et d'homogénéisation sont dangereux. Ce qu'il faut, c'est qu'une compétence relativement bien identifiée soit cohérente et non morcelée.

L'INAMI est l'assureur national et reste fédéral jusqu'aujourd'hui. Si l'on diminue l'assiette de l'assurance en régionalisant, aucun assureur ne pourra dire que l'assurance sera moins chère, au contraire. Plus restreinte est la frange de la population couverte, plus les risques de maladies, de pensions, etc., augmentent et il en va de même pour les coûts. Sans plaider pour une centralisation, l'orateur estime qu'aucune décentralisation ne coûtera moins cher. C'est manifeste dans le secteur des soins de santé pour lequel la régionalisation de certaines compétences a nécessité la création de nouvelles administrations et le recrutement de personnel supplémentaire au niveau des Régions. Il n'y a donc *de facto* pas d'économie, à tout le moins en termes de coûts de personnel. En termes de couverture de l'assurance, plus l'assiette est large, plus on peut répartir les risques et les amortir.

Ce qui se fait en Belgique actuellement n'est pas forcément mal fait, mais on ne dispose pas d'évaluation de la situation. Aucun des experts entendus n'a présenté d'évaluation de la qualité des soins de santé en Belgique. Mais ce qui intéresse la commission, c'est de déterminer si le modèle institutionnel actuel améliore ou détériore le fonctionnement du système de soins de santé.

Dans certains pays tels que l'Allemagne, l'assurance santé dépend des régions mais c'est l'État fédéral qui

er een evenwicht tussen systemen met meer of minder bevoegdheidsoverdrachten.

Er bestaan vele modellen, en het is niet op basis daarvan dat men de kwaliteit van de gezondheidsstelsels in de wereld kan beoordelen. Wel beoordeelt men de kwaliteit van de stelsels volgens *evidence based*-beginselen en de centrale plaats die aan de patiënt wordt gegeven. Dit zijn twee fundamentele principes.

Er is veel sprake geweest van coherentie. Alle besturen willen dat hun bevoegdheden duidelijk omschreven en coherent zijn. Maar wat impliceert dit? Vandaag zijn de Gemeenschappen bevoegd voor ziekenhuisinvesteringen en vergunningen. Coherentie zou dus betekenen dat alles wat het ziekenhuizenbeheer betreft aan de deelstaten wordt toevertrouwd. Als men de redenering doortrekt, zou dat ook voor de eerste lijn moeten gelden.

In sommige landen bestaat dit model en is zelfs de ziekteverzekering gedecentraliseerd. De heer Collin vindt de termen coherentie en homogenisering gevaarlijk. Wat nodig is, is dat een vrij goed omschreven bevoegdheid coherent en niet versnipperd is.

Het RIZIV is de nationale verzekeraar en blijft tot op heden federaal. Als men de basis van de verzekering versmalt door te regionaliseren, zal geen enkele verzekeraar kunnen zeggen dat de verzekering goedkoper zal worden, integendeel. Hoe kleiner de groep verzekerde mensen is, hoe groter de kans op ziekte, pensioen, enz., en hoe hoger de kosten kunnen oplopen. Zonder te willen pleiten voor centralisering, meent spreker dat decentralisering in geen enkel geval goedkoper zal zijn. Dat is duidelijk in de sector van de gezondheidszorg, waar de Gewesten door de regionalisering van sommige bevoegdheden nieuwe besturen hebben moeten oprichten en bijkomend personeel hebben moeten aanwerven. Er is dus in feite geen sprake van besparingen, althans op het vlak van de personeelskosten. Wat de dekkinggraad van de verzekering betreft: hoe breder de basis, hoe beter men de risico's kan spreiden en opvangen.

Wat België nu doet, is niet noodzakelijk verkeerd, maar er is geen evaluatie van de situatie voorhanden. Geen enkele van de gehoorde sprekers heeft een evaluatie van de kwaliteit van de gezondheidszorg in België voorgesteld. Maar wat de commissie interesseert, is nagaan of het huidige institutionele model de werking van de gezondheidszorg verbetert of verslechtert.

In sommige landen, zoals Duitsland, is ziekteverzekering een regionale bevoegdheid, maar het is de

fixe les objectifs de santé, exerçant par là une tutelle sur les régions. C'est également le cas en Suisse. Il est impossible de prouver qu'un système défédéralisé fonctionnera mieux – bien que certains fonctionnent très bien – ou, à l'inverse, qu'un système centralisé fonctionnera mieux, puisqu'il existe aussi des exemples où ce système fonctionne moins bien qu'avant.

L'expert rappelle que l'assurance maladie est une solidarité entre personnes et non pas entre Régions. Cette solidarité s'exerce entre des individus qui ont des revenus et qui paient l'assurance en fonction de ceux-ci. Ces revenus alimentent une caisse destinée à payer des soins en fonction des besoins de ces individus – pas parce qu'ils sont flamands, wallons ou bruxellois mais simplement parce qu'ils contribuent et sont couverts par l'assurance fédérale. Le système ne dépend pas des revenus des Régions mais des revenus des individus.

Il convient d'arrêter d'opposer des masses et des flux d'argent. L'important, c'est que toutes les personnes qui travaillent paient des cotisations et que toutes les personnes qui sont malades soient soignées. C'est pourquoi M. Collin estime que l'assurance maladie doit rester fédérale car il ne voit pas comment effectuer des prises en charge et des remboursements identiques dans un système régionalisé. Il ne souscrit pas du tout à la proposition de M. Dewolf de maintenir la solidarité au niveau des revenus et d'appliquer un système de dotations au niveau des dépenses, car l'assurance forme un tout qui comprend les entrées et les sorties d'argent – et celles-ci sont réparties en fonction des individus qui contribuent ou qui en ont besoin.

Si l'assurance santé reste fédérale, cela n'empêche pas de la décliner en fonction des besoins, non pas d'une Communauté ou d'une Région, mais bien d'un territoire et d'une population qui a ses propres problématiques. Tous s'accordent à dire que ce qui détermine le plus les soins de santé, ce sont les déterminants non-médicaux de la santé. Le bien-être, le logement, l'éducation ou l'alimentation ont plus d'influence sur l'état de santé des gens que tous les médicaments du monde. Quelqu'un qui a des problèmes de cholestérol verra plus de résultats positifs s'il pratique du sport qu'en absorbant seulement des médicaments contre le cholestérol. C'est la raison pour laquelle une vision globale est essentielle. Ce qui intéresse l'INAMI, c'est de pouvoir offrir à l'ensemble de la population belge des soins de santé de qualité et, pour ce faire, il peut s'appuyer sur les Communautés et les Régions – en effet, chacun a son rôle à jouer. La sixième réforme de l'État prévoyait la possibilité pour

fédérale overheid die de gezondheidsdoelstellingen bepaalt, waardoor zij toezicht houdt op de deelstaten. Hetzelfde geldt voor Zwitserland. Het is onmogelijk te bewijzen dat een gedecentraliseerd systeem beter zal werken – hoewel sommige heel goed werken – of integendeel dat een gecentraliseerd systeem beter zal werken, aangezien er ook voorbeelden zijn waar dit systeem minder goed werkt dan vroeger.

De heer Collin herinnert eraan dat de ziekteverzekering een kwestie is van solidariteit tussen personen en niet tussen Gewesten. Deze solidariteit vindt plaats tussen individuen die een inkomen hebben en de verzekering op grond hiervan betalen. Deze bijdragen spijzen een kas die dient om zorg te betalen naargelang van de behoeften van deze individuen – niet omdat zij Vlaming, Waal of Brusselaar zijn, maar gewoon omdat zij bijdragen en gedekt zijn door de federale verzekering. Het systeem hangt niet af van de inkomsten van de Gewesten, maar van die van de individuen.

Men moet stoppen met bevolkingsgroepen en geldstromen tegenover elkaar te plaatsen. Het belangrijke is dat iedereen die werkt bijdragen betaalt en dat iedereen die ziek is, wordt verzorgd. Daarom meent de heer Collin dat de ziekteverzekering federaal moet blijven. Hij ziet niet in hoe de zorgverstrekking en de terugbetaling identiek kunnen blijven in een geregionaliseerd systeem. Hij is het helemaal niet eens met het voorstel van de heer Dewolf om de solidariteit op het niveau van de inkomens te behouden en om een stelsel van dotaties toe te passen voor de uitgaven, omdat de verzekering een geheel vormt dat de inkomsten en de uitgaven omvat, en deze zijn verdeeld op grond van de individuen die bijdragen of die ze nodig hebben.

Ook als de ziekteverzekering federaal blijft, kan ze nog altijd verdeeld worden op grond van de behoeften, niet van een Gemeenschap of Gewest, maar wel van een gebied en een bevolking met haar eigen noden. Iedereen is het erover eens dat wat het meeste invloed heeft op de gezondheidszorg, niet-medische gezondheidsfactoren zijn. Welzijn, huisvesting, opleiding of voeding hebben meer invloed op iemands gezondheid dan alle medicijnen van de wereld. Iemand met cholesterolproblemen zal positievere resultaten zien als hij aan sport doet dan als hij alleen geneesmiddelen tegen cholesterol inneemt. Daarom is een globale visie essentieel. Wat het RIZIV wil, is aan de hele Belgische bevolking gezondheidszorg van goede kwaliteit bieden en om dat te doen kan het steunen op de Gemeenschappen en Gewesten – iedereen moet hier inderdaad een rol in spelen. De zesde Staatshervorming voorziet in de mogelijkheid dat de Gemeenschappen en Gewesten in het RIZIV worden

les Communauté et les Régions d'être représentées au sein de l'INAMI, leur permettant ainsi de pouvoir orienter les choix opérés au niveau fédéral en fonction de besoins spécifiques.

Une manière très simple d'assurer la cohérence dans les soins de santé consiste à laisser les frais de santé à charge des personnes au sein de l'assurance maladie-invalidité, comme c'est le cas aujourd'hui (à l'exception de quelques morceaux qui ont été transférés aux Communautés et aux Régions, et que l'on pourrait même éventuellement remettre dans le giron fédéral). L'organisation structurelle des soins de santé pourrait, quant à elle, être régionalisée, moyennant la fixation d'objectifs de qualité au niveau fédéral. Il peut y avoir en effet des visions différentes mais un malade reste un malade, avec, certes, des problématiques locales mais non liées à la Communauté ou la Région.

Il est bien sûr essentiel que les citoyens puissent être soignés dans leur langue, surtout dans leur Région. Toutefois, on n'est pas mieux soigné parce qu'on est soigné dans sa langue mais bien grâce aux qualifications du médecin et des prestataires. En effet, personne ne va mourir parce qu'il ne comprend pas la langue. L'orateur signifie par là que si la santé peut être déterminée par des facteurs socio-économiques et sanitaires, aucune étude n'a jamais montré que la langue était déterminante pour une bonne santé et de bons soins de santé.

En conclusion, l'expert répète que l'important, c'est la qualité des soins de santé et cette qualité est liée à des territoires, à des populations et éventuellement à des visions d'organisation différentes. Il faut permettre aux Régions d'organiser leurs soins au mieux, dans le cadre de leurs compétences. L'assurance santé et la gestion des soins hospitaliers aigus et spécialisés doivent rester une compétence fédérale. La Belgique est un trop petit pays que pour découper les choses et avoir différents modèles hospitaliers.

L'orateur se dit favorable à une unité de commandement en cas de crise mais aussi en général, notamment pour la définition des objectifs que l'on veut atteindre dans les soins de santé, en tenant compte des problématiques particulières de chaque population de chaque Région.

vertegenwoordigd, zodat zij de keuzes die op federaal niveau worden gemaakt mee kunnen helpen bepalen naargelang van hun specifieke behoeften.

Een heel eenvoudige manier om een samenhangend gezondheidsbeleid te voeren is door de gezondheidskosten ten laste van de personen binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering te behouden, zoals dat nu het geval is (met uitzondering van enkele delen die naar de Gemeenschappen en Gewesten zijn overgeheveld, en die men eventueel zelfs opnieuw op federaal niveau zou kunnen brengen). De structurele organisatie van de gezondheidszorg zou wel kunnen worden geregionaliseerd, op voorwaarde dat de federale overheid kwaliteitsdoelstellingen bepaalt. Er kunnen immers verschillende visies bestaan, maar een zieke blijft een zieke. Er bestaan weliswaar specifieke lokale problemen, maar zij houden geen verband met de Gemeenschap of het Gewest.

Het is natuurlijk essentieel dat de burgers in hun taal en vooral in hun Gewest kunnen worden verzorgd. Men wordt echter niet beter verzorgd omdat men in de eigen taal wordt verzorgd, maar wel dankzij de bekwaamheid van de artsen en de zorgverleners. Niemand zal sterven omdat hij of zij de taal niet begrijpt. Spreker bedoelt hiermee dat iemands gezondheid kan afhangen van sociaal-economische en sanitaire factoren, maar dat geen enkele studie ooit heeft aangetoond dat de taal bepalend is voor een goede gezondheid en gezondheidszorg.

Tot slot herhaalt de deskundige dat de kwaliteit van de zorgverlening van primordiaal belang is en dat deze kwaliteit te maken heeft met gebieden, bevolkingsgroepen en eventueel een andere visie op de organisatie. De Gewesten moeten de mogelijkheid hebben om hun zorgverlening zo goed mogelijk te organiseren, binnen het kader van hun bevoegdheden. De ziekteverzekering en de hoogtechnologische en gespecialiseerde ziekenhuiszorg moeten een federale bevoegdheid blijven. België is te klein om deze zaken te splitsen en verschillende ziekenhuismodellen te hebben.

Spreker is voorstander van een eenheid van commando in crisissituaties, maar ook in het algemeen, met name voor het bepalen van de doelstellingen die men in de gezondheidszorg wil bereiken, met inachtneming van de specifieke kenmerken van elke bevolking in elk Gewest.

c) Pour Iriscare1. Manière dont la sixième réforme de l'État a été mise en œuvre et rythme de cette mise en œuvre

Mme Dekens indique clairement au début de son exposé que la mise en œuvre de la sixième réforme de l'État est pratiquement terminée.

Le seul élément qui doit encore être transféré est «l'évaluation médicale». Le paiement de «l'allocation pour l'aide aux personnes âgées handicapées» (APA) proprement dite avait déjà été transféré au 1^{er} janvier 2021, donc en pleine période Covid. Mme Dekens souligne au passage que même dans ces circonstances exceptionnelles, personne n'en a pâti: chaque euro a été versé à temps et à heure. À cet égard, Bruxelles suit exactement le même calendrier que la Région wallonne, qui doit encore reprendre le volet «évaluation médicale».

Dans sa note, Mme Dekens a néanmoins tenu à souligner qu'il n'y avait, à ce jour, guère de place pour une analyse rétrospective ou une évaluation, étant donné qu'Iriscare n'a pas encore assez de recul par rapport aux faits. Le Bureau du Plan a certes déjà mené une étude sur les allocations familiales, laquelle indique qu'en matière de réduction du risque de pauvreté, Bruxelles fait mieux que les autres Régions. Mais sur ce plan également, la situation bruxelloise est encore précaire, car le dispositif ne sera pleinement en vigueur qu'à la fin de 2022. Le système est en effet basé sur des flux de recettes fiscales, de sorte que les recettes de 2020 (exercice d'imposition 2021) ne seront traitées qu'en 2022.

2. La complexité de la répartition des compétences, les mécanismes de financement et la responsabilisation

Le modèle bruxellois soulève bon nombre de questions. Les ministres compétents en matière de soins de santé et de bien-être sont nombreux. Dans le modèle de la Cocom, il y a en outre le système de la double signature, avec le surcroît de travail administratif qui en découle, deux ministres étant à chaque fois compétents pour chaque matière.

Il ne s'agit pas là d'un problème insurmontable en soi, tant que le citoyen est au centre des préoccupations. Celui-ci n'a que faire de savoir si c'est la Cocof, la VGC (Commission communautaire flamande) ou la Cocom qui est à la manœuvre, du moment qu'on trouve une solution à son problème.

c) Voor Iriscare1. Over de manier en het tempo waarop de zesde Staatshervorming geïmplementeerd is

Mevrouw Dekens maakt aan het begin van haar uiteenzetting duidelijk dat de uitvoering van de zesde Staatshervorming quasi afgerond is.

Het enige element dat nog moet overgedragen worden is de «medische evaluatie». De uitbetaling van de «tegemeetkoming voor hulp aan bejaarden met een handicap» (THAB) zelf werd al overgenomen op 1 januari 2021 – dus in volle COVID-periode. Mevrouw Dekens wijst er terzijde op dat zelfs in deze uitzonderlijke omstandigheden niemand hieronder geleden heeft: iedere euro werd tijdig uitbetaald. In dit opzicht zit Brussel op exact dezelfde tijdslijn als het Waals Gewest, dat ook nog het gedeelte «medische evaluatie» moet overnemen.

In haar nota heeft mevrouw Dekens er wel op willen wijzen dat er tot op heden nauwelijks ruimte was voor een terugblik of evaluatie, aangezien Iriscare nog volop met de neus op de feiten gedrukt staat. Over de kinderbijslag is er wel al een studie van het Planbureau. Die studie stelt dat Brussel het beter doet dan de andere Gewesten als het erom gaat het armoederisico te verminderen. Maar ook op dat vlak is de situatie voor Brussel nog precair, omdat de regeling pas tegen eind 2022 volledig in voege zal zijn. Die regeling is namelijk gebaseerd op fiscale inkomstenstromen, waarbij de inkomsten van 2020, via aanslagjaar 2021, pas in 2022 zullen zijn verwerkt.

2. Over de complexiteit van de bevoegdheidsverdeling, de financieringsmechanismen en de responsabilisering

Het Brussels model zorgt voor heel wat vragen. Er zijn namelijk veel bevoegde ministers voor gezondheidszorgen en welzijn. In het GGC-model is er daarenboven ook nog het systeem van de dubbele handtekening waar telkens twee ministers bevoegd zijn per materie, wat voor extra administratieve last zorgt.

Dat is op zich geen onoverkomelijk probleem zolang de burger centraal staat. Deze laatste ligt er hoegenaamd niet wakker van of het nu al dan niet de COCOF, de VGC of de GGC is die aan zet is, zolang er maar voor zijn problematiek een passende oplossing geboden wordt.

La raison d'être d'Iriscare est d'offrir une protection sociale aux Bruxellois, quel que soit le responsable final.

Mme Dekens appuie ses propos en évoquant la manière dont le Covid a été abordé concrètement dans la Région de Bruxelles-Capitale. Iriscare s'est concerté avec les responsables de deux départements compétents pour l'inspection sanitaire: l'administration de la Commission communautaire française et les services du Collège réuni. Il s'agissait en l'espèce d'administrations qui travaillent dans un cadre strict avec un budget voté au sein d'un parlement, alors qu'Iriscare dispose de dotations, ce qui permet une plus grande souplesse dans les transferts entre les postes budgétaires. Il a ainsi été possible d'affecter des crédits TIC à l'achat de masques. Le matériel acheté a ensuite été distribué à chaque Bruxellois, qu'il soit dans une institution liée à la Communauté française ou à la Cocom. Du matériel a même été distribué aux maisons de repos flamandes, en dehors de tout accord de coopération, en application de l'adage «nécessité fait loi». Le pragmatisme a donc primé.

Mme Dekens insiste sur le fait que, dans toute réforme de l'État, le citoyen doit occuper une place centrale.

L'oratrice évoque à cet égard l'importance du facteur de proximité dans la politique d'aide aux personnes âgées, tant pour celles qui veulent rester plus longtemps à la maison que pour celles qui souhaitent aller dans un centre de soins. Cet élément doit absolument être intégré dans la programmation de ce secteur: les services doivent être suffisamment répartis dans toute la Région, et certainement pas concentrés dans quelques communes.

Mme Dekens soutient l'idée d'un modèle unique – le modèle de la Cocom – pour Bruxelles dans toute sa diversité. Un système unique peut d'ailleurs déjà être suffisamment complexe. Selon l'intervenante, le système des allocations familiales prouve qu'une compétence transférée peut parfaitement être adaptée aux besoins spécifiques de la Région, pour autant qu'il y ait aussi une vision politique pour l'ensemble de la Région en question.

Mme Dekens évoque ensuite le système des dotations fédérales et des clés de répartition qui y sont liées, lesquelles semblent évoluer différemment des besoins sur le terrain. Mme Dekens pense qu'il est important de faire en sorte que les clés de répartition puissent évoluer en fonction de la spécificité de chaque Région.

Sociale bescherming bieden aan de Brusselaars, onafgezien van wie er uiteindelijk voor bevoegd is, daar draait het bij Iriscare om.

Deze stelling staft mevrouw Dekens met de concrete aanpak van COVID in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Iriscare zat aan tafel met twee ministeries bevoegd voor gezondheidsinspectie: de administratie van de Franse Gemeenschapscommissie en de diensten van het Verenigd College. Het betrof hier administraties die werken binnen een strikt kader met een budget dat gestemd wordt in een parlement, terwijl Iriscare beschikt over dotaties, wat meer flexibiliteit toelaat in het schuiven tussen de budgetposten. Dit laatste maakte het mogelijk om ITC-kredieten aan te wenden voor de aankoop van maskers. Het aangekochte materiaal werd vervolgens uitgedeeld aan elke Brusselaar, ongeacht of die nu in een instelling zat die gebonden was aan de Franse Gemeenschap of de GGC. Er werd zelfs materiaal verdeeld naar Vlaamse rusthuizen, buiten elk samenwerkingsakkoord om, onder het adagium «nood breekt wet»: pragmatiek was aan zet.

Mevrouw Dekens wil benadrukken dat bij een Staatshervorming de burger centraal moet staan.

Spreekster verwijst in dezen naar het belang van de factor «nabijheid» in het ouderenbeleid, zowel voor diegenen die langer willen thuis blijven als voor diegenen die naar een zorgcentrum willen gaan. Dit element moet zeker meegenomen worden in de programmatie van deze sector: er moet voldoende spreiding van diensten zijn over het Gewest, zeker geen concentratie in een paar gemeenten.

Mevrouw Dekens staat achter het idee van één model – het GGC-model – voor Brussel in al zijn diversiteit. Eén systeem kan trouwens al complex genoeg zijn. Volgens spreekster bewijst het systeem van de kinderbijslag dat een overgedragen bevoegdheid wel degelijk kan afgestemd worden op de specifieke noden van het Gewest, zolang de politieke visie over het betrokken Gewest volgt.

Voorts staat mevrouw Dekens stil bij het systeem van de federale dotaties met de eraan gekoppelde verdeelsleutels, die anders lijken te evolueren dan de noden op het terrein. Mevrouw Dekens denkt dat het er op aankomt om de verdeelsleutels zo op punt te zetten dat ze kunnen mee evolueren met de specificiteit van elk Gewest.

À titre personnel, Mme Dekens n'est pas opposée à l'idée de responsabilisation, qu'elle compare à l'hypothèse de la régionalisation du revenu d'intégration: dans ce cas, le paramètre «pauvreté» serait pris en compte. Elle estime dès lors que, dans le cas des soins de santé, il faut tenir compte du niveau de santé des personnes concernées.

3. La Protection sociale flamande

Mme Dekens explique qu'à Bruxelles, la Protection sociale flamande (VSB) vaut aussi pour les néerlandophones, avec cette différence importante que les néerlandophones de Bruxelles, bien que payant la même prime, ne bénéficient pas des mêmes droits. À Bruxelles, l'allocation d'aide aux personnes âgées (APA) relève de la Cocom et les personnes âgées bruxelloises ne peuvent donc pas en bénéficier.

C'est pourquoi il est important de réfléchir à l'interconnexion des systèmes, *a fortiori* s'ils devaient être basés sur un mécanisme d'assurance de droits et de devoirs (égaux).

4. La taille nécessaire pour une dispensation de soins effective

Mme Dekens admet que la Région bruxelloise est effectivement plus petite en taille que les Régions flamande ou wallonne, mais la Communauté germanophone est encore plus petite et là, cela fonctionne.

L'intervenante tient surtout à souligner que si la taille est plus petite, il faut assurément prendre le temps nécessaire pour pouvoir s'assurer de son efficacité et son efficience. Le manque de temps impose souvent une «transposition» (trop) rapide du modèle «belge» en fonction de la taille en question. Un exemple: la caisse publique d'allocations familiales au niveau fédéral fonctionnait avec 450 000 dossiers (=450 000 familles auxquelles des allocations familiales ont été versées). Bruxelles n'a que 180 000 familles, mais elle a affaire à 5 caisses d'allocations familiales...

Les matières fédérales souffrent peut-être du phénomène du «bric-à-brac» à la belge, avec un cadre organique qui s'est mué petit à petit en un patchwork complexe. Si une matière telle que celle-là devait être transférée, il faudrait prévoir un délai suffisamment long pour pouvoir repenser le système en question. À titre d'exemple, Mme Dekens cite le principe des forfaits dans le secteur des maisons de repos: là aussi, on a opéré le transfert sans

Persoonlijk staat mevrouw Dekens niet weigerachtig tegenover het element responsabilisering. Ze vergelijkt het met de hypothese van de regionalisering van het leefloon: in dat geval zou er rekening gehouden worden met de armoede-parameter; in het geval van de gezondheidszorg moet er dan ook, volgens spreekster, rekening gehouden worden met het gezondheidsniveau van de mensen die betrokken zijn.

3. Over de Vlaamse Sociale Bescherming

Mevrouw Dekens legt uit dat de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) in Brussel ook geldt voor de Nederlandstaligen, met dit belangrijke verschil, dat de Brusselse Nederlandstaligen, hoewel ze dezelfde premie betalen, niet genieten van dezelfde rechten. De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) ressorteert in Brussel bijvoorbeeld onder de GGC en dus kunnen Brusselse bejaarden geen aanspraak maken op deze premie.

Daarom is het belangrijk stil te staan bij de interconnectie van systemen, zeker als deze gebaseerd zouden worden op een verzekeringsmechanisme van (gelijke) rechten en plichten.

4. Over de schaalgrootte die nodig is voor effectieve zorgverlening

Mevrouw Dekens erkent dat de schaalgrootte van het Brussels Gewest inderdaad kleiner is dan die van het Vlaamse of Waalse, maar de Duitstalige Gemeenschap is nog veel kleiner, en daar lukt het ook.

Spreekster wil er vooral op wijzen dat als de schaal al kleiner is, er zeker genoeg tijd moet zijn om te sleutelen aan de efficiëntie en effectiviteit ervan. Een gebrek aan tijd noopt vaak tot een (te) snelle «vertaling» van het «Belgisch» model naar de schaal in kwestie. Een voorbeeld: het publieke kinderbijslagfonds op federaal niveau draaide op 450 000 dossiers (=450 000 gezinnen voor wie kinderbijslag werd uitgekeerd). Brussel heeft dan wel maar 180 000 gezinnen, maar wordt wel geconfronteerd met 5 kinderbijslagfondsen...

Federale materies lijden mogelijks aan het fenomeen van de «Belgische koterij», met een organiek kader dat gaandeweg tot een ingewikkeld patchwork werd versleuteld. Als er dus al een overdracht van zo een materie plaats vindt, dan moet er zeker voldoende tijd uitgetrokken kunnen worden om het systeem in kwestie te herdenken. Bij wijze van voorbeeld verwijst mevrouw Dekens nog naar het fenomeen van de forfaits in de rusthuissector,

prendre au préalable le temps nécessaire pour repenser le système en profondeur. Mme Dekens souligne toutefois que s'agissant de ce dernier exemple, tant Bruxelles que le niveau fédéral portent une responsabilité.

5. Le respect de la législation linguistique et les moyens de le garantir

Mme Dekens indique que la législation linguistique est une compétence fédérale et ne relève pas de la Cocom. Les plaintes pour non-respect de la législation linguistique sont donc traitées par la Commission permanente de contrôle linguistique.

Mme Dekens est tout à fait d'accord avec l'idée que chacun a le droit de bénéficier de soins dans sa propre langue et qu'il faut y veiller. L'oratrice indique qu'en l'espèce, un autre élément entre en jeu et qu'elle va l'expliquer à l'aide de quelques exemples. Ainsi, à Bruxelles, l'enseignement néerlandophone compte de nombreux enfants dont les parents sont francophones mais qui n'en ont pas moins le droit de bénéficier autant que les autres d'une offre néerlandophone suffisante en matière de logopédie. Pour leur revalidation à la suite d'un problème d'assuétude, les personnes ont tendance à privilégier une institution éloignée de leur domicile: à Bruxelles, par exemple, les centres de revalidation sont plutôt fréquentés par des personnes originaires de Liège et inversement. Faut-il exiger dans ce cas que les institutions en question soient/deviennent bilingues? Ne faudrait-il pas plutôt veiller à ce qu'il y ait une offre suffisante tant en néerlandais qu'en français?

Mme Dekens précise aussi que dans les maisons de repos que la Cocom a héritées de la Communauté française, des cours de néerlandais ne sont proposés au personnel que depuis l'année dernière et le système de *coachs* linguistiques, qui existe déjà dans les hôpitaux, n'a été introduit que récemment. Les initiatives dans ce domaine étaient sans doute trop peu nombreuses par le passé. C'est un aspect auquel il faudra être attentif.

S'agissant de la langue de la téléphonie des services des urgences, Mme Dekens ne souhaite pas s'étendre sur la question car cette compétence est restée fédérale.

6. La mise en balance de la défédéralisation et de la (re)fédéralisation

En tant que représentante de l'administration, Mme Dekens ne souhaite pas se prononcer sur la question de la refédéralisation ou, au contraire, de la régionalisation. Elle tient toutefois à préciser que selon elle, l'important

waar ook geen tijd was om het systeem grondig te herdenken alvorens het over te hevelen. Mevrouw Dekens wijst er wel op dat in dit laatste voorbeeld zowel Brussel als het federaal niveau een verantwoordelijkheid dragen.

5. Over het naleven en afdwingen van de taalwetgeving

Mevrouw Dekens stelt dat de taalwetgeving een federale bevoegdheid is en geen bevoegdheid van de GGC. Klachten wegens niet-respect van de taalwetgeving worden dan ook behandeld door de Vaste Commissie voor Taaltoezicht.

Mevrouw Dekens is het roerend eens met de stelling dat iedereen recht heeft op zorg in zijn eigen taal en dat daarover gewaakt moet worden. Daarnaast speelt volgens spreekster nog een ander element dat ze staat aan de hand van voorbeelden. Er zijn bijvoorbeeld veel kinderen in het Nederlandstalig onderwijs in Brussel, die, ook al zijn hun ouders Franstalig, evenveel recht hebben op een voldoende Nederlandstalig aanbod van logopedie. Mensen kiezen voor revalidatie na de behandeling van een verslavingsproblematiek liever voor een instelling op een afstand van de habitat: zo worden revalidatiecentra in Brussel eerder bezocht door mensen uit Luik en andersom. Moet er dan van de instellingen in kwestie geëist worden dat ze tweetalig zijn/worden? Moet er niet veeleer gezorgd worden voor voldoende aanbod in zowel in het Nederlands als in het Frans?

Mevrouw Dekens haalt ook aan dat er in de rusthuizen die de GGC heeft overgenomen van de Franse Gemeenschap, pas sinds vorig jaar Nederlandse taalcursussen worden aangeboden aan het personeel, en pas sinds kort werd het systeem van taalcoaches, dat al bestaat in de ziekenhuizen, er ingevoerd. In het verleden gebeurde op dat vlak misschien te weinig... Het blijft zeker een werkpunt.

Over de vraag betreffende de taal van de telefonie van de spoeddiensten wil mevrouw Dekens weinig kwijt aangezien deze bevoegdheid federaal gebleven is.

6. Over de afweging tussen defederaliseren en (her)federaliseren

Als vertegenwoordiger van de administratie wenst Mevrouw Dekens zich niet uit te spreken over herfederaliseren vs. regionaliseren. Spreekster wil wel kwijt dat ze het alvast belangrijk vindt om in deze oefening de

dans cet exercice est de conférer une place centrale au citoyen et de tenir compte de l'aspect de la proximité.

7. La mobilité en matière de soins

Mme Dekens estime que la mobilité pour le patient est un élément capital. La loi de financement fixe certaines clés de répartition qui ne correspondent pas nécessairement à l'endroit où les soins sont reçus. Les patients ont leurs préférences ou doivent se rendre là où l'expertise se trouve. Vu la dimension réduite de notre pays, il se peut qu'une expertise donnée soit disponible uniquement à Bruxelles, en Wallonie ou en Flandre.

Mme Dekens estime qu'il est préférable de concentrer l'expertise. Dans cette optique, on pourrait réfléchir à la faisabilité d'un système où la facture serait envoyée à la mutualité où le patient est domicilié: par exemple, une revalidation proposée uniquement en Flandre serait facturée à la mutualité bruxelloise du patient bruxellois.

8. La gestion paritaire dans les administrations bruxelloises

Mme Dekens s'adresse ensuite à M. De Brabandere à propos de ses réflexions sur la gestion paritaire. Elle précise que les conseils de gestion sont gérés par les syndicats et les employeurs, par les secteurs et par les partenaires du réseau secondaire, comme les instances qui effectuent de fait le versement des allocations familiales ou encore les mutualités qui aident le patient et règlent le paiement.

Le gouvernement aussi est représenté au sein de la gestion paritaire actuelle: à cet effet, le Collège réuni recourt notamment à des commissaires du gouvernement. L'administration travaille donc sur la base d'une tripartite. Les secteurs ne sont pas libres de décider ce qu'ils font des moyens budgétaires qui leur sont attribués: les ministres compétents sont impliqués dans les différents choix qui sont faits.

Le délai nécessaire pour parvenir à un consensus avec ces différents partenaires au sein des organes de gestion est en fait identique à celui dont le ministre aurait besoin pour mener une concertation séparée avec chaque secteur. La concertation est donc de toute façon indispensable. L'avantage du système actuel est que, lorsqu'un avis est formulé, soit à la demande du Collège réuni, soit à l'initiative des organes de gestion, il bénéficie déjà

burger centraal te plaatsen en zeker rekening te houden met het aspect van nabijheid.

7. Over de zorgmobiliteit

Mobiliteit voor de patient is volgens mevrouw Dekens een zeer belangrijk element. In de financieringswet zijn bepaalde verdeelsleutels vastgelegd die niet noodzakelijk aansluiten bij de plaats waar de gezondheidszorgen worden gehaald. Patiënten hebben hun voorkeuren of moeten gaan naar de plaats waar de expertise zich bevindt. Gezien de kleine afmetingen van ons land, is het goed mogelijk dat bepaalde expertise slechts aangeboden wordt in Brussel, Wallonië of Vlaanderen.

Mevrouw Dekens is van mening dat expertise best geconcentreerd wordt. In deze optiek zou er dan kunnen nagedacht worden over de haalbaarheid van een systeem waarbij de factuur wordt verstuurd naar het ziekenfonds waar de patient gedomicilieerd is: een revalidatie die bijvoorbeeld enkel in Vlaanderen wordt aangeboden zou dan aangerekend worden aan de Brusselse mutualiteit van de patiënt-Brusselaar.

8. Over het paritair beheer in de Brusselse administraties

Mevrouw Dekens richt zich vervolgens tot de heer De Brabandere en zijn bedenkingen inzake het paritair beheer. Spreekster verduidelijkt dat de raden van bestuur beheerd worden door vakbonden en werkgevers, door de sectoren en door de partners van het secundaire netwerk, zoals diegenen die effectief de betaling uitvoeren van de kinderbijslag, of de mutualiteiten die de patiënt helpen en de betaling regelen.

In het huidige paritair beheer is ook de regering vertegenwoordigd: het Verenigd College doet dit onder meer via regeringscommissarissen. De administratie werkt dus op basis van een tripartite. De sectoren kunnen niet zomaar beslissen wat ze doen met de middelen die ze toegewezen krijgen uit de begroting: de bevoegde ministers zijn betrokken bij de verschillende keuzes die gemaakt worden.

De tijd die het vergt om tot een draagvlak te komen met die verschillende partners in de beheersorganen, is eigenlijk diezelfde waarover de minister zou moeten beschikken voor een apart overleg met elke sector. Overleg is dus hoe dan ook nodig. Het voordeel van het huidige systeem is dat, als er een advies geformuleerd wordt, hetzij op vraag van het Verenigd College hetzij op initiatief van de beheersorganen, er al een draagvlak

d'un soutien, et que tout le monde s'y rallie dès que la solution paraît au *Moniteur*.

9. Les améliorations possibles concernant la mise en œuvre d'une réforme de l'État

Enfin, Mme Dekens répond à la question de M. Calvo concernant une meilleure préparation à la mise en œuvre. Il y a en effet un certain nombre de choses qui pourraient être améliorées avant que la septième réforme de l'État ne soit lancée. Ce dernier point sera matière à discussion pour les responsables politiques.

Au niveau administratif, il y a déjà certains aspects que l'on pourrait assurément évaluer sur le plan fédéral, comme l'arrêté royal de 1989 et le paysage TI. On peut légitimement se demander pourquoi il y a des intégrateurs pour quatre services TI. La Banque-Carrefour est peut-être une grande réussite, mais il y a encore trop d'intégrateurs de services différents.

Mme Dekens convient qu'un intégrateur de services supplémentaire n'a de sens que s'il apporte une valeur ajoutée; à défaut, il ne fait qu'entraîner un risque supplémentaire. Malheureusement, sur le terrain, la réalité est différente. De nombreuses applications continuent à être développées aux différents niveaux de pouvoir, même si un transfert est imminent. À titre d'exemple, Mme Dekens évoque les efforts supplémentaires que l'on continue à accomplir aujourd'hui dans le domaine de l'aide aux personnes handicapées, alors que les Régions bruxelloise et wallonne sont d'accord sur le fait qu'il faut réunir ces compétences en un paquet unique.

Un élément important dans cette discussion est le facteur temps. Mme Dekens renvoie à cet égard au dossier des allocations familiales. Cette compétence était déjà gérée et financée de manière conjointe par les entités fédérées depuis le 1^{er} juillet 2014. Les entités fédérées ont également participé à l'opération de rationalisation y afférente, si bien qu'elles ont pu voir avec précision quelle était leur part dans les frais administratifs de l'agence fédérale qui, en fait, était déjà devenue à l'époque une agence interrégionale. Cette phase transitoire a permis aux entités fédérées d'identifier les frais administratifs qui restaient inutilisés, de sorte que les moyens libérés, après le transfert de compétences, ont pu être affectés à la couverture des coûts supplémentaires engendrés par la réforme de l'État. Ce ne fut évidemment pas une opération facile et son résultat a été le fruit d'un compromis. Le citoyen lui-même n'en a subi aucun désagrément. Toutefois, pour les finances fédérales, le bénéfice aurait pu être encore plus grand si le gain d'efficacité de la régionalisation s'était concrétisé plus rapidement.

voor bestaat, en dat iedereen zich erachter schaart eens de oplossing in het *Staatsblad* verschijnt.

9. Over de mogelijkheden tot verbeteringen bij de implementatie van een Staatshervorming

Tenslotte gaat mevrouw Dekens in op de vraag van de heer Calvo nopens een betere voorbereiding van de implementatie. Er zijn inderdaad een aantal zaken die voor verbetering vatbaar zijn, alvorens de zevende Staatshervorming wordt aangevat. Dat laatste is voer voor politici.

Op administratief niveau kunnen federaal zeker al bepaalde zaken worden afgetoetst, zoals het koninklijk besluit van 1989 en het IT-landschap. Men kan zich terecht de vraag stellen waarom er integratoren bestaan voor vier IT-diensten. De Kruispuntbank mag dan nog een groot succes zijn, daarnaast bestaan er nog teveel verschillende dienstenintegratoren.

Mevrouw Dekens is het er mee eens dat een extra dienstenintegrator enkel zin heeft als die een meerwaarde meebrengt, anders houdt dit enkel extra risico in. Helaas is de realiteit op het terrein anders. Veel toepassingen worden nog (verder) ontwikkeld op de verschillende bevoegdheidsniveaus, ook al is een overdracht ervan nakend. Bij wijze van voorbeeld verwijst mevrouw Dekens naar de extra inspanningen die nog geleverd worden op het vlak van gehandicaptenzorg, ook al zijn het Brussels en het Waals Gewest het erover eens dat het qua bevoegdheid één pakket moet worden.

Een belangrijk element in deze discussie, is de factor tijd. Mevrouw Dekens verwijst hierbij naar het dossier van de kinderbeijlslag. In dit geval werd de bevoegdheid sinds 1 juli 2014 al gezamenlijk beheerd en gefinancierd door de deelentiteiten. De deelentiteiten hebben ook meegewerkt aan de eraan gelinkte rationaliseringsoperatie, zodat ze duidelijk zicht kregen op hun aandeel in de administratiekosten van het federaal agentschap, dat toen eigenlijk al verworpen was tot een interregionaal agentschap. Deze overgangsfase liet de deelentiteiten toe om vast te stellen welke administratiekosten er onbenut bleven, zodat de vrijgekomen middelen, na de bevoegdheidsoverdracht, besteed konden worden aan de extra kosten die de Staatshervorming met zich meebracht. Dat was uiteraard geen makkelijke operatie; het resultaat kwam enkel tot stand op basis van een compromis. De burger zelf heeft geen ongemakken geleden. Voor de federale financiën was het algemeen gezien wel nog lonender geweest als de efficiëntiewinst van de regionalisatie zich sneller had voltrokken.

d) Pour l'Agence wallonne pour une Vie de qualité

Mme Lannoy partage la vision de ses collègues sur la finalité et les points fondamentaux qui doivent guider la politique des soins de santé.

Au niveau de l'administration il n'y a pas de volonté de refédéraliser. Suite au *screening* réalisé pour l'ensemble des compétences qui ont été transférées à l'occasion de la sixième réforme de l'État, la proposition de l'AVIQ ne va pas dans le sens d'une refédéralisation de compétences. À l'heure actuelle, l'AVIQ est plutôt occupée à finaliser l'organisation des compétences transférées par la sixième réforme de l'État. Il reste quelques points à clarifier, quelques problèmes à régler, mais dans l'ensemble, ce transfert est quasiment complètement réalisé.

L'experte fournira des données chiffrées sous le même format que celui présenté par Mme Dekens afin de faciliter la comparaison.

Comme ses collègues, Mme Lannoy estime qu'une jambe cassée est une jambe cassée, qu'on la casse à la plage ou en forêt. Toutefois, même dans un modèle de liberté du patient, on peut accepter une offre de soins différenciée. Cela ne signifie pas qu'on oppose la solidarité interpersonnelle et la décentralisation. L'assurance maladie – en termes de remboursement des soins – reste la colonne vertébrale du système, et est couplée avec une décentralisation au niveau de l'organisation des soins au plus près du citoyen et de ses besoins. C'est là que la notion de territorialité et de proximité a tout son sens puisque les déterminants de santé ne sont pas strictement géographiques, ils correspondent à différents facteurs comme l'éducation, les conditions de travail, l'environnement, etc. Il est donc pertinent de pouvoir organiser l'offre de soins au plus près des populations. Le principe de subsidiarité doit servir de guide – notamment mais pas uniquement – dans l'organisation des soins de première ligne.

Mme Lannoy n'oppose pas non plus les entités fédérées et le fédéral. Il ne peut être question d'une tutelle du fédéral puisqu'aujourd'hui, fédéral et entités fédérées sont autour de la table sur pied d'égalité. Les différents acteurs travaillent au travers d'accords de coopération et de protocoles. La crise de la Covid-19 a d'ailleurs montré à quel point il était important de pouvoir bénéficier, non pas de la tutelle, mais bien de l'appui du fédéral. Par ailleurs, il est également essentiel de pouvoir partager les bonnes pratiques et les outils des autres entités – des outils développés par l'Agence flamande se sont, par

d) Voor het Agence wallonne pour une Vie de qualité

Mevrouw Lannoy deelt de visie van haar collega's over de doelstelling en de fundamentele punten die richting moeten geven aan het gezondheidszorgbeleid.

De administratie is geen vragende partij om opnieuw te federaliseren. Na de *screening* van alle bevoegdheden die in het kader van de zesde Staatshervorming zijn overgedragen, gaat het voorstel van het AVIQ niet in de richting van een herfederalisering van de bevoegdheden. Momenteel legt het AVIQ de laatste hand aan de organisatie van de bevoegdheden die bij de zesde Staatshervorming zijn overgedragen. Er zijn nog enkele punten die moeten worden verduidelijkt, enkele problemen die moeten worden opgelost, maar over het geheel genomen is deze overdracht bijna volledig verwezenlijkt.

De deskundige zal cijfers voorleggen in hetzelfde formaat als dat van mevrouw Dekens, om de vergelijking te vergemakkelijken.

Net als haar collega's is mevrouw Lannoy van mening dat een gebroken been een gebroken been is, of het nu op het strand of in het bos gebroken is. Maar zelfs binnen een model van vrijheid van de patiënt kan men een gedifferentieerd zorgaanbod aanvaarden. Dat betekent niet dat interpersoonlijke solidariteit en decentralisatie tegenover elkaar staan. De ziekteverzekering – in de zin van terugbetaling van zorg – blijft de ruggengraat van het systeem, en gaat gepaard met een decentralisatie van de organisatie van de zorg, zodat die zo dicht mogelijk bij de burger en zijn behoeften staat. Hier krijgt het begrip territorialiteit en nabijheid zijn volle betekenis, aangezien de determinanten van gezondheid niet strikt geografisch zijn, maar overeenkomen met verschillende factoren zoals opleiding, arbeidsomstandigheden, milieu, enz. Daarom is het van belang dat het zorgaanbod zo dicht mogelijk bij de bevolking kan worden georganiseerd. Het subsidiariteitsbeginsel moet als richtsnoer worden gehanteerd – vooral, maar niet alleen – bij de organisatie van de eerstelijnszorg.

Mevrouw Lannoy plaatst de deelstaten ook niet tegenover de federale overheid. Er kan geen sprake zijn van federaal toezicht, omdat de federale overheid en de deelstaten vandaag op voet van gelijkheid aan de tafel zitten. De verschillende actoren werken via samenwerkingsovereenkomsten en protocollen. De COVID-19-crisis heeft aangetoond hoe belangrijk het is te kunnen rekenen op de steun van de federale overheid, en niet op haar toezicht. Het is ook van essentieel belang dat goede praktijken en instrumenten van de andere deelstaten kunnen worden gedeeld – instrumenten die door het

exemple, montrés très utiles pendant la crise. Il faut une coopération et non une tutelle.

Enfin, en cas de crise, il est évidemment nécessaire d'établir une unité de commandement à l'échelon fédéral, en fonction de l'amplitude de la crise. À cet égard, l'oratrice rappelle que la Conférence interministérielle de la santé doit jouer un rôle de premier plan dans le cadre d'une crise sanitaire. Il faudra aussi imaginer demain une unité de commandement à l'échelon régional comme elle a pu être imaginée à un niveau provincial ou communal.

3) Questions et réflexions additionnelles

M. Vanlouwe tient à réfuter avec force l'affirmation de M. Collin selon laquelle la langue ne jouerait aucun rôle dans la qualité des soins médicaux. Visiblement, ces propos ont aussi mis le sénateur Anciaux mal à l'aise.

En tant que Flamand de Bruxelles, M. Vanlouwe se sent vraiment interpellé. Selon lui, la différence entre la médecine et la médecine vétérinaire réside dans la communication entre le médecin ou l'assistant médical et le patient. Il estime qu'on a trop facilement tendance à banaliser voire nier ce problème. Il demande que l'on cesse de le minimiser, non seulement pour les Flamands de Bruxelles mais aussi pour les Flamands de la périphérie bruxelloise qui peuvent être admis dans les hôpitaux bruxellois et y voir leurs droits linguistiques bafoués.

Les Flamands souhaitent être aussi bien traités et soignés que les autres, ce qui implique également que les médecins et les assistants médicaux les comprennent quand ils décrivent leurs plaintes.

M. Collin sait très bien que 90 à 95 % des hôpitaux à Bruxelles ne respectent pas la législation linguistique. Clore le débat en disant qu'il s'agit d'une compétence fédérale revient à ignorer la compétence de la Commission communautaire commune (Cocom) pour exercer la tutelle sur les hôpitaux.

M. Anciaux s'adresse à M. Dewolf pour compléter son énumération des changements rendus possibles par la défédéralisation: la rémunération du personnel soignant s'est considérablement améliorée. Il s'agit d'une avancée très importante.

Vlaams Agentschap zijn ontwikkeld, zijn bijvoorbeeld zeer nuttig gebleken tijdens de crisis. Er is behoefte aan samenwerking, niet aan toezicht.

Tot slot is het in geval van een crisis uiteraard noodzakelijk om een eenheid van bevel op federaal niveau tot stand te brengen, afhankelijk van de omvang van de crisis. In dat verband herinnert spreekster eraan dat de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een leidinggevende rol moet spelen in de context van een gezondheids crisis. In de toekomst zal het ook nodig zijn zich een eenheid van bevel op gewestelijk niveau voor te stellen, zoals dat ook op provinciaal of gemeentelijk niveau mogelijk is geweest.

3) Aanvullende vragen en bedenkingen

De heer Vanlouwe wil de bewering van de heer Collin dat taal geen enkele rol speelt in de kwaliteit van de medische dienstverlening, krachtig tegenspreken. Ook senator Anciaux voelde zich zichtbaar ongemakkelijk bij deze uitspraak.

Als Brusselse Vlaming voelt de heer Vanlouwe zich echt aangesproken. Voor hem ligt het verschil tussen geneeskunde en dierengeneeskunde erin dat er communicatie is tussen de arts of paramedicus en de patiënt. Dat wordt volgens de heer Vanlouwe al te gemakkelijk gebanaliseerd of zelfs ontkend. Hij vraagt op te houden met dit te minimaliseren, niet alleen ten aanzien van de Brusselse Vlamingen, maar ook ten aanzien van de Vlamingen in de Brusselse rand die in Brusselse ziekenhuizen kunnen opgenomen worden en daar het slachtoffer worden van de miskenning van hun taalrechten.

Vlamingen wensen op een gelijke en gelijkwaardige manier behandeld te worden, en verwachten dat dokters en paramedici hen dus ook verstaan bij het bespreken van medische klachten.

De heer Collin weet zeer goed dat 90 tot 95 % van de ziekenhuizen in Brussel de taalwetgeving niet naleven. Stellen dat dit een federale bevoegdheid is, en dat daarmee de kous af is, gaat voorbij aan de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) om de voorgedij uit te oefenen over de ziekenhuizen.

De heer Anciaux richt zich tot de heer Dewolf om zijn opsomming van de veranderingen die door de defederalisering zijn mogelijk geworden, aan te vullen: de vergoeding van het zorgpersoneel is sterk verbeterd. Dat vormt een bijzonder belangrijke stap voorwaarts.

Par ailleurs, M. Anciaux se rallie à M. Vanlouwe pour demander à M. Collin de ne plus dire que la langue ne joue aucun rôle dans les soins de santé et de ne pas affirmer en tout cas que personne n'est jamais décédé en raison de problèmes linguistiques. Cela est déjà arrivé et M. Anciaux pourrait en citer quelques exemples.

Par contre, M. Anciaux souscrit entièrement au plaidoyer de M. Collin en faveur de la solidarité interpersonnelle. Il lance toutefois une mise en garde: cela ne doit pas conduire à un système individualiste. Le financement sur la base de la solidarité interpersonnelle n'exclut pas que les choix en matière de politique de santé soient opérés à un autre niveau, et ces choix ne sont jamais neutres: ils reposent sur des priorités et des pistes de réflexion, et c'est très bien ainsi, selon M. Anciaux.

L'intervenant signale à Mme Dekens que la législation linguistique est effectivement une compétence de l'État fédéral, mais que les sanctions en la matière relèvent de la compétence du gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale. M. Anciaux estime qu'il serait préférable d'ôter cette compétence en matière de sanctions pour l'attribuer au niveau fédéral afin que celui-ci puisse effectivement faire appliquer la législation linguistique. C'est le problème auquel il faisait allusion lorsqu'il a interrogé Mme Dekens à ce sujet.

Mme Groothedde souhaite faire part d'une réflexion sur le lien entre la responsabilisation et la composition de la population.

La composition de la population diffère non seulement entre les Régions, mais aussi au sein d'une même Région. Bruxelles est un point d'entrée, au même titre que d'autres villes. Mais en tant que capitale de la Belgique et de l'Europe, elle en possède toutes les caractéristiques: d'une part, elle produit énormément de prospérité et, d'autre part, elle assume une grande part de «travail préparatoire» dans divers domaines politiques, dont les autres Régions profitent également. Vu l'âge moyen nettement moins élevé de sa population, Bruxelles peut par exemple réaliser un travail préparatoire en formant non seulement les nouveaux arrivants mais aussi ses «propres» jeunes à soigner des personnes en dehors de Bruxelles, là où le vieillissement de la population est plus marqué.

L'intervenante se demande s'il serait possible de s'orienter vers un système de financement dans lequel la fiscalité sur le travail serait un facteur de nivellement dans différents domaines de compétences. On pourrait ainsi niveler en douceur le financement des soins de

Daarnaast sluit de heer Anciaux zich aan bij de de vraag van de heer Vanlouwe aan de heer Collin om niet meer te verkondigen dat taal geen enkele rol speelt in de zorg, en om zeker niet te zeggen dat er nog nooit iemand gestorven is omwille van de taal. Dat is wel degelijk al gebeurd, en de heer Anciaux kan daar persoonlijk voorbeelden van geven.

Het pleidooi van de heer Collin voor interpersoonlijke solidariteit onderschrijft de spreker daarentegen volledig. Wel waarschuwt hij dat dit niet mag leiden tot een individualistisch systeem. De financiering op basis van interpersoonlijke solidariteit sluit niet uit dat de keuzes van het gezondheidsbeleid gemaakt worden op een ander niveau, en dat is nooit neutraal: daar zitten prioriteiten en denkplaatjes achter, en dat vindt de heer Anciaux maar goed ook.

Het lid wijst mevrouw Dekens erop dat de taalwetgeving inderdaad een bevoegdheid is van de federale overheid, maar dat de sanctionering ervan bij de Brusselse Hoofdstedelijke regering ligt. De heer Anciaux meent dat men de sanctionering daar beter kan weghalen en aan het federale niveau toekennen, zodat die de taalwetgeving ook effectief kan afdwingen. Dat is het probleem waarop hij doelde toen hij hierover een vraag stelde aan mevrouw Dekens.

Mevrouw Groothedde uit een bedenking over het verband tussen responsabilisering en de samenstelling van de bevolking.

Die bevolkingssamenstelling verschilt niet alleen tussen de Gewesten, maar ook binnen éénzelfde Gewest. Brussel, net als andere steden, is een aankomstplek. Als hoofdstad van het land en als Europese hoofdstad heeft Brussel er echter bij uitstek de kenmerken van: aan de ene kant brengt het zeer veel welvaart voort, aan de andere kant neemt het veel «voorbereidend werk» op zich in verschillende beleidsdomeinen, waar ook de andere Gewesten van profiteren. Gelet op de veel lagere gemiddelde leeftijd van zijn bevolking, kan Brussel bijvoorbeeld voorbereidend werk leveren door niet enkel nieuwkomers, maar ook «eigen» jongeren voor te bereiden om zorg te bieden aan mensen op andere plekken, waar de vergrijzing toeslaat.

Mevrouw Groothedde vraagt zich af of het mogelijk is naar een financieringssysteem te gaan waarin de belasting op arbeid een factor vormt bij de egalisering over verschillende bevoegdheidsdomeinen. Op die manier kan de financiering van de zorg in Brussel, waar er

santé à Bruxelles, où les carences sont importantes et où des investissements s'imposent.

De très nombreux experts et collègues ont parlé de responsabilisation. Selon les experts en la matière, cette responsabilisation risque d'induire une politique de groupes-cibles visant à attirer certains profils de populations dans une Région donnée.

Concrètement, selon l'intervenante, une politique plus sociale attirerait moins de personnes hautement qualifiées mais constituerait un investissement pour l'avenir, alors qu'une politique un peu moins sociale attirerait des personnes hautement qualifiées dans certaines Régions. Mme Groothedde pense que cela induit une discrimination dont il faudra absolument se méfier lors des prochaines réformes de l'État.

M. Loones estime encourageant d'entendre avec quel pragmatisme le débat sur les compétences est mené au niveau des entités fédérées. Il remercie M. Collin d'avoir précisé qu'en plus des principes de proximité, de soins basés sur des faits («*evidence-based*») et de cohérence dans la répartition des compétences, il y a aussi un quatrième élément à prendre en compte: la viabilité financière du système dans son ensemble et le cercle de solidarité qu'il faut délimiter à cet effet. D'un point de vue actuariel, ce cercle ne doit pas être trop petit, ce qui, selon M. Loones, ramène le débat à la question centrale: le statut de Bruxelles.

*
* *

grote tekorten zijn en investeringen nodig zijn, worden geëgaliseerd op een vrij naadloze manier.

Zeer veel deskundigen en collega's hebben over responsabilisering gesproken. Experts in het domein geven aan dat die responsabilisering een gevaar inhoudt van een doelgroepenbeleid dat erop gericht is bepaalde bevolkingsprofielen aan te trekken in een bepaald Gewest.

Concreet zou volgens het lid een sociaal beleid minder hoogopgeleide mensen aantrekken, maar wel een investering in de toekomst inhouden, terwijl een iets minder sociaal beleid hoogopgeleiden naar bepaalde Gewesten zou trekken. Mevrouw Groothedde meent dat dit een discriminatie inhoudt waarvoor men bij verdere Staatshervormingen zeker beducht moet zijn.

De heer Loones verklaart dat het vertrouwen schept om te horen hoe op deelstaatniveau op een pragmatische manier wordt omgegaan met het bevoegdheidsdebat. Hij dankt de heer Collin voor het inzicht dat naast de principes van nabijheid, *evidence-based care*, en coherentie in de bevoegdheidsverdeling, ook een vierde element in rekening moet gebracht worden: de financierbaarheid van het systeem als geheel en de solidariteitskring die daarvoor moet afgebakend worden. Verzekeringstechnisch gezien mag die kring niet te klein zijn. Dat stuurt volgens de heer Loones het debat opnieuw naar het centrale knelpunt: de positie van Brussel.

*
* *

II. AUDITIONS DU 15 OCTOBRE 2021 (APRÈS-MIDI)

A. Exposés des experts

1) Exposé de Mme Van Ermen, présidente de l'association flamande des médecins (Vlaams Artsenverbond – VAV)

a) Objectifs de l'association VAV

Il est préférable de transférer l'ensemble de la politique de santé à la Communauté flamande et à la Communauté française (= communautarisation), en permettant aux habitants de la Région de Bruxelles-Capitale de choisir le régime de l'entité fédérée flamande ou francophone.

L'association VAV souhaite une communautarisation, et non une régionalisation, parce qu'elle ne veut pas rompre le lien avec les Flamands de Bruxelles.

b) Principes

1. Article 128, § 1^{er}, de la Constitution

«Les Parlements de la Communauté française et de la Communauté flamande règlent par décret, chacun en ce qui le concerne, les matières personnalisables, de même qu'en ces matières, la coopération entre les communautés et la coopération internationale, y compris la conclusion de traités.

Une loi adoptée à la majorité prévue à l'article 4, dernier alinéa, arrête ces matières personnalisables, ainsi que les formes de coopération et les modalités de conclusion de traités.»

Or, les soins de santé constituent une matière personnalisable par excellence.

2. Les cinq résolutions adoptées par le Parlement flamand le 3 mars 1999

La résolution n° 4 traite de l'élaboration de paquets de compétences plus cohérents pour la prochaine réforme de l'État. Elle prévoit ce qui suit:

«La compétence en matière de fixation de normes, de mise en œuvre et de financement de l'ensemble de la politique de la santé et de la politique familiale, donc y compris notamment l'assurance soins de santé et les allocations familiales (régimes de compensation des frais de la sécurité sociale), doit être transférée intégralement aux entités fédérées.

II. HOORZITTINGEN VAN 15 OKTOBER 2021 (NAMIDDAG)

A. Uiteenzettingen van de experten

1) Uiteenzetting van mevrouw Van Ermen, voorzitter van het Vlaams Artsenverbond (VAV)

a) Doelstellingen van het VAV

Het ganse gezondheidsbeleid wordt best overgeheveld naar de Vlaamse en Franse Gemeenschap (= communautarisering), met keuzemogelijkheid van de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest tussen het stelsel van de Vlaamse en de Franstalige deelstaat.

Het VAV wil een communautarisering en geen regionalisering, omdat het de band met de Vlamingen in Brussel niet wil doorknippen.

b) Uitgangspunten

1. Artikel 128, § 1, van de Grondwet

«De Parlementen van de Vlaamse en Franse Gemeenschap regelen, elk voor zich, bij decreet, de persoonsgebonden aangelegenheden, alsook, voor deze aangelegenheden, de samenwerking tussen de Gemeenschappen en de internationale samenwerking, met inbegrip van het sluiten van verdragen.

Een wet aangenomen met de in artikel 4, laatste lid, bepaalde meerderheid, stelt deze persoonsgebonden aangelegenheden vast, alsook de vormen van samenwerking en de nadere regelen voor het sluiten van verdragen.»

Welnu, de gezondheidszorg is een persoonsgebonden aangelegenheid bij uitstek.

2. Vijf Vlaamse resoluties van het Vlaams Parlement op 3 maart 1999

Resolutie nr. 4 behandelt het tot stand brengen van meer coherente bevoegdheidspakketten in de volgende Staatshervorming. Zij bepaalt:

«De normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid betreffende het volledige gezondheids- en gezinsbeleid moeten integraal naar de deelstaten worden overgeheveld, dus onder meer met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen (kostencompenserende regelingen).

À ce sujet, les habitants de la Région de Bruxelles-Capitale doivent pouvoir choisir librement d'adhérer, soit au système de l'entité fédérée flamande, soit au système de l'entité fédérée francophone, lesquels comprennent tous deux tant un régime pour les revenus qu'un régime pour les dépenses.» (*traduction*)

Le Parlement flamand a adopté cette résolution le 3 mars 1999 à une large majorité.

Depuis lors, la politique familiale et les allocations familiales ont déjà été transférées, pour un montant évalué à 13,4 % du budget de l'INAMI.

c) Chiffres de la Sécurité sociale

– Soins de santé	28 milliards
– Indemnités revenus de remplacement	9 milliards
– Pensions	42 milliards
– Chômage (+ crédit-temps)	8 milliards
– Allocations familiales (6 ^e réforme de l'État)	6 milliards
– Divers (frais de fonctionnement, accidents du travail, maladies professionnelles, aide sociale, marins, etc.)	11 milliards

	104 milliards

Total: 104 milliards – 14 milliards = 90 milliards

En termes budgétaires, il s'agit de 28 milliards pour les soins de santé et 9 milliards pour les revenus de remplacement en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité.

Si l'on y ajoute les autres secteurs de la sécurité sociale, on arrive à un budget de 104 milliards, dont 14 milliards ont déjà été transférés pour les «paniers de croissance», les compétences du VDAB, l'économie sociale et la mise en œuvre de la sixième réforme de l'État. Au niveau fédéral, il s'agit donc d'un montant annuel de 90 milliards pour la sécurité sociale.

d) Pourquoi poursuivre les transferts?

1. Parce que la Flandre fixe et veut continuer à fixer ses propres priorités en matière de soins de santé;

2. Parce que la Flandre veut atteindre une plus grande efficacité en constituant des paquets de compétences homogènes;

Daarbij moeten de inwoners van het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest de vrije keuze bekomen om toe te treden tot het stelsel van de deelstaat Vlaanderen of van de Franstalige deelstaat, dat telkens zowel een regeling voor de inkomsten als voor de uitgaven bevat.»

Die resolutie werd op 3 maart 1999 met een grote meerderheid goedgekeurd in het Vlaams Parlement.

Het gezinsbeleid en de gezinsbijslagen, evenals naar schatting 13,4 % van het RIZIV-budget, werden intussen reeds overgeheveld.

c) Omvang van de Sociale Zekerheid

– Gezondheidszorgen	28 mia
– Uitkeringen vervangingsinkomen	9 mia
– Pensioenen	42 mia
– Werkloosheid (+ tijdskrediet):	8 mia
– Gezinsbijslagen (6 ^e Staatshervorming):	6 mia
– Diversen (werkingskosten, arbeidsongevallen, beroepsziekten, sociale bijstand, zeelieden, e.a.)	11 mia

	104 mia

Totaal: 104 mia – 14 mia = 90 mia

Qua budget gaat het in de gezondheidszorg om 28 miljard voor de gezondheidszorgen en om 9 miljard voor vervangingsinkomens bij arbeidsongeschiktheid of invaliditeit.

Samen met de andere sectoren in de SZ zorgt dat voor een budget van 104 miljard. Daarvan is reeds 14 miljard overgedragen aan de groeipakketten, de bevoegdheden van de VDAB, de sociale economie en de uitrol van de zesde Staatshervorming. Op het federaal niveau gaat het dus jaarlijks om 90 miljard voor de SZ.

d) Waarom de overheveling nastreven?

1. Omdat Vlaanderen eigen klemtonen legt en verder wil leggen in de gezondheidszorg;

2. Omdat Vlaanderen een grotere efficiëntie wil bereiken door de vorming van homogene bevoegdheidspakketten;

3. Et parce qu'il faut responsabiliser les entités fédérées pour qu'elles adoptent une gestion économe au vu de l'importance de la dette de l'État et de l'augmentation du coût du vieillissement.

1. Priorités propres

Le contingentement: en 1997, francophones et néerlandophones ont conclu un accord fédéral sur le nombre de médecins qui se verraient attribuer à l'avenir un numéro INAMI. Le but était de maîtriser les dépenses et de permettre aux nouveaux diplômés de s'établir comme médecin ou dentiste.

La Flandre a respecté cet accord et organisé rapidement un examen d'entrée afin que les étudiants aient la garantie de pouvoir s'établir conformément au nombre de numéros INAMI prévus pour eux.

Au départ, les francophones n'ont pas organisé d'examen d'entrée, ont dépassé chaque année le nombre de numéros INAMI prévu et ont à plusieurs reprises prélevé une avance sur les numéros INAMI de l'année suivante («lissage»), avec pour conséquence qu'ils ont actuellement un excédent de 1 500 numéros INAMI attribués à des médecins et dentistes francophones fraîchement diplômés (1). Depuis lors, le nombre de médecins en Communauté française est 30 % supérieur à celui de la Communauté flamande proportionnellement aux nombres d'habitants (2). Entre-temps, de nombreux jeunes Flamands n'ont pas pu réaliser leur rêve de devenir médecin ou dentiste.

La Communauté flamande met davantage l'accent sur les soins de santé préventifs que la Communauté française. Il existe un Conseil flamand de la Santé (*Vlaamse Gezondheidsraad*) qui conseille le gouvernement flamand. Le gouvernement flamand a rédigé des objectifs de santé en 1998 (3) et adopté un décret relatif à la politique de santé préventive en 2003 (4). Les associations médicales ont développé au sein de la Communauté flamande un réseau efficace (les organisations locales de concertation en matière de santé ou «LOGO», soutenues par l'Institut flamand pour la promotion de la santé [*Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie*]) (5), pour aider à la réalisation de ces objectifs. Il n'existe pas ou pratiquement pas d'initiatives équivalentes en Wallonie. La raison pour laquelle les Flamands vivent en moyenne 2 à 3 ans plus longtemps que les Wallons tient très probablement à la meilleure prévention en matière d'alimentation et de tabagisme (6-11). La Flandre est également très active en matière de vaccination contre l'hépatite B et la méningite C chez les enfants: le taux de vaccination en Flandre est de 92 % pour l'hépatite

3. En omdat de deelstaten moeten geresponsabiliseerd worden tot een spaarzaam beleid in het licht van de hoge staatsschuld en de toenemende vergrijzingskosten.

1. Eigen klemtonen

De contingentering: In 1997 sloten Franstaligen en Nederlandstaligen een federaal akkoord met betrekking tot het aantal artsen dat in de toekomst een RIZIV-nummer zou krijgen. Het doel was de uitgaven onder controle te houden en dat wie afstudeert ook aan de bak kan als arts of tandarts.

Vlaanderen hield zich aan deze afspraak en organiseerde snel een ingangsexamen, zodat de studenten de garantie hadden aan de slag te kunnen volgens het aantal voor hen voorziene RIZIV-nummers.

De Franstaligen richtten initieel geen toegangsexamen in, overschreden elk jaar het aantal voorziene RIZIV-nummers en namen meermaals een voorschot op de toekomstige RIZIV-nummers («lissage») met als gevolg dat er momenteel meer dan 1 500 RIZIV-nummers in overtal aan Franstalige afgestudeerde artsen en tandartsen zijn uitgereikt (1). Het aantal artsen in de Franse Gemeenschap is intussen 30 % groter dan in de Vlaamse Gemeenschap in verhouding tot de bevolkingsaantallen (2). Inmiddels zagen talloze jonge Vlamingen hun droom om arts/tandarts te worden niet ingevuld.

De Vlaamse Gemeenschap legt een sterkere klemtoon dan de Franse op de preventieve gezondheidszorg. Er is een Vlaamse Gezondheidsraad, die de Vlaamse regering advies verleent. In 1998 heeft de Vlaamse regering gezondheidsdoelstellingen opgesteld (3) en in 2003 heeft ze een preventiedecreet aangenomen (4). Medische verenigingen hebben binnen de Vlaamse Gemeenschap een efficiënt netwerk uitgebouwd (de lokale organisaties voor gezondheidsoverleg of «LOGO'S», ondersteund door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie) (5), om die doelstellingen te helpen verwezenlijken. Dat alles bestaat nauwelijks of niet in Wallonië. De betere preventie in voeding en rookgedrag is hoogstwaarschijnlijk de reden waarom de Vlamingen gemiddeld 2 à 3 jaar langer leven dan de Walen (6-11). Vlaanderen besteedt ook veel energie aan inenting tegen hepatitis B en meningitis C bij kinderen: de Vlaamse vaccinatiegraad voor hepatitis B is 92 %, die voor meningitis C is 94 % (12). Vlaanderen besteedt meer energie dan Wallonië aan inenting van tienermeisjes tegen het virus van baarmoederhalskanker. Met 83 % volledig gevaccineerde

B et de 94 % pour la méningite C (12). La Flandre est aussi plus active que la Wallonie en ce qui concerne la vaccination des adolescentes contre le virus du cancer du col de l'utérus. Avec 83 % des jeunes filles complètement vaccinées, la Flandre occupait déjà le peloton de tête européen en 2011 (13); dans son rapport annuel 2017, Sciensano fait état d'un taux de vaccination de 89,5 % en 2016 pour la Flandre et de 36,1 % en 2016-17 pour la Communauté française (14).

Pour ce qui est de la vaccination non obligatoire contre la grippe mexicaine, 88,3 % de l'ensemble des Belges vaccinés résidaient en Flandre, 6,7 % en Wallonie et 2,3 % à Bruxelles (2,7 % non attribués) (15). Le ratio des nombres de soins dentaires préventifs/conservatoires en 2007 s'élevait en moyenne à 0,8331 par arrondissement; en Flandre, ce ratio était pratiquement partout supérieur, et en Wallonie pratiquement partout inférieur (16).

En ce qui concerne l'examen de dépistage préventif du cancer du sein, la Flandre privilégie la mammographie de dépistage (mammothest) recommandée par les directives européennes, avec un taux de couverture de 41 % en 2005-2006. En Wallonie et à Bruxelles, où la «mammographie diagnostique» était déjà une pratique courante, c'est cette technique de dépistage qui est privilégiée, avec un taux de couverture de 48 % en Wallonie et de 45 % à Bruxelles en 2005-2006. Le taux de couverture global pour les deux types d'examen en 2005-2006 était de 62 % en Flandre, 57 % en Wallonie et 53 % à Bruxelles. La «mammographie diagnostique» n'offre pas les mêmes garanties en termes d'accessibilité et de qualité que la mammographie de dépistage (17). Une étude menée par le Centre du Cancer sur la période 2011-2012 a révélé un taux de couverture de 63-75 % (selon la catégorie d'âge) pour la Flandre, de 51-60 % pour la Wallonie et de 49-57 % pour Bruxelles, soit une légère hausse du taux de couverture en Flandre par rapport à 2005-2006 (18).

Le dépistage du cancer du côlon par analyse des selles obtient un taux de participation de 52 % en Flandre, contre 9 % en Wallonie (19).

Les Flamands observent davantage que les Wallons le principe de l'échelonnement: d'abord la première ligne avec le médecin traitant, qui renvoie ensuite éventuellement vers le spécialiste.

À titre d'exemple: en 2007, les dépenses de consultations chez le médecin traitant étaient déjà plus élevées par habitant en Flandre qu'en Wallonie; pour une moyenne de 100, on observait un indice 112 en Flandre, 86 en Wallonie et 75 à Bruxelles (20). Pour les consultations

meisjes stond Vlaanderen in 2011 reeds in de Europese top (13); in zijn jaarrapport 2017 vermeldt Sciensano een vaccinatiegraad van 89,5 % in 2016 in Vlaanderen en 36,1 % in 2016-17 in de Franse Gemeenschap (14).

In de niet verplichte vaccinatie tegen Mexicaanse griep bevond 88,3 % van alle gevaccineerde Belgen zich in Vlaanderen, 6,7 % in Wallonië en 2,3 % in Brussel (2,7 % niet toegekend) (15). De verhouding van de aantallen preventieve/conserverende tandzorg in 2007 bedroeg per arrondissement gemiddeld 0,8331; in Vlaanderen was die verhouding praktisch overal groter en in Wallonië praktisch overal kleiner (16).

Voor preventief borstkankeronderzoek geeft Vlaanderen de voorkeur aan de door de Europese richtlijnen aanbevolen «screeningsmammografie» met een dekkinggraad van 41 % in 2005-2006. In Wallonië en Brussel, waar de «diagnostische mammografie» reeds ingeburgerd was, werd voor bevolkingsonderzoek aan deze techniek de voorkeur gegeven met in 2005-2006 een dekkinggraad van 48 % in Wallonië en 45 % in Brussel. De totale dekkinggraad met beide types onderzoek was in 2005-2006 62 % voor Vlaanderen, 57 % voor Wallonië en 53 % voor Brussel. De «diagnostische mammografie» biedt niet dezelfde waarborgen qua toegankelijkheid en kwaliteit als de «screeningsmammografie» (17). Een studie van het Kankercentrum over de periode 2011-2012 toonde een dekkinggraad van 63-75 % (naargelang de leeftijdscategorie) voor Vlaanderen, 51-60 % voor Wallonië en 49-57 % voor Brussel, dus een lichte stijging voor de Vlaamse dekkinggraad in vergelijking met 2005-2006 (18).

De screening op colonkanker bij middel van een stoelgangsonderzoek haalt in Vlaanderen een deelnamecijfer van 52 %, tegenover 9 % in Wallonië (19).

De Vlamingen volgen meer dan de Walen het principe van de echelonnering: eerst naar de huisarts, de eerste lijn dus, die eventueel verwijst naar de specialist.

Ter illustratie: de uitgaven voor de raadplegingen bij de huisarts waren in Vlaanderen in 2007 per hoofd reeds groter dan in Wallonië: bij een gemiddelde van 100, noteerde men in Vlaanderen het cijfer 112, in Wallonië 86 en in Brussel 75 (20). Voor de raadplegingen bij de

chez le spécialiste, c'était l'inverse: 92 pour la Flandre, 108 pour la Wallonie et 121 pour Bruxelles (20). Des publications ultérieures montrent également que les Flamands privilégient d'abord la consultation chez le médecin traitant (21, 22).

Le dossier médical global (DMG) connaît clairement un plus grand succès en Flandre qu'en Wallonie: selon un recensement effectué en 2016, 76,4 % de la population en Flandre dispose d'un dossier médical global, alors que ce n'est le cas que pour 57,1 % de la population en Wallonie et 49,3 % à Bruxelles (23). Ces chiffres confirment l'accent mis en Flandre sur l'échelonnement.

Pour certains postes, la Flandre dépense plus que la Wallonie.

En 2003 déjà, il avait été démontré que la Flandre dépensait davantage que la Wallonie en soins infirmiers à domicile: pour un indice 100 en Flandre, le chiffre était de 81,9 en Wallonie (24). Cette tendance avait été confirmée par une étude sur l'année 2008: à cette époque, la Flandre dépensait 15 % de plus que la Wallonie en soins à domicile (25).

Dans son ouvrage «*Lof der Gezondheid – Van apologie tot utopie?*», le Dr Louis Ide souligne que la Flandre dépense aussi davantage que la Wallonie dans le domaine des soins psychiatriques (22).

La Flandre a nettement davantage recours que la Wallonie aux hospitalisations de jour pour les courts séjours et les interventions mineures.

En 2011, la Région flamande a dépensé 16 % de plus que la Région wallonne en hospitalisations de jour et 19 % de plus que la Région de Bruxelles-Capitale. Le nombre d'hospitalisations chirurgicales de jour était en outre 33 % plus élevé en Région flamande qu'en Région wallonne et 47 % plus élevé en Région flamande que dans la Région de Bruxelles-Capitale (26).

En 2017, le nombre de séjours en hospitalisations de jour en Région flamande était 40,6 % plus élevé qu'en Région wallonne et 70,4 % plus élevé que dans la Région de Bruxelles-Capitale (27).

La Wallonie et Bruxelles, par contre, ont davantage recours au service des urgences que la Flandre.

En 2017, le nombre de séjours aux «urgences» en Région wallonne était 82,1 % plus élevé qu'en Région flamande et, en Région de Bruxelles-Capitale, ce nombre était même 121,3 % plus élevé qu'en Région flamande (27).

specialist was het net omgekeerd: voor Vlaanderen was het cijfer 92, voor Wallonië 108 en voor Brussel 121 (20). Ook latere publicaties tonen de Vlaamse klemtoon op de huisarts aan (21, 22).

Het Globaal Medisch Dossier (GMD) kent een duidelijk groter succes in Vlaanderen dan in Wallonië: in Vlaanderen is, volgens een telling in 2016, 76,4 % van de bevolking gedekt tegenover 57,1 % in Wallonië en 49,3 % in Brussel (23). Deze cijfers bevestigen de Vlaamse klemtoon op echelonnering.

Voor sommige posten geeft Vlaanderen meer uit dan Wallonië.

Reeds in 2003 werd aangetoond dat Vlaanderen meer uitgeeft dan Wallonië aan thuisverpleging: bij Vlaanderen = 100, bedroeg het cijfer in Wallonië 81,9 (24). Die trend werd bevestigd in een studie over het jaar 2008: toen gaf Vlaanderen 15 % meer uit aan thuiszorg dan Wallonië (25).

In zijn boek «*Lof der Gezondheid – Van apologie tot utopie?*» stelt Dr. Louis Ide dat Vlaanderen ook voor psychiatrische zorgen meer uitgeeft dan Wallonië (22).

Vlaanderen maakt voor kort verblijf en kleinere ingrepen duidelijk meer dan Wallonië gebruik van daghospitalisaties.

Het Vlaams Gewest gaf voor daghospitalisatie in 2011 16 % meer uit dan het Waals Gewest en 19 % meer dan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het aantal opnamen in een chirurgisch dagziekenhuis was bovendien 33 % hoger in het Vlaams dan in het Waals Gewest, en 47 % hoger in het Vlaams dan in het Brussels Gewest. (26).

In 2017 was het aantal verblijven in daghospitalisatie in het Vlaams Gewest 40,6 % hoger dan in het Waals Gewest en 70,4 % hoger dan in het Brussels Gewest (27).

Wallonië en Brussel maken daarentegen meer gebruik van de Spoedgevallendienst dan Vlaanderen.

In 2017 was het aantal verblijven in «Spoedgevallen» in het Waals Gewest 82,1 % hoger dan in het Vlaamse en in het Brussels Gewest zelfs 121,3 % hoger dan in het Vlaams Gewest (27).

En 2012, les dépenses d'invalidité moyennes par allocataire en Wallonie étaient 20,63 % plus élevées que la moyenne belge. En Flandre et à Bruxelles, ces mêmes dépenses étaient respectivement 8,76 % et 11,19 % moins élevées que la moyenne nationale (28).

En 2015, le nombre d'invalides par 100 ayants droit en Flandre, chez les salariés, n'était que 1,4 % plus élevé qu'à Bruxelles, mais ce nombre était 36,5 % plus élevé en Wallonie qu'en Flandre (29).

Les deux études montrent donc que la Wallonie reçoit nettement plus que la Flandre pour ce qui est des allocations d'invalidité.

Une des préoccupations de l'ancienne ministre des Affaires sociales Maggie De Block était la réintégration vers la reprise du travail adaptée à temps partiel des personnes en incapacité de travail qui perçoivent une allocation (primaire ou d'invalidité) de la mutualité. 68,8 % de ces personnes ayant repris le travail à temps partiel résident en Flandre, alors que les personnes en incapacité de travail sont relativement plus nombreuses en Wallonie qu'en Flandre (30).

Lorsqu'on opte à l'hôpital pour une chambre particulière, les médecins peuvent facturer un supplément d'honoraires: le supplément maximal moyen appliqué en Flandre est actuellement de 148 %, pour 213 % en Wallonie et 270 % à Bruxelles (31).

In 2012 lagen de gemiddelde invaliditeitsuitgaven per uitkeringsgerechtigde in Wallonië 20,63 % hoger dan het Belgisch gemiddelde. In Vlaanderen en Brussel lagen deze uitgaven respectievelijk 8,76 % en 11,19 % lager dan dit gemiddelde (28).

In 2015 was het aantal invaliden per 100 gerechtigden bij de loontrekkenden in Vlaanderen slechts 1,4 % hoger dan in Brussel, doch Wallonië scoorde 36,5 % hoger dan Vlaanderen (29).

Beide studies wijzen er dus op dat Wallonië duidelijk meer ontvangt dan Vlaanderen voor invaliditeitsuitkeringen.

Een bekommernis van de vorige minister van Sociale Zaken Maggie De Block was de re-integratie naar deeltijdse aangepaste werkhervatting van arbeidsongeschikten die een uitkering (primaire of invaliditeit) van het ziekenfonds krijgen. 68,8 % van die deeltijdse werkhervatters bevindt zich in Vlaanderen, niettegenstaande er in Wallonië relatief meer mensen arbeidsongeschikt zijn dan in Vlaanderen (30).

Wanneer men in het ziekenhuis kiest voor een éénpersoonkamer mogen de artsen extra ereloonsupplementen aanrekenen: 148 % is op dit ogenblik het gemiddeld maximaal supplement in Vlaanderen, in Wallonië is dat 213 %, in Brussel 270 % (31).

Disparités entre les Régions durant la pandémie de coronavirus	Verschillende regionale accenten tijdens de coronapandemie		
	Flandre / <i>Vlaanderen</i>	Wallonie / <i>Wallonië</i>	Bruxelles / <i>Brussel</i>
Coût d'une injection contre le coronavirus dans les centres de vaccination / <i>Kost coronaprik in vaccinatiecentra</i>		+ 36 % par rapport à la Flandre / + 36 % t.o.v. <i>Vlaanderen</i>	
Adultes (+18) entièrement vaccinés / <i>Voll. Gevaccineerde volwassenen (+ 18 j.)</i>	90,5 %	79,1 %	64,0 %
Personnes entièrement vaccinées dans la population totale / <i>Voll. Gevaccineerden in totale bevolking</i>	78,5 %	67,2 %	51,3 %
Membres du personnel vaccinés dans les hôpitaux / <i>Gevacc. medewerkers in ziekenhuizen</i>	96,5 %	83,9 %	84,6 %
Membres du personnel vaccinés dans les maisons de repos / <i>Gevacc. medewerkers in WZC</i>	93,8 %	78,5 %	66,9 %
Décès parmi les patients hospitalisés atteints du coronavirus / <i>Overleden gehosp. coronapatiënten</i>	16,5 %	20,4 %	18,8 %

Le coût d'une injection contre le coronavirus dans les centres de vaccination en Wallonie a été 36 % plus élevé qu'en Flandre (32).

La Flandre est en tête en ce qui concerne le taux de vaccination des adultes (chiffres de Sciensano au 22 septembre 2021) (33), de la population totale (chiffres de Sciensano au 22 septembre 2021) (33) et des membres du personnel des hôpitaux et des maisons de repos. Pour ces derniers, les chiffres ne sont toutefois pas ventilés par catégorie de personnel, par exemple entre le personnel soignant et non soignant, et l'analyse ne porte que sur les collaborateurs salariés (chiffres de Mediquality au 29 septembre 2021) (34).

Entre le mois de mars 2020 et le 15 juin 2021, le taux de décès parmi les patients hospitalisés atteints du coronavirus a été plus faible en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles (35).

Les disparités régionales dans le cadre de la pandémie de coronavirus peuvent donner lieu à des accents différents dans la politique. Ce fut le cas, par exemple, lorsque le taux de contamination était plus élevé à Anvers l'année dernière et que des mesures plus strictes ont été

Een coronaprik in de Waalse vaccinatiecentra was 36 % duurder dan in de Vlaamse (32).

Vlaanderen staat op kop in de vaccinatiegraad van de volwassenen (Sciensano 22.09.21) (33), in de vaccinatiegraad van de totale bevolking (Sciensano 22.09.21) (33), en in de vaccinatiegraad van de medewerkers in ziekenhuizen en woonzorgcentra. Er kon echter voor deze twee groepen medewerkers geen onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende beroepscategorieën, bijvoorbeeld tussen zorg- en niet-zorgpersoneel; bovendien is de analyse beperkt tot de medewerkers in loondienst (Mediquality, 29.09.21) (34).

Tussen maart 2020 en 15 juni 2021 overleden in Vlaanderen minder gehospitaliseerde coronapatiënten dan in Wallonië en Brussel (35).

Regionale verschillen in de coronapandemie mogen leiden tot verschillende regionale klemtonen in het beleid. Dat was bijvoorbeeld het geval bij een hogere besmettingsgraad in Antwerpen vorig jaar: toen werden daar lokaal strengere maatregelen genomen. Zelfs federaal

appliquées au niveau local. Même Pedro Facon, le commissaire fédéral corona, n'exclut pas cette possibilité: il envisage une plus grande différenciation entre les entités fédérées en matière d'assouplissements (36).

Néanmoins, une crise transfrontalière telle qu'une pandémie requiert aussi une stratégie commune qui s'appuie sur des directives générales. Une concertation est nécessaire à cet effet, aussi bien entre l'État fédéral et les entités fédérées qu'entre les entités fédérées entre elles. C'est la position qu'ont également défendue les ministres-présidents Jan Jambon et Elio Di Rupo dans une double interview au journal De Standaard (37).

Dans le cadre de la lutte contre une pandémie, il n'y a donc pas de contradiction entre une politique de santé flamande et une collaboration au niveau (con)fédéral, voire à l'échelle européenne ou mondiale.

2. Meilleure efficacité

a. Généralités

Le deuxième argument en faveur d'une politique de santé flamande est l'efficacité accrue. Une politique efficace implique des paquets de compétences cohérents. Or, si les Communautés flamande et française sont en principe compétentes pour la politique de santé depuis 1980, l'assurance maladie-invalidité (INAMI), qui comporte les leviers pour mener une bonne politique de santé, est restée en grande partie une compétence de l'État fédéral. Même après la sixième réforme de l'État, les compétences transférées aux Communautés et aux Régions en la matière ne représentent que 13,4 % du budget total de l'INAMI.

Avec neuf responsables politiques compétents en matière de soins de santé (huit ministres et un secrétaire d'État), la situation actuelle fragmente la politique, complique la coopération et augmente les coûts.

En outre, la répartition de ces neuf responsables entre les Communautés est assez disproportionnée. Alors qu'ils sont trois responsables pour la Communauté française et la Région wallonne, un pour la Communauté germanophone et trois pour Bruxelles (dont un chargé des soins de santé pour les Flamands de Bruxelles), il n'y a qu'un seul ministre compétent pour la Flandre et un autre pour l'État fédéral (38).

L'inefficacité de la politique actuelle est également illustrée par le fait que la Flandre est compétente pour l'agrément des hôpitaux et le financement des investissements, mais que l'État fédéral l'est pour les subventions

coronacommissaris Pedro Facon laat die mogelijkheid open: in verband met versoepelingen gaat hij uit van meer differentiatie tussen de deelgebieden (36).

Een grensoverschrijdende crisis zoals een pandemie vereist evenwel ook een gemeenschappelijke strategie met het opstellen van algemene richtlijnen: dat veronderstelt overleg tussen de federale overheid en de deelstaten, evenals tussen de deelstaten onderling. Die stelling werd ook verdedigd door de minister-presidenten Jan Jambon en Elio Di Rupo in een dubbelinterview in De Standaard (37).

Er is dus geen tegenspraak tussen een Vlaams gezondheidsbeleid en samenwerking op (con)federaal niveau, en zelfs op Europees of wereldniveau bij de bestrijding van een pandemie.

2. Grotere efficiëntie

a. Algemeen

Het tweede argument in een pleidooi voor een Vlaams gezondheidsbeleid is een hogere beleidsefficiëntie te bereiken. Een efficiënt beleid veronderstelt samenhangende bevoegdheidspakketten. Welnu, de Vlaamse en Franse Gemeenschap zijn sinds 1980 in principe bevoegd voor het gezondheidsbeleid, doch de ziektekosten en invaliditeitsverzekering (RIZIV) – de hefbomen voor een goed gezondheidsbeleid – zijn voor het overgrote deel een bevoegdheid van de federale overheid gebleven. Zelfs na de zesde Staatshervorming zijn slechts bevoegdheden, goed voor 13,4 % van het totale RIZIV-budget, naar de Gemeenschappen/Gewesten overgeheveld.

De huidige situatie met negen excellenties bevoegd voor gezondheidszorg (acht ministers en een staatssecretaris) versnipperd het beleid, bemoeilijkt de onderlinge samenwerking en verhoogt de kosten.

Doch die negen excellenties trekken bovendien de communautaire verhoudingen behoorlijk scheef: drie voor de Franse Gemeenschap + het Waalse Gewest, een voor de Duitstalige Gemeenschap en drie voor Brussel (waarvan een ook de zorg voor de Vlamingen in Brussel heeft). Daartegenover staat een minister voor Vlaanderen en tenslotte is er een voor de federale overheid (38).

Een ander voorbeeld van het huidige inefficiënt beleid is dat Vlaanderen bevoegd is voor de erkenning van de ziekenhuizen en de financiering van de investeringen, doch dat de federale overheid bevoegd is voor de

de fonctionnement. Ainsi, la Flandre n'est pas récompensée pour sa politique d'économies.

Le financement des hôpitaux relève de l'État fédéral, tandis que la réglementation en matière d'emploi dans les hôpitaux est du ressort du niveau flamand.

L'échange de données est bancal: les données de première ligne sont flamandes et les données des hôpitaux sont fédérales.

On peut donc se demander pourquoi les Régions devraient investir massivement dans la prévention, si c'est l'État fédéral qui en tire les bénéfices (38).

Dans le même ordre d'idées, on s'interroge sur le fait que l'extension des maisons de repos par la Flandre profite au niveau fédéral en déchargeant les services de gériatrie (38).

b. Efficacité en période de pandémie de coronavirus

La lutte contre la pandémie de coronavirus a aussi fourni plusieurs exemples d'inefficacité.

Tout d'abord, la présence des neuf responsables précités a ralenti la manœuvre et donné lieu à des décisions confuses. Le professeur Marc Noppen, CEO de l'*UZ Brussel*, est l'un de ceux qui critiquent vertement cette situation (39).

Par ailleurs, le fait que l'État fédéral soit compétent pour les tests et que les Régions le soient pour le suivi des contacts nuit à la coordination entre les deux niveaux de pouvoir (38).

Les hôpitaux psychiatriques sont financés par l'État fédéral, alors que les centres de soins de santé mentale et d'habitation protégée sont financés par la Flandre. Plusieurs problèmes peuvent apparaître lorsque ces deux types d'établissements sont implantés sur le même site. Dans ce cas, faut-il respecter le confinement flamand ou le confinement fédéral? Qui doit fournir les masques buccaux? Quelles règles doit-on suivre en matière de visites? (38)

Au cours de la pandémie de coronavirus, du personnel des hôpitaux a parfois été mis à contribution dans des maisons de repos, avec différents problèmes à la clé. Ce personnel est rémunéré par l'État fédéral, alors que les maisons de repos relèvent de la compétence des Régions. Comment pareille mise à disposition est-elle possible? Comment répercuter les frais? Qui des Régions ou du gouvernement fédéral sont responsables du matériel de

werkingssubsidies: zo wordt een spaarzaam Vlaams beleid niet beloond.

De ziekenhuisfinanciering zit op federaal niveau, terwijl de regelgeving over de tewerkstelling in ziekenhuizen op Vlaams niveau zit.

De gegevensuitwisseling loopt mank: eerstelijnsgegevens zijn Vlaams, ziekenhuisgegevens zijn federaal.

Een vraag: Waarom zouden de regio's zwaar inzetten op preventie als de winsten, die voortkomen uit die preventie, federaal zijn? (38)

Daarbij aansluitend is de bedenking dat een Vlaamse uitbreiding van de woonzorgcentra leidt tot federale winst door ontlasting van de geriatrie (38).

b. Efficiëntie tijdens corona

Ook de bestrijding van de coronapandemie werd geconfronteerd met meerdere voorbeelden van inefficiëntie.

Vooreerst zorgden de reeds vermelde 9 excellenties voor vertraging en onduidelijke beslissingen. Dat wordt o.m. door Prof. Marc Noppen, CEO van UZ Brussel, met klem aangeklaagd (39).

Doch er is meer: dat de federale overheid bevoegd is voor het testen en de regio's voor contact tracing, bevordert de coördinatie tussen beide niet (38).

Psychiatrische ziekenhuizen worden federaal gefinancierd, centra voor geestelijke gezondheidszorg en beschut wonen worden Vlaams gefinancierd. Wanneer die samen op één campus verblijven, kunnen meerdere problemen rijzen bijvoorbeeld Volg je de Vlaamse of federale lockdown? Wie moet mondkmaskers voorzien? Welke bezoekersregeling volg je? (38)

Tijdens de coronapandemie werd soms personeel van ziekenhuizen ingezet in woonzorgcentra met meerdere problemen als gevolg. Dat personeel wordt door de federale overheid betaald, terwijl de woonzorgcentra onder de bevoegdheid van de Gewesten vallen. Mag dat wel? Hoe verreken je de kosten? Hetzelfde met het beschermingsmateriaal: zijn de Gewesten of de federale regering daarvoor verantwoordelijk? Of de testen:

protection? Les tests sont livrés par l'État fédéral, mais ce sont les Régions qui décident de leur répartition (38).

Ces constatations durant la pandémie de coronavirus confirment nos observations dans le cadre de la politique classique des soins de santé. Dans les deux cas, elles révèlent l'incohérence des paquets de compétences dans la politique.

Pour la VAV, outre les disparités évoquées ci-dessus, il s'agit d'un autre argument en faveur du transfert de la politique de santé aux Communautés, ce qui devra aller de pair avec une forte réduction du nombre de responsables politiques compétents en matière de santé.

Pour d'autres, en revanche, ces paquets de compétences incohérents sont un argument en faveur de la refédéralisation de la politique des soins de santé.

D'autres encore, comme le professeur Marc Noppen, plaident pour la réduction du nombre de responsables politiques compétents en matière de santé et pour une unité de commandement au niveau fédéral lors d'une pandémie. Le professeur ne plaide toutefois pas contre le transfert des compétences en matière de soins de santé. Il souhaite que le financement demeure une compétence fédérale, mais que la mise en œuvre de la politique relève du niveau le plus proche du citoyen, par exemple des «régions sanitaires» (39).

3. Responsabilisation

Pour rappel: le troisième argument de la VAV en faveur du transfert des soins de santé est la nécessité de responsabiliser les entités fédérées de manière à ce qu'elles assurent une gestion économe. Celle-ci est une nécessité absolue eu égard à la situation financière de notre pays et aux coûts croissants liés au vieillissement de la population.

La facture fédérale de la pandémie de coronavirus atteint aujourd'hui 25 milliards (40). Le budget belge de 2022 présente encore un déficit de 21,3 milliards et le taux d'endettement de l'État représentera encore 112,7 % du PIB cette année-là (41). Selon les chiffres de la Banque nationale, l'endettement a grimpé à 27,7 milliards d'euros en Wallonie, soit 191,2 % des revenus wallons, à 26,7 milliards en Flandre, soit 51,3 % des recettes flamandes, et à 8,8 milliards ou 180 % des recettes à Bruxelles (42).

federaal moet die leveren, maar de Gewesten beslissen hoe ze worden verdeeld (38).

Deze vaststellingen tijdens de coronapandemie bevestigen wat we noteerden tijdens het klassieke gezondheidsbeleid. In beide gevallen wijzen zij op incoherente bevoegdheidspakketten in het beleid.

Dat is voor het VAV, naast de klemtoonverschillen, een argument voor de overheveling van het gezondheidsbeleid naar de Gemeenschappen. Daarbij moet het aantal excellenties voor gezondheid sterk afgebouwd worden.

Doch voor anderen zijn die incoherente bevoegdheidspakketten een argument voor herfederalisering van het gezondheidsbeleid.

Nog anderen, zoals prof. Marc Noppen, pleiten voor de afbouw van het aantal ministers voor Gezondheid en voor eenheid van commando op federaal niveau tijdens een pandemie. Hij pleit echter niet tegen overheveling van de gezondheidszorg, wel voor een modaliteit ervan: hij wil de financiering federaal houden en de uitvoering zo dicht mogelijk bij de burger leggen, bijvoorbeeld bij de gezondheidsregio's (39).

3. Responsabilisering

Ter herinnering: het derde argument van het VAV voor de overheveling van de gezondheidszorg is de responsabilisering van de deelstaten tot een spaarzaam beleid. Dat is hoogst nodig in het licht van de financiële toestand van het land en van de toenemende vergrijzingskosten.

De federale coronafactuur bedraagt inmiddels 25 miljard (40). De Belgische begroting gaat in 2022 nog 21,3 miljard in het rood en de schuldgraad van de staat zal dan nog 112,7 % van het bbp bedragen (41). Volgens cijfers van de Nationale Bank zijn de schulden in Wallonië opgelopen tot 27,7 miljard euro of 191,2 % van de Waalse inkomsten, in Vlaanderen tot 26,7 miljard of 51,3 % van de ontvangsten en in Brussel tot 8,8 miljard of 180 % van de ontvangsten (42).

En attendant, les transferts à partir de la Flandre se poursuivent, essentiellement voire exclusivement en direction de la Wallonie.

Ces transferts empruntent trois canaux classiques: la sécurité sociale, la fiscalité et le financement des Communautés et Régions en application de la loi de financement; des trois canaux, c'est la sécurité sociale qui se taille la part du lion.

En ce qui concerne le quatrième canal, le paiement des charges d'intérêt sur la dette publique, la méthode de calcul fait l'objet de discussions.

Tant feu le professeur Robert Deschamps, du Centre de recherche en économie régionale et politique économique de Namur, que Didier Paquot, économiste en chef et directeur de recherche à l'Institut Jules Destrée, ont souligné que les transferts financiers entre la Flandre et la Wallonie trouvaient principalement leur origine dans le faible taux d'emploi en Wallonie (43, 44). Actuellement, ce taux est de 74,7 % en Flandre, de 64,6 % en Wallonie et de 61,3 % à Bruxelles (47).

Intussen blijven de geldtransfers uit Vlaanderen verder lopen, hoofdzakelijk of uitsluitend naar Wallonië.

Die verlopen langs de 3 klassieke kanalen: de SZ, de fiscaliteit en de financiering van Gemeenschappen en Gewesten via de bijzondere financieringswet; de SZ is verantwoordelijk voor het grootste bedrag van de drie.

Voor het 4^e transferkanaal, via de afbetaling van de interestlasten op de staatsschuld, is er discussie over de berekeningsmethode.

Zowel wijlen Prof. Robert Deschamps, verbonden aan het Instituut CERPE (Centre de Recherche en Économie Régionale et Politique Economique) in Namen, als Didier Paquot, chef économie en onderzoeksdirecteur bij het Jules Destrée Instituut, wezen er op dat de financiële transfers tussen Vlaanderen en Wallonië hoofdzakelijk ontstaan door de lage tewerkstellingsgraad in Wallonië (43, 44). De huidige cijfers zijn voor Vlaanderen 74,7 %, voor Wallonië 64,6 % en voor Brussel 61,3 % (47).

Transferts financiers à partir de la Flandre passant par les trois premiers canaux
Geldstromen uit Vlaanderen via de eerste 3 kanalen

Année/Jaar	Auteur	Institut/Instituut	Montant (en milliards d'euros)/ Bedrag (miljard euro)
2011	G. Jennes	VIVES KU LEUVEN	6,167
2011	H. Deweerdt	AK-VSZ	8,028
2012	C. Ernalsteen	CERPE	7,8
2016	E. Dor	IESEG	6,318
2017	H. Devillé	CEG	8,564
2019		NAT. BANK BELGIË	6,2
2020	A.Decoster + W.Sas	KU-LEUVEN	6,9

Ce tableau montre le résultat de sept études différentes sur les transferts financiers en provenance de Flandre entre 2011 et 2020 via les trois premiers canaux: trois de ces études ont été réalisées en Flandre (G. Jennes, VIVES[45], H. Deweerdt, AK-VSZ [45], A. Decoster et W. Sas, KU LEUVEN [43]), une par la Banque nationale de Belgique (46), et trois par des experts francophones, dont deux en Belgique (C. Ernalsteen, CERPE [43] et H. Devillé, Centre d'études Jacques Georgin [44]) et une à Lille, en France (E. Dor, *IESEG School of Management* [44]).

Les montants des transferts en provenance de Flandre varient entre 6,2 et 8,6 milliards selon les auteurs et l'année de l'étude.

Hier ziet u zeven verschillende studies over de geldtransfers uit Vlaanderen over de jaren tussen 2011 en 2020 via de eerste drie kanalen: 3 uit Vlaanderen (G. Jennes, VIVES[45], H. Deweerdt, AK-VSZ [45], A. Decoster en W. Sas, KU LEUVEN [43], 1 van de Nationale Bank van België (46), en drie Franstalige, waarvan twee in België (C. Ernalsteen, CERPE [43] en H. Devillé, Centre d'Etudes Jacques Georgin [44]) en 1 in Rijsel – Frankrijk (E. Dor, *IESEG School of Management* [44]).

De transferbedragen uit Vlaanderen schommelen tussen 6,2 en 8,6 miljard naargelang de auteur en het jaar van onderzoek.

Transferts financiers à partir de la Flandre passant par le quatrième canal <i>Geldstroom uit Vlaanderen via het vierde kanaal</i>			
Année/Jaar	Auteur	Institut/Instituut	Montant (en milliards d'euros)/ <i>Bedrag (miljard euro)</i>
2003		In de Warande	3,850

Le tableau ci-dessus donne un exemple d'une étude chiffrant les transferts en provenance de Flandre via le quatrième canal à 3,85 milliards d'euros en 2003; cette étude a été réalisée par le groupe «In de Warande» (45).

e) Objections diverses

L'argument selon lequel la Flandre serait trop petite pour disposer de sa propre sécurité sociale est contredit par la réalité de l'UE: 12 des 27 États membres comptent moins d'habitants que la Flandre (Danemark, Finlande, Slovaquie, Irlande, Croatie, Lituanie, Slovénie, Lettonie, Estonie, Chypre, Luxembourg et Malte).

Et sept États membres de l'UE comptent moins d'habitants que la Wallonie.

Quelle place occupe Bruxelles dans la défédéralisation des soins de santé?

La VAV propose que, comme pour l'enseignement, les habitants de Bruxelles puissent choisir entre le système de l'entité fédérée flamande et celui de l'entité fédérée francophone.

Des transferts en sens inverse n'ont-ils pas existé par le passé?

L'existence de transferts du sud vers le nord à l'époque où la Flandre était pauvre a été démentie à suffisance par le professeur Juul Hannes, qui a étudié la période 1832-1912, dans son livre *Vlaanderen betaalt – De mythe van de omgekeerde transfers*, récemment réédité (48).

Les transferts ne s'inverseront-ils pas à l'avenir?

Une étude du groupe de réflexion «In de Warande» a démontré qu'en 2030, les transferts iront toujours du nord vers le sud (49). Cette analyse a été confirmée par le groupe KBC (50) et par une étude ABAFIM de l'administration flamande (51).

f) Solidarité

Nous ne pouvons hélas faire preuve de solidarité financière à l'égard du monde entier.

Hier ziet u een voorbeeld van een transfer uit Vlaanderen via het 4^e kanaal: 3,85 miljard in 2003 volgens de groep «In de Warande» (45).

e) Diverse tegenwerpingen

Dat Vlaanderen te klein zou zijn voor een eigen SZ wordt tegengesproken door de realiteit in de EU: 12 van de 27 lidstaten hebben een aantal inwoners kleiner dan Vlaanderen: Denemarken, Finland, Slovakije, Ierland, Kroatië, Litouwen, Slovenië, Letland, Estland, Cyprus, Luxemburg en Malta.

En er zijn zeven EU-lidstaten met een kleiner aantal inwoners dan Wallonië.

Hoe past Brussel in de defederalisering van de gezondheidszorg?

Het voorstel van het VAV luidt als volgt: net zoals voor het onderwijs kunnen de inwoners van Brussel kiezen tussen het stelsel van de Vlaamse en Franstalige deelstaat.

Waren er vroeger geen transfers in de omgekeerde richting?

Dat de transfers in de periode van «Arm Vlaanderen» van Zuid naar Noord verliepen, is door Prof. Juul Hannes, die de periode 1832 – 1912 bestudeerde, voldoende weerlegd in zijn opnieuw uitgegeven boek «Vlaanderen betaalt – De mythe van de omgekeerde transfers» (48).

En zullen de transfers later niet omkeren?

Een studie van de Denkgroep «In de Warande» toonde aan dat in 2030 de geldtransfers nog steeds van Noord naar Zuid zullen verlopen (49). Die stelling werd bevestigd door de KBC-groep (50) en door een ABAFIM-studie van de Vlaamse Administratie (51).

f) Solidariteit

We kunnen helaas niet financieel solidair zijn met de ganse wereld.

La solidarité interpersonnelle s'exerce de manière automatique et inconditionnelle au sein d'une société qui partage les mêmes valeurs, normes et éthique, c'est-à-dire entre les habitants du même pays ou de la même région.

La solidarité interrégionale/interétatique est déjà plus loin de nous: elle est transparente, axée sur le résultat et réversible et suppose également de la loyauté de la part du bénéficiaire.

Dans les discussions, une comparaison est parfois établie avec la solidarité entre l'Allemagne de l'Ouest et l'Allemagne de l'Est.

La solidarité de la Flandre à l'égard de la Wallonie (et de Bruxelles) représente environ 6 % du PIBR (52), et ce, depuis cinquante ans, et le fossé entre la Flandre et la Wallonie en ce qui concerne le taux d'emploi ne cesse de se creuser.

Après la chute du Mur entre l'Allemagne de l'Ouest et l'Allemagne de l'Est en 1989, l'Allemagne de l'Ouest a appelé à la solidarité envers l'Est. Cette solidarité a représenté 4 % du PIBR pendant vingt-cinq ans (49).

La solidarité interpersonnelle envers les personnes de Flandre socialement plus précaires doit être une priorité.

La solidarité envers les générations futures nous oblige à réduire la dette publique.

g) Conclusion

Jusqu'à présent 13,4 % seulement du budget de l'INAMI ont été transférés, en partie vers les Communautés et en partie vers les Régions. Cela a malheureusement donné lieu à des paquets de compétences incohérents.

La VAV prône une communautarisation de l'ensemble des soins de santé, assortie d'une possibilité de choix entre le système de l'entité flamande et celui de l'entité francophone pour les habitants de Bruxelles.

La pandémie de coronavirus a mis en lumière l'existence de nouvelles disparités entre la Flandre et la Wallonie, ce qui plaide en faveur d'une gestion autonome. Une politique flamande de la santé n'est toutefois pas incompatible avec une collaboration au niveau (con)fédéral et même au niveau européen et mondial lorsqu'il s'agit de lutter contre une pandémie.

De interpersoonlijke solidariteit is automatisch en onvoorwaardelijk binnen een samenleving die dezelfde waarden, normen en ethiek deelt, dus tussen de inwoners van hetzelfde land of regio.

De interregionale/interstatelijke solidariteit is reeds afstandelijker: zij is transparant, resultaatgericht en omkeerbaar, en veronderstelt ook loyaliteit van de ontvanger.

Soms wordt in discussies de vergelijking met de solidariteit tussen West- en Oost-Duitsland opgeworpen.

Welnu, de Vlaamse solidariteit met Wallonië (en Brussel) bedraagt rond de 6 % BBPR (52) en dit sinds vijftig jaar, helaas met blijvende kloof tussen Vlaanderen en Wallonië inzake tewerkstellingsgraad.

Toen de Muur tussen Oost- en West-Duitsland in 1989 viel, werd vanuit West-Duitsland opgeroepen om solidair te zijn met het Oosten. Dat leidde tot een solidariteit van 4 % BBPR gedurende vijftien jaar (49).

De interpersoonlijke solidariteit met de sociaal zwakkeren binnen Vlaanderen moet een prioriteit zijn.

De solidariteit met onze nakomelingen verplicht ons tot het afbouwen van de staatsschuld.

g) Besluit

Tot hier toe is slechts 13,4 % van het RIZIV-budget overgeheveld, deels naar de Gemeenschappen, deels naar de Gewesten. Dat ging helaas gepaard met incoherente bevoegdheidspakketten.

Het VAV staat voor communautarisering van de volledige gezondheidszorg, met keuzemogelijkheid voor de inwoners van Brussel tussen het stelsel van de Vlaamse en Franstalige deelstaat.

De coronapandemie bracht bijkomende Vlaams-Waalse klemtoonverschillen aan het licht, die pleiten voor een eigen beleid. Doch er is geen tegenspraak tussen een Vlaams gezondheidsbeleid en samenwerking op (con)federaal niveau en zelfs op Europees en wereldniveau bij de bestrijding van een pandemie.

Remarque: La bibliographie à laquelle renvoient les chiffres entre parenthèses est reprise dans les annexes du rapport.

2) *Exposé de M. Happe, directeur général d'UNESSA*

UNESSA est une fédération de l'aide et des soins aux personnes qui représente huit secteurs: les hôpitaux, la santé mentale, l'accueil des personnes âgées, l'accueil des personnes en situation de handicap, l'accueil de l'enfance, l'aide à la jeunesse, l'insertion socio-professionnelle et économie sociale ainsi qu'un secteur pluriel rassemblant différents acteurs dans le secteur de la prévention et de la première ligne. Cela représente plus de mille structures affiliées présentes en Wallonie et à Bruxelles, qui emploient elles-mêmes 60 000 travailleurs.

a) Constats sur les réformes de l'État

La sixième réforme de l'État est née d'un accord politique intervenu fin 2011, sur la base d'un texte dont le titre «*Un État fédéral plus efficace et des entités plus autonomes*» laisse aujourd'hui quelque peu perplexe. Cet accord, né d'une longue crise politique, était présenté à l'époque comme devant mener à une meilleure homogénéité des compétences et un meilleur fonctionnement de l'organisation de l'État au sens large.

Dix ans plus tard, force est de constater que la promesse n'a pas été tenue. S'il fallait résumer en quelques mots la sixième réforme de l'État avec le recul, il serait plutôt question de complexité, et d'un manque de clarté et d'homogénéité dans la répartition des compétences...

Au fil des réformes de l'État, les décideurs ont procédé au transfert de nombreuses compétences en matière de santé et d'aide aux personnes, souvent sans grille de lecture commune sur la politique à mener et sur les objectifs à poursuivre sur le long terme. Progressivement, les compétences en matière de santé et d'aide aux personnes ont été transférées, soit sur une base thématique plus ou moins précise (par exemple la promotion et la prévention en matière de santé), sur la base, soit du type d'établissements de soins (par exemple les maisons de repos et maisons de repos et de soins, les initiatives d'habitation protégée, les maisons de soins psychiatriques...), soit des dispositifs de financement (par exemple le financement des infrastructures hospitalières), ou encore sur la base de droits aux prestations sociales ouverts en faveur de

Opmerking: de bibliografie waarnaar de cijfers tussen haakjes verwijzen, is opgenomen in de bijlagen bij het verslag.

2) *Uiteenzetting van de heer Happe, algemeen directeur van UNESSA*

UNESSA is een federatie voor hulp en zorg voor mensen en vertegenwoordigt acht sectoren: ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, zorg voor mensen met een handicap, kinderopvang, jeugdzorg, sociaal-professionele inschakeling en sociale economie, zo ook een bredere sector waarin verschillende actoren uit de preventie- en eerstelijnssector verenigd zijn. UNESSA vertegenwoordigt meer dan duizend structuren uit Wallonië en Brussel, die op hun beurt 60 000 mensen tewerkstellen.

a) Vaststellingen over de Staatshervormingen

De zesde Staatshervorming was het resultaat van een politiek akkoord dat eind 2011 werd bereikt op basis van een tekst met als titel «*Een efficiëntere Federale Staat en een grotere autonomie voor de deelstaten*» die vandaag enigszins voor verbijstering zorgt. Dit akkoord, dat tot stand kwam na een lange politieke crisis, werd destijds voorgesteld als een middel om de bevoegdheden homogener te maken en om de organisatie van de Staat in ruime zin te verbeteren.

Tien jaar later moeten we vaststellen dat de belofte niet is nagekomen. Als we de zesde Staatshervorming achteraf in een paar woorden zouden moeten samenvatten, is er veeleer sprake van complexiteit en een gebrek aan duidelijkheid en homogeniteit in de verdeling van de bevoegdheden...

In de loop van de staatshervormingen hebben de beleidsmakers veel bevoegdheden inzake gezondheid en zorg overgeheveld, vaak zonder een gemeenschappelijke kijk op het te voeren beleid en de langetermijndoelstellingen. Geleidelijk zijn de bevoegdheden inzake gezondheid en zorg overgeheveld, hetzij op een iets of wat nauwkeurige thematische basis (bijvoorbeeld gezondheidsbevordering en -preventie), hetzij op basis van het soort zorgvoorzieningen (bijvoorbeeld rust- en verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen), of op basis van financieringen (bijvoorbeeld de financiering van ziekenhuisinfrastructuur), of op basis van rechten op sociale uitkeringen voor bepaalde begunstigen (bijvoorbeeld recht op mobiliteitssteun of kinderbijslag). Deze uiteenlopende benaderingen die

certaines bénéficiaires (par exemple le droit aux aides à la mobilité ou encore aux allocations familiales). Ces approches différenciées qui se sont succédé depuis les années 80, résultats d'accords politiques découlant de crises successives, ont engendré un éparpillement et une complexification dans la répartition des compétences.

La sixième réforme de l'État n'a pas fait exception. Les compétences en matière de santé sont actuellement réparties entre sept entités: l'État fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française de Belgique (Fédération Wallonie-Bruxelles), la Communauté germanophone de Belgique (*Ostbelgien*), la Région wallonne, la Commission communautaire commune (Cocom), la Commission communautaire française (Cocof). Ces compétences sont souvent exercées sur un même territoire par différentes autorités. Pour ne citer qu'un seul exemple, lorsqu'il est question de réseaux hospitaliers loco-régionaux regroupant des hôpitaux généraux et universitaires sur l'espace francophone, il faut coordonner en tout ou partiellement la politique fédérale, communautaire et régionale, ne serait-ce que pour agréer ces réseaux et les inscrire dans la programmation. L'hôpital est un exemple assez parlant de ce micmac des compétences partagées, le financement de l'exploitation dépendant du fédéral, les prestations médicales également, le financement des infrastructures des Communautés ou Régions, la formation des médecins des Communautés, les médicaments du fédéral, sans vouloir être exhaustif...

Un certain nombre de compétences, particulièrement imbriquées, font régulièrement l'objet de questionnements sur le partage des responsabilités, la question du cadre normatif et du financement. Cela affaiblit la lecture démocratique et augmente autant la complexité administrative dans le chef des prestataires que la méfiance des citoyens par rapport aux politiques menées par les autorités.

b) Constats sur la crise sanitaire

Ces débats sur la répartition des compétences et des responsabilités ont notamment produit dans le décours de la crise sanitaire des difficultés multiples. Cela a contribué à un ralentissement dans les prises de décision, à une communication souvent complexe, peu lisible, à des rétropédalages, à un manque de solidarité des acteurs et même des décideurs par rapport à la prise de décision et finalement à distendre le lien et la légitime

sinds de jaren tachtig elkaar opvolgden, zijn het resultaat van politieke akkoorden die voortvloeien uit opeenvolgende crisissen en hebben geleid tot versnippering en complexiteit bij de verdeling van de bevoegdheden.

De zesde Staatshervorming was geen uitzondering. De bevoegdheden inzake gezondheid zijn momenteel verdeeld over zeven entiteiten: de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap (*Fédération Wallonie-Bruxelles*), de Duitstalige Gemeenschap (*Ostbelgien*), het Waals Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof). Deze bevoegdheden worden op hetzelfde grondgebied vaak door verschillende overheden uitgeoefend. Om slechts één voorbeeld te geven: als het gaat om lokaal-regionale ziekenhuisnetwerken waarin algemene en universitaire ziekenhuizen in het Franstalig grondgebied zijn samengebracht, moet het federale, gemeenschaps- en gewestelijk beleid geheel of gedeeltelijk worden gecoördineerd, al was het maar om deze netwerken te erkennen en ze in de programmering op te nemen. Het ziekenhuis is een veelzeggend voorbeeld van deze wirwar van gedeelde bevoegdheden, waarbij de financiering van het beheer afhangt van de federale overheid, net als de medische diensten, de financiering van de infrastructuur valt onder de Gemeenschappen of Gewesten, de opleiding van de artsen hangt af van de Gemeenschappen en geneesmiddelen vallen onder de federale overheid, zonder exhaustief te willen zijn...

Een aantal bijzonder met elkaar verweven bevoegdheden roepen regelmatig vragen op over de verdeling van de verantwoordelijkheden, het probleem van het normatieve kader en de financiering. Dit verzwakt de democratische interpretatie en zorgt voor meer administratieve complexiteit bij de dienstverleners en meer wantrouwen van de burgers tegenover het beleid van de overheden.

b) Vaststellingen over de gezondheidscrisis

Deze debatten over de verdeling van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden hebben in de nasleep van de gezondheidscrisis tot tal van problemen geleid. Dat heeft bijgedragen tot een vertraging in de besluitvorming, tot een vaak ingewikkelde communicatie die niet erg bevattelijk was, tot *backtracking*, tot een gebrek aan solidariteit tussen de actoren en zelfs tussen de besluitvormers ten aanzien van de besluitvorming, en ten slotte tot een

confiance qui devrait être la règle en démocratie entre les opérateurs, les citoyens et les autorités publiques.

La gestion de la pandémie liée au Covid-19 a laissé, surtout au début, une forte impression de flottement, d'hésitation, de manque de réactivité, en raison de la difficulté de répartir les compétences et les responsabilités, des discours quelquefois divergents, du nombre d'interlocuteurs et de décideurs...

La crise sanitaire a démontré qu'il ne suffit pas de transférer, il faut diriger et organiser de manière fluide la concertation, la négociation, la prise de responsabilité. Or, en début de crise, il y avait, soit trop de compétences dispersées, soit trop peu de fluidité de décisions, trop peu de lignes directrices communes...

La concertation et la collaboration sont d'autant plus nécessaires lorsque les rôles ne sont pas clairement définis ou sujets à discussion.

c) Conclusion sur les constats

Ces constats amènent à la conclusion qu'il est nécessaire de réfléchir à une meilleure organisation de l'État au sens large, d'améliorer la coordination entre tous les niveaux de pouvoirs, et surtout de clarifier la répartition des compétences entre les entités internes en Belgique.

La complexité a amené à perdre de vue les questions essentielles: quel est le rôle de l'État, quel est le rapport de l'État aux prestataires et opérateurs lorsqu'il leur délègue des missions d'intérêt général, quel est son objectif? Quel est le rapport de l'État aux citoyens? Et finalement, que veut le citoyen?

L'OMS définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité».

Or, il est clair que la situation actuelle de l'organisation et de la dispersion des compétences, particulièrement en matière de santé, s'oppose à une approche globale de la personne. Cette dispersion des compétences et le manque de lignes directrices communes dans les décisions empêchent toute approche globale cohérente, que ce soit par exemple pour le traitement des affections chroniques, pour la gestion d'une crise sanitaire, ou encore pour une politique de soins intégrée.

verstoring van de band en het legitieme vertrouwen, dat in een democratie de regel zou moeten zijn, tussen de actoren, de burgers en de overheid.

Het beheer van de COVID-19-pandemie liet vooral in het begin een sterke indruk na van besluiteloosheid, aarzeling en gebrek aan reactiviteit door de moeilijkheid om bevoegdheden en verantwoordelijkheden af te bakenen, de soms uiteenlopende verklaringen, het aantal gesprekspartners en besluitvormers...

De gezondheidscrisis heeft aangetoond dat overheveling niet voldoende is, maar dat overleg, onderhandeling en het nemen van verantwoordelijkheid op een vloeiende manier moeten worden gestuurd en georganiseerd. In het begin van de crisis waren er echter te veel versnipperde bevoegdheden, of waren de beslissingen te vaag, waren er te weinig gemeenschappelijke richtsnoeren...

Overleg en samenwerking zijn eens zo noodzakelijk wanneer de rollen niet duidelijk zijn omschreven of voor discussie vatbaar zijn.

c) Conclusie over de vaststellingen

Deze vaststellingen leiden tot de conclusie dat moet worden nagedacht over een betere organisatie van de Staat in ruime zin, over een betere coördinatie tussen alle overheden en vooral over een verduidelijking van de bevoegdheidsverdeling tussen de interne entiteiten in België.

Door de complexiteit heeft men de essentiële vragen uit het oog verloren: wat is de rol van de Staat, hoe verhoudt de Staat zich tot de dienstverleners en operatoren wanneer hij taken van algemeen belang aan hen delegeert, wat is zijn doel? Wat is de verhouding van de Staat tot de burgers? En ten slotte, wat wil de burger?

De WHO omschrijft gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en betekent niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebreken.

Het is echter duidelijk dat de huidige situatie van organisatie en versnippering van bevoegdheden, in het bijzonder inzake gezondheidszorg, ingaat tegen een holistische benadering van een persoon. Door die versnippering van bevoegdheden en doordat er geen gemeenschappelijke richtlijnen zijn in de beslissingen, kan er geen algemene, samenhangende benadering worden gevolgd, of het nu gaat om de behandeling van chronische aandoeningen, het beheer van een gezondheidscrisis of een geïntegreerd zorgbeleid.

d) Un certain nombre de questions ont été posées sur les modèles d'organisation décentralisés dans d'autres pays

Sans prendre position sur le fond, UNESSA jugerait utile que le Parlement consacre le temps nécessaire à l'étude des modèles d'organisation dans des États décentralisés qui sont proches de la Belgique au niveau socio-économique. L'objectif ne doit évidemment pas être de recopier ces modèles mais de s'en inspirer.

Plusieurs questions devraient retenir l'attention:

- Existe-t-il une certaine cohérence et une homogénéité dans les compétences relevant de chaque acteur du système?
- Comment s'organise la coopération entre entités et existe-t-il une définition, une ligne politique commune des objectifs à atteindre, définie au niveau fédéral?
- Existe-t-il une hiérarchie des normes entre l'État fédéral et les entités fédérées?
- Comment organiser la solidarité interpersonnelle au niveau national, cette solidarité tient-elle compte des besoins de la population, et de quelle façon?

e) Quelles sont les balises et les perspectives retenues par UNESSA pour une réforme de l'État?

UNESSA estime qu'il faut passer d'une dynamique de réforme de l'État comme réponse aux crises politiques à une logique de co-construction avec les parties prenantes aux matières concernées (pour la santé les organismes assureurs, fédérations professionnelles, syndicats médicaux, des experts en santé publique, etc.) et la société civile.

Il s'agit d'un préalable important. Il est nécessaire de mettre les choses à plat, de prendre le temps de mener la réflexion avec l'ensemble des parties prenantes, de réfléchir à la meilleure organisation possible et, sur cette base, de redéfinir des paquets homogènes de compétences. Mais cela nécessite surtout de savoir où l'on va et de trouver une nouvelle logique à l'organisation des compétences. Et surtout de définir des objectifs et un cadre commun au niveau fédéral.

Cette réforme ne peut se traduire par une simple surcouche en faveur des entités fédérées, qui consisterait

d) Een aantal vragen werden gesteld over de gedecentraliseerde organisatiemodellen in andere landen

Zonder zich uit te spreken over de grond van de kwestie, zou UNESSA het nuttig vinden dat het Parlement de nodige tijd neemt om de organisatiemodellen in gedecentraliseerde Staten te bestuderen die op sociaal-economisch vlak nauw aansluiten bij België. Het is uiteraard niet de bedoeling deze modellen te kopiëren, maar hieraan ideeën te ontleen.

Verschillende vragen verdienen aandacht:

- Is er een zekere samenhang en homogeniteit in de bevoegdheden van elke speler in het systeem?
- Hoe wordt de samenwerking tussen de deelstaten georganiseerd en bestaat er een definitie, een gemeenschappelijke beleidslijn van de beoogde doelstellingen, die op federaal niveau is vastgelegd?
- Is er een hiërarchie van normen tussen de Federale Staat en de deelstaten?
- Hoe is de interpersoonlijke solidariteit op nationaal niveau georganiseerd, houdt deze solidariteit rekening met de behoeften van de bevolking, en hoe?

e) Welke bakens en perspectieven kiest UNESSA voor een Staatshervorming?

UNESSA denkt dat de dynamiek van staatshervorming als antwoord op politieke crises moet worden ingeruild voor een logica van co-constructie met de belanghebbenden in de betrokken materies (inzake gezondheidszorg: de verzekeringsinstellingen, beroepsfederaties, medische vakbonden, deskundigen in volksgezondheid, enz.) en het middenveld.

Dit is een belangrijke voorwaarde. De zaken moeten opnieuw tot op de bodem worden uitgezocht, de tijd moet worden genomen om met alle betrokkenen na te denken, zich te buigen over de best mogelijke organisatie en op basis daarvan homogene pakketten van bevoegdheden opnieuw te omschrijven. Maar we moeten vooral weten waar wij naartoe gaan en er moet een nieuwe logica worden gevonden voor de organisatie van de bevoegdheden. En vooral moeten er op federaal niveau doelstellingen en een gemeenschappelijk kader worden vastgesteld.

Die hervorming mag niet gewoonweg een overlapping worden ten gunste van de deelstaten, waarbij nieuwe

à transférer de nouvelles compétences de l'État fédéral vers les entités fédérées.

Il faut pouvoir discuter de tout, sans tabou, en ce compris une régionalisation/communautarisation accentuée de certaines matières ou une refédéralisation d'autres, lorsqu'il apparaît, à l'analyse, que l'État fédéral ou une entité fédérée serait à même de mieux gérer certains domaines.

L'objectif doit être l'efficience, la cohésion sociale et la lisibilité de l'organisation de l'État.

Au-delà de la question de l'efficience, il convient de rap-peler la valeur intrinsèque qu'apporte le maintien d'un système de santé efficace à la société dans son ensemble, aux citoyens, aux patients, aux travailleurs, aux colla-borateurs du système, aux opérateurs économiques...

Il est primordial de stabiliser l'organisation de l'État pour une longue période et d'apaiser les rapports entre les entités de ce pays. UNESSA retient cinq points:

1. Le patient doit être au centre du dispositif de soins et d'aide

Cela peut sembler évident, mais on tend à perdre de vue que le citoyen/patient doit être au centre des pré-occupations dans une approche globale de la santé et du bien-être. Le citoyen devrait à la fois être acteur de sa santé mais également bénéficier, en cas de besoin, de soins et d'une prise en charge de qualité, accessible financièrement et géographiquement, et se voir garantir le libre choix, ainsi que l'égalité de traitement (l'égalité des chances) face à ses besoins.

Pour le dire autrement, la réforme de l'État doit per-mettre de remettre le bénéficiaire au centre des préoc-cupations, lui assurer une prise en charge de sa santé dans toutes ses dimensions, préventives, curatives, éco-nomiques et sociales.

L'organisation future de l'État, dans toutes ses compo-santes, ne doit pas se faire au détriment de la solidarité et de la protection d'une partie de la population. Il est normal que dans toute société, il existe des différences de consommation en matière de soins de santé et d'aide sociale. De nombreux débats ont eu lieu ces dernières années sur les dépenses en matière de santé, au départ d'une grille de lecture purement communautaire.

bevoegdheden worden overgeheveld van de Federale Staat naar de deelstaten.

Alles moet bespreekbaar zijn, zonder taboes, ook de versterkte regionalisering/communautarisering van bepaalde materies of de herfederalisering van andere, wanneer na analyse blijkt dat de Federale Staat of een deelstaat bepaalde aangelegenheden beter kan beheren.

Doeltreffendheid, sociale cohesie en de leesbaarheid van de staatsorganisatie moeten het doel zijn.

Naast efficiëntie, is het belangrijk eraan te herinneren dat de instandhouding van een efficiënt gezondheids-stelsel intrinsieke waarde heeft voor de samenleving als geheel, voor de burgers, de patiënten, de werknemers, de medewerkers van het systeem, de marktdeelnemers ...

Het is van essentieel belang dat de staatsorganisatie voor lange tijd stabiel blijft en dat de gemoederen tussen de deelstaten tot bedaren worden gebracht. UNESSA houdt vijf punten aan:

1. De patiënt moet in het zorg- en ondersteuningssysteem centraal staan

Dit lijkt voor de hand liggend, maar we zijn geneigd uit het oog te verliezen dat de burger/patiënt centraal moet staan in een algemene benadering van gezondheid en welzijn. De burger moet niet alleen zijn eigen gezondheid in handen nemen, maar moet ook, indien nodig, kunnen beschikken over een kwalitatief hoogwaardige zorg en behandeling, die financieel en geografisch toegankelijk zijn en hij moet kunnen rekenen op een vrije keuze en gelijke behandeling (gelijke kansen) met betrekking tot zijn noden.

Met andere woorden, de staatshervorming moet de begunstigde weer centraal kunnen stellen, ervoor zor-gen dat de zorg voor zijn of haar gezondheid in al haar dimensies aan bod komt, zowel preventief, curatief, economisch als sociaal.

De toekomstige organisatie van de Staat, in al zijn on-derdelen, mag niet ten koste gaan van de solidariteit en de bescherming van een deel van de bevolking. Het is normaal dat er in elke samenleving verschillen zijn in het gebruik van gezondheidszorg en sociale bijstand. De laatste jaren zijn er veel debatten gevoerd over de uitgaven voor gezondheidszorg, bekeken vanuit een louter communautair perspectief.

Quand on y regarde de plus près, on constate pourtant que les différences de dépenses en matière de santé sont souvent marquées d'un arrondissement à l'autre. Ces différences ne sont pas tant le reflet d'une caractéristique culturelle, mais sont liées à la pauvreté, au niveau d'éducation, à la qualité de vie, à l'environnement, à l'âge, voire à d'autres éléments de vie.

2. Une sécurité sociale fédérale forte

Quelle que soit la répartition des compétences en matière de santé, UNESSA demande le maintien d'un financement des soins de santé basé sur une sécurité sociale forte, qui permet l'égalité des chances entre tous les citoyens de ce pays.

UNESSA plaide donc pour que la sécurité sociale reste de compétence strictement fédérale. Si des matières liées à la solidarité entre les Belges sont transférées aux entités fédérées, le financement doit rester de compétence fédérale, lié à la sécurité sociale.

Les dotations affectées aux matières relevant des compétences liées à la sécurité sociale doivent être calculées en fonction des besoins de la population, et affectées aux politiques transférées. Elles devraient ensuite être réparties adéquatement en fonction des compétences et responsabilités de chaque entité, sur la base des profils des citoyens (profils socio-économiques, maladies chroniques, vieillissement, etc.), en fonction d'objectifs à atteindre.

Les dotations en question devraient se baser sur des critères attachés aux besoins en santé, tels que le niveau de revenus, le taux de pauvreté, l'état de santé de la population, l'environnement, le vieillissement. Pourrait y être adjoint un système de responsabilisation des entités fédérées dans un cadre cohérent fixé par l'État fédéral pour l'ensemble du pays (dans le cadre des lois-cadres citées ci-avant).

Il faut en tout cas éviter une concurrence stérile entre prestataires d'aide et de soins en fonction de l'entité qui les finance et éviter les opportunistes. Il n'y a aucune raison de voir se renforcer une inégalité d'accès aux soins entre citoyens à l'intérieur de la Belgique, pas plus qu'une discrimination par rapport à des citoyens européens qui, en vertu des dispositions relatives à la libre circulation, pourraient s'inscrire volontairement dans le système de protection sociale d'une des entités.

Bij nader inzien blijkt echter dat de uitgaven voor gezondheidszorg vaak aanzienlijk verschillen van arrondissement tot arrondissement. Die verschillen zijn niet zozeer een weerspiegeling van een cultureel kenmerk, maar houden verband met armoede, opleidingsniveau, levenskwaliteit, milieu, leeftijd en andere elementen.

2. Een sterke federale sociale zekerheid

Ongeacht de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheid, pleit UNESSA voor het behoud van de financiering van de gezondheidszorg op basis van een sterke sociale zekerheid, die gelijke kansen biedt aan alle burgers van dit land.

UNESSA pleit er daarom voor dat de sociale zekerheid een strikt federale bevoegdheid blijft. Indien aangelegenheden die verband houden met de solidariteit tussen Belgen worden overgeheveld naar de deelstaten, moet de financiering een federale bevoegdheid blijven, gekoppeld aan de sociale zekerheid.

De dotaties voor aangelegenheden die met de sociale zekerheid te maken hebben, moeten worden berekend op basis van de noden van de bevolking en toegewezen aan het overgehevelde beleid. Ze moeten vervolgens adequaat worden verdeeld volgens de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van elke deelstaat, op basis van de profielen van de burgers (sociaal-economische profielen, chronische ziekten, vergrijzing, enz.), naar gelang van de te bereiken doelstellingen.

De betrokken dotaties moeten gebaseerd zijn op criteria die verband houden met de gezondheidsbehoeften, zoals het inkomensniveau, het armoedepercentage, de gezondheidstoestand van de bevolking, het milieu en de vergrijzing. Daarbij zou een systeem van responsabilisering van de deelstaten kunnen komen binnen een coherent kader dat door de Federale Staat voor het hele land wordt vastgesteld (binnen de hierboven genoemde kaderwetten).

In ieder geval moet een steriele concurrentie tussen hulp- en zorgverleners worden vermeden, afhankelijk van de deelstaat die hen financiert en moet opportunisme worden voorkomen. Er is geen reden om een ongelijke toegang tot de zorg tussen burgers binnen België te versterken, noch om Europese burgers te discrimineren die zich, op grond van de bepalingen inzake vrij verkeer, vrijwillig zouden kunnen aansluiten bij het stelsel van sociale bescherming van een van de deelstaten.

Dans ce cadre, il paraît essentiel de chiffrer préalablement les impacts à long terme de la prochaine réforme de l'État avant tout accord politique engageant les parties prenantes.

Le renforcement du financement structurel de la sécurité sociale et la clarification de la répartition des moyens sont les seules façons d'assurer le maintien d'une sécurité sociale forte à long terme et une certaine cohésion au niveau de la politique nationale.

3. Une simplification de la structure de l'État

La simplification de la structure de l'État constitue un préalable à la simplification des réglementations, en particulier en matière de santé. L'éparpillement des compétences s'est accompagné depuis quelques années de la démultiplication des réglementations. Il convient, dans cette perspective, de clarifier le niveau de pouvoir et l'entité qui est responsable de chaque compétence afin d'entamer ce travail de simplification. La complexité s'avère dommageable à la bonne compréhension des politiques, et cette clarification est la première étape pour une meilleure efficacité des prises en charge.

L'objectif de l'État ne doit pas être de se substituer aux professionnels de l'aide et du soin, ni même aux opérateurs, mais de fixer un cadre souple qui permette l'initiative et l'innovation sociale, notamment portées par le secteur associatif, particulièrement dans la perspective des années difficiles qui s'annoncent pour la population.

Les principes de subsidiarité qui fondent l'Union européenne doivent trouver à s'appliquer pleinement dans le cadre de l'organisation de notre État et des liens qu'il entretient avec les acteurs de terrain dans le respect de la liberté d'entreprendre et d'association.

Il semble donc impératif de définir le rôle de chacun, la hiérarchie des normes et les sujets qui nécessitent d'être abordés entre les différents niveaux de pouvoir.

Il s'agira notamment:

- de définir des paquets de compétences cohérents, répondant à une seule grille de lecture (par exemple en soins de santé, transfère-t-on des politiques, des institutions de soins, ou autre?);

Het lijkt hierbij essentieel dat men vooraf de impact op lange termijn van de volgende staatshervorming berekent, voor elk politiek akkoord dat de *stakeholders* bindt.

Alleen door een sterkere structurele financiering van de sociale zekerheid en een duidelijkere verdeling van de middelen, kan op lange termijn een sterke sociale zekerheid behouden blijven en kan een zekere cohesie in het nationale beleid worden bereikt.

3. Een vereenvoudiging van de staatsstructuur

De vereenvoudiging van de staatsstructuur is een voorwaarde voor de vereenvoudiging van de reglementeringen, in het bijzonder inzake gezondheidszorg. De versnippering van de bevoegdheden gaat sinds enkele jaren gepaard met de verveelvoudiging van de reglementeringen. Vanuit dat vooruitzicht is het raadzaam duidelijk te maken welk beleidsniveau en welke deelstaat verantwoordelijk is voor elke bevoegdheid, om dat vereenvoudigingswerk aan te vatten. De complexiteit blijkt schadelijk voor het goede begrip van het beleid en die verduidelijking is de eerste stap naar een efficiëntere uitvoering van het zorgbeleid.

De Staat mag niet als doelstelling hebben zich in de plaats van de zorgverstrekkers en de zorgoperatoren te stellen, maar dient wel een soepel kader vast te leggen dat het maatschappelijk initiatief en de maatschappelijk innovatie, gedragen door de verenigingssector, mogelijk maakt, in het bijzonder in het vooruitzicht van de moeilijke jaren die er voor de bevolking aankomen.

De subsidiariteitsbeginselen waarop de Europese Unie steunt, moeten voluit worden toegepast bij de organisatie van onze staat en van de banden die hij onderhoudt met de spelers in het veld, met eerbiediging van de vrijheid van ondernemen en van vereniging.

Het lijkt dus absoluut noodzakelijk een ieders rol, de hiërarchie van de normen en de thema's die tussen de diverse beleidsniveaus moeten worden aangepakt, te definiëren.

Men zal met name:

- coherente bevoegdheidspakketten moeten vastleggen, die aan een enkele zienswijze beantwoorden (draagt men bijvoorbeeld in de gezondheidszorg beleid, zorginstellingen of andere over?);

- de réaffirmer le rôle de l'État fédéral dans la nécessaire définition d'une politique nationale et d'une cohérence commune entre tous les niveaux de pouvoirs;
- d'éviter au maximum la répartition des compétences imbriquées entre différentes entités fédérées et l'État fédéral;
- d'éviter la répartition de compétences identiques entre les entités des Communautés/Régions qui agissent à plusieurs sur un même territoire, ce qui est difficilement compréhensible pour la population et les acteurs de terrain, et ce qui engendre la nécessité de conclure des accords de coopération et de collaboration entre entités.

4. Renforcer l'efficience et la responsabilité

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. La répartition des compétences, en particulier en matière de santé, n'a pas aidé à l'efficience du système. À titre d'exemple, la prévention en matière de santé relève largement des entités fédérées, le curatif largement de l'État fédéral et l'hébergement des personnes principalement des entités fédérées (maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques, structures d'accueil pour personnes handicapées, etc.). Il en découle que le résultat d'une politique a parfois des répercussions sur les compétences et les budgets d'une autre entité (en prévention santé, par exemple, le principal effet bénéfique de la politique est de diminuer les dépenses de santé relevant de l'État fédéral).

On notera qu'en ce qui concerne le financement des soins de santé, et les hôpitaux en particulier, certaines réformes sont bloquées par des modes de financement quelque peu dépassés. L'approche *value-based healthcare* et les principes de *bundled-care* mériteraient d'être étudiés.

Il est donc nécessaire, dans ce type d'approche globale, de définir le juste retour des politiques menées.

En ce qui concerne spécifiquement les ressources, le financement des soins de santé nécessite de revoir le pacte social passé par nos aïeux à la fin de la seconde guerre mondiale, et ayant largement fait l'objet d'un consensus au sein de la population belge au fil du temps. Le financement principal par le droit sur le travail s'est progressivement effrité ces vingt dernières années.

- de rol van de Federale Staat moeten bevestigen in de noodzakelijke bepaling van een nationaal beleid en de gezamenlijke coherentie van alle beleidsniveaus;
- maximaal moeten voorkomen dat bevoegdheden worden verdeeld die tussen diverse deelstaten en de Federale Staat vervlochten zijn;
- moeten voorkomen dat identieke bevoegdheden worden verdeeld onder de instellingen van de Gemeenschappen/Gewesten die tegelijk op eenzelfde grondgebied actief zijn, wat de bevolking en de spelers in het veld moeilijk kunnen begrijpen, en het noodzakelijk maakt dat men samenwerkingsakkoorden tussen de deelstaten sluit.

4. De efficiëntie en de verantwoordelijkheid versterken

Gezondheid heeft geen prijs, maar ze kost wel iets. De verdeling van de bevoegdheden, in het bijzonder in de gezondheidszorg, droeg niet bij tot de efficiëntie van het stelsel. Zo zijn de deelstaten grotendeels bevoegd voor de preventieve gezondheidszorg, de Federale Staat voor de curatieve gezondheidszorg en de deelstaten hoofdzakelijk voor de huisvesting van personen (woonzorgcentra, psychiatrische verzorgingstehuizen, opvangvoorzieningen voor personen met een handicap, enz.). Het gevolg is dat het resultaat van een beleid soms een weerslag heeft op de bevoegdheden en de budgetten van een ander beleidsniveau (het belangrijkste weldoende effect van de preventieve gezondheidszorg is bijvoorbeeld dat zij de uitgaven voor gezondheidszorg van de Federale Staat vermindert).

Men moet weten dat wat de financiering van de gezondheidszorg betreft, en van de ziekenhuizen in het bijzonder, bepaalde hervormingen geblokkeerd worden door enigszins achterhaalde financieringswijzen. De *value-based healthcare* aanpak en de beginselen van *bundled-care* verdienen het nader te worden onderzocht.

In dat soort van globale aanpak is het dus noodzakelijk de *juste retour* van het gevoerde beleid te bepalen.

Specifiek wat de middelen betreft, vergt de financiering van de gezondheidszorg de herziening van het sociaal pact dat onze grootouders gesloten hebben op het einde van de Tweede Wereldoorlog, waarvoor bij de Belgische bevolking altijd een ruime consensus is geweest. De hoofdfinanciering door de heffing op arbeid is de laatste twintig jaar steeds meer afgebrokkeld.

Il faut donc un pacte social permettant une diversification des sources de financement de la sécurité sociale, lié à l'évolution de l'activité économique et du développement de la nouvelle révolution industrielle née des technologies de l'information et de la communication, et conçu dans une perspective de développement durable. Les partenaires sociaux et les fédérations représentatives des acteurs de la santé doivent donc être impliqués (tant dans la réflexion sur la réforme de l'État que) dans la mise en place d'une nécessaire nouvelle sécurité sociale qui répondra aux enjeux actuels et des années à venir.

5. Le leadership

Lorsqu'une crise sanitaire de l'ampleur de celle que nous venons de traverser (et que nous traversons toujours) survient, il faut un pilote dans l'avion ... qui puisse soit prendre les décisions, soit donner le la, et aligner l'ensemble des actions menées dans le cadre d'un État fédéral.

Les perturbations économiques qui s'annoncent en conséquence de la crise sanitaire nécessiteront de renforcer la cohérence des politiques, la recherche d'efficacité, mais également l'approche globale en matière de santé publique (y compris l'état de la santé mentale).

Il est nécessaire de renforcer l'approche globale, visant à améliorer l'état de santé général de la population, à travers la prise en compte des aspects de santé publique dans toute une série de décisions structurelles qui impactent notre avenir: l'aménagement du territoire et l'adaptation des infrastructures (notamment pour encourager les modes de vie sains), la protection et l'information du consommateur, le développement durable (qualité de la nourriture), etc.

Dans le cadre de cette approche globale, les enjeux climatiques constituent le principal défi pour la génération actuelle et les générations futures. Le réchauffement climatique a non seulement un impact énorme en termes de santé publique (catastrophes naturelles, apparition de nouvelles maladies, etc.) mais la perte de biodiversité tarit également les ressources naturelles nécessaires pour la découverte de nouveaux traitements des maladies.

Enfin, il semble primordial de renforcer la prévention en matière de santé et de développer une approche beaucoup plus intégrée dans la prise en charge des maladies chroniques.

Er is dus een sociaal pact nodig, waardoor de financieringsbronnen van de sociale zekerheid gediversifieerd kunnen worden, dat gekoppeld is aan de ontwikkeling van de economische activiteit en van de nieuwe industriële revolutie veroorzaakt door de informatie- en communicatietechnologie, met oog voor duurzame ontwikkeling. De sociale partners en de representatieve federaties van de spelers van de gezondheidszorg moeten dus betrokken worden (zowel bij de reflectie over de staats hervorming als) bij de invoering van een nieuwe sociale zekerheid die een antwoord zal bieden op de huidige uitdagingen en die van de komende jaren.

5. Het leadership

Wanneer er een sanitaire crisis van de omvang van die welke wij net hebben meegemaakt (en die we nog altijd meemaken) plaatsgrijpt, moet er een piloot in het vliegtuig zitten ... die ofwel de beslissingen kan nemen, ofwel de toon kan zetten, en alle acties die in een Federale Staat worden gevoerd op elkaar kan afstemmen.

De economische schokken die zich aankondigen als gevolg van de sanitaire crisis zullen een coherenter beleid vergen, een grotere doeltreffendheid, maar ook een globale aanpak van de volksgezondheid (ook van de mentale gezondheidstoestand).

Het is noodzakelijk de globale aanpak te versterken, met het oog op het verbeteren van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking, door de aspecten inzake volksgezondheid mee te nemen bij een hele reeks structurele beslissingen die een impact hebben op onze toekomst: de ruimtelijke ordening en de aanpassing van de infrastructuur (onder andere om een gezonde levensstijl aan te moedigen), het beschermen en informeren van de consument, duurzame ontwikkeling (voedselkwaliteit), enz.

In het raam van die globale aanpak is de opwarming van het klimaat de grootste uitdaging voor de huidige generatie en voor de toekomstige. De opwarming van het klimaat heeft niet alleen een enorme impact inzake volksgezondheid (natuurrampen, ontstaan van nieuwe ziektes, enz.), het verlies aan biodiversiteit legt ook de natuurlijke hulpbronnen droog die we nodig hebben om nieuwe behandelingen van ziektes te vinden.

Tot slot blijkt het primordiaal dat we de preventieve gezondheidszorg versterken en een veel meer geïntegreerde aanpak ontwikkelen voor de behandeling van chronische ziektes.

Cela nécessite une vision globale commune et partagée par l'ensemble de la «maison Belgique».

Les principes de subsidiarité et du juste lieu de prise de décisions nécessitent que l'État remplisse pleinement son rôle de définition des normes et des cadres applicables à l'ensemble du pays.

Le seul indicateur doit être l'amélioration de l'état de santé et le bien-être de la population.

3) *Exposé de Mme Cloet, Zorgnet-Icuro*

Mme Cloet illustre son exposé à l'aide d'une présentation intitulée «*Op weg naar een solide en solidair zorgsysteem – Nood aan werkbare en heldere bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg*» (Vers un système de soins solide et solidaire – Nécessité d'une répartition fonctionnelle et claire des compétences en matière de soins de santé).

a) Contexte

Selon Mme Cloet, chaque niveau de pouvoir dispose d'un ou de plusieurs points de rattachement lui permettant d'être compétent dans le secteur des soins de santé actuel. Le législateur spécial entendait attribuer des compétences exclusives respectivement à l'autorité fédérale, aux Communautés et aux Régions, mais les réformes de l'État n'ont malheureusement pas permis de concrétiser l'objectif initial.

Entre-temps, nous constatons dans toute la Belgique une évolution des besoins, notamment pour les raisons suivantes:

- le vieillissement; la génération issue du baby-boom part à la retraite et les gens vivent de plus en plus longtemps;
- l'augmentation du nombre de familles monoparentales;
- nouvelles approches et augmentation des demandes de soins dans le domaine de la santé mentale.

Tout cela, entre autres, explique pourquoi le budget est mis sous pression. Il s'agit d'un secteur où il n'y a, en fait, jamais assez de moyens. Pour les citoyens, il n'est pas toujours aisé de savoir à qui s'adresser pour obtenir de l'aide, ni qui peut leur fournir les meilleurs soins et à quel endroit.

Daartoe moet het hele «Belgische huis» een gezamenlijke en gedeelde globale visie hebben.

De beginselen inzake subsidiariteit en de juiste plaats van besluitvorming vereisen dat de staat voluit zijn rol speelt in het bepalen van de normen en kaders voor het hele land.

Alles moet in het teken staan van de verbetering van de gezondheidstoestand en het welzijn van de bevolking.

3) *Uiteenzetting van mevrouw Cloet, Zorgnet-Icuro*

Mevrouw Cloet ondersteunt haar uiteenzetting met een presentatie die de volgende titel draagt: «*Op weg naar een solide en solidair zorgsysteem – Nood aan werkbare en heldere bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg*».

a) Context

Volgens mevrouw Cloet beschikt iedere overheid in de sector van de gezondheidszorg van vandaag over één of meerdere aanknopingspunten om bevoegd te zijn. De bijzondere wetgever had de bedoeling om exclusieve bevoegdheden toe te kennen aan respectievelijk de Federale overheid, de Gemeenschappen en de Gewesten, maar helaas hebben de staatshervormingen daar in de praktijk niet toe geleid.

Intussen stellen we in heel België een wijziging van de behoeften vast, die voortvloeit uit verschillende factoren, waaronder:

- de vergrijzing. De babyboomgeneratie gaat op pensioen, en mensen leven alsmaar langer;
- een stijging in het aantal eenoudergezinnen;
- nieuwe inzichten en stijgende zorgvragen in de geestelijke gezondheidszorg.

Mede daardoor staat het budget onder druk. Het is een sector waarvoor eigenlijk nooit voldoende middelen beschikbaar zijn. Voor de burgers is het niet altijd eenvoudig te weten waar ze met hun hulpvraag terecht kunnen, waar ze naartoe moeten, en wie waar de beste zorg kan leveren.

Les structures sont complexes et de nombreux ministres et organisations sont associés aux différents sous-domaines de la politique de santé.

Le morcellement et la complexité des structures compliquent la collaboration et empêchent de garantir des soins continus. Une meilleure répartition des compétences serait tout bénéfique pour l'efficacité.

b) Confusion dans la répartition des compétences

La loi spéciale qui définit la répartition des compétences recourt à des notions peu claires. Quelques exemples:

- la «législation organique» relative aux hôpitaux. Il s'agit là d'une compétence du législateur fédéral, mais pour quelles matières les Communautés sont-elles alors compétentes?
- les «règles de base»;
- les «caractéristiques de base».

Ce manque de clarté complique sérieusement les soins intégrés, notamment dans les projets lancés à l'époque par Mme Onkelinx dans le domaine des soins chroniques. Le Conseil d'État avait jugé qu'il était impossible pour les Communautés de contribuer au budget fédéral dans le cadre de ces projets.

Il existe une procédure devant la Cour des comptes en vue d'évaluer les initiatives réglementaires des entités fédérées qui peuvent affecter les compétences fédérales ou avoir des répercussions sur le budget fédéral. Cette procédure, qui s'applique principalement à tout ce qui concerne les hôpitaux, a pour effet de ralentir très fortement le processus législatif dans ce domaine. C'est ainsi, par exemple, que les zones de première ligne en Flandre n'ont pas pu être rattachées aux réseaux hospitaliers. Mme Cloet le déplore, car cela fait obstacle à la réorientation du paysage des soins de santé.

Les acteurs des soins de santé dépendent toujours de plusieurs administrations et cabinets, ce qui les contraint, eux-mêmes et les organisations qui les représentent, à multiplier les réunions et les concertations; dans certains cas aussi, ils se voient renvoyer d'un interlocuteur à l'autre.

De structuren zijn complex en er zijn veel ministers en organisaties betrokken in de verschillende deeldomeinen van het gezondheidsbeleid.

Door de versnippering en de complexiteit van de structuren gaat de samenwerking moeizaam en slagen we er niet in een zorgcontinuüm te realiseren. Een betere verdeling van de bevoegdheden zou de efficiëntie kunnen verhogen.

b) Het Huis van Nu is uitgewoond omdat het nooit werd afgewerkt

De bijzondere wet die de bevoegdheidsverdeling uittekent werkt met onduidelijke begrippen. Voorbeelden daarvan zijn:

- de «organieke wetgeving» met betrekking tot de ziekenhuizen. Dit vormt een bevoegdheid van de federale regelgever, maar waar zijn de Gemeenschappen dan voor bevoegd?
- De «basisregelen»;
- De «basiskennmerken».

Door deze onduidelijkheden wordt geïntegreerde zorg sterk bemoeilijkt, bijvoorbeeld in de projecten die mevrouw Onkelinx gelanceerd heeft rond chronische zorg. Daar heeft de Raad van State geoordeeld dat het onmogelijk was voor de Gemeenschappen om bij te dragen in het federale budget voor deze projecten.

Er bestaat wel een procedure voor het Rekenhof om de regelgevende initiatieven van de deelstaten die kunnen raken aan de federale bevoegdheden of een weerslag kunnen hebben op het federale budget, te toetsen. Deze procedure geldt vooral voor ziekenhuismaterialies, en maakt dat het heel lang duurt om regelgeving in dit domein te ontwikkelen. Zo konden de eerstelijnszones in Vlaanderen niet verbonden worden met de ziekenhuisnetwerken. Mevrouw Cloet betreurt dat dit de heroriëntering van het landschap van de gezondheidszorg belemmert.

Zorgactoren zijn steeds afhankelijk van meerdere administraties en meerdere kabinetten, waardoor zij en de organisaties die hen vertegenwoordigen zeer veel moeten vergaderen en overleggen, en soms ook wel van het kastje naar de muur worden gestuurd.

c) Une profonde réforme du paysage des soins de santé s'impose

À chaque fois que la question de la réforme du paysage des soins est mise sur la table, on objecte que les propositions formulées ne sont pas compatibles avec la répartition des compétences actuelle. Mme Cloet estime dès lors qu'une réforme de l'État est indispensable si l'on veut procéder à des réformes sur le terrain.

Par le biais de cette réforme, *Zorgnet-Icuro* entend réaliser les objectifs suivants:

- investir davantage dans la prévention;
- passer du principe de plusieurs lignes distinctes (première, deuxième et troisième lignes) à un système de chaînes de soins et de bien-être;
- prévoir un (des) système(s) de financement visant à promouvoir une vision des soins flexible, responsable et humaine;
- privilégier une approche axée sur la population et sur l'humain, plutôt qu'une approche basée sur l'offre de soins existante;
- déréguler et responsabiliser l'entrepreneuriat social. Les membres de *Zorgnet-Icuro* ont la motivation et la compétence nécessaires pour prendre cet entrepreneuriat en charge de manière efficace et innovante;
- développer et garantir un système solidaire, durable, accessible et financièrement viable.

d) L'objectif est non pas la réforme de l'État, mais des soins de santé de meilleure qualité

La répartition des compétences actuelle est source d'inertie, de morcellement, de confusion et, parfois même, de paralysie. Une réforme de l'État s'impose, mais un simple transfert de compétences ne résoudra pas tous les problèmes du jour au lendemain. Si l'on transfère de nouvelles compétences aux Régions ou aux Communautés – et Mme Cloet pressent bien à quel point cette question est sensible pour de nombreux Bruxellois – il faut voir comment ces compétences peuvent être intégrées dans l'ensemble du système.

L'objectif principal est l'amélioration de la qualité des soins de santé: des soins accessibles, intégrés, préventifs, de bonne qualité et innovants.

c) Een doorgedreven hervorming van het zorglandschap dringt zich op

Steeds als de hervorming van het zorglandschap op tafel komt, wordt er opgeworpen dat de voorstellen niet verenigbaar zijn met de huidige bevoegdheidsverdeling. Om hervormingen op het terrein te realiseren, is volgens mevrouw Cloet dan ook een staatshervorming nodig.

Zorgnet-Icuro wil met die hervorming de volgende doelstellingen realiseren:

- meer investeren in preventie;
- van afzonderlijke lijnen (eerste, tweede en derde lijn) naar ketens van zorg en welzijn;
- financieringssyste(e)m(en) die een flexibele, verantwoordelijke en mensgerichte invulling van zorg stimuleren;
- een populatie- en mensgerichte benadering in plaats van een benadering die uitgaat van het bestaande zorgaanbod;
- regelluwte en responsabilisering van het sociaal ondernemerschap. De leden van Zorgnet Icuro zijn gedreven en bekwaam om dat ondernemerschap op een kwaliteitsvolle en innovatieve manier op te nemen;
- een solidair, duurzaam, toegankelijk en betaalbaar systeem ontwikkelen en garanderen.

d) Het doel is niet de Staatshervorming, maar een betere gezondheidszorg

De huidige bevoegdheidsverdeling veroorzaakt inertie, versnippering, onduidelijkheid en soms verlammeende vertraging. Een staatshervorming is nodig, maar een overdracht bevoegdheden lost niet meteen alles op. Als we verdere bevoegdheden overdragen naar de Gewesten of de Gemeenschappen – en mevrouw Cloet beseft dat dit voor veel Brusselaars zeer gevoelig ligt – moeten we kijken hoe die bevoegdheden kunnen ingekanteld worden.

Het belangrijkste doel is een betere gezondheidszorg: toegankelijk, geïntegreerd, preventief, kwalitatief, en innovatief.

Une septième réforme de l'État peut être un moyen pour ce faire, mais ne saurait être une fin en soi. *Zorgnet-Icuro* estime que la sixième réforme de l'État a été élaborée trop rapidement et de manière trop peu réfléchie. Un exercice approfondi s'impose, afin d'améliorer la situation non seulement pour tous les citoyens qui ont besoin de soins mais aussi pour tous les prestataires de soins.

Un processus efficace accroît les chances de réussite. Vu la complexité actuelle, une grande expertise s'impose en matière de financement, de formes d'organisation, de soins proprement dits et de processus de réforme. Une réforme ne doit dès lors pas se limiter au simple transfert de compétences et de moyens, comme ce fut le cas lors de la sixième réforme de l'État. Elle doit aboutir à une modernisation de l'administration et à une meilleure concertation entre les différentes autorités mais aussi avec le secteur des soins lui-même. Forte de sa grande expertise, *Zorgnet-Icuro* est prête à y apporter son concours.

e) Le plus possible à un seul niveau... mais plusieurs niveaux sont inévitables

Il est essentiel que les compétences soient réparties clairement en paquets homogènes mais, selon Mme Cloet, il ne sera pas possible de concentrer toutes les compétences à un seul niveau. Pour certains aspects, il serait préférable de renforcer la coordination européenne: les médicaments, la R&D, la lutte contre les pandémies. D'autres aspects devraient de préférence être transférés au niveau des pouvoirs locaux ou des zones de soins. Une coordination entre les entités fédérées reste indispensable au niveau belge.

f) Une réforme de l'État doit être préparée minutieusement

Zorgnet-Icuro demande que lors de la préparation d'une prochaine réforme de l'État, différents scénarios d'organisation des soins de santé soient étudiés et que leur impact soit simulé, qu'il s'agisse de l'impact économique et budgétaire ou des répercussions sur d'autres secteurs et domaines politiques, comme le bien-être et l'emploi.

Outre une modernisation de l'organisation administrative, la réforme doit aussi aller de pair avec des budgets qui correspondent aux besoins et choix fondamentaux. *Zorgnet-Icuro* demande également que l'on veille à la qualité et à la clarté de la réglementation de sorte que les compétences ne donnent lieu à aucune contestation devant le Conseil d'État. Le modèle conflictuel doit faire place à un modèle basé sur la concertation. Une

Een zevende Staatshervorming vormt daartoe een middel, maar geen doel op zich. *Zorgnet-Icuro* meent dat de zesde Staatshervorming te snel en onvoldoende doordacht is tot stand gekomen. Er is nood aan een grondige oefening om de situatie voor alle burgers die zorg nodig hebben, maar ook voor alle zorgverleners te verbeteren.

Een goed proces vergroot de slaagkans. De huidige complexiteit vraagt doorgedreven expertise inzake financiering, organisatievormen, inhoudelijke zorgverlening en hervormingstrajecten. Een hervorming moet dan ook meer inhouden dan louter bevoegdheden en middelen overdragen, zoals bij de zesde Staatshervorming het geval was. Ze moet leiden tot de modernisering van de administratie, en tot een beter overleg tussen overheden, maar ook met de zorgsector zelf. Met de uitgebreide expertise waarover het beschikt staat *Icuro-Zorgnet* klaar om hieraan mee te werken.

e) Zoveel mogelijk op een niveau... maar meerdere niveaus zijn onvermijdelijk

Een duidelijke bevoegdheidsverdeling rond homogene pakketten is essentieel, maar alle bevoegdheden op één enkel niveau bundelen is volgens mevrouw Cloet niet mogelijk. Voor sommige elementen zou meer Europese coördinatie beter zijn: geneesmiddelen, R&D, de bestrijding van pandemieën. Andere elementen zouden beter naar het niveau van de lokale besturen of de zorgzones doorgeschoven worden. Op Belgisch niveau blijft afstemming tussen de deeltiteiten onontbeerlijk.

f) Een Staatshervorming moet grondig voorbereid worden

Zorgnet-Icuro vraagt om bij de voorbereiding van een volgende Staatshervorming verschillende scenario's voor de organisatie van de gezondheidszorg te onderzoeken en de effecten daarvan te simuleren, economisch, budgettair, en vanuit het oogpunt van de weerslag op andere sectoren en beleidsdomeinen, zoals welzijn en tewerkstelling.

Naast een modernisering van de ambtelijke organisatie, moet de hervorming ook gepaard gaan met budgetten die sporen met de inhoudelijke noden en keuzes. *Zorgnet-Icuro* vraagt ook aandacht voor zorgvuldige en duidelijke regelgeving, zodat er achteraf geen betwistingen over bevoegdheden ontstaan die aan de Raad van State moeten voorgelegd worden. Een overlegmodel moet in de plaats komen van het conflictmodel. Grondig

concertation poussée avec le secteur peut et doit contribuer à prévenir et résoudre les conflits de compétences.

g) La proposition de *Zorgnet-Icuro* pour une meilleure répartition des compétences

Zorgnet-Icuro plaide pour que les compétences en matière de soins de santé soient autant que possible regroupées au niveau des Régions. Mme Cloet sait que son propos ne sera pas bien accueilli par les Bruxellois. *Zorgnet-Icuro* n'en fait cependant pas une obsession. Sa préférence pour les Régions se justifie par la clarté qui en résulterait pour les personnes ayant besoin de soins et pour les dispensateurs de soins. Il sera plus facile de savoir où s'adresser si l'offre est organisée sur la base du lieu du domicile plutôt que sur celle du rôle linguistique. Il convient évidemment de garantir au maximum les droits des néerlandophones comme ceux des francophones et de tous les autres citoyens, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui dans notre capitale.

Une coordination fédérale doit être maintenue ou mise en place dans les domaines où elle est nécessaire. Les moyens fédéraux doivent être répartis de manière équitable.

L'organisation concrète des soins doit se faire sur la base de zones de soins bien délimitées, constituées à partir des caractéristiques de la population de ces zones et non à partir de l'offre de soins existante.

Un transfert de compétences vers les Régions n'entraînerait pas nécessairement un démantèlement de la sécurité sociale fédérale. Mme Cloet estime qu'il est tout à fait possible d'organiser un système fédéral pour la perception des moyens et de répartir ensuite ceux-ci sur la base de certains paramètres, comme le nombre d'habitants, le degré de vieillissement et l'incidence de certains syndromes. Il est par ailleurs possible de responsabiliser les Régions et Communautés comme cela s'est fait lors du transfert des allocations familiales. Pour les soins de santé, cette responsabilisation pourrait passer par une norme de croissance claire à long terme, qui pourrait baisser ou croître, et par l'assurance que les moyens transférés soient bien affectés à la politique de la santé.

Il faut également garantir une offre pour les néerlandophones à Bruxelles.

Dans ce modèle, les revenus viendraient donc majoritairement du niveau fédéral et le financement reposerait sur une solidarité entre les citoyens, les entreprises et

overleg met de sector kan en moet bijdragen aan de preventie en oplossing van bevoegdheidsconflicten.

g) Het voorstel van *Zorgnet-Icuro* voor een betere bevoegdheidsverdeling

Zorgnet-Icuro pleit ervoor de bevoegdheden over gezondheidszorgbeleid maximaal bij de Gewesten te bundelen. Mevrouw Cloet weet dat dat in de oren van de Brusselaars niet goed klinkt. *Zorgnet-Icuro* wil dat ook niet *mordicus* propageren. De keuze voor de Gewesten vindt zijn verantwoording in de duidelijkheid die daardoor ontstaat voor de zorgbehoevenden en de zorgverleners. Het is eenvoudiger om te weten waar hij of zij moet aankloppen als het aanbod gebaseerd is op de woonplaats in plaats van op de taalrol. Daarbij moeten natuurlijk de rechten van de Nederlandstaligen, net zoals die van de Franstaligen en van alle andere burgers, maximaal gegarandeerd worden, wat op vandaag in deze hoofdstad niet altijd het geval is.

Op domeinen waar dit noodzakelijk is, moet er federale coördinatie blijven of komen. De federale middelen moeten op een billijke manier verdeeld worden.

De concrete organisatie van de zorg moet gebaseerd worden op duidelijk afgebakende zorgzones, die samengesteld worden aan de hand van de populatiekenmerken van die zones, en niet aan de hand van het bestaande zorgaanbod.

Een bevoegdheidsoverdracht aan de Gewesten hoeft niet te leiden tot een ontmanteling van de federale Sociale Zekerheid. Mevrouw Cloet stelt dat je perfect een federaal stelsel kan organiseren om de middelen te innen, en die vervolgens te verdelen op basis van een aantal parameters zoals het bevolkingsaantal, de vergrijzingsgraad, en de incidentie van bepaalde ziektebeelden. Tegelijk kan je de Gemeenschappen en de Gewesten responsabiliseren, zoals dat ook het geval is geweest bij de overheveling van de kinderbijslag. Voor de gezondheidszorg kan dat met een duidelijke groeinorm op lange termijn, die kan dalen of stijgen, en met een garantie dat overgedragen middelen ook voor gezondheidsbeleid gebruikt worden.

In Brussel moet er ook een aanbod gewaarborgd worden voor mensen die Nederlands spreken.

In dit model zouden de inkomsten dus grotendeels vanuit het federale niveau gefinancierd worden uit solidariteit tussen burgers, bedrijven, overheden. Naast die

les autorités publiques. En plus de cette sécurité sociale fédérale, les Communautés devraient aussi avoir la possibilité de développer un système de protection à part entière, comme l'assurance soins de santé flamande.

Il convient de mettre en place un modèle de concertation simplifié et intense, basé sur des organes consultatifs moins nombreux mais où la subsidiarité, la cogestion et la responsabilisation seront prépondérantes.

En résumé, *Zorgnet-Icuro* plaide en faveur d'une réforme qui aille au-delà d'un simple transfert de moyens et de compétences et qui permette donc une politique intégrée basée sur des objectifs de soins et de bien-être. Cela implique également la création d'un mécanisme de contrôle grâce auquel on pourra vérifier dans quelle mesure ces objectifs sont réalisés.

Dans l'attente d'une telle réforme approfondie, *Zorgnet-Icuro* plaide pour:

- une meilleure collaboration entre les entités fédérées et l'autorité fédérale, y compris en dehors des périodes de pandémie, par exemple, en pérennisant et favorisant le bon fonctionnement du Comité interministériel grâce à une équipe permanente, à l'organisation d'une concertation administrative permanente et à une dépolitisation des fonctions;
- le remplacement par une procédure plus souple de la procédure actuellement appliquée à la Cour des comptes pour l'évaluation de l'incidence financière des décisions des Communautés sur le budget fédéral;
- une optimisation des possibilités de conclure des accords de coopération, par exemple:
 - des accords de coopération globaux ou cadres,
 - des accords de coopération asymétriques, ou
 - des accords de coopération portant sur la réaffectation des moyens fédéraux alloués à des prestations (intra-hospitalières) aux soins ambulatoires;
- une réforme des structures de concertation afin que les autorités fédérales puissent également tenir compte de l'incidence de leurs mesures sur les Communautés et que les partenaires du niveau communautaire puissent véritablement cogérer aux deux niveaux.

Sociale Zekerheid moeten de Gemeenschappen ook de mogelijkheid krijgen om een volwaardig beschermingsstelsel uit te bouwen, zoals de Vlaamse volksverzekering (VSB).

Er moet een uitgezuiverd en doorgedreven overlegmodel komen met minder adviesorganen, maar waarin de subsidiariteit, het medebeheer en de responsabilisering leidend zijn.

Samengevat pleit *Zorgnet-Icuro* dus voor een hervorming die verder gaat dan louter middelen en bevoegdheden overhevelen, en daardoor een geïntegreerd beleid dat is gebaseerd op zorg- en welzijnsdoelstellingen mogelijk maakt. Dat houdt ook in dat er een controlemechanisme wordt opgezet om na te gaan of en in welke mate die zorg- en welzijnsdoelstellingen gerealiseerd worden.

In afwachting van zulk een grondige hervorming pleit *Zorgnet-Icuro* voor:

- een betere samenwerking tussen de deelstaten en de Federale overheid, ook buiten pandemietijden, bijvoorbeeld door de goede werking van het Interministerieel Comité te bestendigen en te bevorderen met een permanente staf, de organisatie van permanent ambtelijk overleg, en een depolitisering van de functies;
- de vervanging van de huidige procedure bij het Rekenhof door een soepele procedure voor de toetsing van de financiële weerslag van beslissingen van de Gemeenschappen op het federaal budget;
- een optimalisering van de mogelijkheden om samenwerkingsakkoorden te sluiten, bijvoorbeeld met:
 - globale «koepel» of «kader» -samenwerkingsakkoorden,
 - asymmetrische samenwerkingsakkoorden, of
 - samenwerkingsakkoorden over de omzetting van federaal gefinancierde (intramurale) voorzieningen naar ambulante zorgen;
- een hervorming van de overlegstructuren, zodat federale overheden ook rekening kunnen houden met het effect van hun maatregelen op de Gemeenschappen, en zodat partners op gemeenschapsniveau ook echt kunnen meebeheren op beide niveaus.

Mme Cloet conclut que la préparation d'une réforme sérieuse de l'État nécessite du bon sens et surtout qu'elle doit se faire en collaboration avec le secteur des soins de santé. *Zorgnet Icuro* et tous ses membres sont disposés à y apporter leur concours en tant que partenaire.

4) *Exposé de M. Godin, directeur du GBO*

Le GBO est l'aile francophone du syndicat médical CARTEL. Le GBO partage les mêmes valeurs que son pendant néerlandophone au sein du CARTEL et les deux composantes travaillent en étroite collaboration.

a) Postulats de départ

1) La santé doit s'entendre dans une vision beaucoup plus large que le concept qu'on en retient généralement (soins curatifs): elle englobe tout ce qui est en amont du curatif ainsi que la notion de bien-être. Deux des ministres de la Santé en Belgique ont d'ailleurs explicitement le bien-être dans leurs compétences. La priorité doit être de permettre à tous de bénéficier d'un bien-être en bonne santé et, si on n'y parvient pas, à soigner le mieux possible.

2) Si des soins sont nécessaires, il faut les prodiguer comme suit:

- conjuguer qualité et sécurité;
- garantir l'accessibilité à tous: soins correctement remboursés (avec le moins possible d'intervention personnelle non remboursée) et prodigués par un nombre suffisant de prestataires partout en Belgique;
- au meilleur endroit (proximité la plus grande par rapport au patient: application du principe de subsidiarité);
- par le prestataire le plus adéquat avec une collaboration bien organisée entre médecin généraliste, autres prestataires de soins de première ligne et médecine spécialisée (application du principe de subsidiarité et, parfois, de l'échelonnement);
- au moment le plus opportun;
- au juste coût avec une mixité de revenus pour les prestataires de soins (à l'acte et au forfait).

Mevrouw Cloet besluit dat je een gezonde staatshervorming voorbereidt met gezond verstand én vooral samen met de gezondheidssector. *Zorgnet Icuro* en al haar leden staan hier vandaag als een partner die daar graag aan wil meewerken.

4) *Uiteenzetting van de heer Godin, directeur van de GBO*

De GBO is de Franstalige vleugel van het medisch syndicaat het KARTEL. De GBO heeft dezelfde waarden als zijn Nederlandse tegenhanger in het KARTEL en beide componenten werken nauw samen.

a) Uitgangspunten

1) De gezondheid moet veel breder worden opgevat dan het concept dat men er meestal van hanteert (curatieve zorg): zij behelst alles wat aan de curatieve geneeskunde voorafgaat alsook het begrip welzijn. Twee van de ministers van Gezondheid in België hebben overigens welzijn bij hun bevoegdheden. Er moet voorrang worden gegeven aan welzijn in goede gezondheid voor iedereen en, indien dat niet lukt, aan zorg die zo goed mogelijk is.

2) Indien zorg noodzakelijk is, moet hij als volgt worden verstrekt:

- kwaliteit en veiligheid combineren;
- toegankelijkheid voor allen garanderen: correct terugbetaalde zorg (met zo weinig mogelijk remgeld) die verstrekt wordt door voldoende zorgverstrekkers overal in België;
- op de beste plaats (zo dicht mogelijk bij de patiënt: toepassing van het subsidiariteitsbeginsel);
- door de meest geschikte zorgverstrekker met een goed georganiseerde samenwerking tussen de huisarts, andere eerstelijnszorgverstrekkers en de specialistische geneeskunde (toepassing van het subsidiariteitsbeginsel en soms van het echelonneringsprincipe);
- op het meest opportune tijdstip.
- tegen de juiste kostprijs, met een gemengd inkomen voor de zorgverstrekking (per verstrekking en forfaitair).

b) Qu'implique l'application de ces postulats au niveau des soins?

- Appliquer le principe de subsidiarité.
- Répartir les compétences de la manière la plus homogène possible, l'objectif étant de fournir les soins au plus près du patient: entités fédérées, et si possible niveau sous-régional – zones de soins – voire local) sans affecter le financement solidaire (fédéral).

A priori, la technique du diagnostic et les soins ne diffèrent pas selon la langue ou la région du patient. Certes, la vision et la «culture» de l'organisation des soins peuvent être différents d'une région à l'autre, et donc l'approche peut différer selon l'environnement social, économique et culturel.

Dans cette optique, les politiques d'organisation des soins (au sens large et donc y compris, par exemple, la prévention) devraient être regroupées à un seul niveau de pouvoir.

c) Constats

1) La répartition actuelle entre prévention au niveau des entités fédérées et curatif au niveau du fédéral est contreproductive car elle n'incite pas à développer une vraie politique de prévention menant à une diminution des besoins curatifs. Les conséquences budgétaires (négatives) sont évidentes.

À noter que par ailleurs, rares sont les autorités qui développent une politique de santé en tenant suffisamment compte de la notion de bien-être, mais aussi des déterminants socio-climato-économiques (concept de «*health in all policies*»). C'est la conséquence des «silos» de compétences au sein d'un même gouvernement: par exemple, emploi vs santé au sein de nombreuses discussions budgétaires sur le secteur pharmaceutique.

2) La répartition actuelle des compétences n'incite pas certaines entités fédérées à développer des structures d'accueil pour certains patients si elles doivent en assurer le financement et dès lors ces patients restent pris en charge dans des structures financées par le fédéral, mais inadéquates pour eux. Les entités fédérées n'ont pas les moyens suffisants pour créer des alternatives à ce qui est encore financé par le fédéral. Exemples: en 2017, constat d'occupation injustifiée de lits pédiatriques, a été dressé dans certains établissements, par déficit de structures appropriées mises en place par les entités fédérées. En psychiatrie, il y a beaucoup trop de patients

b) Wat betekent de toepassing van die uitgangspunten voor de zorg?

- Het subsidiariteitsbeginsel toepassen.
- De bevoegdheden zo homogeen mogelijk verdelen, met als doel om de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te brengen: bij de deelstaten, en zo mogelijk bij het subregionale niveau – zorgzones – of het lokale niveau – zonder de solidaire (federale) financiering te treffen.

In principe zijn er geen verschillen in diagnosetechniek en zorgverlening tussen de taalgroepen of Gewesten. Er kunnen weliswaar regionale verschillen optreden in de opvattingen en de «cultuur» van de zorgorganisatie, en de aanpak kan dus wat verschillen naargelang van de sociale, economische en culturele context.

Om die reden zou het zorgbeleid (in ruime zin, met inbegrip van bijvoorbeeld preventie) beter op één enkel beleidsniveau worden gebracht.

c) Vaststellingen

1) De huidige verdeling tussen preventie op deelstaatsniveau en curatieve zorg op federaal niveau is contraproductief, omdat zij niet aanzet tot de ontwikkeling van een volwaardig preventiebeleid dat zou moeten leiden tot minder curatieve behoeften. De (negatieve) budgettaire gevolgen hiervan zijn evident.

Bovendien zijn er weinig overheden die een gezondheidsbeleid ontwikkelen dat voldoende rekening houdt met het welzijn, maar ook met sociale/klimatologische/economische aspecten (het concept van «*health in all policies*»). Dit is het gevolg van de «silobevoegdheden» binnen eenzelfde regering: bijvoorbeeld werkgelegenheid vs. gezondheid in de vele budgettaire discussies over de farmaceutische sector.

2) De huidige bevoegdheidsverdeling spoort sommige deelstaten niet aan om te voorzien in opvangstructuren voor sommige patiënten als ze die zelf moeten financieren. Het gevolg is dat deze patiënten in opvangstructuren blijven die door de federale overheid worden gefinancierd, maar die niet aangepast zijn aan hun noden. De deelstaten hebben onvoldoende middelen om alternatieven op te bouwen voor wat nog steeds door het federale niveau wordt gefinancierd. Een paar voorbeelden: in 2017 bleek dat pediatriebetten in sommige instellingen onterecht werden bezet omdat er onvoldoende geschikte capaciteit was in de deelstaten. In de psychiatrie liggen,

dans les lits de longue durée (les lits «T») par manque de moyens, en tout cas du côté francophone, pour créer des alternatives, telles que des habitations de soins protégées ou des maisons de soins psychiatriques.

3) La fragmentation des compétences de la première ligne, de la santé mentale et des hôpitaux est un non-sens. Voici un exemple pour la médecine générale:

- la fixation de l'offre médicale pour le pays (attribution des numéros INAMI), le financement des prestations et l'obligation de permanence médicale (inscrite depuis lors dans la loi «Qualité» d'avril 2019) relèvent du fédéral;
- les fonds Impulseo (incitants pour les médecins généralistes qui s'installent dans des régions en pénurie), les cercles de médecins généralistes et l'organisation de la médecine générale relèvent des compétences régionales;
- les sous-quotas (de médecine générale e.a.) relèvent des compétences communautaires (avec un risque de mauvaise prise en compte des spécificités bruxelloises qui sont bicommunautaires). Incohérence supplémentaire: les sous-quotas sont définis à partir d'un quota fédéral alors qu'il faudrait partir des besoins régionaux de la population pour fixer les sous-quotas, le quota fédéral (pour autant qu'il soit maintenu) n'étant alors que le total des sous-quotas régionaux.

Autre exemple, l'aide à domicile: pour une même personne, les soins (infirmiers) relèvent du fédéral, mais l'assistance sociale/familiale des entités fédérées.

Cette fragmentation affaiblit aussi le contrôle de l'affectation des moyens alloués. Cela mène parfois à des situations curieuses: ainsi, les deux hôpitaux académiques bruxellois francophones relèvent de la compétence de la Communauté française, mais leur inspection est organisée par la Région wallonne, alors qu'ils sont situés sur le territoire bruxellois.

Le GBO est farouchement opposé à une médecine à deux vitesses et encore plus à une médecine commerciale. Néanmoins, l'expérience des commerciaux peut être utile. Dans les années nonante, la communauté autonome de Valence en Espagne a décidé de faire un appel d'offres pour concéder la gestion de ses hôpitaux publics. C'est la société commerciale suédoise Capiou

althans aan Franstalige kant, veel te veel patiënten in bedden voor lange duur (de «T»-bedden), bij gebrek aan middelen voor beschutte woningen of psychiatrische verzorgingstehuizen.

3) De opsplitsing tussen eerstelijnszorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen is onzin. Een voorbeeld in de huisartsgeneeskunde:

- het vaststellen van het medisch aanbod voor het land (toekenning van RIZIV-nummers), de financiering van de zorgverstrekking en de verplichte deelname aan medische permanenties (opgenomen in de «kwaliteitswet» van april 2019) zijn federale bevoegdheden;
- de Impulseo-fondsen (stimulansen voor huisartsen die zich in gebieden met medische tekorten vestigen), de huisartsenkringen en de organisatie van de huisartsgeneeskunde zijn regionale bevoegdheden;
- de subquota zijn o.a. in de huisartsgeneeskunde een bevoegdheid van de Gemeenschappen (met het risico op een verkeerde inschatting van de specifieke toestand in Brussel die bicommunautair is). Bijkomende incoherentie: de subquota worden vastgesteld op basis van het federale quotum, terwijl men zou moeten uitgaan van de behoeften in de Gewesten om subquota te bepalen, waarbij het federale quotum (voor zover dat wordt behouden) dus louter de optelsom van de gewestelijke quota zou zijn.

Een ander voorbeeld is de hulp aan huis: voor eenzelfde persoon is de (verpleegkundige) zorg een federale bevoegdheid, maar is de maatschappelijke/gezinshulp een bevoegdheid van de deelstaten.

Deze versnippering verzwakt ook de controle op het gebruik van de toegekende middelen. Dit leidt soms tot vreemde toestanden: zo vallen de twee Franstalige Brusselse academische ziekenhuizen onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap, maar wordt de inspectie ervan georganiseerd door het Waalse Gewest, terwijl die ziekenhuizen zich op het Brussels grondgebied bevinden.

De GBO is hevig gekant tegen een duale geneeskunde en nog meer tegen een commerciële geneeskunde. De ervaringen met commerciële actoren kunnen echter nuttig zijn. In de jaren negentig heeft de autonome regio Valencia in Spanje besloten om een aanbestedingsprocedure op te starten om het beheer van de openbare ziekenhuizen over te nemen. Het Zweedse bedrijf Capiou

qui a obtenu cette concession. Moins de trois ans plus tard, Capiiau revenait auprès de ce même gouvernement pour leur demander de gérer aussi la prévention. Cette société commerciale qui raisonne en termes pluriannuels et de manière transversale avait immédiatement compris qu'en gérant la prévention, elle aurait à traiter moins de cas coûteux dans ses hôpitaux.

4) Bruxelles, avec sa lasagne d'autorités compétentes en matière de santé, reste un gros problème, qui ne se résoudra pas sans réforme institutionnelle (vu le caractère bilingue de Bruxelles). Mais cette réflexion est valable pour toute la francophonie: il faut remettre à plat les compétences francophones régionales et communautaires. À noter que sur neuf ministres de la santé, il n'y a qu'un seul ministre fédéral et un seul ministre flamand.

5) Les divergences d'approche de la dispensation des soins entre Nord et Sud tendent à s'accroître (cela est sans doute dû, entre autres, à l'approche des formations universitaires, qui ont parfois des orientations différentes au nord et au sud du pays). Ces différences sont source de richesse et non de rejet. Exemples:

- place centrale de la première ligne (par exemple mise en oeuvre des *eerstelijnszones*), et du médecin généraliste en particulier, beaucoup plus importante au nord qu'au sud (et il faut le regretter pour le sud du pays en espérant que les gouvernements régionaux actuels infléchissent cette approche);
- psychiatrie et psychothérapie (*cf.* Loi du 10 juillet 2016 réglementant les professions des soins de santé mentale). Au nord du pays, l'approche est plus souvent comportementaliste et/ou systémique tandis qu'elle est davantage orientée sur la psychanalyse au sud, avec pour conséquence qu'un plus grand nombre de consultations sont nécessaires;
- prévention (Par exemple, la mammographie ou le mammothest sont des approches très différentes).

6) Qu'on l'apprécie ou non, les soins (et leur financement) sont de plus en plus axés sur les patients (*cf.* par exemple les médicaments oncologiques) et de moins en moins vers les structures. Mais cette évolution a ses limites, notamment budgétaires (par exemple dérives dans l'approche de l'«article 81» en matière de remboursement des médicaments).

7) Au niveau du financement, il y a une incohérence entre fédéral (modèle bismarkien teinté de beveridgien: *cf.* financement TVA) et entités fédérées (modèle

heeft deze opdracht gekregen. Minder dan drie jaar later vroeg Capiiau aan diezelfde regering of zij ook de preventie mochten beheren. Dit commerciële bedrijf, dat op langere termijn en op een transversale manier redeneert, had meteen begrepen dat er door een preventief optreden minder dure gevallen in zijn ziekenhuizen zouden belanden.

4) Brussel, met zijn lasagne aan besturen die bevoegd zijn voor volksgezondheid, blijft een groot probleem. Gelet op het tweetalige statuut ervan, zal dit niet zonder Staatshervorming opgelost raken. Hetzelfde geldt echter voor heel Franstalig België: de Franstalige bevoegdheden van de Gemeenschappen en Gewesten moeten worden samengevoegd. Het is toch opmerkelijk dat van de negen ministers van gezondheid, er slechts één federale en één Vlaamse minister is.

5) De verschillen in de aanpak van de zorgverlening tussen Noord en Zuid lijken groter te worden (misschien, onder meer, door een andere benadering van de universitaire opleidingen in het noorden en het zuiden van het land). Deze verschillen kunnen inspirerend zijn en hoeven niet te worden afgewezen. Enkele voorbeelden:

- hoofdrol voor de eerstelijnszorg (bijvoorbeeld door het instellen van eerstelijnszones), en voor de huisarts in het bijzonder, die veel nadrukkelijker is in het noorden dan in het zuiden (wat jammer is voor het zuiden, en men mag hopen dat de gewestregeringen hierin een kentering brengen);
- psychiatrie en psychotherapie (*cf.* wet van 10 juli 2016 tot regeling van de geestelijke gezondheidsberoepen). In het noorden van het land is de aanpak meestal behavioristisch en/of systemisch, terwijl hij in het zuiden veeleer psychoanalytisch is, wat een groter aantal consultaties vergt;
- preventie (een mammografie of een mammothest, bijvoorbeeld, zijn heel verschillende methodes).

6) Men kan voor of tegen zijn, maar de zorg (en de financiering ervan) worden steeds meer gericht op de patiënten (bijvoorbeeld met oncologische geneesmiddelen), en steeds minder op structuren. Deze evolutie heeft echter grenzen, onder meer op budgettair vlak (bijvoorbeeld ontsparingen in de toepassing van «artikel 81» betreffende de terugbetaling van geneesmiddelen).

7) Wat de financiering betreft, is er een gebrek aan samenhang tussen het federale niveau (het Bismarck-model met Beveridge-aspecten: zie de btw-financiering)

exclusivement beveridgien: dotations, qui *a priori* ne pourraient être remplacées par des ressources propres – fiscalité, hypothétique sécurité sociale régionale – sous peine de pénaliser les entités les moins riches).

Le choix du type de financement a aussi un impact sur la concertation, qui a moins de sens dans un système beveridgien que dans un système bismarkien (où les partenaires sociaux ont leur mot à dire sur l'utilisation des cotisations sociales).

La prévention est sous-financée, en tout cas du côté francophone. En 2015, selon les chiffres officiels, le budget des soins de santé au niveau fédéral (soins curatifs essentiellement) s'élevait à 25 milliards d'euros alors que la Communauté française consacrait 40 millions d'euros à la prévention (dont 20 millions à l'ONE).

8) Dans certains cas, les problèmes ne peuvent se résoudre qu'au niveau européen: par exemple, les prix des médicaments (les firmes feront ce qu'elles veulent aussi longtemps qu'il n'y aura pas de réglementation européenne, voire mondiale), la planification de l'offre médicale (pour autant qu'on la maintienne) vs libre circulation des patients et des prestataires de soins, etc.

d) Pistes pour mieux répartir les compétences en matière de soins de santé

1) Maintenir une solidarité interpersonnelle au niveau de l'État fédéral pour financer les soins de santé et garantir une accessibilité identique sur tout le territoire pour les soins de base, à définir par le fédéral. Exemples: soins indispensables (oncologie, diabète, etc.) dont les soins de proximité (par exemple soins infirmiers, soins médicaux dispensés par les médecins généralistes, soins dispensés par les médecins spécialistes en milieu hospitalier, soins liés à la maternité, soins infirmiers, soins dentaires, séjours en hôpital et transport des malades, kinésithérapie pour les maladies chroniques, soins de santé mentale).

Les exemples suisse et hollandais, notamment, démontrent qu'octroyer une trop grande autonomie aux entités fédérées au niveau du remboursement des soins conduisent inmanquablement à un coût excessif des soins et à l'instauration d'un système de santé à deux vitesses (même si, dans les deux exemples ci-après, existe une certaine régulation des prix).

En Suisse, les patients peuvent prétendre au remboursement des coûts de tous les services fournis par les hôpitaux d'autres cantons, pour autant que ces hôpitaux

en het niveau van de deelstaten (uitsluitend het Beveridge-model: dotaties die *a priori* niet kunnen worden vervangen door eigen middelen – fiscaliteit, hypothetische regionale sociale zekerheid – zonder de minder bemiddelde deelstaten te benadelen).

De keuze voor het soort financiering heeft ook gevolgen voor het overleg, dat minder zin heeft in een Beveridge-systeem dan in een Bismarck-systeem (waarin de sociale partners kunnen meebeslissen over de aanwending van de sociale bijdragen).

Preventie is ondergefinancierd, althans aan Franstalige kant. Volgens officiële cijfers bedroeg in 2015 het federale budget (voornamelijk voor curatieve zorg) 25 miljard euro, terwijl de Franse Gemeenschap 40 miljoen euro aan preventie besteedde (waarvan 20 miljoen aan het ONE).

8) In sommige gevallen kunnen de problemen alleen op Europees niveau worden opgelost. Voorbeelden: de prijs van geneesmiddelen (bedrijven doen wat zij willen, zolang er geen Europese, of zelfs wereldwijde regelgeving bestaat), de planning van het medisch aanbod (voor zover men dit behoudt) vs. het vrije verkeer van patiënten en zorgverleners, enz.

d) Mogelijkheden om de bevoegdheden inzake gezondheidszorg beter te verdelen

1) De interpersoonlijke solidariteit op federaal niveau behouden om de gezondheidszorg te financieren, een gelijke toegang op het hele grondgebied waarborgen voor basiszorgverlening, die door het federale niveau wordt gedefinieerd. Voorbeelden: prioritaire zorg (kanker, diabetes, enz.), waaronder de lokale zorg (bijvoorbeeld verpleegkundige zorg, medische zorg door huisartsen in ziekenhuizen, zwangerschapszorg, tandheelkunde, ziekenhuisverblijven en vervoer van zieken, kinesithérapie voor chronische zieken, geestelijke gezondheidszorg).

Uit onder meer Zwitserse en Nederlandse voorbeelden blijkt dat het toekennen van een al te grote autonomie aan deelstaten voor de terugbetaling van zorg onherroepelijk leidt tot buitensporige kosten en het ontstaan van een duaal gezondheidsstelsel (hoewel er in de twee hierna volgende voorbeelden een vorm van prijsregulering bestaat).

In Zwitserland kunnen patiënten aanspraak maken op een vergoeding van de kosten van alle zorgverstrekkingen in ziekenhuizen van andere kantons, op voorwaarde

figurent sur la liste du canton dans lequel ils sont situés. Toutefois, si le tarif pratiqué par un hôpital d'un autre canton est plus élevé que dans le canton de résidence du patient, la couverture est limitée au tarif du canton de résidence et les patients doivent payer la différence.

Aux Pays-Bas, sous le contrôle de l'Autorité néerlandaise de santé, les assureurs maladie peuvent négocier avec les prestataires de santé, les prix, les volumes et la qualité des soins. Les assureurs peuvent se faire concurrence sur le prix des polices et la qualité des soins offerts, pour autant qu'ils respectent à la fois l'obligation d'accepter tous les demandeurs et l'interdiction de différencier le montant des cotisations.

2) Regrouper, sous une même autorité:

A. Tout ce qui a un lien avec des compétences européennes (médicaments, réglementation des professions de santé, ...) et la santé publique: politique de l'environnement lié à la santé, contrôle des maladies infectieuses, gestion des grandes épidémies, vaccination des voyageurs, médecine légale et judiciaire, accueil médical des migrants, coordination de la recherche.

B. Tout ce qui relève de la prévention et de la dispensation des soins et de leur organisation: action politique sur les déterminants socio-économiques (logement, travail, alimentation, mobilité, hygiène...), valorisation de l'éducation à la santé, valorisation de la prévention, rééquilibrage entre ambulatoire et hôpitaux (notre système, et en particulier l'organisation des soins au sud du pays est très «hospitalocentriste»), rééquilibrage entre paiement à l'acte et paiement au forfait, soins curatifs, etc., ainsi que ce qui relève de l'affectation des budgets y afférents.

Ceci comprend, entre autres: vaccinations, inspections sanitaires, dépistage préventif, études démographiques et épidémiologiques, éducation sanitaire, santé mentale, organisation de la première ligne, des hôpitaux et des autres structures d'accueil pour personnes âgées, handicapées ou souffrant de troubles de la santé mentale, DMG, échelonnement, services de garde de médecine générale et bonne utilisation des urgences hospitalières, structuration (et financement) de formes alternatives de prises en charge, planification de l'offre médicale (si l'entité concernée la juge nécessaire), organisation des stages et conditions de travail des stagiaires,

dat deze ziekenhuizen voorkomen op de lijst van het kanton waar zij verblijven. Wanneer de tarieven van het ziekenhuis in een ander kanton echter hoger zijn dan in het kanton waar de patiënt verblijft, is de dekking beperkt tot de tarieven van het verblijfskanton en moet de patiënt het verschil betalen.

In Nederland kunnen de ziekteverzekeraars, onder toezicht van de Nederlandse gezondheidsautoriteit, onderhandelen met zorgverleners over de prijs, de omvang en de kwaliteit van de zorg. Verzekeraars kunnen met elkaar in concurrentie gaan over de prijs van de polissen en de aard van de aangeboden zorg, voor zover zij zich ertoe verbinden om alle aanvragers te aanvaarden, en geen prijsonderscheid tussen hun bijdragen te maken.

2) Onder eenzelfde overheid de volgende zaken bundelen:

A. Alles wat te maken heeft met Europese bevoegdheden (geneesmiddelen, reglementering van de gezondheidszorgbeoefenaars, ...) en de volksgezondheid: het milieubeleid dat invloed heeft op de gezondheid, de aanpak van besmettelijke ziekten en van grote epidemieën, het vaccineren van reizigers, de forensische en gerechtelijke geneeskunde, de medische opvang van migranten, het coördineren van het onderzoek.

B. Alles wat te maken heeft met preventie en zorgverlening en de organisatie daarvan: politieke actie rond sociaal-economische factoren (huisvesting, werk, voeding, mobiliteit, hygiëne, enz.), bevordering van gezondheidseducatie, bevordering van preventie, herstel van het evenwicht tussen ambulante zorg en ziekenhuizen (ons systeem, en met name de organisatie van de zorg in het zuiden van het land, is zeer sterk «ziekenhuisgericht»), herstel van het evenwicht tussen vergoedingen op basis van verstrekkingen en vergoedingen tegen vaste prijzen, curatieve zorg, enz., alsook de toewijzing van de bijbehorende budgetten.

Dit omvat onder andere: vaccinaties, gezondheidsinspecties, preventief onderzoek, demografisch en epidemiologisch onderzoek, gezondheidseducatie, geestelijke gezondheid, organisatie van de eerstelijnszorg, de ziekenhuizen en andere voorzieningen voor ouderen, personen met een handicap of met geestelijke gezondheidsproblemen, GMD, echelonnering, huisartsenwacht-diensten en het juiste gebruik van de spoeddiensten van ziekenhuizen, structurering (en financiering) van alternatieve vormen van zorg, planning van het medische aanbod (indien de betrokken deelstaat dit nodig acht), organisatie van stages en arbeidsvoorwaarden voor

reconnaissance et rôle des mutuelles et des associations de patients (pour leurs compétences relevant de ce package).

Il faut répartir les compétences reprises ci-dessus de la manière la plus homogène possible, l'objectif étant de fournir des soins au plus près du patient (entités fédérées) sans affecter le financement solidaire (fédéral).

3) Organiser un lieu unique pour:

- coordonner des politiques ne relevant pas clairement d'une seule autorité publique;
- échanger sur les politiques pour celles qui relèvent clairement d'une même autorité publique.

S'il faut trancher pour les matières hybrides, le fédéral peut imposer sa décision.

4) À exclure en tout cas: lier les compétences de paiement des prestataires et de remboursement des prestations de santé au choix d'une personne entre deux systèmes de santé, car il y aura alors un choix entre un régime francophone/wallon et un régime flamand avec la conséquence immédiate d'une médecine à deux vitesses (comme pour l'enseignement: professeurs flamands mieux payés que leurs collègues francophones sur un même territoire, financement plus important du côté flamand permettant une qualité souvent supérieure, d'où l'attrait de l'enseignement flamand pour les Bruxellois francophones).

Cela étant, il est indispensable que dans toute commune bilingue ou à facilités, un habitant ait la possibilité de s'adresser dans une des langues nationales de la commune concernée à tous les intervenants de première ligne. De même, tout hôpital situé dans une région bilingue, quelle que soit l'autorité de tutelle, doit pouvoir disposer d'un nombre suffisant de personnel bilingue, en priorité dans les services d'urgence, pour accueillir les patients dans les deux langues de la région (cela devrait être une condition d'agrément de l'hôpital).

5) La piste régionale a ses limites: exemple: importants flux transrégionaux de patients, en particulier dans les hôpitaux académiques qui ont clairement une vocation suprarégionale. Par contre, l'organisation actuelle de la régulation de l'offre médicale est fédérale et communautaire alors que les besoins sont régionaux.

stagiaires, erkenning en rol van ziekenfondsen en patiëntenverenigingen (voor hun bevoegdheden in dit pakket).

De hierboven opgesomde bevoegdheden moeten zo evenwichtig mogelijk worden verdeeld, met als doel de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te verlenen (deelstaten) zonder de solidaire (federale) financiering in het gedrang te brengen.

3) Eén enkele plaats organiseren om:

- beleid te coördineren dat niet duidelijk onder de verantwoordelijkheid van één enkele overheid valt;
- van gedachten te wisselen over beleid dat duidelijk onder dezelfde overheid valt.

Als er moet worden beslist over hybride aangelegenheden, kan de federale regering haar beslissing opleggen.

4) In elk geval uit te sluiten: de bevoegdheden inzake de betaling van zorgverstrekkers en de terugbetaling van medische verstrekkingen koppelen aan de keuze van een persoon tussen twee gezondheidssystemen, omdat er dan kan worden gekozen tussen een Franstalig/Waals stelsel en een Vlaams stelsel met als onmiddellijk gevolg een geneeskunde met twee snelheden (zoals in het onderwijs: Vlaamse leerkrachten die beter betaald worden dan hun Franstalige collega's op hetzelfde grondgebied, meer financiering aan Vlaamse kant waardoor de kwaliteit vaak beter is, vandaar de aantrekkingskracht van het Vlaamse onderwijs voor Franstalige Brusselaars).

Het is echter van essentieel belang dat een inwoner in een tweetalige of faciliteitengemeente alle eerstelijnsmedewerkers in een van de landstalen van de betrokken gemeente kan aanspreken. Ook moet elk ziekenhuis in een tweetalig Gewest, ongeacht de toezichthoudende overheid, over voldoende tweetalig personeel beschikken, met name op de spoedgevallendienst, om patiënten in beide talen van het Gewest te kunnen ontvangen (dit zou een voorwaarde voor de erkenning van het ziekenhuis moeten zijn).

5) De gewestelijke benadering heeft haar beperkingen: bijvoorbeeld grote gewestoverschrijdende patiëntenstromen, met name in academische ziekenhuizen die duidelijk een supragewestelijke roeping hebben. Anderzijds wordt het medisch aanbod momenteel gereguleerd op federaal en gemeenschapsniveau, terwijl de behoeften gewestelijk zijn.

B. Échange de vues**1) Questions des membres**

M. Anciaux demande à Mme Van Ermen ce qu'elle entend exactement par la solidarité interpersonnelle entre personnes partageant les mêmes valeurs, les mêmes normes et la même éthique, et si cela signifie qu'à l'heure actuelle, cette solidarité n'existe pas.

L'intervenant peut certes souscrire à l'idée de transférer l'ensemble des soins de santé aux Communautés, mais estime que l'on devrait promouvoir cette idée différemment. M. Anciaux trouve que la vision exposée par Mme Van Ermen semble trop basée sur des intérêts financiers propres, et trop peu fondée sur la solidarité.

L'intervenant s'interroge également sur les conséquences potentielles d'un éventuel libre choix pour les habitants de la Région de Bruxelles-Capitale entre le régime de la Communauté française et celui de la Communauté flamande, et plus spécifiquement en ce qui concerne la cohésion dans la ville, l'organisation des établissements et le libre choix du médecin. À Bruxelles, il n'est en effet pas toujours simple de consulter rapidement un médecin néerlandophone en s'adressant au service de garde. L'intervenant aurait pourtant espéré une vision un peu plus réfléchie à ce sujet de la part de la VAV.

M. Anciaux souscrit au principe que les soins de santé représentent une matière personnalisable par excellence, mais il lui semble que l'exposé n'aborde pas l'aspect de la solidarité.

Il déduit de l'exposé de M. Happe que les soins de santé devraient devenir une compétence intégralement fédérale; il demande si cela garantira leur qualité et dans quelle mesure cette vision repose sur l'examen de la qualité et de l'efficacité et tient compte du fait que les soins de santé dépendent également d'autres aspects liés aux personnes, comme le bien-être. Ceux-ci doivent-ils également devenir une compétence fédérale?

L'intervenant demande à Mme Cloet pourquoi elle plaide pour le niveau régional plutôt que de poursuivre sur la voie de la réflexion communautaire, car d'autres aspects très étroitement liés aux soins de santé pourraient effectivement susciter des controverses.

B. Gedachtewisseling**1) Vragen van de leden**

De heer Anciaux wenst van mevrouw Van Ermen te vernemen wat precies bedoeld wordt met de interpersoonlijke solidariteit tussen iedereen die dezelfde waarden, normen en ethiek hanteert en of dit betekent dat die solidariteit op dit moment niet bestaat?

De spreker kan zich weliswaar vinden in de idee om de gezondheidszorg helemaal over te hevelen naar de Gemeenschappen, maar is van oordeel dat men op een andere wijze die gedachte zou moeten uitdragen. De heer Anciaux vindt dat de visie die mevrouw Van Ermen vertolkt te veel gebaseerd lijkt op financieel eigenbelang en te weinig op solidariteit.

De spreker informeert ook naar de mogelijke gevolgen van een eventuele vrije keuze van de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest tussen het stelsel van de Franse en de Vlaamse Gemeenschap, meer bepaald met betrekking tot de samenhang in de stad, de organisatie van de instellingen en de vrije keuze van de arts. Het is immers in Brussel niet altijd eenvoudig om via de wachtdienst snel een Nederlandstalige huisarts te raadplegen. De spreker had van het Vlaams Artsenverbond toch een iets meer doordachte visie daarover verwacht.

De heer Anciaux sluit zich aan bij het uitgangspunt dat gezondheidszorg bij uitstek een persoonsgebonden aangelegenheid is, maar mist het aspect van de solidariteit in de uiteenzetting.

Hij leert uit de uiteenzetting van de heer Happe dat de gezondheidszorg een volledige federale bevoegdheid zou moet worden en vraagt of dit een garantie is voor kwaliteit van de gezondheidszorg en in hoeverre die visie gebaseerd is op onderzoek naar kwaliteit en efficiëntie en rekening houdt met de visie dat gezondheidszorg ook samenhangt met andere persoonsgebonden aspecten, zoals welzijn. Moeten die dan ook een federale bevoegdheid worden?

De spreker wenst van mevrouw Cloet te vernemen waarom ze een pleidooi houdt voor het gewestelijke niveau en niet voortbouwt op het bestaande gemeenschapsdenken omdat er immers discussie zou kunnen ontstaan over andere aspecten die zeer nauw samenhangen met de gezondheidszorg.

M. Anciaux déduit de l'exposé de M. Godin qu'il plaide pour le regroupement du bien-être et des soins de santé, pour la subsidiarité et pour une prestation de services identique, mais demande des précisions sur l'aspect de la subsidiarité qu'il a abordé dans son exposé.

Mme Fonck remercie l'ensemble des orateurs pour leur présentation. Elle partage un certain nombre de constats qu'ils ont formulés, tels que la complexité, le manque d'efficacité, la perte de temps et le nombre excessif de ministres de la Santé. Au niveau des valeurs, elle se réjouit du fait que certains des experts ont insisté sur la qualité des soins, l'accessibilité, l'*evidence based*, le libre choix du patient et la libre circulation, et ce, dans un modèle de solidarité interpersonnelle.

La membre se dit particulièrement interpellée par l'intervention de Mme Van Ermen. Cette dernière a une vision non pas de solidarité interpersonnelle, mais plutôt d'autonomie complète, qui implique une forme d'indépendance de la Flandre. Chacun peut bien entendu avoir son avis sur la question. En revanche, elle s'interroge sur certains postulats avancés par Mme Van Ermen, entre autres concernant les transferts, le recours aux soins et l'usage de certains indicateurs.

La Banque nationale de Belgique a réalisé une analyse des transferts qui montre que les Régions en Belgique ne sont pas des ensembles uniformes et que les réalités varient en fonction des provinces. Ainsi, certaines provinces flamandes, telles que le Limbourg et la Flandre occidentale, ne sont pas contributrices mais bien bénéficiaires. À l'inverse, de l'autre côté de la frontière linguistique, le Brabant wallon est contributeur et non pas bénéficiaire. L'intervenante tient également à signaler que les transferts interrégionaux dans d'autres pays sont beaucoup plus importants que ceux observés en Belgique. C'est notamment le cas aux Pays-Bas et en France.

L'INAMI a présenté la consommation des soins des patients par Région. Il en ressort que les patients habitant en Wallonie et en Flandre ont une consommation similaire. *A contrario*, les patients bruxellois consomment moins de soins.

Pour l'utilisation de certains indicateurs et du scanner en particulier, Mme Fonck réfute les allégations de Mme Van Ermen, selon lesquelles il est moins fait usage du scanner en Flandre qu'en Wallonie. Selon elle, la Flandre occidentale, la Flandre orientale et le Limbourg

De heer Anciaux leidt uit de uiteenzetting van de heer Godin af dat hij pleit voor het samenbrengen van welzijn en gezondheidszorg, voor subsidiariteit en voor een gelijke dienstverlening maar vraagt om verduidelijking omtrent het aspect van de subsidiariteit in zijn uiteenzetting.

Mevrouw Fonck dankt alle sprekers voor hun presentatie. Zij is het eens met een aantal van hun opmerkingen, zoals de complexiteit, het gebrek aan efficiëntie, het tijdverlies en het buitensporige aantal ministers van Volksgezondheid. Wat de waarden betreft, is zij verheugd over het feit dat sommige deskundigen de nadruk hebben gelegd op de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid, empirisch onderbouwde zorg, vrije keuze voor de patiënt en vrij verkeer, dit alles binnen een model van intermenselijke solidariteit.

Het lid zegt dat zij vooral verontrust is over de tussenkomst van mevrouw Van Ermen. Zij koestert geen visie van intermenselijke solidariteit, maar wel van volledige autonomie, wat voor Vlaanderen een vorm van onafhankelijkheid impliceert. Natuurlijk kan iedereen daar zijn eigen mening over hebben. Zij plaatst echter vraagtekens bij sommige van de veronderstellingen van mevrouw Van Ermen, bijvoorbeeld met betrekking tot de transfers, de zorgbenutting en het gebruik van bepaalde indicatoren.

De Nationale Bank van België heeft een analyse van de transfers gemaakt waaruit blijkt dat de Gewesten in België geen homogene eenheden zijn en dat de realiteit verschilt naargelang van de provincies. Zo zijn sommige Vlaamse provincies, zoals Limburg en West-Vlaanderen, geen betalers maar begunstigden. Omgekeerd, aan de andere kant van de taalgrens, is Waals-Brabant een betaler, geen begunstigde. Spreekster wijst er ook op dat de interregionale transfers in andere landen veel groter zijn dan in België. Dat is met name het geval in Nederland en Frankrijk.

Het RIZIV heeft het zorggebruik van de patiënten per Gewest gepresenteerd. Hieruit blijkt dat patiënten in Wallonië en in Vlaanderen een vergelijkbaar gebruik vertonen. Daar staat tegenover dat patiënten in Brussel minder zorg gebruiken.

Wat het gebruik van bepaalde indicatoren en van scanners in het bijzonder betreft, weerlegt mevrouw Fonck de bewering van mevrouw Van Ermen dat in Vlaanderen minder gebruik zou worden gemaakt van scanners dan in Wallonië. Volgens haar maken West-Vlaanderen,

utilisent beaucoup plus le scanner que le Brabant wallon. La Flandre emploie également plus souvent l'imagerie par résonance et ses habitants consomment davantage certains médicaments que les patients wallons.

Les choses ne sont donc pas aussi clivantes que ce qui est exposé par Mme Van Ermen. En fonction des indicateurs utilisés, la réalité peut revêtir un aspect différent.

Mme Fonck revient ensuite sur plusieurs éléments qui concernent l'ensemble des orateurs. Elle leur demande s'ils ont bien mesuré l'impact de leurs propositions pour les patients et prestataires de soins, mais aussi en termes d'efficacité et d'éventuels coûts supplémentaires. En cas d'une régionalisation accrue, elle s'interroge sur la manière de garantir la libre circulation des patients et d'éviter des démarches administratives lourdes. Elle pense notamment aux hôpitaux universitaires ou aux hôpitaux bruxellois qui doivent accueillir des patients de différentes Régions, qui seraient confrontés à des lourdeurs administratives et à des moyens de financement différents (BMF). Dès lors comment s'assurer que l'on ne perd pas en efficacité? Dans le cas contraire, il faudrait renégocier des accords de coopération, ce qui demande énormément de temps et implique un coût supplémentaire à différents niveaux. À ses yeux, la régionalisation entraîne donc des conséquences négatives.

M. Loones demande à Mme Van Ermen d'approfondir l'aspect de la solidarité interpersonnelle et interrégionale, et plus spécifiquement de préciser comment l'organiser de façon transparente et responsabilisante. L'intervenant reviendra sur l'aspect des transferts au sein de la sécurité sociale lorsque la commission discutera de la politique du marché du travail.

L'orateur attire l'attention de M. Happe sur les auditions des représentants des différentes administrations, qui ont expliqué que la défédéralisation de certaines compétences a permis de faire naître une dynamique alors qu'il y avait auparavant un blocage.

M. Loones retient de l'exposé de M. Godin qu'il faut s'interroger sur l'étendue que l'on veut donner à la définition des soins de santé. La réintégration dans le marché du travail des personnes en incapacité de travail relève-t-elle du débat sur les soins de santé ou de celui sur la politique du marché du travail? L'intervenant observe que des différences régionales sont perceptibles en l'espèce. Ainsi, la Flandre parvient mieux à réintégrer des personnes dans le marché du travail.

Oost-Vlaanderen et Limburg veel meer gebruik van scanners dan Waals-Brabant. Vlaanderen maakt ook meer gebruik van MRI-scans en zijn inwoners gebruiken bepaalde geneesmiddelen meer dan Waalse patiënten.

De zaken zijn dus niet zo eenduidig als mevrouw Van Ermen het heeft geschetst. Afhankelijk van de gebruikte indicatoren kan de realiteit er anders uitzien.

Mevrouw Fonck komt vervolgens terug op een aantal punten die alle sprekers aangaan. Zij stelt hun de vraag of zij ten volle rekening hebben gehouden met de impact van hun voorstellen op de patiënten en zorgverleners, maar ook met de efficiëntie en de mogelijke extra kosten. In geval van toenemende regionalisering vraagt zij zich af hoe het vrije verkeer van patiënten kan worden gewaarborgd en omslachtige administratieve procedures kunnen worden vermeden. Zij denkt meer bepaald aan de universitaire ziekenhuizen of de Brusselse ziekenhuizen die patiënten uit verschillende Gewesten moeten opvangen, en die te maken zouden krijgen met administratieve rompslomp en verschillende financieringswijzen (BFM). Hoe kan men er dan voor zorgen dat men niet inboet aan efficiëntie? Anders zou opnieuw over de samenwerkingsovereenkomsten moeten worden onderhandeld, wat zeer tijdrovend zou zijn en op verschillende niveaus extra kosten met zich zou meebrengen. Volgens haar heeft de regionalisering bijgevolg negatieve gevolgen.

De heer Loones vraagt aan mevrouw Van Ermen om dieper in te gaan op het aspect van de interpersoonlijke en de interregionale solidariteit, meer bepaald hoe dit transparant en responsabiliserend georganiseerd kan worden. De spreker zal dieper ingaan op het aspect van de transfers in de sociale zekerheid wanneer de commissie het arbeidsmarktbeleid bespreekt.

De spreker vestigt de aandacht van de heer Happe op de hoorzittingen met de vertegenwoordigers van de verschillende administraties waarin werd uiteengezet dat door de defederalisering van een aantal bevoegdheden er een dynamiek is kunnen ontstaan terwijl er voordien een blokkering was.

De heer Loones onthoudt uit de uiteenzetting van de heer Godin dat men zich de vraag moet stellen over hoe ruim men gezondheidszorg wil definiëren. Zit de re-integratie van arbeidsongeschikten in de arbeidsmarkt in de sfeer van het debat over de gezondheidszorg of het debat over het arbeidsmarktbeleid? De spreker merkt op dat hier regionale verschillen merkbaar zijn. Zo slaagt Vlaanderen er beter in om mensen terug naar de arbeidsmarkt te brengen.

L'intervenant souscrit à la structure de l'exposé de Mme Cloet, qui est de partir des faits et de déterminer ensuite l'organisation institutionnelle, et pas l'inverse. Il faut partir des soins pour aboutir ensuite à la structure de l'État.

Dans quelle mesure peut-on faire appel au réseau Zorgnet pour simuler les effets de plusieurs scénarios, notamment l'incidence qu'ils auraient sur Bruxelles? Il résulte de ses propres calculs que si l'on attribuait à Bruxelles les mêmes compétences que celles attribuées aux autres entités fédérées, elle ne pourrait pas les assumer financièrement parce qu'elle est une métropole qui fait face à de grands besoins financiers. Ce serait vraiment abandonner Bruxelles si l'on créait une situation dont on sait qu'elle ne sera pas tenable financièrement. L'intervenant ne souhaite pas plonger Bruxelles dans un tel scénario et demande si des simulations ont été faites à ce sujet.

M. Loones déduit du modèle proposé par Mme Cloet que la Flandre pourrait continuer à créer des établissements à Bruxelles, même si la capitale devenait l'acteur compétent, et voudrait savoir comment cela devrait être organisé sur le plan institutionnel. Cela signifie-t-il que la Flandre pourrait investir dans un hôpital à Bruxelles pour pouvoir y organiser ses prestations de services en tenant compte du cadre juridique imposé par l'autorité bruxelloise?

Mme Bury souscrit aux questions posées par M. Loones à Mme Cloet en ce qui concerne l'organisation de la politique de santé sur le plan régional et la simulation de plusieurs scénarios pour vérifier la faisabilité financière pour Bruxelles.

Comment garantir qu'une prestation de services en néerlandais restera possible à Bruxelles? Ne deviendra-t-il pas utopique de recevoir encore des soins de santé en néerlandais si Bruxelles devient elle-même responsable de ses soins de santé?

Mme Bury aimerait par ailleurs savoir pourquoi il faudrait encore procéder à une concertation si les entités fédérées venaient à recevoir un paquet de compétences homogène. Quels points devraient dans ce cas encore faire l'objet d'une intense concertation?

La membre se demande enfin ce qui motive le choix d'un modèle de financement au niveau fédéral. Comment le pouvoir fédéral pourra-t-il veiller à un partage équitable des moyens? Comment pourra-t-on responsabiliser les entités fédérées pour les politiques qu'elles vont

De spreker kan zich vinden in de opbouw van de uitzetting van mevrouw Cloet, namelijk vertrekken van de feiten en dan bepalen hoe dit institutioneel moet georganiseerd worden en niet andersom. Men vertrekt vanuit de zorg om dan te komen tot de staatsstructuur.

In welke mate kan op Zorgnet beroep gedaan worden om de effecten van een aantal scenario's te simuleren, onder meer wat de impact ervan op Brussel zou zijn? Uit eigen berekeningen blijkt dat wanneer men Brussel op dezelfde manier bevoegd zou maken als de andere deelstaten, Brussel dit financieel niet aankan omdat Brussel nu eenmaal een grootstad is met hoge financiële noden. Men zou Brussel pas echt opgeven mocht men een situatie creëren waarvan men weet dat ze financieel niet houdbaar is. De spreker wenst Brussel niet in een dergelijk scenario te brengen en vraagt of er hierover simulaties gemaakt zijn.

De heer Loones verstaat uit het model dat mevrouw Cloet voorstelt dat Vlaanderen instellingen zou kunnen blijven inrichten in Brussel ook al zou Brussel de bevoegde actor zijn en wenst te vernemen hoe dit institutioneel moet georganiseerd worden. Betekent dit dat Vlaanderen zou kunnen investeren in een ziekenhuis in Brussel om daar, rekening houdend met het juridisch kader dat door de Brusselse overheid wordt opgelegd, zijn dienstverlening te kunnen organiseren?

Mevrouw Bury sluit zich aan bij de vragen van de heer Loones aan mevrouw Cloet met betrekking tot de organisatie van het gezondheidsbeleid op gewestelijk niveau en de simulatie van een aantal scenario's in verband met de financiële haalbaarheid voor Brussel.

Hoe kan gegarandeerd worden dat een dienstverlening in het Nederlands in Brussel mogelijk blijft? Wordt het geen utopie om nog een Nederlandstalige gezondheidszorg te krijgen als Brussel zelf verantwoordelijk wordt voor zijn gezondheidszorg?

Voorts wenst mevrouw Bury te vernemen waarom er nog overleg moet gepleegd worden wanneer de deelstaten een homogeen bevoegdheidspakket zouden krijgen. Waarover dient dan nog intens te worden overlegd?

Het lid vraagt ten slotte naar de reden waarom voor een financieringsmodel op federaal niveau wordt gekozen. Hoe kan men op federaal niveau ervoor zorgen dat de middelen eerlijk verdeeld zullen worden? Hoe kunnen deelstaten geresponsabiliseerd worden voor het gevoerde

mener? Elles ont en effet des visions différentes de la politique de santé.

Mme Bury interroge Mme Van Ermen sur les formes de coopération. S'agira-t-il dans ce cas d'une coopération sur un modèle fédéral ou confédéral? Cette coopération sera-t-elle alors obligatoire ou facultative, et dans quelles matières? Subsistera-t-il un financement par dotations de la part de l'autorité fédérale ou y aura-t-il une autonomie fiscale à part entière? Un rôle sera-t-il ou non dévolu au pouvoir fédéral dans le domaine de la politique des soins de santé?

M. Godin estime qu'à Bruxelles, les soins de santé doivent être accessibles dans les deux langues, et que cela peut éventuellement être imposé par le retrait d'agréments. Comment cela peut-il s'envisager au sein du modèle bruxellois?

L'intervenante constate enfin que M. Happe plaide pour un fort *leadership* fédéral en matière de soins de santé. Elle estime cependant que la Flandre et la Wallonie n'ont pas de vision globale des soins de santé. M. Godin nie-t-il que la Flandre et la Wallonie ont une culture différente des soins de santé? Comment serait-il possible d'imposer des objectifs communs au niveau fédéral? L'intervenante estime que cela conduit à des inefficiences et que cela ne sert pas les intérêts du patient, et aimerait avoir quelques précisions à ce sujet.

Mme Celia Groothedde demande aux experts comment il sera possible de garantir à Bruxelles une offre de soins en néerlandais lorsque la compétence en matière de soins de santé aura été transférée aux Communautés ou aux Régions, alors que c'est déjà si difficile aujourd'hui. L'intervenante demande également aux experts ce qu'ils pensent de la protection sociale flamande volontaire à Bruxelles et de la problématique du financement personnalisé, qui est moins bien développé à Bruxelles. Comment cela pourrait-il bien fonctionner dans le futur compte tenu des visions avancées par les experts?

Quelle est leur position par rapport au manque important de soins de première ligne dispensés en néerlandais à Bruxelles?

Mme Groothedde pose les questions suivantes à M. Godin.

Dans quelle mesure est-il souhaitable que nous disposions d'un système de soins de santé lié à la localisation plutôt qu'à la personne, et ne l'envisage-t-on donc pas

beleid? Er zijn immers in de deelstaten verschillende visies op het gezondheidsbeleid.

Mevrouw Bury informeert bij mevrouw Van Ermen naar de vormen van samenwerking. Gaat het dan om een samenwerking naar een federaal of een confederaal model? Is die samenwerking dan verplicht of vrijwillig en in welke aangelegenheden? Blijft er een dotatiefinanciering bestaan vanuit de federale overheid of is er een volwaardige fiscale autonomie? Is er nog een rol weggelegd voor het federale niveau op het vlak van het gezondheidsbeleid of niet?

De heer Godin is van mening dat de gezondheidszorg in Brussel in beide talen toegankelijk moet zijn en dat dit eventueel kan worden afgedwongen door de intrekking van erkenningen. Hoe ziet hij dit binnen het Brusselse model?

Tenslotte stelt de spreker vast dat de heer Happe voor een sterk federaal leiderschap inzake gezondheidszorg pleit. Ze is echter van oordeel dat Vlaanderen en Wallonië geen globale visie op de gezondheidszorg hebben. Ontkent de heer Godin dan dat er een verschil is tussen de gezondheidszorgcultuur in Vlaanderen en Wallonië? Hoe zou het dan op federaal niveau mogelijk zijn om gezamenlijke doestellingen op te leggen? De spreker meent dat dit tot inefficiënties leidt en niet in het belang is van de patiënt en wenst enige verduidelijking hierover.

Mevrouw Celia Groothedde vraagt aan de experts hoe er in Brussel een Vlaams zorgaanbod kan gegarandeerd worden wanneer de bevoegdheid inzake gezondheidszorg aan de Gemeenschappen of de Gewesten zou worden overgedragen, terwijl dit nu al zo moeilijk gaat. De spreker informeert ook naar hun standpunt inzake de vrijwillige Vlaamse sociale bescherming in Brussel en de problematiek van de persoonsvolgende financiering die in Brussel minder goed uitgewerkt is. Op welke manier zou dit dan in de toekomst wel goed kunnen werken in de visies die de experts naar voor schuiven?

Wat is hun standpunt inzake het groot gebrek aan Nederlandstalige eerstelijnszorg in Brussel?

Mevrouw Groothedde legt aan de heer Godin de volgende vragen voor.

In welke mate is het wenselijk dat we een gezondheidszorgsysteem hebben dat verbonden is aan de locatie in de plaats van aan de persoon en of er dus niet te veel

trop en termes de structures plutôt qu'en termes de personnes?

Comment pourra-t-on garantir concrètement, à Bruxelles et ailleurs, le bilinguisme des soins?

En quoi pourrait consister une première ligne de défense contre une pandémie, et quelles précautions devrait-on prendre en la matière?

Mme Rohonyi souligne les divergences d'opinion des orateurs. Toutefois, elle entend une certaine unanimité sur l'inefficacité à laquelle mène le nombre de ministres en charge de la Santé, tant pour les patients que pour les professionnels des soins de santé, qui ne savent plus de quel niveau de pouvoir ils dépendent.

Les francophones ont une importante responsabilité car 7 des 9 ministres actuels responsables de certains pans des soins de santé relèvent du niveau wallon ou bruxellois. Par conséquent, ils doivent balayer devant leur porte s'ils veulent rationaliser les compétences.

Elle relève aussi certains propos de Mme Van Ermen: pourquoi les Régions investiraient-elles dans la prévention, si les bénéfices engrangés de la sorte profitent au fédéral? Mme Rohonyi est d'accord avec ce constat, mais la question est de savoir quelle logique doit être privilégiée. Doit-on aller davantage vers une régionalisation ou vers une communautarisation? Il y a des arguments tant en faveur d'une solution que de l'autre.

Bruxelles est une Région bilingue, dont les habitants ont le droit d'être soignés dans leur langue. Comment répondre à la problématique de la multiplication des niveaux de pouvoir en ce qui concerne Bruxelles, tout en tenant compte de ses spécificités?

M. Hermant se dit étonné par l'exposé de Mme Van Ermen, car il ne repose pas beaucoup sur sa pratique. Il lui demande d'indiquer les problèmes rencontrés lors de la crise du coronavirus: elle n'a rien dit à ce sujet alors qu'elle représente de nombreux praticiens. Mme Van Ermen évoque des transferts d'argent, jusqu'à huit milliards d'euros. M. Hermant se demande lequel de ses deux enfants il va soigner, puisque d'un jour à l'autre une partie du pays n'aura plus d'argent et ne pourra plus organiser ses soins de santé. À ses yeux, les transferts d'argent auront toujours lieu que l'on coupe le pays horizontalement ou verticalement. Les personnes qui vivent dans certaines zones ayant moins d'activité

gedacht wordt in termen van structuren in de plaats van mensen?

Hoe kan men in Brussel en elders concreet de tweetaligheid van de zorg garanderen?

Hoe zou een eerste verdedigingslijn tegen een pandemie er kunnen uitzien en welke voorzorgen moeten daarvoor genomen worden?

Mevrouw Rohonyi onderstreept de meningsverschillen tussen de sprekers. Toch hoort ze enige unanimité over de inefficiëntie waartoe het aantal ministers van Volksgezondheid leidt, zowel voor de patiënten als voor de gezondheidszorgbeoefenaars, die niet meer weten van welk beleidsniveau zij afhangen.

De verantwoordelijkheid van de Franstaligen is groot, want 7 van de 9 ministers die momenteel verantwoordelijk zijn voor bepaalde delen van de gezondheidszorg behoren tot het Waals of Brussels niveau. Zij moeten dus voor eigen deur vegen indien ze de bevoegdheden willen stroomlijnen.

Ze wijst ook op iets wat mevrouw Van Ermen heeft gezegd: waarom zouden de Gewesten in preventie investeren, als de winst die dat oplevert door het federale niveau wordt opgestreken? Mevrouw Rohonyi is het eens met die vaststelling, maar de vraag is voor welke logica men moet kiezen. Moet men de richting inslaan van meer bevoegdheden voor de Gewesten, of veeleer voor de Gemeenschappen? Er zijn argumenten zowel voor de ene oplossing als voor de andere.

Brussel is een tweetalig Gewest, waarvan de inwoners recht hebben op zorg in hun taal. Hoe moet men een antwoord bieden op de problematiek van de vele beleidsniveaus in Brussel en tegelijk rekening houden met zijn specifieke kenmerken?

De heer Hermant zegt dat de uiteenzetting van mevrouw Van Ermen hem verbaast, want ze steunt niet erg op haar praktijkervaring. Hij vraagt haar de problemen aan te wijzen die ze had tijdens de coronacrisis: daarover heeft ze niets gezegd, hoewel ze talrijke zorgverstrekkers vertegenwoordigt. Mevrouw Van Ermen heeft het over de geldtransfers, die tot acht miljard euro bedragen. De heer Hermant vraagt zich af welk van zijn twee kinderen hij zal verzorgen, want van de ene op de andere dag zal een deel van het land geen geld meer hebben en zijn gezondheidszorg niet meer kunnen organiseren. In zijn ogen zullen er altijd geldtransfers zijn, of men het land nu horizontaal of verticaal verdeelt. Zullen de mensen

économique devront-elles choisir lequel de leurs enfants elles pourront soigner?

Seize pour cent des gens en Flandre voudraient la scission du pays. Malgré l'argument démagogique sur le transfert d'argent, remarquons que ce pourcentage a seulement augmenté d'un pour cent depuis 2014. Il est réjouissant de constater que les gens en Flandre comprennent ce que veut dire solidarité et efficacité dans les soins de santé. Mme Van Ermen parle d'une culture différente entre les Régions. Or le membre peut lui assurer qu'entre Uccle et Verviers ou encore entre Genk et Laethem-Saint-Martin, les différences culturelles et en matière de soins de santé existent bel et bien.

M. Hermant a trouvé l'exposé de M. Godin particulièrement intéressant, notamment quand il indique que l'organisation, la prévention et les différentes lignes de médecine doivent relever du même niveau pour des raisons d'efficacité. Il a aussi parlé de l'exemple négatif de Bruxelles. Toutefois, M. Hermant se demande si Bruxelles n'est justement pas la solution. Ne partirait-on pas de la situation de Bruxelles pour trouver une solution pour tous les Belges? Notre capitale est multiculturelle: de nombreuses communautés et langues s'y croisent, dont notamment les personnes qui parlent le français ou le néerlandais. M. Hermant tient à souligner que les personnes s'exprimant en néerlandais à Bruxelles doivent pouvoir se faire soigner dans leur langue. De gros efforts en matière de bilinguisme doivent être déployés en Belgique.

Pour en revenir à la médecine et à l'organisation de celle-ci, M. Hermant considère qu'il serait possible de voir, à partir de Bruxelles, les problèmes que pose la scission de certaines des compétences. De cette façon, l'on pourrait déterminer les compétences devant être refédéralisées en matière de soins de santé. M. Godin indiquait qu'il était important que la médecine de première ligne, la médecine curative et la prévention se situent au même niveau de pouvoir. C'est logique, mais pourquoi faut-il absolument scinder encore plus ou mettre encore davantage de compétences au niveau des Régions? Dans le cas de Bruxelles, on aurait tout intérêt à ce que les compétences soient fédérales, afin d'éviter toute discussion entre organismes de coopération ou organes de concertation entre les différentes parties fédérées du pays. Tous ces organes de concertation représentent un coût énorme en heures de travail et de réunion. À ses yeux, il est préférable d'avoir un seul capitaine et une seule ligne de commande. Dans le

die in bepaalde gebieden met minder economische activiteit leven, moeten kiezen welk kind ze zullen kunnen verzorgen?

Naar verluidt wil 16% van de mensen in Vlaanderen dat het land wordt opgesplitst. We zien dat, ondanks het demagogische argument van de geldtransfers, dat percentage sinds 2014 met amper een procent gestegen is. Het doet hem plezier vast te stellen dat de mensen in Vlaanderen begrijpen wat solidariteit en efficiëntie in de gezondheidszorg betekenen. Mevrouw Van Ermen heeft het over cultuurverschillen tussen de Gewesten. Welnu, het lid kan haar verzekeren dat de cultuurverschillen op het gebied van de gezondheidszorg wel degelijk bestaan, tussen Ukkel en Verviers of tussen Genk en Sint-Martens-Latem.

De heer Hermant vond de uiteenzetting van de heer Godin bijzonder interessant, onder andere wanneer hij zegt dat de organisatie, de preventie en alle geneeskundelijken om redenen van efficiëntie tot hetzelfde niveau moeten behoren. Hij sprak ook over het negatieve voorbeeld van Brussel. De heer Hermant vraagt zich echter af of Brussel niet precies de oplossing is. Kan men de Brusselse situatie niet als uitgangspunt nemen om een oplossing te vinden voor alle Belgen? Onze hoofdstad is multicultureel: heel wat Gemeenschappen en talen ontmoeten er elkaar, met daaronder mensen die zich in het Frans of het Nederlands uitdrukken. De heer Hermant beklemtoont dat de mensen die zich in Brussel in het Nederlands uitdrukken zorg moeten kunnen krijgen in hun taal. Er moeten in België grote inspanningen worden geleverd voor tweetaligheid.

Om terug te komen op de geneeskunde en de organisatie ervan, meent de heer Hermant dat het mogelijk moet zijn om vanuit Brussel de problemen te zien die de opsplitsing van sommige van die bevoegdheden veroorzaakt. Aldus kan men bepalen welke bevoegdheden inzake gezondheidszorg geherfederaliseerd moeten worden. De heer Godin wees erop dat het belangrijk is dat de eerstelijns geneeskunde, de curatieve geneeskunde en de preventie zich op hetzelfde beleidsniveau bevinden. Dat is logisch, maar waarom moet men dat absoluut bereiken door nog meer op te splitsen of door nog meer bevoegdheden naar de Gewesten over te hevelen? In het geval van Brussel heeft men er alle belang bij dat de bevoegdheden federaal worden, om elke discussie tussen samenwerkingsinstellingen of overlegorganen met de deelstaten van het land te voorkomen. Al die overlegorganen hebben een enorme kostprijs in arbeids- en vergaderingstijd. Het is volgens hem beter dat men een enkele kapitein en eenheid van bevel heeft. Het is

cas d'une crise, comme celle du coronavirus, une telle manière de procéder s'est montrée indispensable si l'on veut être efficace.

Enfin, quand il est question de proximité des soins de santé, le membre se demande si les Régions sont vraiment plus proches des citoyens que le niveau fédéral. Le Parlement flamand se trouve quand même juste à côté du Parlement fédéral. Il reconnaît toutefois que certaines compétences régionalisées aujourd'hui doivent certainement le rester.

Mme Rohonyi adresse une deuxième question à M. Happe qui insistait sur l'importance d'une concertation avec les secteurs concernés, dans le cadre d'une potentielle septième réforme de l'État. Il faut également s'assurer que les différents transferts de compétences s'accompagnent du financement nécessaire et d'une concertation régulière, et ce, afin d'évaluer de manière continue l'impact de ces réformes de l'État sur l'efficacité des soins de santé. De quelle manière l'UNESSA entend-elle être consultée par les différents niveaux de pouvoir? La concertation actuelle est-elle efficace? Ou serait-il plus simple d'avoir seulement un ou deux ministres de la Santé pour les compétences de la fédération?

M. Happe expliquait que les compétences en matière de santé et de personnes avaient été transférées progressivement sur la base d'une série de critères. Pour cette raison, le système est aujourd'hui particulièrement illisible. Mme Rohonyi rappelle les différents critères qui ont été appliqués pour ces transferts: une thématique plus ou moins précise, un type d'établissement (les maisons de repos, par exemple), un dispositif de financement donné ou encore un type de bénéficiaire de prestations sociales. Elle souhaite savoir si l'un des critères précités gagnerait à être retenu plutôt qu'un autre. Ou aucun de ces critères n'a-t-il de sens? Si tel est le cas, ne vaut-il pas mieux privilégier une centralisation accrue des compétences?

Mme Cloet et M. Godin ont insisté sur l'importance du niveau européen pour certains pans des soins de santé. Ils ont évoqué l'exemple des médicaments dans la crise sanitaire actuelle. Ne s'agirait-il pas d'un élément supplémentaire pour une centralisation accrue des compétences liées aux soins de santé? En effet, ne serait-il pas plus efficace d'avoir un seul interlocuteur au niveau belge – et donc une position unique? Il pourrait alors la défendre au niveau de l'Union européenne notamment en ce qui concerne les médicaments, tout en tenant compte de l'ensemble des réalités constatées dans notre pays.

gebleken dat bij een crisis, zoals die van het coronavirus, dergelijke werkwijze onontbeerlijk is om efficiënt te zijn.

In verband met de nabijheid van de zorg, vraagt het lid zich tot slot af of de Gewesten werkelijk dichterbij de burgers staan dan het federaal niveau. Het Vlaams parlement bevindt zich toch vlak naast het federaal parlement. Hij erkent echter dat bepaalde bevoegdheden die zich vandaag bij de Gewesten bevinden, daar zeker moeten blijven.

Mevrouw Rohonyi stelt een tweede vraag aan de heer Happe, die het belang beklemtoonde van overleg met de betreffende sectoren bij een zevende Staatshervorming. Men moet er zich ook van vergewissen dat alle bevoegdheidsoverdrachten met de vereiste financiering gepaard gaan en met geregeld overleg, zodat men doorlopend kan evalueren wat de impact van die Staatshervormingen op de efficiëntie van de gezondheidszorg is. Hoe wil de UNESSA door de diverse beleidsniveaus geconsulteerd worden? Is het huidige overleg doeltreffend? Of zou het eenvoudiger zijn slechts twee ministers van Gezondheid te hebben voor de bevoegdheden van de federatie?

De heer Happe heeft uitgelegd dat de bevoegdheden inzake gezondheid en personen geleidelijk aan, op grond van een aantal criteria, werden overgedragen. Om die reden is het stelsel vandaag buitengewoon onleesbaar. Mevrouw Rohonyi brengt de diverse criteria die bij die overdrachten werden toegepast in herinnering: een min of meer nauwkeurige thematiek, een soort instelling (de woonzorgcentra, bijvoorbeeld), een bepaalde financieringswijze of nog een gerechtigde van sociale uitkeringen. Ze wil weten of een van de vermelde criteria er baat bij heeft behouden te worden in plaats van een ander. Of is geen van die criteria zinvol? Indien dat het geval is, kan men dan niet beter de voorkeur geven aan een grotere centralisering van de bevoegdheden?

Mevrouw Cloet en de heer Godin beklemtoonden het belang van het Europees niveau voor bepaalde aspecten van de gezondheidszorg. Ze gaven het voorbeeld van de geneesmiddelen in de huidige sanitaire crisis. Is dat geen bijkomend argument voor meer centralisatie van de bevoegdheden rond gezondheidszorg? Zou het immers niet efficiënter zijn dat we een enkele gesprekspartner hebben op Belgisch niveau – en dus een enkel standpunt? Hij zou dat dan op het niveau van de Europese Unie kunnen verdedigen, onder andere wat de geneesmiddelen betreft, en hierbij rekening kunnen houden met de feiten die in ons land worden vastgesteld.

Mme Rohonyi revient ensuite sur une prise de position de Mme Cloet qu'elle ne partage pas. Au-delà de la question politique, elle souhaiterait obtenir de plus amples explications sur sa déclaration selon laquelle il fallait davantage lier la politique en matière de soins de santé aux Régions, mais dans le même temps qu'il est important de sauvegarder une solidarité forte. Par conséquent, elle se demande si le plaidoyer de Mme Cloet pour une régionalisation accrue est vraiment partagé par l'ensemble des structures qui sont membres de la fédération *Zorgnet*. Par ailleurs, quels arguments soutiennent au contraire une centralisation accrue des compétences liées aux soins de santé? Et comment concilier une régionalisation accrue des compétences et l'impératif d'éviter des soins de santé à plusieurs vitesses?

Enfin, elle souhaite adresser une dernière question qui est fondamentale, notamment à la lumière de cette crise, à propos de l'unité de commandement, et qui fait d'ailleurs partie des recommandations émises par la commission spéciale Covid. L'unité de commandement doit-elle exister uniquement en cas de crise ou de manière générale pour les soins de santé? À l'instar d'autres États fédéraux, faut-il prévoir que l'urgence à un moment donné puisse justifier un transfert de compétences des entités fédérées vers le niveau fédéral?

M. Van Goidsenhoven revient sur l'idée selon laquelle les soins de santé à Bruxelles pourraient être organisés selon une logique différente que celle des deux autres Régions, sachant qu'à Bruxelles, il serait possible de choisir entre le niveau flamand ou le niveau francophone. Cela n'aurait-il pas pour conséquence d'établir, sur un élément vital comme les soins de santé, une certaine forme de ségrégation ou de sous-nationalité? Certes, cette manière de procéder pourrait être perçue comme un report du choix déjà opéré par les Bruxellois entre les écoles francophones ou flamandes. Néanmoins, il estime que le choix dans le cas présent est d'une autre nature.

À travers les différentes prises de parole, M. Van Goidsenhoven observe que l'on passe du tout à la défédéralisation à la refédéralisation complète. Dans les approches, il y a manifestement des points de vue extrêmement divergents. C'est pourquoi le débat est d'autant plus intéressant. Néanmoins, sachant que dans notre pays, il est rare qu'un point de vue impose toutes ses priorités, quelle est l'approche à mettre en œuvre prioritairement, afin d'améliorer un système perfectible et dont le manque de cohérence a été largement pointé? Quel est l'élément pivot qui devrait être prioritaire parmi l'ensemble des avancées exprimées?

Mevrouw Rohonyi komt vervolgens terug op een standpunt van mevrouw Cloet, dat zij niet deelt. De politieke kwestie terzijde, wil spreekster meer uitleg over haar verklaring dat men het beleid inzake gezondheidszorg meer aan de Gewesten moet koppelen, maar dat het tegelijk belangrijk is een sterke solidariteit te behouden. Ze vraagt zich af of het pleidooi van mevrouw Cloet voor meer regionalisering werkelijk gedeeld wordt door alle structuren die lid zijn van *Zorgnet*. Welke argumenten ondersteunen een grotere centralisatie van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg? En hoe kan men bij een verdere regionalisering voorkomen dat er een gezondheidszorg met verscheidene snelheden ontstaat?

Tot slot wil ze nog een laatste vraag stellen, die in het licht van deze crisis fundamenteel is, over de eenheid van bevel, wat overigens deel uitmaakt van de aanbevelingen van de bijzondere covid-commissie. Moet er alleen eenheid van bevel zijn bij een crisis, of moet ze er in het algemeen zijn voor de gezondheidszorg? Moeten we, zoals andere federale staten, ervoor zorgen dat een noodsituatie op een bepaald moment een overdracht van bevoegdheden van de deelstaten naar het federaal niveau kan verantwoorden?

De heer Van Goidsenhoven komt terug op het idee dat de gezondheidszorg in Brussel volgens een andere logica kan worden georganiseerd dan die van de twee andere Gewesten, in de wetenschap dat het in Brussel mogelijk zou zijn tussen het Vlaamse niveau en het Franstalige niveau te kiezen. Zou dat niet tot gevolg hebben dat er rond een vitaal gegeven als de gezondheidszorg een vorm van segregatie of subnationaliteit ingesteld wordt? Die werkwijze kan weliswaar worden gezien als het verlengde van de keuze die de Brusselaars nu al maken tussen de Franstalige en de Vlaamse scholen. Hij vindt niettemin dat de keuze in dit geval van een andere orde is.

De heer Van Goidsenhoven merkt op dat de standpunten enorm uiteenlopend zijn, gaande van defederalisering naar volledige herfederalisering. Dit maakt het debat des te interessanter. In de wetenschap dat het in ons land zelden voorkomt dat één standpunt wordt opgelegd boven alle andere, welke aanpak moet dan bij voorrang worden gevolgd om een systeem te perfectioneren dat voor verbetering vatbaar is en waarvan het gebrek aan coherentie alom wordt erkend? Wat is het sleutelement dat prioriteit moet krijgen onder alle naar voren gebrachte punten?

M. Uyttendaele constate qu'il ressort de tous les exposés – et ce n'est pas une surprise – que les différentes réformes de l'État ont créé une sorte de magma, une dentelle de compétences qui complique évidemment le travail en pratique. Certains défendent une régionalisation, d'autres une communautarisation. Cette seconde option l'inquiète un peu en tant que Bruxellois: comment l'accès aux soins pourrait-il être amélioré concrètement par une communautarisation qui se fonderait sur une sorte de sous-nationalité à Bruxelles?

L'État belge est partie à des conventions internationales, notamment au Pacte international sur les droits sociaux, économiques et culturels, qui impose une homogénéité de l'accès aux soins et de la qualité de ceux-ci sur l'ensemble du territoire. Or on peut craindre un déséquilibre si l'on organise une scission par entités de la gestion ou du financement des soins de santé. Comment la Belgique pourra-t-elle assumer ses obligations au niveau international?

Enfin, s'il y avait une matière qu'il conviendrait vraiment de refédéraliser, quelle serait-elle selon les experts?

M. Van Rompuy se limite à trois brèves questions.

Comment les experts conçoivent-ils la cogestion à l'avenir? Le transfert de certaines compétences constituerait-il une opportunité d'appréhender certaines choses différemment? Si oui, comment voient-ils cela concrètement?

À Mme Cloet qui a parlé d'application asymétrique de la politique fédérale, le sénateur demande si elle a des priorités précises.

Enfin, on s'est beaucoup demandé si la refédéralisation avait du sens ou non. Au sein du groupe de travail du Parlement flamand, des exemples ont été donnés d'autres choix qui avaient été opérés avec la régionalisation et pour lesquels il n'est pas sûr qu'on pourrait faire marche arrière. Lui-même ne pense pas que la refédéralisation constitue une piste réelle mais il aimerait entendre l'avis des experts. À titre d'exemple, la Flandre a beaucoup plus investi dans les centres de soins résidentiels que la Région wallonne. Des choix différents ont été faits en matière d'aide à la jeunesse. Serait-il efficace de faire marche arrière dans des domaines où les Régions et Communautés ont pris des options différentes?

Mme Goffinet déclare qu'elle ne partage pas les opinions de Mme Van Ermen, pas plus qu'elle ne valide les

De heer Uyttendaele stelt vast dat uit alle uiteenzettingen blijkt – en dat hoeft niet te verbazen – dat de verschillende Staatshervormingen een soort smeltkroes, een lappendeken van bevoegdheden hebben doen ontstaan, wat het werk in de praktijk uiteraard bemoeilijkt. Sommigen pleiten voor regionalisering, anderen voor communautarisering. Deze tweede optie baart hem als Brusselaar een beetje zorgen: hoe zou een communautarisering op basis van een soort subnationaliteit in Brussel de toegang tot de zorg in de praktijk kunnen verbeteren?

De Belgische Staat is partij bij internationale verdragen, met name het Internationaal Verdrag inzake Sociale, Economische en Culturele Rechten, dat een uniforme toegang tot en kwaliteit van de zorg in het hele land oplegt. Wanneer het beheer of de financiering van de gezondheidszorg per deelstaat wordt opgesplitst, dreigt het evenwicht echter te worden verstoord. Hoe zal België zijn internationale verplichtingen kunnen nakomen?

Tot slot, als er één terrein was dat echt opnieuw zou moeten worden gefederaliseerd, wat zou dat dan volgens de deskundigen zijn?

De heer Van Rompuy beperkt zich tot drie korte vragen.

Hoe zien de deskundigen het gezamenlijk beheer in de toekomst? Zou de overdracht van bepaalde bevoegdheden een gelegenheid zijn om bepaalde zaken anders aan te pakken? Zo ja, hoe zien zij dat concreet?

De senator vraagt aan mevrouw Cloet, die het had over de asymmetrische toepassing van het federale beleid, of zij specifieke prioriteiten heeft.

Ten slotte was er veel te doen over de vraag of herfederalisering al dan niet zinvol is. In de werkgroep van het Vlaams Parlement werden voorbeelden gegeven van andere keuzes die met de regionalisering waren gemaakt en waarvan het niet zeker is dat ze kunnen worden teruggedraaid. Hijzelf denkt niet dat herfederalisering een reële optie is, maar hij zou graag de mening van de deskundigen horen. Vlaanderen heeft bijvoorbeeld veel meer geïnvesteerd in woonzorgcentra dan het Waals Gewest. Er zijn verschillende keuzes gemaakt op het gebied van jeugdhulp. Zou het efficiënt zijn om een stap terug te zetten in domeinen waar de Gewesten en Gemeenschappen verschillende keuzes hebben gemaakt?

Mevrouw Goffinet zegt dat zij de mening van mevrouw Van Ermen niet deelt, en dat zij de statistische gegevens

données statistiques que l'experte a fournie. En effet, il ne ressort pas du tout du cadastre du SPF Santé publique qu'il y aurait 30 % de médecins en plus en Wallonie.

Dans son plaidoyer, l'experte a mis en avant les Communautés et la nécessité de leur attribuer pleinement la compétence en matière de soins de santé. Et elle a insisté sur le fait que la Flandre n'était pas trop petite pour assurer ces fonctions. La membre aimerait savoir si cela signifie que la Communauté germanophone devrait aussi être pleinement compétente pour les soins de santé. Si oui, serait-ce viable?

Par ailleurs, Mme Goffinet se dit très choquée par la conclusion de la note écrite de Mme Van Ermen qui compare la Wallonie à l'Allemagne de l'Est.

L'hypothèse de la sous-nationalité à Bruxelles a été évoquée par M. Godin, mais la membre ne comprend pas bien si l'expert plaide ainsi pour une régionalisation ou pour une communautarisation des soins de santé.

En matière de solidarité interpersonnelle, la note de M. Godin fait état de différents exemples tels que celui de la Suisse ou des Pays-Bas. Le patient y bénéficie d'un remboursement minimal pour le traitement ou pour les médicaments mais cette intervention du niveau fédéral est complétée par une intervention du niveau provincial ou cantonal. Ce type de système est-il réellement applicable en Belgique? Quels en seraient les avantages?

M. Happe a livré un vibrant plaidoyer sur la nécessité de maintenir une solidarité interpersonnelle, tout en exprimant le souhait d'un travail approfondi en vue des prochaines réformes de l'État, en concertation avec des associations comme la sienne.

Quelle est sa vision d'une politique responsable en matière de soins de santé? La mise en place d'un cadre de responsabilisation des entités fédérées ne serait-il pas de nature à réduire l'accès aux soins pour les publics plus fragilisés?

Mme Cloet a fait état de la nécessité de créer un conseil consultatif de la santé. Ce conseil devrait-il être institué au niveau fédéral mais conseiller également les gouvernements des entités fédérées? Ou serait-il préférable de créer un tel conseil dans chaque Région?

Concernant la solidarité interpersonnelle, l'experte a indiqué que les recettes devaient rester solidaires mais

die de deskundige heeft verstrekt, evenmin bevestigt. Uit het kadaster van de FOD Volksgezondheid blijkt immers helemaal niet dat er in Wallonië 30 % meer artsen zouden zijn.

Volgens de deskundige dienen de Gemeenschappen de volledige bevoegdheid op het gebied van de gezondheidszorg te krijgen. Bovendien benadrukte zij dat Vlaanderen niet te klein was om deze functies te vervullen. Het lid zou graag willen weten of dit betekent dat de Duitstalige Gemeenschap ook ten volle bevoegd zou moeten zijn voor de gezondheidszorg. Zo ja, zou zo iets werkbaar zijn?

Voorts zegt mevrouw Goffinet zeer geschokt te zijn door de conclusie in de schriftelijke nota van mevrouw Van Ermen, waarin Wallonië met Oost-Duitsland wordt vergeleken.

De hypothese van subnationaliteit in Brussel werd aangehaald door de heer Godin, maar het lid begrijpt niet goed of de deskundige daarmee pleit voor regionalisering dan wel communautarisering van de gezondheidszorg.

Wat de interpersoonlijke solidariteit betreft, worden in de nota van de heer Godin verschillende voorbeelden genoemd, zoals Zwitserland of Nederland. In deze landen krijgt de patiënt een minimumvergoeding voor behandeling of geneesmiddelen, maar deze tegemoetkoming op federaal niveau wordt aangevuld met een tegemoetkoming op provinciaal of kantonnaal niveau. Kan een dergelijk systeem daadwerkelijk in België worden toegepast? Wat zouden de voordelen hiervan zijn?

De heer Happe hield een krachtig pleidooi om de onderlinge solidariteit in stand te houden en sprak de wens uit om in overleg met verenigingen zoals de zijne diepgaand te werken aan toekomstige Staatshervormingen.

Wat is zijn visie op een verantwoord gezondheidszorgbeleid? Zou de invoering van een kader voor de responsabilisering van de deelstaten de toegang tot de zorg voor de meest kwetsbare groepen niet verminderen?

Mevrouw Cloet sprak over de noodzaak om een adviesraad voor gezondheid op te richten. Moet deze raad op federaal niveau worden opgericht, maar ook de regeringen van de deelstaten adviseren? Of zou het beter zijn in elk Gewest een dergelijke raad op te richten?

Wat de interpersoonlijke solidariteit betreft, gaf de deskundige aan dat de inkomsten solidair moeten blijven,

que les critères de dotation devaient inclure le vieillissement, l'innovation, mais aussi les besoins réels et l'investissement dans la qualité. Ces critères permettaient-ils de garantir à chaque Région de disposer des moyens nécessaires pour assurer une politique de soins de santé pour l'ensemble de sa population? D'autres critères pourraient-ils être ajoutés?

2) Réponses des experts

Mme Van Ermen retient des exposés des différents orateurs que ceux-ci s'accordent à dire que la politique en matière de santé n'est pas optimale car les compétences sont trop morcelées. La question centrale est toutefois de savoir si cette politique doit être menée au niveau fédéral ou au niveau communautaire.

Mme Van Ermen répond à Mme Fonck qu'il y a effectivement des différences selon les villes et les provinces mais que, globalement, il existe aussi, à côté de la frontière linguistique, une «frontière» en termes de soins de santé et une éthique différente quant à la manière de gérer le travail et les ressources financières. L'intervenante renvoie d'ailleurs à ce que M. Didier Paquot de l'Institut Destrée a déclaré: «*La Wallonie reproduit des générations de chômeurs structurels*» (3). Ainsi, l'industrie de la viande de Flandre occidentale n'est pas parvenue, en dépit des primes, à attirer des chômeurs wallons. Mme Van Ermen affirme que la solidarité implique aussi une loyauté de la part du bénéficiaire et constate que la coopération par-delà la frontière linguistique reste très difficile, comme on le voit avec l'accord vieux de vingt-cinq ans relatif aux quotas de médecins. La VAV plaide donc en faveur d'une autonomie à part entière en matière de politique de soins de santé, qui pourrait être réalisée de manière progressive sur la base de dotations et de facteurs de correction.

M. Happe constate que beaucoup de membres ont cru déceler dans son discours une volonté ferme de tout fédéraliser. Il n'en est rien. Peut-être a-t-il trop insisté sur la nécessité de conserver un niveau fédéral. En réalité, certaines questions qui ont été transmises aux experts ne portaient pas sur la manière d'assurer une meilleure qualité des soins mais plutôt sur la manière de régionaliser ou communautariser. C'est sans doute en réponse à ces questions que l'expert a particulièrement insisté sur la nécessité de conserver un niveau fédéral.

M. Happe estime que le modèle des soins de santé doit intégrer les différentes dimensions de la santé, à

mais que bij de criteria voor de verdeling rekening moet worden gehouden met de vergrijzing, innovatie, maar ook met reële behoeften en investeringen in kwaliteit. Zouden deze criteria kunnen garanderen dat elk Gewest over de nodige middelen beschikt om een gezondheidszorgbeleid voor zijn gehele bevolking te verzekeren? Kunnen er andere criteria worden toegevoegd?

2) Antwoorden van de deskundigen

Mevrouw Van Ermen leert uit de tussenkomsten van de verschillende sprekers dat ze het erover eens zijn dat het beleid te veel versnipperd is en niet optimaal is. De centrale vraag is echter of het gezondheidsbeleid op het federale niveau of op het niveau van de Gemeenschappen moet gevoerd worden.

Mevrouw Van Ermen antwoordt aan mevrouw Fonck dat er inderdaad verschillen zijn tussen de verschillende steden en provincies maar in het geheel genomen bestaat er naast een taalgrens ook een «zorggrens» en een andere ethiek om met geld en werk om te gaan. De sprekerster verwijst naar de uitspraak van de heer Didier Paquot van het Institut Destrée: «*La Wallonie reproduit des générations de chômeurs structurels*» (3). Zo lokten premies geen Waalse werklozen naar de Westvlaamse vleesindustrie. Mevrouw Van Ermen stelt dat solidariteit ook loyaliteit van de ontvanger veronderstelt en stelt vast dat samenwerking over de taalgrens heel moeilijk blijft, zoals bijvoorbeeld inzake het vijfentwintig jaar oude akkoord over de contingentering van artsen. Het Vlaams Artsenverbond pleit dan ook voor een volwaardige autonomie inzake het gezondheidszorgbeleid, eventueel stapsgewijs aan de hand van dotaties en correctiefactoren.

De heer Happe merkt op dat heel wat leden uit zijn betoog opmaken dat hij alles weer resoluut wil federaliseren. Daar is geen sprake van. Misschien heeft hij te sterk benadrukt dat het federale niveau behouden moet blijven. In feite gingen sommige vragen die aan de deskundigen werden voorgelegd niet over de vraag hoe men de kwaliteit van de zorg kon verbeteren, maar veeleer over de wijze waarop men kan regionaliseren of communautariseren. Vermoedelijk heeft hij naar aanleiding van deze vragen bijzonder de nadruk gelegd op de noodzaak om een federaal niveau te behouden.

De heer Happe is van mening dat het gezondheidszorgmodel de verschillende dimensies van gezondheid moet

(3) Voir l'interview de Didier Paquot, économiste et chercheur associé à l'Institut Destrée, par la RTBF le 28 septembre 2020.

(3) Zie het interview van Didier Paquot, econoom en onderzoeker verbonden aan het Institut Destrée, voor de RTBF op 28 september 2020.

commencer par l'éducation, la prévention, le dépistage, les soins curatifs, les soins chroniques, les soins résidentiels, jusqu'à la fin de vie. La répartition actuelle des compétences organise ces dimensions en silos. Les soins résidentiels relèvent par exemple des entités fédérées, le curatif du niveau fédéral, etc., alors que c'est la même personne, en fonction de son parcours de vie et de l'évolution de son état de santé, qui aura besoin, tantôt de dépistage, tantôt de soins curatifs, tantôt de soins résidentiels. Il est important que les acteurs des soins de santé puissent se coordonner pour pouvoir répondre au mieux aux besoins évolutifs de la personne. Cela nécessite certainement de réorganiser cette offre de soins en paquets et, pourquoi pas, à une échelle régionale ou communautaire.

Par contre, il suffit de lire les questions posées pour s'apercevoir qu'elles étaient très différentes au nord et au sud du pays. L'expert ne nie certainement pas les différences culturelles, mais il ne faut pas nier non plus les *Big Five*, le *Lancet*, toute la documentation médicale, l'«*evidence based medicine*». Un patient ne reste-t-il pas un patient? Un infarctus ne demeure-t-il pas un infarctus? Les modalités de sa prise en charge ne sont-elles pas identiques? On a tendance peut-être à mettre trop l'accent sur les divergences plutôt que sur les convergences. UNESSA travaille régulièrement avec *Zorgnet* et il y a entre eux plus de convergences que de divergences. Et quand il y a divergence, on en débat et on va au-delà.

Parce qu'il y a plus de convergences que de divergences, parce que nous devons donner la même accessibilité et la même qualité de soins à l'ensemble de nos concitoyens, M. Happe pense que des objectifs de santé doivent être définis au niveau fédéral mais que ces objectifs sont à atteindre au niveau «local», soit par les Régions, soit par les Communautés.

Ces objectifs doivent être communs et c'est dans ce sens que l'expert a parlé de responsabilisation: responsabilisation des autorités locales pour atteindre ces objectifs.

M. Happe a longuement insisté sur le principe d'une sécurité sociale forte en termes de moyens. En fonction d'objectifs communs et de besoins pour atteindre ces objectifs, les dotations aux entités fédérées peuvent être définies de manière objective. On ne peut pas continuer à diviser la santé en silos.

samenbrengen, te beginnen met onderwijs, preventie, screening, curatieve zorg, chronische zorg, residentiële zorg, tot het levenseinde. De huidige bevoegdheidsverdeling organiseert deze dimensies los van elkaar. Zo valt de residentiële zorg onder de bevoegdheid van de deelstaten, de curatieve zorg onder die van het federale niveau, enz., terwijl eenzelfde persoon, naargelang van zijn levensloop en de evolutie van zijn gezondheidstoestand, nu eens behoefte zal hebben aan screening, dan weer aan curatieve zorg, dan weer aan residentiële zorg. Het is van belang dat de actoren in de gezondheidszorg met elkaar kunnen overleggen om de evoluerende behoeften van de betrokkene zo goed mogelijk op te vangen. Dit vereist ongetwijfeld een reorganisatie van dit zorgaanbod in pakketten en eventueel op Gewest- of gemeenschapsniveau.

Aan de andere kant volstaat het de gestelde vragen te lezen om te beseffen dat die in het noorden en het zuiden van het land zeer verschillend waren. De deskundige is zeker niet blind voor de culturele verschillen, maar evenmin mag men de *Big Five*, de *Lancet*, alle medische literatuur, de «*evidence based medicine*» ontkennen. Blijft een patiënt niet een patiënt? Blijft een hartaanval niet een hartaanval? Zijn de gehanteerde methodes hierbij niet dezelfde? Misschien is men geneigd te veel de nadruk te leggen op de verschillen in plaats van op de overeenkomsten. UNESSA werkt regelmatig samen met *Zorgnet* en er zijn meer overeenkomsten dan verschillen tussen hen. En als er meningsverschillen zijn, wordt daarover gedebatteerd en gaat men verder.

Omdat er meer overeenkomsten dan verschillen zijn, omdat we al onze medeburgers dezelfde toegankelijkheid en dezelfde kwaliteit van zorg moeten bieden, vindt de heer Happe dat gezondheidsdoelstellingen op federaal niveau moeten worden vastgelegd, maar dat die doelstellingen op «lokaal» niveau moeten worden gerealiseerd, hetzij door de Gewesten, hetzij door de Gemeenschappen.

Deze doelstellingen moeten gemeenschappelijk zijn en in die zin heeft de deskundige het gehad over responsabilisering: de plaatselijke overheden responsabiliseren om deze doelstellingen te bereiken.

De heer Happe heeft uitvoerig de nadruk gelegd op het principe van een sterke sociale zekerheid wat de middelen betreft. Op basis van gemeenschappelijke doelstellingen en behoeften om deze doelstellingen te bereiken, kunnen de dotaties aan de deelstaten objectief worden vastgesteld. We kunnen de gezondheidszorg niet in hokjes blijven verdelen.

Existe-t-il de meilleurs critères que d'autres pour transférer les compétences? Sur la base de son expérience personnelle en tant que directeur à Bruxelles d'un hôpital qui dépendait du niveau fédéral et d'une maison de soins psychiatriques relevant du niveau régional, l'expert est d'avis que le transfert par institutions n'est pas indiqué. Le transfert du financement par infrastructure sans avoir l'ensemble du *package* ne lui semble pas pertinent non plus. Il faut répéter que le patient doit être remis au centre des priorités. Par conséquent, s'il fallait retenir un critère, ce serait celui des droits aux prestations sociales. C'est l'accès aux soins ou aux prestations sociales qui doit nous guider dans le cadre du transfert des compétences.

M. Happe se réjouit du débat mené dans la commission. UNESSA a régulièrement proposé ses services. Il est à disposition pour donner son avis sur les différents scénarios que le législateur envisagerait, ou encore sur leur applicabilité, ou sur une étape d'évaluation. La concertation existe déjà aujourd'hui car UNESSA, au travers de différents secteurs, travaille avec différentes Régions, avec le niveau fédéral, avec la Communauté française. Il y a beaucoup d'interlocuteurs, sans doute trop, mais la concertation existe et il est important de la poursuivre sur de tels enjeux.

L'expert ne se prononce pas sur le principe de cogestion car cela reviendrait à déjà valider un modèle.

L'accessibilité et la qualité des soins nécessite qu'on y investisse les moyens nécessaires, par une discussion sans tabou, tant sur plus d'autonomie des entités fédérées, que sur un maintien ou un renforcement de certaines compétences au niveau fédéral.

Mme Van Ermen répond à M. Happe qu'il y a effectivement des différences entre le sud et le nord du pays, par exemple en ce qui concerne le traitement des infarctus, et que le jargon et la littérature consultée diffèrent aussi.

Mme Cloet souligne que, s'agissant de Bruxelles, la situation est très complexe, ce qui rend le débat particulièrement difficile. L'intervenante se réfère à cet égard à un document de 2013 de Paul Van Orshoven, intitulé «*Brussel opnieuw uitvinden*» (4). Plus on évolue vers des systèmes de financement personnalisés dans le cadre desquels il y a lieu d'adhérer à un système ou

Bestaan er betere criteria dan andere om de bevoegdheden over te dragen? Vanuit zijn persoonlijke ervaring als directeur van een Brussels ziekenhuis dat afhangt van het federale niveau en een psychiatrisch verzorgingstehuis dat onder het gewestelijke niveau viel, is de deskundige van mening dat de overdracht per instelling geen goed idee is. De overdracht van de financiering per infrastructuur, zonder het hele pakket, lijkt hem evenmin zinvol. Er moet nogmaals op worden gewezen dat de patiënt weer de absolute prioriteit moet worden. Als we dus één criterium moesten kiezen, zou dat het recht op sociale prestaties zijn. Bij de overdracht van bevoegdheden moeten we ons laten leiden door de toegang tot zorg of sociale prestaties.

De heer Happe is verheugd over het debat dat in de commissie is gevoerd. UNESSA heeft regelmatig haar diensten aangeboden. Hij staat met zijn vereniging ter beschikking om zijn advies te geven over de verschillende scenario's die de wetgever in overweging zou nemen, of over de toepasbaarheid ervan, of over een evaluatiefase. Er bestaat vandaag reeds overleg, want UNESSA werkt doorheen verschillende sectoren samen met de verschillende Gewesten, met het federale niveau, met de Franse Gemeenschap. Er zijn veel gesprekspartners, waarschijnlijk te veel, maar er is overleg en het is belangrijk dat dit overleg over dergelijke vraagstukken wordt voortgezet.

De deskundige spreekt zich niet uit over het principe van gezamenlijk beheer, aangezien hij daarmee reeds een welbepaald model zou valideren.

De toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg vereisen dat daarin de nodige middelen worden geïnvesteerd, en wel door middel van een debat zonder taboes, zowel over meer autonomie voor de deelstaten als over het behoud of de versterking van bepaalde bevoegdheden op federaal niveau.

Mevrouw Van Ermen antwoordt aan de heer Happe dat er wel degelijk verschillen bestaan tussen het zuidelijke en het noordelijke landsgedeelte inzake de behandeling van bijvoorbeeld hartinfarcten en dat het jargon en geraadpleegde literatuur ook verschillen.

Mevrouw Cloet benadrukt dat we in Brussel van een heel complexe situatie vertrekken en dit het debat over Brussel heel moeilijk maakt. De spreker verwijst in dit verband naar een paper van Paul Van Orshoven uit 2013 «*Brussel opnieuw uitvinden*» (4). Hoe meer men naar systemen van persoonsvolgende financiering evolueert waar men zich tot een bepaald systeem moet

(4) Briefing de Vives du 25 octobre 2013.

(4) Vives briefing 25 oktober 2013.

à un autre, plus on aura de difficultés à mettre ceux-ci en œuvre à Bruxelles parce qu'il n'y a pas de sous-nationalité et parce que Bruxelles n'est plus la somme des néerlandophones et des francophones. Si l'on opte pour un système où les Communautés sont compétentes pour la politique de santé, alors on doit prévoir aussi une politique *sui generis* pour Bruxelles. Il faudra alors procéder à des investissements substantiels pour soutenir les Communautés à Bruxelles afin de faire en sorte que l'offre de soins soit suffisante. Il faudra veiller aussi à ce que les systèmes de financement soient suffisamment transparents pour renforcer l'assise du système de sécurité sociale.

Il va sans dire que *Zorgnet-Icuro* a réalisé une étude d'incidence de la situation actuelle, mais celle-ci doit encore être finalisée.

L'intervenante pense que l'insertion professionnelle devrait être une compétence du ministre de l'Emploi et du ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. L'INAMI et le VDAB collaborent dans différents domaines et cela est très efficace car ces deux organismes mettent leur expertise en commun.

Mme Cloet répond à Mme Bury qu'une intense concertation sera toujours nécessaire entre les entités fédérées sur la question du financement ou des recommandations à formuler pour l'Europe.

Elle plaide en faveur d'un financement solidaire au niveau fédéral. À l'heure actuelle, le système de sécurité sociale est alimenté aussi par d'autres moyens, mais il faudrait le rendre plus transparent et simplifier la concertation.

Si l'on responsabilisait les Communautés ou les Régions, on pourrait formuler des objectifs en matière de soins de santé et fixer des indicateurs, par exemple la diminution du nombre d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques par le biais d'une meilleure prévention.

L'intervenante répond à Mme Rohonyi qu'il s'agit en l'espèce d'une note de discussion de *Zorgnet-Icuro*, qui représente le plus grand commun dénominateur d'un exercice de réflexion interne. L'intervenante est consciente que cela n'est pas évident pour les équipements de soins basés à Bruxelles.

À l'INAMI, il y a un système de cogestion et de responsabilisation très poussé qu'il serait préférable à l'avenir de transformer en une sorte de conseil d'administration,

bekennen, hoe moeilijker het wordt om dat in Brussel toe te passen omdat er geen subnationaliteit bestaat en omdat Brussel geen optelsom meer is van Nederlandstaligen en Franstaligen. Indien men opteert voor een systeem waarin men de Gemeenschappen bevoegd maakt voor het gezondheidsbeleid, heeft men ook een *sui generis* beleid voor Brussel nodig. Daarbij moeten dan aanzienlijke investeringen komen om de Gemeenschappen in Brussel te ondersteunen zodat er voldoende zorgaanbod is. De financieringssystemen moeten bovendien voldoende transparant gemaakt worden om het draagvlak van het sociale zekerheidssysteem te versterken.

Zorgnet-Icuro heeft uiteraard een impact-analyse gemaakt van de huidige situatie, maar dit moet nog verder geconcretiseerd worden.

De sprekerster is van oordeel dat de arbeidsintegratie een bevoegdheid moet zijn van de minister van Werk en de minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken. Zo bestaan er een aantal samenwerkingen tussen het RIZIV en de VDAB en die werken heel goed omdat de expertise van die twee organen wordt samengebracht.

Mevrouw Cloet antwoordt aan mevrouw Bury dat nog steeds intens overleg nodig zal zijn tussen de deelstaten over de financiering of wanneer aanbevelingen aan Europa moeten worden geformuleerd.

Ze pleit voor een solidaire financiering op federaal niveau. De sociale zekerheid wordt op dit ogenblik ook aangevuld met andere middelen, maar het systeem zou transparanter moeten worden en ook het overleg zou moeten worden vereenvoudigd.

Wanneer de Gemeenschappen of de Gewesten geresponsabiliseerd worden, zou men gezondheidszorgdoelstellingen kunnen formuleren en indicatoren kunnen vastleggen, zoals bijvoorbeeld het verminderen van het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen, hetgeen kan bereikt worden door meer preventie.

De sprekerster antwoordt aan mevrouw Rohonyi dat het hier om een discussienota van *Zorgnet-Icuro* gaat die de grootste gemene deler is van een interne denkoefening. De sprekerster beseft dat dit voor de voorzieningen die in Brussel gevestigd zijn geen evidentie is.

Er bestaat in het RIZIV een heel grote vorm van medebeheer en responsabilisering die in de toekomst beter wordt omgevormd naar het model van een raad van bestuur

ce qui permettrait au secteur des soins de santé et aux pouvoirs publics de rechercher ensemble des solutions de manière constructive.

En ce qui concerne l'application asymétrique de la politique fédérale, Mme Cloet fait référence aux hôpitaux de revalidation qui sont passés sous le giron des Communautés dans le cadre de la sixième réforme de l'État, mais qui n'existent qu'en Flandre. Dans le domaine de la revalidation et des soins de première ligne, la première priorité est de collaborer.

Selon Mme Cloet, la refédéralisation des compétences est très difficile car l'intégration des compétences permet d'établir des liens avec des compétences déjà transférées précédemment, comme, par exemple, les soins aux personnes handicapées, les soins aux personnes âgées et l'enseignement. Il ne serait pas souhaitable de refédéraliser ces branches de la politique en matière de bien-être, alors que tous les modèles partent du principe que le bien-être et les soins de santé forment un tout.

Mme Cloet précise que les paramètres de la répartition des moyens fédéraux sont seulement des exemples et qu'ils ne seront peut-être pas suffisants pour permettre aux entités fédérées de mettre en œuvre la politique dans son intégralité. Des initiatives complémentaires pourraient éventuellement être prises, comme la mise en place d'un système d'assurance sociale propre avec primes.

Avant d'entamer ses réponses, M. Godin précise à l'attention de Mme Goffinet qu'il n'est pas médecin. Il ajoute, pour rebondir sur la comparaison faite par Mme Van Ermen de la Wallonie avec l'Allemagne de l'Est, que ce pays a fourni de bons responsables politiques: n'oublions pas que Mme Angela Merkel y a passé toute son enfance et sa jeunesse!

En réponse à la question de M. Anciaux, l'intervenant explique que la subsidiarité peut s'entendre à deux niveaux. Au niveau des soignants, elle signifie qu'un soin devrait être prodigué par la personne la plus à même de le faire. Aujourd'hui, trop d'actes sont posés par des spécialistes alors qu'ils pourraient l'être par des généralistes, trop d'actes posés par des généralistes pourraient l'être par des infirmiers, trop d'actes posés par des infirmiers pourraient l'être par des aide-soignants, etc.

La subsidiarité s'entend aussi pour les niveaux de pouvoir. Aux Pays-Bas, si un patient a besoin de quelque chose, il s'adresse d'abord à la commune. Si la commune

waardoor de gezondheidssector samen met de overheid constructief naar oplossingen kan zoeken.

Wat de asymmetrische toepassing van het federale beleid betreft, verwijst mevrouw Cloet naar de revalidatieziekenhuizen die bij de zesde Staatshervorming aan de Gemeenschappen werden overgeheveld, maar die enkel in Vlaanderen bestaan. Op vlak van revalidatie en eerstelijnszorg ligt een grote prioriteit om samen te werken.

Volgens mevrouw Cloet is de herfederalisering van bevoegdheden heel moeilijk omdat door de integratie van de bevoegdheden er linken kunnen gelegd worden met bevoegdheden die reeds eerder werden overgedragen zoals bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en het onderwijs. Het zou niet wenselijk zijn om die takken van het welzijnsbeleid terug te herfederaliseren, terwijl alle modellen ervan uitgaan dat welzijn en gezondheidszorg samen horen.

Mevrouw Cloet verduidelijkt dat de parameters van de verdeling van de federale middelen slechts als voorbeelden gelden en dat ze wellicht onvoldoende zullen zijn om in de deelstaten het volledige beleid te voeren. Daar kunnen dan eventueel aanvullende initiatieven worden genomen, zoals een eigen sociaalverzekeringssysteem met premies.

Vóór de heer Godin zijn antwoorden formuleert, wijst hij mevrouw Goffinet erop dat hij geen arts is. Om terug te komen op de door mevrouw Van Ermen gemaakte vergelijking van Wallonië met Oost-Duitsland, geeft spreker aan dat dit land goede politici heeft voortgebracht: laten we niet vergeten dat mevrouw Angela Merkel er haar kindertijd en jeugd heeft doorgebracht!

Op de vraag van de heer Anciaux antwoordt spreker dat subsidiariteit op twee niveaus kan worden begrepen. Op het niveau van de zorgverleners betekent dit dat de zorg moet worden verleend door de persoon die daar het best toe in staat is. Vandaag worden te veel ingrepen door specialisten uitgevoerd, terwijl huisartsen dat zouden kunnen doen, te veel medische handelingen door huisartsen, die door verpleegkundigen zouden kunnen worden gedaan, te veel handelingen door verpleegkundigen, die door zorgkundigen zouden kunnen worden uitgevoerd, enz.

Subsidiariteit geldt ook voor de overheidsniveaus. In Nederland, wanneer een patiënt iets nodig heeft, richt hij zich eerst tot de gemeente. Als de gemeente geen

ne peut lui répondre, il s'adresse à la zone de soins, ce qui correspond grosso modo à un arrondissement judiciaire en Belgique – il y en a vingt-cinq aux Pays-Bas. L'État constitue le dernier échelon.

Plus importante est la proximité, géographique ou pour prodiguer les soins, plus efficace et moins coûteux sera le traitement.

M. Godin n'est pas du tout en faveur d'un statu quo. Le GBO ne s'est pas prononcé en faveur d'une refédéralisation ou d'une communautarisation ou régionalisation totale. Toutefois, il est certain qu'il faut un plan santé national, une politique unique au niveau fédéral. Ensuite, il faut l'organiser et la financer.

La politique des médicaments est élaborée à l'échelon européen, les firmes pharmaceutiques sont souvent d'envergure mondiale: il convient donc que l'interlocuteur soit au niveau fédéral.

Cependant, pour l'organisation de la santé et la gestion de la prévention, des hôpitaux, de la première ligne, M. Godin est d'avis que l'échelon régional est plus efficace. Actuellement, quand on planifie le nombre de médecins et l'attribution des sous-quotas, comment la Communauté française pourrait-elle savoir combien de médecins vont travailler à Bruxelles ou en Wallonie? Cela ne fonctionne pas.

Évidemment, pour les grandes crises sanitaires telles que la pandémie que nous venons de connaître, il faut une unité de commandement. Allons plus loin: quand des décisions s'imposent pour des crises sanitaires nationales, il faut qu'au sein du comité de concertation, au sein des conférences interministérielles de la santé, un seul niveau de pouvoir puisse trancher et ce doit être le fédéral.

Il a été question du financement, de la responsabilisation et des autres pans de la sécurité sociale. On a évoqué notamment la réintégration des malades de longue durée dans le marché du travail. C'est là un exemple qui démontre que la politique de santé est indissociable, par exemple, de la politique de l'emploi. Le chiffre de 500 000 malades de longue durée est énorme. Parmi ceux-ci, beaucoup souffrent de problèmes de santé mentale au sens large, soit des problèmes liés au bien-être au travail. Et ce chiffre est sans doute sous-estimé car nombre de travailleurs n'osent pas demander un congé maladie pour ce type de mal-être.

antwoord heeft, gaat de patiënt naar het zorggebied, dat in België grosso modo overeenkomt met een gerechtelijk arrondissement – in Nederland zijn er vijftientig. De Staat is het laatste niveau.

Hoe groter de nabijheid – geografisch of om zorg te verstrekken – hoe doeltreffender en goedkoper de behandeling zal zijn.

Spreker is helemaal geen voorstander van een status quo. De GBO heeft zich niet uitgesproken voor herfederalisering, volledige communautarisering of regionalisering. Het staat echter vast dat we een nationaal gezondheidsplan nodig hebben, één enkel beleid op federaal niveau. Vervolgens moet het worden georganiseerd en gefinancierd.

Het geneesmiddelenbeleid verloopt op Europees niveau en de farmaceutische bedrijven zijn vaak internationale spelers: er hoort dan ook een gesprekspartner op federaal niveau zijn.

Voor de organisatie van de gezondheidszorg en preventiebeheer, de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg meent spreker echter dat het regionale niveau efficiënter is. Hoe kan de Franse Gemeenschap momenteel bij de planning van het aantal artsen en de toewijzing van subquota weten hoeveel artsen er in Brussel of in Wallonië zullen werken? Dit werkt niet.

Uiteraard is er voor grote gezondheidscrisis, zoals de recente pandemie, eenheid van commando nodig. Meer zelfs, wanneer er beslissingen moeten worden genomen voor nationale gezondheidscrisis, dan moet er binnen het overlegcomité één enkel beslissingsniveau zijn binnen de interministeriële conferenties volksgezondheid, en dat moet het federale niveau zijn.

Er werd gesproken over financiering, responsabilisering en andere aspecten van de sociale zekerheid. De re-integratie van langdurig zieken op de arbeidsmarkt werd aangestipt. Dit toont aan dat het gezondheidsbeleid niet los kan worden gezien van het werkgelegenheidsbeleid. 500 000 langdurige zieken is enorm. Velen van hen lijden aan geestelijke gezondheidsproblemen in ruime zin, of problemen in verband met het welzijn op het werk. En dat cijfer is waarschijnlijk een onderschatting omdat veel werknemers geen ziekteverlof durven vragen voor dit onwelzijn.

Un autre exemple peut être trouvé dans le conflit potentiel entre la volonté de promouvoir l'emploi, sachant que les firmes pharmaceutiques en sont de gros pourvoyeurs, et le coût des soins de santé, des médicaments qui pèsent lourd dans la détermination des priorités de la politique des soins de santé.

À titre personnel, M. Godin regrette la régionalisation de la compétence en matière d'allocations familiales. En effet, les trois Régions ont des composantes de population différentes et personne ne peut dire comment ces composantes vont évoluer. Une Région ou Communauté peut donc avoir intérêt aujourd'hui à régionaliser/communautariser les soins de santé mais pas les pensions et inversement. La réforme des soins de santé ne peut se concevoir, lors de la prochaine réforme institutionnelle, sans réforme profonde de l'ensemble des pans de la sécurité sociale. Sur ce sujet, le GBO reste partisan d'une solidarité complète interpersonnelle au niveau fédéral. Il appartient au fédéral de répartir les moyens dont il dispose, moyennant une importante responsabilisation des entités fédérées qui bénéficient de ces moyens. On peut imaginer des cahiers de charge qualitatifs et l'entité qui réussit à dépenser moins en assurant au moins la qualité de soins demandée par le fédéral dans son plan d'action national santé bénéficiera d'une marge supplémentaire tandis que celle qui n'y arrive pas devra trouver elle-même les ressources complémentaires par le biais d'une fiscalité propre, par exemple.

La Suisse ou les Pays-Bas constituent des exemples à ne pas suivre car on ne peut admettre que quelqu'un paie différemment pour des soins de base. Pire encore en Italie, le prix des médicaments diffère d'une province à l'autre.

Les quotas de médecins, comme la distribution des moyens, doivent être fixés en fonction des besoins de la population, non seulement des besoins en soins curatifs mais aussi des besoins de meilleure prise en charge de tout le processus qui permet à quelqu'un de vivre le plus longtemps possible en bonne santé et dans un bien-être mental. Les critères ne concerneront pas que la santé, la pauvreté ou l'âge. Ils seront très variés et évolutifs.

Les pénuries actuelles ne doivent pas être considérées uniquement en termes de nombre de médecins mais aussi en termes de pyramide d'âge et de forces de travail. Aujourd'hui, les jeunes ont une autre conception de l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale et sociale. Ils n'ont plus envie de prester 80 heures de travail par semaine en hôpital.

Een ander voorbeeld is het potentiële conflict tussen de wens om de werkgelegenheid te bevorderen, aangezien farmaceutische bedrijven belangrijke werkgevers zijn, en de kosten van de gezondheidszorg en medicijnen, die zwaar wegen bij het bepalen van de prioriteiten van het gezondheidszorgbeleid.

Persoonlijk betreurt de heer Godin de regionalisering van de kinderbijslag. De bevolkingssamenstelling in de drie Gewesten is immers verschillend en niemand kan zeggen hoe deze zullen evolueren. Een Gewest of gemeenschap kan vandaag dus belang hebben bij de regionalisering/communautarisering van de gezondheidszorg, maar niet van de pensioenen en omgekeerd. De hervorming van de gezondheidszorg kan bij de volgende institutionele hervorming niet worden overwogen zonder een grondige hervorming van het hele sociale-zekerheidsstelsel. In dit verband blijft de GBO voorstander van een volledige interpersoonlijke solidariteit op federaal niveau. De federale regering moet de haar ter beschikking staande middelen verdelen, door de deelstaten, die deze middelen ontvangen, een belangrijke mate van responsabilisering te geven. Hierbij kan men overwegen om kwalitatieve lastenboeken op te maken en de deelstaat die erin slaagt minder uit te geven, waarbij toch ten minste de kwaliteit van de zorg wordt gewaarborgd die de federale regering in haar nationaal actieplan inzake gezondheid vraagt, zal extra marge krijgen, terwijl de deelstaat die daar niet in slaagt, zelf de extra middelen zal moeten vinden, bijvoorbeeld via eigen belastingen.

Zwitserland of Nederland verdienen geen navolging, omdat het niet aanvaardbaar is dat iemand voor basiszorg een ander bedrag moet betalen. Nog erger is Italië waar de prijs van geneesmiddelen verschilt naar gelang van de provincie.

De artsenquota en de verdeling van de middelen moeten worden afgestemd op de noden van de bevolking, het gaat niet alleen om de nood aan curatieve zorg, maar ook aan een betere behandeling voor het hele ziekteproces waardoor iemand zo lang mogelijk in goede gezondheid en in mentaal welzijn kan leven. De criteria zullen niet alleen betrekking hebben op gezondheid, armoede of leeftijd. Ze zullen zeer gevarieerd en evolutief zijn.

De huidige tekorten gaan niet alleen over het aantal artsen, maar ook over de leeftijds piramide en het aantal arbeidskrachten. Jongeren hebben vandaag een andere opvatting over het evenwicht tussen werk, gezin en sociaal leven. Ze willen niet langer 80 uur per week in ziekenhuizen werken.

Enfin, M. Godin aborde plus spécifiquement la question de Bruxelles. Il est regrettable qu'au sein d'une même Région, un enseignant puisse être payé de manière différente selon qu'il travaille dans l'enseignement néerlandophone ou francophone. Il est encore plus dommage que les deux métiers dans ce pays qui ont une valeur sociétale parmi les plus importantes, à savoir les enseignants et les travailleurs de la santé, en particulier les infirmiers et aide-soignants, soient aussi les deux métiers proportionnellement les plus mal payés.

Aussi longtemps que Bruxelles a le statut de région bilingue, tout citoyen a le droit d'être accueilli dans sa langue. Il faut des incitants pour qu'il y ait suffisamment de médecins généralistes à même d'accueillir des patients néerlandophones et des patients francophones. Cela vaut aussi pour les hôpitaux, en particulier dans les services d'urgences et les services de soins intensifs.

Il est en tout cas positif que le personnel de la santé soit payé de la même façon, qu'il soit néerlandophone ou francophone. Lors de la Sixième réforme de l'État, on a heureusement oublié de réformer trois choses: l'Ordre des médecins, les mutuelles, mais surtout les commissions paritaires, dont la CP 330 qui gère les rémunérations de tous les travailleurs des organes de soins de santé financés par le fédéral.

3) Questions et réflexions additionnelles

M. Loones indique qu'il existe déjà aujourd'hui des différences en termes d'indemnités et de services offerts, lesquels peuvent varier d'une mutualité à l'autre ou en fonction de l'assureur de l'entreprise pour laquelle le bénéficiaire travaille. Ces différences ne sont pas nécessairement une mauvaise chose. Le choix entre différents systèmes est au contraire un atout, car il permet à l'individu de s'organiser et à une organisation de se profiler. Il en résulte aussi une concurrence entre établissements, qui les motive à vouloir mieux faire. Le but ne saurait être de traiter de la même manière des cas qui ne sont pas identiques. L'enjeu n'est pas de garantir l'égalité à tout prix, mais bien d'organiser les soins les mieux adaptés.

L'intervenant cite le rapport de la commission des Affaires institutionnelles du Sénat du 30 mars 1999 (5), où l'on peut lire ce qui suit: «la répartition actuelle des compétences en matière de politique de la santé et de politique familiale n'est guère cohérente, elle engendre des dysfonctionnements et par conséquent, ne satisfait

Tot slot gaat spreker meer in het bijzonder in op de kwestie Brussel. Het valt te betreuren dat binnen eenzelfde Gewest een leerkracht een ander loon krijgt naargelang hij in het Nederlandstalig of het Franstalig onderwijs werkt. Het is zelfs nog erger dat de twee beroepen in dit land die een cruciale rol in de samenleving vervullen, namelijk leerkrachten en gezondheidswerkers, in het bijzonder verpleegkundigen en zorgkundigen, ook de twee beroepen zijn die verhoudingsgewijs het slechtst betaald worden.

Zolang Brussel het statuut van tweetalig Gewest heeft, heeft elke burger het recht om in zijn taal te worden geholpen. Er zijn stimulansen nodig om ervoor te zorgen dat er voldoende huisartsen zijn die zowel Nederlandstalige als Franstalige patiënten kunnen verzorgen. Dit geldt ook voor ziekenhuizen, met name op de spoed en op intensieve zorg.

Het is in ieder geval een goede zaak dat het personeel in de gezondheidszorg hetzelfde loon krijgt, of het nu Nederlandstalig of Franstalig is. Bij de zesde Staatshervorming is men gelukkig drie zaken vergeten te hervormen: de Orde der artsen, de ziekenfondsen, maar vooral de paritaire comités, waaronder het PC 330, dat de lonen beheert van alle werknemers uit de zorginstellingen die door de federale overheid worden gefinancierd.

3) Aanvullende vragen en bedenkingen

De heer Loones stipt aan dat vandaag reeds verschillen bestaan in de vergoedingen en de dienstverlening, die bijvoorbeeld kunnen afhangen van de mutualiteit waarbij men aangesloten is of van de verzekeraar van de onderneming waarvoor men werkt. Die verschillen hoeven niet noodzakelijk slecht te zijn. De keuze tussen verschillende stelsels is net een kracht omdat het aan het individu de kracht geeft om zich te organiseren en aan een organisatie om zich te presenteren. Het creëert ook concurrentie tussen instellingen om beter te doen. Het kan niet het streefdoel zijn om wat ongelijk is, gelijk te gaan behandelen. Het criterium is niet om alles gelijk te maken, maar om de meest gepaste zorg te organiseren.

De spreker citeert uit het verslag van de commissie voor de Institutionele Aangelegenheden van de Senaat van 30 maart 1999 (5), dat stelt dat de actuele bevoegdheidsverdeling op het vlak van gezondheidsbeleid en gezinsbeleid weinig coherent is en zelfs dysfunctioneel en bijgevolg niet beantwoordt aan de noodzaak om

(5) Évaluation du fonctionnement des nouvelles structures fédérales, Rapport fait au nom de la commission des Affaires institutionnelles, n° 1-1333/1.

(5) Evaluatie van de werking van de nieuwe federale structuren, Verslag namens de commissie voor de institutionele aangelegenheden, nr.1-1333/1.

pas à la nécessité d'homogénéisation des compétences». M. Loones estime qu'il en est toujours ainsi aujourd'hui et il espère que tout sera fait pour éviter qu'il faille tirer les mêmes conclusions à l'avenir.

M. Anciaux conclut des différents exposés qu'il ne sera pas facile de trouver, pour Bruxelles, un modèle qui permette de garantir à chacun des soins de qualité. La question sera de savoir comment concilier les préoccupations des uns et des autres, et il s'agira en fin de compte de trouver un statut *sui generis*, donc différent de celui de la Flandre et de la Wallonie. C'est d'ailleurs probablement nécessaire car Bruxelles n'a pas, à elle seule, la capacité financière pour ce faire. L'intervenant espère que la Flandre et la Wallonie continueront à faire preuve d'une sincère solidarité à l'égard de Bruxelles et que la Flandre et la Wallonie seront aussi invitées à investir à Bruxelles. L'autorité fédérale devra alors être chargée de contrôler, entre autres, le respect de la législation sur l'emploi des langues. Bruxelles doit, en tant que ville, se voir offrir la possibilité de développer elle-même des initiatives, mais les Communautés doivent aussi avoir la possibilité de développer leur réseau d'hôpitaux, de maisons médicales et de maisons de soins résidentiels. Bruxelles a un rôle de coordination et peut déployer des initiatives bilingues. Les deux systèmes peuvent parfaitement coexister.

M. Anciaux considère que la possibilité de choisir entre les établissements est une très bonne chose; c'est, selon lui, la seule façon de garantir que les minorités puissent conserver et utiliser leur propre langue. Au cours de sa carrière, M. Anciaux a constaté que le bilinguisme officiel ou officieux mène en pratique très souvent à un unilinguisme; et c'est alors toujours la même langue qui prime. Même dans les centres de soins résidentiels flamands, la politique d'ouverture aux deux langues nationales a conduit à une situation où seul le français est parlé sur le lieu de travail. Une bonne politique linguistique est la seule manière de préserver le caractère néerlandophone d'un établissement, et le soutien de la Communauté est indispensable pour ce faire.

Enfin, l'intervenant ne voit aucune objection à ce qu'on applique une saine concurrence, permettant par exemple d'améliorer les conditions salariales du personnel enseignant ou des soignants. Grâce à la Communauté flamande, le personnel soignant peut à présent bénéficier d'une meilleure rémunération qu'avant.

Mme Groothedde conclut en disant croire dans la solidarité interpersonnelle et ajoute qu'une solidarité interrégionale ne fera que pérenniser les tensions. Elle

te komen tot meer homogene bevoegdheden. De heer Loones is van oordeel dat dit nog steeds het geval is en hoopt dat de nodige stappen kunnen gezet worden zodat in de toekomst niet dezelfde conclusie moet getrokken worden.

De heer Anciaux concludeert uit de uiteenzettingen dat het een knelpunt zal zijn om voor Brussel een geschikt model te vinden dat voor iedereen een goede zorg verzekert. De vraag zal zijn hoe alle bezorgdheden kunnen verzoend worden en uiteindelijk zal een *sui generis* statuut moeten gevonden worden dat dus afwijkt van Vlaanderen en Wallonië. Dit is wellicht ook nodig omdat Brussel alleen hiervoor niet de financiële draagkracht heeft. De spreker hoopt dat er in Vlaanderen en Wallonië een oprechte solidariteit zal blijven bestaan ten aanzien van Brussel en dat Vlaanderen en Wallonië ook de opdracht krijgen om in Brussel te investeren. De federale overheid zal dan de rol moeten krijgen om toezicht te houden op bijvoorbeeld de taalwetgeving. Brussel moet als stad de mogelijkheid krijgen om zelf initiatieven te ontwikkelen maar de Gemeenschappen moeten de mogelijkheid hebben om ziekenhuizen, wijkgezondheidscentra en woonzorgcentra uit te bouwen. Brussel heeft dan een coördinerende rol en kan tweetalige initiatieven uitbouwen. De beide systemen kunnen naast elkaar bestaan.

De heer Anciaux vindt de keuze tussen instellingen een verrijking en ziet het als de enige mogelijkheid om te kunnen waarborgen dat minderheden hun eigen taal kunnen behouden en gebruiken. De heer Anciaux heeft in de loop van zijn carrière vastgesteld dat officiële of officieuze tweetaligheid heel vaak leidt tot ééntaligheid in de praktijk; en dan gaat het altijd om dezelfde taal die primeert. Zelfs in Vlaamse woonzorgcentra blijkt het beleid om open te staan voor beide landstalen, er toe te leiden dat er op de werkvloer enkel nog Frans wordt gesproken. Enkel wanneer men een doorgedreven taalbeleid hanteert, kan men het Nederlandstalig karakter van een instelling behouden, en daarvoor is de steun vanuit de Gemeenschap nodig.

De spreker vindt het tot slot niet erg dat er een concurrentie ontstaat die er bijvoorbeeld toe leidt dat de vergoeding voor onderwijzend personeel of zorgverleners verbetert. Dankzij de Vlaamse Gemeenschap kan aan het zorgpersoneel nu betere lonen gegeven worden dan vroeger.

Mevrouw Groothedde besluit dat ze in interpersoonlijke solidariteit gelooft en dat een interregionale solidariteit tot een blijvende spanning zal leiden. De spreekster

se réfère à cet égard à une contribution de Mme Bea Cantillon, «*Kantelpunt voor onze sociale zekerheid?*», publiée en 2014 dans le cadre de l'adoption de la sixième réforme de l'État (6). Mme Groothedde se demande également s'il est souhaitable de procéder dès à présent à une nouvelle réforme radicale.

L'intervenante observe que le terme «responsabilisation» est une notion qui peut avoir plusieurs significations et qui a été évoquée par la plupart des intervenants, mais chaque fois d'une manière différente: tantôt pour plaider en faveur d'une plus grande solidarité, tantôt pour dire qu'une région fait mieux qu'une autre.

Enfin, Mme Groothedde pense qu'il serait peut-être bien d'inverser le raisonnement, de prendre pour point de départ la complexité bruxelloise et de voir ce qui fonctionne bien à Bruxelles dans le domaine des soins et du bien-être, afin de faire en sorte qu'un système plus efficace puisse être mis en place dans l'ensemble du pays.

Mme Fonck se dit interpellée par le fait que de nombreux discours d'experts avaient une connotation très politique. Cela amène à s'interroger sur la question de savoir si l'évaluation à laquelle la commission se livre actuellement met bien en avant l'intérêt du patient. C'est la santé du patient qui doit figurer au cœur des travaux de la commission, à la fois pour l'évaluation de ce qui a déjà été réalisé mais aussi pour le positionnement quant à l'avenir. Pour le cdH, le modèle doit rester un modèle de solidarité interpersonnelle et non être basé sur les Régions, les gouvernements ou pire encore sur les administrations.

Les experts ont apporté aujourd'hui un éclairage essentiel mais il faut poursuivre notre évaluation. L'élément central pour Mme Fonck n'est pas seulement l'amélioration de l'ensemble des structures, mais surtout la question de savoir comment, demain, on pourra organiser les soins de santé de manière plus efficace, plus qualitative, plus accessible aux patients, sur un modèle tenable. Certains ont évoqué des différences de culture entre les Régions ou les Communautés, mais on peut aller plus loin encore et constater de telles différences entre les provinces. Or Mme Fonck est d'avis que rétrécir la santé à un modèle de plus en plus petit n'apportera pas de plus-value pour les patients, ni même pour les prestataires de soins.

*
* *

(6) *Samenleving & Politiek*, Jaargang 21, 2014, n° 1 (janvier).

verwijst hierbij naar een bijdrage van mevrouw Bea Cantillon uit 2014 «*Kantelpunt voor onze sociale zekerheid?*» gepubliceerd naar aanleiding van de goedkeuring van de zesde Staatshervorming (6). Mevrouw Groothedde stelt zich tevens de vraag of het op dit moment al wenselijk is om opnieuw naar een ingrijpende hervorming te gaan.

De spreker merkt op dat de term «responsabilisering» een begrip is dat meerdere betekenissen kan hebben en door de meeste sprekers is aangehaald, maar telkens op een andere manier. Soms om te pleiten voor meer solidariteit, soms om te stellen dat de ene regio het beter doet dan de andere.

Mevrouw Groothedde meent tot slot dat het misschien een goed idee is om de redenering om te keren en vanuit de Brusselse complexiteit te vertrekken en te kijken naar wat in Brussel op het vlak van zorg en welzijn goed werkt en er op die manier voor te zorgen dat er in heel het land een werkbaarder systeem komt.

Mevrouw Fonck staat ervan te kijken dat heel wat uiteenzettingen van de deskundigen een erg politieke connotatie hadden. Hierbij rijst de vraag of de huidige evaluatie door de commissie wel in het belang van de patiënt is. De gezondheid van de patiënt moet centraal staan in onze werkzaamheden, zowel voor de reeds uitgevoerde evaluatie als voor de toekomstige standpunten. Voor het cdH moet het model van interpersoonlijke solidariteit blijven bestaan en niet op basis van Gewesten, regeringen of, erger nog, overheidsdiensten.

De deskundigen hebben vandaag essentiële informatie verstrekt, maar wij moeten onze evaluatie voortzetten. Voor spreker staat niet alleen de verbetering van alle structuren centraal, maar vooral de vraag hoe wij in de toekomst de gezondheidszorg efficiënter, kwalitatiever en toegankelijker voor de patiënten kunnen organiseren, volgens een duurzaam model. Sommigen hadden het over culturele verschillen tussen de Gewesten of Gemeenschappen, maar we kunnen nog verder gaan en dergelijke verschillen tussen de provincies vaststellen. Spreker meent dat de gezondheidszorg herleiden tot een steeds kleiner model geen toegevoegde waarde zal opleveren voor de patiënten, zelfs niet voor de zorgverleners.

*
* *

(6) *Samenleving & Politiek*, Jaargang 21, 2014, nr. 1 (januari).

III. AUDITIONS DU 29 OCTOBRE 2021

A. Exposés des experts

1) Exposé de M. Jeroen Van Nieuwenhove, collaborateur scientifique KU Leuven (Institut de droit constitutionnel), conseiller d'État à la section de législation du Conseil d'État

M. Van Nieuwenhove a axé sa note sur trois problèmes juridiques qui se posent dans le cadre de la répartition des compétences en matière de soins de santé après la sixième réforme de l'État. Comme il le souligne au début de sa note, il ne prend pas position quant aux évolutions futures de cette répartition de compétences; il précise par ailleurs que les constats qu'il dresse au sujet des difficultés actuelles sont des prises de position purement personnelles et ne sont nullement celles de la section de législation du Conseil d'État, à laquelle il est lié professionnellement.

Un premier point névralgique concerne les normes d'agrément des hôpitaux, pour lesquelles les Communautés sont en principe compétentes depuis la sixième réforme de l'État. L'autorité fédérale, pour sa part, est restée compétente pour ce qu'on appelle les «caractéristiques de base» des hôpitaux, mais celles-ci ont été formulées de telle manière dans les travaux parlementaires que toutes les normes d'agrément existantes relèvent encore, en partie, de la compétence de l'autorité fédérale, pour ce qui est de leurs aspects plutôt structurels et organisationnels, et, pour le reste, de la compétence des Communautés. Dans les faits, cette répartition manque de clarté et n'est pas très pratique. Avant la sixième réforme de l'État, lorsque les Communautés ne pouvaient édicter que des normes d'agrément complémentaires, la situation était beaucoup plus claire. On a à présent franchi un premier pas vers une compétence communautaire intégrale, mais en recourant à un critère qui entraîne un morcellement des normes d'agrément en ce qui concerne l'autorité compétente. Il est donc difficile pour une autorité unique, qu'il s'agisse du gouvernement fédéral ou des Communautés, d'élaborer des normes d'agrément pour de nouvelles fonctions hospitalières, de nouveaux programmes de soins, etc., ou d'apporter davantage que des modifications purement ponctuelles aux normes d'agrément existantes. Cela ne pourra probablement se faire que par une coopération mutuelle. Ce n'est sans doute pas un hasard si, depuis la sixième réforme de l'État, on observe un relatif immobilisme dans l'élaboration de la politique relative au contenu des soins offerts par les hôpitaux.

III. HOORZITTINGEN VAN 29 OKTOBER 2021

A. Uiteenzettingen van de experts

1) Uiteenzetting door de heer Jeroen Van Nieuwenhove, wetenschappelijk medewerker KU Leuven (Instituut Constitutioneel Recht), staatsraad (Raad van State, afdeling wetgeving)

De heer Van Nieuwenhove heeft zijn nota toegespitst op drie juridische knelpunten die rijzen bij de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg na de zesde Staatshervorming. Zoals hij in het begin van die nota aangeeft, neemt hij geen stelling in over toekomstige evoluties van die bevoegdheidsverdeling en zijn ook de bevindingen over de huidige knelpunten louter persoonlijke stellingnames en niet die van de afdeling wetgeving van de Raad van State, waaraan hij beroepshalve is verbonden.

Een eerste knelpunt betreft de erkenningsnormen voor ziekenhuizen, waarvoor de Gemeenschappen principieel bevoegd zijn geworden sinds de zesde Staatshervorming. De federale overheid van haar kant is bevoegd gebleven voor de zogenaamde «basiskenmerken» («caractéristiques de base») van ziekenhuizen, maar die basiskenmerken zijn zo geformuleerd in de parlementaire voorbereiding dat alle bestaande erkenningsnormen nog steeds voor een deel tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren, voor de meer structureel-organisatorische aspecten ervan, en voor het overige tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Die opdeling is in de praktijk niet zo duidelijk en moeilijk hanteerbaar. De situatie van voor de zesde Staatshervorming, waarbij de Gemeenschappen enkel aanvullende erkenningsnormen konden uitvaardigen, was veel duidelijker. Nu heeft men een halve stap in de richting van een integrale gemeenschapsbevoegdheid gezet, maar met een criterium dat leidt tot versnippering van de erkenningsnormen wat betreft de bevoegde overheid. Daardoor wordt het moeilijk voor één enkele overheid, of het nu de federale overheid is of de Gemeenschappen, om erkenningsnormen voor nieuwe ziekenhuisfuncties, zorgprogramma's, enz., uit te werken of om in bestaande erkenningsnormen meer dan punctuele wijzigingen aan te brengen. Dat zal waarschijnlijk enkel kunnen in onderlinge samenwerking. Het is wellicht niet toevallig dat er sinds de zesde Staatshervorming een relatieve stilstand heerst in de beleidsvorming over het inhoudelijke zorgaanbod van ziekenhuizen.

Un deuxième problème concerne l'agrément des professionnels des soins de santé. Depuis la sixième réforme de l'État, les Communautés sont compétentes pour les décisions d'agrément individuelles et pour la réglementation de la procédure d'agrément. Mais là aussi, la compétence communautaire présente des lacunes. Certaines professions des soins de santé ne sont soumises à aucune obligation d'agrément ou ne font l'objet que d'un agrément purement automatique. Le visa, c'est-à-dire l'attestation certifiant que l'intéressé possède les titres de formation requis, est resté une compétence fédérale. L'agrément des maîtres de stage et des lieux de stage est resté une compétence exclusivement fédérale. Ici aussi, on peut donc se demander si cette répartition fragmentée des compétences apporte une plus-value à l'élaboration de la politique, car c'est là que devrait se situer, en fin de compte, le point de départ de toute répartition des compétences.

Un dernier point d'achoppement concerne le contrôle des situations d'urgence épidémique. L'urgence épidémique vient d'être décrétée, si bien que nous sommes à présent soumis à l'application des mesures de confinement fédérales visées dans un nouvel arrêté royal du 28 octobre 2021 portant exécution de la loi relative à la pandémie, qui remplace l'arrêté ministériel du 28 octobre 2020. Dans son avis sur cette loi pandémie, le Conseil d'État a tenté d'exposer les grandes lignes de la répartition des compétences. Sur la base de sa compétence résiduelle en matière de santé publique, de maintien de l'ordre public et de la santé publique, de protection et de sécurité civiles et de contrôle des frontières extérieures, l'autorité fédérale peut prendre un certain nombre de mesures qui sont désormais inscrites dans cet arrêté royal du 28 octobre 2021. Les Communautés, quant à elles, peuvent prendre, dans le cadre de leur compétence en matière de soins de santé préventifs, des mesures davantage «axées sur les personnes», qui visent directement les personnes (potentiellement) contaminées, les foyers de contamination, etc., plutôt que les mesures générales «axées sur l'ensemble de la population», qui relèvent de la compétence du fédéral. Enfin, toutes les autorités, donc y compris les Régions, peuvent prendre des mesures dans le cadre de leurs compétences matérielles comme, par exemple, l'obligation de port du masque, les règles de distanciation sociale ou les jauges de capacité.

Le Conseil d'État a reconnu que les mesures fédérales pouvaient avoir une incidence considérable sur les compétences des Communautés et des Régions. C'est pourquoi ces mesures doivent être nécessaires, appropriées et proportionnées, elles doivent faire l'objet d'une concertation préalable avec les autres autorités et elles

Een tweede knelpunt betreft de erkenning van gezondheidszorgbeoefenaars. Sinds de zesde Staatshervorming zijn de Gemeenschappen bevoegd voor de individuele erkenningsbeslissingen en voor de regeling van de erkenningsprocedure. Maar ook hier is de gemeenschapsbevoegdheid kaas met gaatjes. Voor sommige gezondheidszorgberoepen is er geen erkenningsverplichting of is de erkenning een automatisme. Het zogenaamde visum, de attestatie dat men over de vereiste opleidingstitels beschikt, is een federale bevoegdheid gebleven. De erkenningen van stagemeesters en stageplaatsen is een volledig federale bevoegdheid gebleven. Ook hier kan dus de vraag rijzen of die versnipperde bevoegdheidsverdeling een meerwaarde biedt voor de beleidsvorming, want dat zou uiteindelijk toch het uitgangspunt moeten zijn voor elke bevoegdheidsverdeling.

Een laatste knelpunt betreft de bestrijding van epidemische noodsituaties. De epidemische noodsituatie is juist afgekondigd, zodat we ons nu bevinden onder de toepassing van de federale lockdownmaatregelen in een nieuw koninklijk besluit van 28 oktober 2021 ter uitvoering van de pandemiewet, dat in de plaats komt van het ministerieel besluit van 28 oktober 2020. In zijn advies over die pandemiewet heeft de Raad van State gepoogd om de krijtlijnen uit te zetten van de bevoegdheidsverdeling. De federale overheid kan op grond van haar residuaire bevoegdheid inzake volksgezondheid, handhaving van de openbare orde en de openbare gezondheid, civiele bescherming en veiligheid en controle van de buitengrenzen een aantal maatregelen nemen die nu in wezen vervat zijn in dat koninklijk besluit van 28 oktober 2021. De Gemeenschappen van hun kant kunnen binnen hun bevoegdheid inzake preventieve gezondheidszorg meer «persoonsgerichte» maatregelen nemen die rechtstreeks gericht zijn tot (mogelijk) besmette personen, besmettingshaarden en dergelijke, veeleer dan de algemene «bevolkingsgerichte» maatregelen waarvoor de federale overheid bevoegd is. Ten slotte kunnen alle overheden, dus ook de Gewesten, binnen hun materiële bevoegdheden maatregelen nemen zoals bijvoorbeeld het opleggen van een mondkapverplichting en van afstand- en capaciteitsvoorschriften.

De Raad van State erkende dat de federale maatregelen een ingrijpende weerslag kunnen hebben op de gemeenschaps- en gewestbevoegdheden. Daarom moeten die maatregelen noodzakelijk, passend en evenredig zijn, moet vooraf overleg worden gepleegd met de andere overheden en moeten de maatregelen strikt beperkt

doivent se limiter strictement à la police sanitaire ainsi qu'à la protection et à la sécurité civiles. Si ces conditions sont remplies, les mesures fédérales en question priment celles des Communautés et des Régions, qui ne peuvent que les renforcer, et pas les assouplir.

Dans les trois cas de figure exposés par l'orateur, il est clair qu'une harmonisation des politiques, voire, dans certains cas, une coopération active et structurelle entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, est nécessaire. Mais cela ne doit pas nécessairement être le cas. Si le législateur spécial instaurait une répartition des compétences différente, prévoyant des domaines politiques homogènes et clairement distincts pour chaque autorité, cela ne serait probablement pas nécessaire, ou en tout cas pas dans une telle mesure. Mais *hic et nunc*, la coopération et l'harmonisation des politiques sont absolument nécessaires à l'élaboration d'une bonne politique, pour le meilleur et pour le pire. Tel est d'ailleurs le cas dans la pratique, comme on l'a vu notamment avec la mise en œuvre des mesures de confinement, l'organisation des campagnes de vaccination, le soutien au traçage des contacts, l'instauration du *Covid Safe Ticket*, etc.

Les deux premiers cas évoqués permettent de conclure qu'à l'avenir, quelle que soit la nouvelle répartition des compétences souhaitée en matière de soins de santé, il conviendra de mener une réflexion préalable approfondie sur les implications concrètes d'une réorganisation des compétences, en concertation avec les administrations compétentes et les acteurs de terrain. Cette réflexion devrait être menée *en amont* afin d'éviter, pour la réorganisation des compétences, une formulation arrêtée un peu par défaut à l'issue d'épuisantes négociations nocturnes.

2) Exposé de M. Dumont, professeur de droit de la sécurité sociale, ULB

a) Généralités

M. Dumont enchaîne sur l'exposé de M. Van Nieuwenhove en resserrant, d'une part, son analyse à la situation de la Région de Bruxelles-Capitale, et en l'élargissant, d'autre part, à l'ensemble des politiques sociales: politique du handicap, de la formation professionnelle, du troisième âge, etc., dans la mesure où, à Bruxelles, les obstacles qui entravent le développement de politique cohérentes et intégrées en matière de santé affectent tout autant les autres composantes de la protection sociale au sens large.

Dans le cadre de son intervention orale, le professeur se concentrera sur deux points ayant trait à ce qui pourrait

blijven tot de sanitaire politie en de civiele bescherming en veiligheid. Als daaraan is voldaan, gaan die maatregelen wel voor op de maatregelen van de Gemeenschappen en de Gewesten, die dus enkel kunnen verstrengen maar niet versoepelen.

In de drie casussen die de spreker heeft geschetst is duidelijk dat een onderlinge afstemming van het beleid of zelfs in bepaalde gevallen een actieve en structurele samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten vereist is. Dat hoeft echter niet zo te zijn. Wanneer de bijzondere wetgever een andere bevoegdheidsverdeling zou uitwerken met homogene en duidelijk onderscheiden beleidsterreinen voor elke overheid afzonderlijk, zou dat wellicht niet nodig zijn, of toch niet in die mate. Maar hier en nu is samenwerking en onderlinge beleidsafstemming zonder meer noodzakelijk voor een goede beleidsvorming, *for better or for worse*. Dat gebeurt ook in de praktijk, zoals onder meer is gebleken bij de uitwerking van de lockdownmaatregelen, de organisatie van de vaccinaties, de ondersteuning van de contactopsporing, de invoering van het *Covid Safe Ticket*, enz.

Uit de eerste twee casussen kan wel de conclusie worden getrokken dat in de toekomst, welke nieuwe bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg men ook wenst uit te tekenen, meer én op voorhand moet worden nagedacht over de concrete implicaties van een bevoegdheidsherschikking, in overleg met de bevoegde administraties en de actoren op het terrein. Dat zou moeten gebeuren *vooraleer* (en dus niet nadat) men in nachtelijke onderhandelingen vermoeid afklopt op een bepaalde formulering van een bevoegdheidsherschikking.

2) Uiteenzetting van de heer Dumont, hoogleraar socialezekerheidsrecht ULB

a) Algemeen

De heer Dumont haakt in op de uiteenzetting van de heer Van Nieuwenhove waarbij hij zijn analyse enerzijds beperkt tot de situatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en anderzijds uitbreidt tot alle sociale beleidsmaatregelen: beleid voor mensen met een handicap, beroepsopleiding, ouderenbeleid, enz., voor zover in Brussel de belemmeringen voor een samenhangend en geïntegreerd gezondheidsbeleid eveneens een invloed hebben op de andere onderdelen van de sociale zekerheid in ruime zin.

In zijn mondelinge uiteenzetting zal spreker zich toespitsen op twee punten die bij een zevende Staatshervorming

être fait lors d'une septième réforme de l'État. Le premier point, pour lequel son apport sera assez modeste, concerne la manière de répartir les compétences en matière de santé. Le second point vise à déterminer quel est le niveau de pouvoir qui, à Bruxelles, devrait exercer les compétences fédérées en matière de santé et dans les autres matières personnalisables.

b) La répartition des compétences en matière de santé

En matière de protection sociale et dans un système de nature fédérale, la quête de blocs de compétences homogènes est sans fin car chaque politique sociale a des interactions avec d'autres politiques. Or, dans un système fédéral, ces différentes politiques ne relèvent jamais toutes d'un seul et même niveau de pouvoir. Le problème ne peut être évité que dans un État centralisé à la française ou dans une confédération d'États se limitant à une coquille vide.

Lors de la sixième réforme de l'État, on a voulu homogénéiser la compétence de la politique familiale. Pour atteindre ce résultat, on a communautarisé les allocations familiales, qui sont venues rejoindre l'aide aux familles, laquelle était déjà une compétence des communautés. Sous cet angle, on a gagné en cohérence qu'on a, par contre, perdue sur d'autres plans, car la politique des allocations familiales a des liens, par exemple, avec la fiscalité des revenus dans l'impôt des personnes physiques. Depuis qu'on a défédéralisé les allocations familiales, l'État fédéral n'est plus en mesure de se préoccuper de la cohérence entre les avantages fiscaux et les avantages sociaux aux familles. Or, le lien entre allocations familiales et fiscalité des revenus est certainement plus fort que le lien entre les allocations familiales et les dispositifs des communautés tels que les centres de planning familial, par exemple.

Tout cela ne signifie pas qu'il n'y a pas matière à amélioration. Selon la doctrine, avant la sixième réforme de l'État, l'emploi et la santé constituaient les deux grands secteurs de la protection sociale qui posaient le plus de problèmes de lisibilité dans le partage des responsabilités. C'est dans ces domaines que surgissaient le plus de conflits de frontières. La comparaison est intéressante car, lors de la sixième réforme de l'État, on a amélioré la situation sur le premier des deux fronts alors qu'il semble bien qu'on l'ait détériorée, au niveau de la cohérence, dans le secteur de la santé.

Pour l'articulation emploi-chômage, les Régions étaient compétentes depuis longtemps pour le placement des demandeurs d'emploi tandis que le fédéral restait compétent pour les allocations de chômage. Cette

aangepakt zouden kunnen worden. Het eerste punt, dat bescheiden is, gaat over de verdeling van de bevoegdheden inzake gezondheid. Het tweede punt beoogt na te gaan welke overheid, in Brussel, bevoegd zou moeten zijn voor de deelstaatsmateries inzake gezondheid en overige persoonsgebonden aangelegenheden.

b) Verdeling van de bevoegdheden inzake gezondheid

Inzake sociale bescherming en in een federaal systeem is de zoektocht naar homogene bevoegdheidsblokken eindeloos, omdat elk sociaal beleid in wisselwerking staat met andere beleidsdomeinen. In een federaal systeem vallen deze verschillende beleidsmaatregelen nooit allemaal onder één en hetzelfde beleidsniveau. Dat probleem kan alleen worden voorkomen in een gecentraliseerde Staat zoals Frankrijk of in een confederatie van Staten die zich beperkt tot een lege huls.

Bij de zesde Staatshervorming probeerde men de bevoegdheid inzake gezinsbeleid homogener te maken. Daartoe werd kinderbijslag gemeenschapsmaterie en gevoegd bij gezinshulp, die reeds een gemeenschapsbevoegdheid was. Vanuit die optiek hebben wij aan samenhang gewonnen, maar in andere opzichten ging iets verloren, omdat het kinderbijslagbeleid bijvoorbeeld verbonden is met de inkomstenbelasting in de personenbelasting. Sinds de defederalisering van de kinderbijslag kan de federale overheid de samenhang tussen de belastingvoordelen en de sociale voordelen voor de gezinnen niet meer waarborgen. Het verband tussen kinderbijslag en inkomstenbelasting is zeker sterker dan het verband tussen kinderbijslag en gemeenschapsvoorzieningen, zoals bijvoorbeeld centra voor gezinsplanning.

Dit alles betekent niet dat er geen ruimte is voor verbetering. Vóór de zesde Staatshervorming waren, volgens de doctrine, de meeste problemen rond duidelijkheid over de bevoegdheidsverdeling te vinden bij werkgelegenheid en gezondheid, de twee belangrijkste domeinen inzake sociale bescherming. Het is hier dat de meeste bevoegdheidsgeschillen ontstonden. De vergelijking is interessant omdat bij de zesde Staatshervorming de situatie op het eerste vlak verbeterde, terwijl duidelijk blijkt dat de gezondheidssector aan samenhang verloor.

Wat het verband tussen werkgelegenheid en werkloosheid betreft, waren de Gewesten lange tijd bevoegd voor de plaatsing van werkzoekenden, terwijl de federale overheid bevoegd bleef voor de werkloosheidsuitkeringen.

répartition n'a pas été fondamentalement bousculée mais on a cherché à l'optimiser en faisant glisser quelques compétences du fédéral vers les Régions, de manière à ce que les Régions, aujourd'hui, disposent de tous les leviers d'activation, de mise à l'emploi, y compris ceux que le fédéral avait auparavant conservés ou développés parallèlement aux mécanismes des Régions. Sous l'angle de la politique sociale, l'opération a été relativement cohérente et repose sur une logique.

Pour la politique de santé, par contre, le professeur dit avoir du mal à trouver un sens au redécoupage opéré lors de la sixième réforme de l'État. La logique sous-jacente à ce redécoupage demeure un mystère. Les négociateurs politiques se sont à l'époque essentiellement basés sur des lignes budgétaires plutôt que sur des politiques et le résultat n'est pas très heureux.

M. Dumont se bornera à faire une proposition très modeste: pour la septième réforme de l'État, changeons de méthode et partons du résultat souhaité. C'est un débat qui doit être mené au niveau politique avec les parties prenantes de la santé. Si l'objectif qui se dégage consiste à mettre davantage l'accent sur la prévention, la première ligne de soins, tout en préservant la solidarité interpersonnelle et en continuant à faire des économies d'échelle, on pourrait aller vers un partage de compétences du type suivant: d'un côté, une plus grande décentralisation de l'organisation de la première ligne de soins qu'on rapprocherait des bassins de vie avec leurs besoins différenciés; d'autre part, le maintien au niveau fédéral de l'assurance soins de santé, c'est-à-dire le remboursement des dépenses médicales. À côté de l'assurance soins de santé, M. Dumont, à titre personnel, opérerait aussi pour le maintien de deux éléments-clés, à savoir la politique hospitalière –il y a trop de mobilité interrégionale dans notre petit pays- et la gestion de crises par le biais d'une compétence-cadre qui pourrait être un peu renforcée pour la prophylaxie (qui ne serait plus réduite à la seule question des vaccins obligatoires).

c) Quelle solution à Bruxelles?

La question est importante et se pose, que l'on décide ou non de défédéraliser de nouveaux pans de la sécurité sociale. Il y a de bonnes raisons d'essayer de mettre de l'ordre dans le magma bruxellois car si on veut que Bruxelles soit bien gérée, il faut qu'elle soit en mesure de le faire.

M. Dumont plaide pour une régionalisation complète des différents leviers fédérés en matière de santé, mais aussi en matière d'action sociale et de formation.

Die verdeling is niet fundamenteel gewijzigd, maar men probeerde ze te optimaliseren door bepaalde bevoegdheden van de federale regering naar de Gewesten over te hevelen, zodat de Gewesten nu over alle hefboomen voor activering en werkgelegenheid beschikken, met inbegrip van de hefboomen die de federale regering had behouden of die ze parallel met de mechanismen van de Gewesten had ontwikkeld. Bekeken vanuit het sociaal beleid was die operatie vrij samenhangend en logisch.

Spreker geeft daarentegen aan dat hij maar moeilijk de hertekening van het gezondheidsbeleid kan begrijpen die uit de zesde Staatshervorming is voortgekomen. De onderliggende logica achter die hertekening blijft een mysterie. De politieke onderhandelaars baseerden zich toen vooral op begrotingslijnen en niet op het beleid, en het resultaat is niet bepaald geslaagd.

De heer Dumont zal zich beperken tot een zeer bescheiden voorstel: verander bij de zevende Staatshervorming van methode en vertrek van het gewenste resultaat. Dat is een debat dat op politiek niveau moet worden gevoerd met de belanghebbenden in de gezondheidssector. Als daaruit blijkt dat de nadruk meer op preventie, de eerstelijnszorg, moet liggen, waarbij de interpersoonlijke solidariteit behouden blijft en men hiermee verder schaalvoordelen doet, dan zou men kunnen evolueren naar een bevoegdheidsverdeling als volgt: enerzijds een grotere decentralisatie van de organisatie van de eerstelijnszorg, die dicht bij de Gemeenschappen met hun verschillende behoeften zou worden gebracht; anderzijds blijft de verzekering voor geneeskundige verzorging federaal, namelijk de terugbetaling van de medische kosten. Naast de verzekering voor geneeskundige verzorging zou spreker persoonlijk ook twee essentiële elementen behouden, namelijk het ziekenhuisbeleid –er is te veel intergewestelijke mobiliteit in ons kleine land – en het crisisbeheer, via een kaderbevoegdheid die inzake preventie enigszins zou mogen worden versterkt (en niet langer zou worden beperkt tot louter het probleem van verplichte vaccinatie).

c) Welke oplossing voor Brussel?

De vraag is belangrijk ongeacht of al dan niet wordt beslist om nieuwe delen van de sociale zekerheid te defederaliseren. Er zijn goede redenen om te proberen het Brusselse kluwen te ontwarren, want als men wil dat Brussel goed bestuurd wordt, moet het ook de middelen krijgen om dat te doen.

Spreker pleit voor een volledige regionalisering van de verschillende hefboomen van de deelstaten inzake gezondheid, maar ook inzake sociale actie en opleiding.

Partons d'exemples concrets. Quand Médecins du Monde/*Dokters van de Wereld* veut développer à Bruxelles un centre de santé intégré, il doit choisir de créer, soit une maison médicale agréée par la COCOF, soit un *welgezondheidscentrum* agréé par la VGC. Or, le but est d'accueillir et de soigner les personnes précaires, qui, en majorité, ne parlent ni vraiment le français, ni vraiment le néerlandais, mais dont le point commun est d'être en situation de précarité, d'avoir besoin de soins et de vivre à Bruxelles.

Autre exemple, quand un chercheur à l'université se voyait demander de rédiger un projet d'ordonnance pour la Commission communautaire commune sur l'aide aux personnes sans abri, il avait en face de lui quatre cabinets ministériels: ceux des ministres francophone et néerlandophone de la Santé, et ceux des ministres francophone et néerlandophone de l'Aide aux personnes.

Quand le Comité européen des droits sociaux – organe de contrôle de la Charte sociale européenne – demande à la Belgique de faire rapport sur le nombre de places d'accueil qui existent pour les personnes handicapées en situation de grande dépendance, personne n'est en mesure de répondre pour ce qui concerne la situation à Bruxelles. En effet, certaines structures sont agréées et financées par la VGC, d'autres par la COCOF et d'autres encore par la COCOM. Toutes ces structures ont des noms différents, sont soumises à des normes différentes et fonctionnent différemment. Par conséquent, personne n'a de vue d'ensemble sur les capacités d'accueil existantes, et donc sur la manière dont il faudrait faire évoluer l'offre. Le Comité européen a dès lors condamné la Belgique à l'unanimité pour la violation de plusieurs droits en faveur des personnes handicapées.

Les exemples sont nombreux. On pourrait encore citer l'introuvable guichet unique pour les aides à la mobilité des personnes handicapées, l'usine à gaz des politiques croisées en matière d'emploi et de formation...

À Bruxelles, la dualité Région bruxelloise et Communautés est vraiment un facteur de complexité colossale. Le personnel politique et les administrations se débattent tous les jours avec cette complexité qui entrave le développement de politiques cohérentes et articulées pour les 1 200 000 personnes qui vivent sur le territoire de la Région.

Le scénario de la régionalisation des matières personnalisables et de la formation professionnelle ne va certes pas faire l'unanimité. Pour les uns, il implique de renvoyer la Communauté flamande à Bruxelles à la gestion

Spreker geeft enkele concrete voorbeelden. Wanneer *Médecins du Monde/Dokters van de Wereld* in Brussel een geïntegreerd gezondheidscentrum wil oprichten, moet zij ofwel een door de FGC erkend medisch centrum oprichten, ofwel een door de VGC erkend welgezondheidscentrum. Het is de bedoeling mensen in precare situaties op te vangen en te verzorgen, van wie de meesten niet echt Frans of Nederlands spreken, maar die zich allemaal in een precare situatie bevinden, verzorging nodig hebben en in Brussel wonen.

Een ander voorbeeld: toen een onderzoeker aan de universiteit gevraagd werd een ontwerp van ordonnantie te schrijven voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie rond hulp aan daklozen, kreeg hij te maken met vier ministeriële kabinetten: van de Franstalige en Nederlandstalige ministers van Volksgezondheid, en van de Franstalige en Nederlandstalige ministers van Bijstand.

Wanneer het Europees Comité voor Sociale Rechten – het toezichthoudend orgaan van het Europees Sociaal Handvest – België vraagt om verslag uit te brengen over het aantal beschikbare opvangplaatsen voor mensen met een handicap met een grote zorgbehoefte, kan niemand een antwoord geven over de situatie in Brussel. Sommige structuren worden immers erkend en gefinancierd door de VGC, andere door de FGC en weer andere door de GGC. Al deze structuren hebben verschillende namen, vallen onder verschillende normen en functioneren anders. Daardoor heeft niemand een overzicht van de bestaande opvangcapaciteit en dus ook niet hoe het aanbod verder moet evolueren. Het Europees Comité heeft België dan ook unaniem veroordeeld voor de schending van verschillende rechten van personen met een handicap.

Er zijn talrijke voorbeelden. Zo is er ook het onvindbare enige loket voor de mobiliteitshulpmiddelen voor personen met een handicap, het broddelwerk van het gekruist beleid inzake werkgelegenheid en opleiding ...

In Brussel maakt de dualiteit tussen het Brussels Gewest en de Gemeenschappen werkelijk alles heel erg ingewikkeld. Beleidsmedewerkers en overheidsdiensten worstelen dagelijks met deze complexiteit, wat een samenhangend en duidelijk beleid voor 1 200 000 mensen die in het Gewest wonen, in de weg staat.

Het scenario van de regionalisering van persoonsgebonden aangelegenheden en de beroepsopleiding zal zeker niet op unanieme goedkeuring kunnen rekenen. Voor sommigen betekent dit dat de Vlaamse Gemeenschap in

des seules matières de l'enseignement et de la culture, tandis que pour les autres, il implique d'accepter une surreprésentation encore plus marquée de la minorité flamande bruxelloise dans l'espace décisionnel. C'est incontestable, mais le grand avantage de la régionalisation et de la logique territoriale qui la sous-tend serait de connaître à Bruxelles un seul système de protection sociale fédéré, en complément de la sécurité sociale fédérale. Cela permettrait un seul pilote dans l'avion, ce qui n'existe pas du tout pour l'instant.

M. Dumont termine en soulignant un dernier élément. Il est tout à fait conscient de la méfiance du côté flamand au sujet de l'effectivité des garanties linguistiques dans les institutions régionales bruxelloises. En tant que Bruxellois, il constate aussi qu'il est souvent difficile pour un néerlandophone d'obtenir une offre de services de qualité dans sa langue. Il est légitime que le respect effectif de la législation linguistique à Bruxelles constitue une préoccupation importante pour les néerlandophones. À la lecture des avis de la Commission permanente de contrôle linguistique, ces problèmes semblent moins marqués au niveau de la Région bruxelloise et de la COCOM qu'au niveau des pouvoirs locaux. Il n'empêche que, si on bicommunautarise ou si on régionalise à Bruxelles les matières sociales et de soins de santé, il faudra évidemment faire du respect effectif de la législation sur l'emploi des langues un point d'attention majeur.

3) Exposé de M. Luc Van Gorp, président de la Mutualité chrétienne, et de M. François Perl, directeur du pôle «Acteur social et citoyen» de Solidaris (Collège intermutualiste national).

L'exposé de M. Van Gorp comprend cinq grandes parties: une introduction générale, une brève évaluation de la sixième réforme de l'État, l'énumération et le commentaire de quelques principes de base, l'exploration d'un certain nombre de scénarios, et les conclusions qui peuvent en être tirées.

a) Introduction

Pour commencer, M. Van Gorp souligne qu'aux yeux des organisations qu'il représente en l'occurrence, une réforme de l'État doit toujours être un moyen, et non une fin. L'intervention du Collège intermutualiste ne sera pas nécessairement axée sur la mise en œuvre d'une nouvelle réforme de l'État. Tous les changements éventuels en matière de soins de santé doivent contribuer à améliorer la qualité de vie et la santé des citoyens.

Brussel alleen bevoegd zal zijn voor onderwijs en cultuur, terwijl anderen vinden dat de Vlaamse minderheid in Brussel een nog grotere oververtegenwoordiging in de besluitvorming zou krijgen. Dat valt niet te ontkennen, maar het grote voordeel van regionalisering en de onderliggende territoriale logica zou zijn dat er in Brussel, naast het federale socialezekerheidsstelsel, één enkel deelstatensysteem voor sociale zekerheid zou komen. Zo is er toch één piloot die het vliegtuig bestuurt, wat momenteel helemaal niet het geval is.

Spreker rondt af en benadrukt dat hij er zich terdege van bewust is dat aan Vlaamse kant wantrouwen heerst over de doeltreffendheid van de taalwaarborgen in de Brusselse gewestinstellingen. Als Brusselaar stelt hij ook vast dat het voor een Nederlandstalige vaak moeilijk is om in zijn eigen taal kwaliteitsvol geholpen te worden. De grote bezorgdheid van Nederlandstaligen over de daadwerkelijke naleving van de taalwetgeving in Brussel is legitiem. Uit de adviezen van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht blijkt dat deze problemen minder uitgesproken zijn op het niveau van het Brussels Gewest en de GGC dan op het niveau van de lokale overheden. In geval van bicommunautarisering of als in Brussel sociale en gezondheidsaangelegenheden worden geregionaliseerd, moet de effectieve naleving van de taalwet in bestuurszaken uiteraard wel een belangrijk aandachtspunt zijn.

3) Uiteenzetting van de heer Luc van Gorp, voorzitter van de Christelijke mutualiteit, en de heer François Perl, directeur van pôle «Acteur social et citoyen» Solidaris (Nationaal Intermutualistisch College).

De uiteenzetting van de heer Van Gorp bestaat uit vijf grote onderdelen: een algemene introductie, een korte evaluatie van de zesde Staatshervorming, een opsomming en toelichting van een aantal basisprincipes, de verkenning van een aantal scenario's, en de conclusies die hieraan verbonden kunnen worden.

a) Inleiding

Om te beginnen benadrukt de heer Van Gorp dat voor de organisaties die hij hier vertegenwoordigt, een Staatshervorming altijd een middel moet vormen, en geen doel. De tussenkomst van het Intermutualistisch College is er niet noodzakelijk op gericht om een verdere Staatshervorming te bewerkstelligen. Alle eventuele veranderingen op het gebied van gezondheidszorg moeten bijdragen tot meer levenskwaliteit en een betere gezondheid van de burgers.

Le débat relatif aux soins de santé doit s'appuyer sur une vision: une vision des soins de santé, mais aussi une vision de la santé. Quel regard portons-nous sur la santé des citoyens? Nous constatons actuellement que les soins de santé ne répondent pas aux besoins. Le nombre de 490 000 Belges qui sont malades de longue durée ou invalides et ne peuvent de ce fait pas travailler en est un exemple.

Bien que le fédéral affecte chaque année 37 milliards d'euros aux soins de santé, de nombreuses personnes ne se sentent pas en très bonne santé. Les activités des soins de santé ne contribuent qu'à hauteur de 13 % à la santé individuelle. Le système actuel devient impayable et tend à prendre deux vitesses, entre les personnes qui peuvent se payer les soins et celles qui n'en ont pas la possibilité.

Il faut donc intensifier les efforts déployés, y compris dans d'autres domaines de compétences, tels que l'enseignement, la politique du travail et la politique du logement. Ces domaines jouent également un rôle dans la santé des gens et doivent y contribuer.

Pour développer une large vision des soins de santé, il faut donc raisonner par-delà les domaines de compétences, tant au niveau des entités fédérées qu'à celui de l'autorité fédérale. Un changement fondamental de paradigme s'impose. Une éventuelle réforme de l'État et le cadre institutionnel doivent ensuite soutenir cette large vision renouvelée des soins de santé.

b) L'évaluation de la sixième réforme de l'État et des réformes de l'État précédentes

M. Dumont a déjà évoqué un angle d'approche important pour évaluer la sixième réforme de l'État: le critère ultime doit être la plus-value créée pour la population ou, à tout le moins, pour les patients.

L'objectif annoncé de la sixième réforme de l'État était de parvenir à des ensembles de compétences plus homogènes. Or, ce que M. Van Gorp constate surtout en matière de soins de santé, c'est une complexité accrue, dans un domaine où la répartition des compétences était déjà très complexe. Le point de départ de la sixième réforme de l'État n'a en tout cas pas été une vision cohérente de l'avenir, mais plutôt le champ de bataille entre ceux qui étaient par principe favorables à de nouveaux transferts de compétences et ceux qui y étaient par principe opposés. Le bilan des opérations est un genre d'armistice, avec une ligne de démarcation tortueuse, difficile à délimiter.

Het debat over de gezondheidszorg moet vertrekken vanuit een visie: een visie op gezondheidszorg, maar ook een visie op gezondheid. Hoe kijken wij naar de gezondheid van de mensen? Vandaag merken we dat de gezondheidszorg tekortschiet. Het cijfer van 490 000 Belgen die langdurig ziek of arbeidsongeschikt zijn en daardoor niet kunnen werken, illustreert dit.

Vanuit het federale niveau gaat er jaarlijks 37 miljard euro naar de gezondheidszorg, en toch voelen veel mensen zich niet zo gezond. De activiteiten van de gezondheidszorg dragen slechts voor 13 % bij tot de gezondheid van de individuele mensen. Het huidige systeem wordt onbetaalbaar, en leidt naar een stelsel met twee snelheden, van mensen die het kunnen betalen, en van anderen die dat niet kunnen.

Er moet dus veel meer gebeuren, ook op andere bevoegdheidsdomeinen, zoals het onderwijs, het arbeidsbeleid en het woonbeleid. Die dragen allemaal evenzeer een verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de mensen, en moeten daar toe bijdragen.

Om een brede visie op de gezondheidszorg te ontwikkelen moet je dus over de bevoegdheidsdomeinen heen kijken, zowel op het niveau van de deelstaten als op het federale niveau. Er is nood aan een grondige paradigmashift. Een eventuele Staatshervorming en het institutionele kader moeten vervolgens de vernieuwde, brede visie op gezondheidszorg ondersteunen.

b) De evaluatie van de zesde Staatshervorming en de voorgaande Staatshervormingen

De heer Dumont heeft al een belangrijke invalshoek voor de evaluatie van de zesde Staatshervorming te berde gebracht: het ultieme criterium moet zijn welke meerwaarde er gecreëerd wordt voor de mensen, of, iets enger bekeken, voor de patiënten.

De aangekondigde doelstelling van de zesde Staatshervorming was om te komen tot meer homogene bevoegdheidspakketten. In de gezondheidszorg ziet de heer Van Gorp echter vooral een toegenomen complexiteit, en dat in een domein waar de bevoegdheidsverdeling al zeer complex was. In ieder geval is men bij de zesde Staatshervorming niet vertrokken vanuit een coherente toekomstvisie, maar vooral vanuit een veldslag tussen de principiële voor- en tegenstanders van verdere bevoegdheidsoverdrachten. Het resultaat is een soort wapenstilstand met een kromme grens die moeilijk uit te leggen valt.

D'innombrables exemples l'illustrent. Prenons le statut des hôpitaux de revalidation: ces hôpitaux ont été intégrés dans les hôpitaux généraux lorsqu'ils étaient situés en Wallonie, alors qu'ils sont restés indépendants en Flandre. Un circuit parallèle existe en matière de soins de santé mentale: les personnes internées dans une maison de soins psychiatriques relèvent du fédéral, tandis que les autres internés ressortissent aux systèmes de soins régionaux.

Les mutualités, qui doivent contribuer à la mise en œuvre de l'ensemble des décisions prises dans le cadre des réformes de l'État précédentes, sont encore occupées à l'implémentation dix ans plus tard. Beaucoup de choses se font toujours au niveau fédéral, même si elles relèvent à vrai dire depuis longtemps des compétences régionales. Les effectifs réduits dont disposent désormais les organismes ne leur permettent cependant pas de réaliser à court terme la numérisation nécessaire et l'automatisation. Sur le terrain, mettre en œuvre l'ensemble des réformes adoptées en assurant la continuité du service au citoyen relève de la prouesse pour les mutualités.

L'instauration de structures est nécessaire, mais se fait toujours au détriment des questions de fond. Selon M. Van Gorp, les réformes de l'État successives ont à peine effleuré le débat de fond sur la nouvelle vision des soins de santé que les mutualités aimeraient développer. Par contre, ces réformes ont déjà coûté énormément d'argent et apporté beaucoup de complexité et de confusion.

c) Les principes de base pour une organisation efficace des soins de santé

Le Collège intermutualiste propose six principes pour l'organisation des soins de santé:

- il faut partir d'une vision de la santé qui soit globale et ne se limite pas aux seuls soins de santé;
- la santé doit être une préoccupation dans chaque domaine politique. Comment faire en sorte que les personnes bénéficient d'une qualité de vie? Cette question devrait être prise en compte dans chaque décision, dans chaque domaine d'action quel qu'il soit, par exemple dans la lutte contre la pollution par les particules fines ou contre le changement climatique, la prévention et le traitement des dommages auditifs, etc.;

Tallose voorbeelden kunnen dit illustreren. Zo is er het statuut van de revalidatieziekenhuizen: degene die in Wallonië gelegen zijn, werden geïntegreerd in de algemene ziekenhuizen, terwijl ze in Vlaanderen zelfstandig zijn gebleven. In de geestelijke gezondheidszorg bestaat er een parallel circuit: geïnterneerden in een psychiatrisch verzorgingstehuis vallen onder de federale bevoegdheid, terwijl andere geïnterneerden onder regionale zorgsystemen vallen.

Na tien jaar zijn de ziekenfondsen, die mee moeten instaan voor de uitvoering van alle beslissingen die bij de vorige Staatshervormingen zijn genomen, nog altijd bezig met de implementatie. Heel veel zaken gebeuren nog altijd op het federale niveau, al behoren ze eigenlijk reeds lang tot de regionale bevoegdheden. De beperkte mankracht waarover de instellingen nu slechts beschikken, stelt hen echter niet in staat om de nodige digitalisering en de automatisering op korte termijn te realiseren. Op het terrein vormt het voor de ziekenfondsen een huzarenstuk om tegelijkertijd al die hervormingen door te voeren en de continuïteit van de dienstverlening aan de burger te waarborgen.

Structuren opzetten is nodig, maar gaat altijd ten koste van inhoudelijke kwesties. De heer Van Gorp is van oordeel dat het inhoudelijke debat over de nieuwe visie op de gezondheidszorg die de ziekenfondsen zouden willen ontwikkelen, door en doorheen de verschillende Staatshervormingen amper aan bod is gekomen. Die Staatshervormingen hebben intussen wel al heel veel geld gekost, en hebben veel complexiteit en onduidelijkheid gebracht.

c) De uitgangspunten voor een effectieve organisatie van de gezondheidszorg

Het Intermutualistisch College stelt zes beginselen voor de organisatie van de gezondheidszorg voor:

- men moet vertrekken vanuit een brede visie op gezondheid, die verder reikt dan een visie op de gezondheidszorg alleen;
- gezondheid moet een bekommernis vormen binnen elk beleidsdomein. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat mensen levenskwaliteit ervaren? Deze vraag zou aan bod moeten komen bij elke beslissing, in welk beleidsdomein dan ook, bijvoorbeeld bij de bestrijding van vervuiling door fijnstof, in de aanpak van de klimaatproblematiek, bij de preventie en behandeling van gehoorschade, enz.;

- les soins de santé doivent reposer sur la solidarité interpersonnelle et l'équivalence des soins. La solidarité interpersonnelle doit valoir entre les actifs et les non-actifs, les jeunes et les plus âgés, les malades et ceux qui sont en bonne santé, les riches et les pauvres, chacun contribuant selon ses moyens et ses capacités et recevant selon ses besoins médicaux et sociaux. L'équivalence des soins implique que pour toute personne nécessitant des soins, où qu'elle se trouve en Belgique, le remboursement et la couverture garantie sont équivalents et les soins sont de qualité équivalente;
- il faut une offre de soins moins fragmentée ainsi qu'une collaboration plus intense et plus efficace. Il faut promouvoir une proximité maximale entre l'offre de soins et les personnes, avec un ancrage concret de l'offre au niveau locorégional, en fonction des besoins et des caractéristiques spécifiques des habitants ou des patients. M. Van Gorp souligne à cet égard la différence entre décentralisation et régionalisation: ce n'est pas parce que les prestations de soins doivent être décentralisées qu'elles doivent nécessairement être organisées au niveau régional. En outre, la décentralisation ou la régionalisation ne sont pas non plus en soi un obstacle à la coopération et à la concertation;
- la société civile a un important rôle de cogestion à jouer dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé. La concertation, la participation, la recherche du consensus et la coresponsabilité en sont des éléments clés. Lorsque la crise du Covid a éclaté, il n'y avait aucune concertation en Flandre, par exemple;
- les normes et règles ne peuvent avoir pour effet de créer une sorte de concurrence déloyale entre les prestataires de soins dans les différentes Régions, surtout dans les zones frontalières.
- de gezondheidszorg moet gebaseerd zijn op interpersoonlijke solidariteit en op de gelijkwaardigheid van zorg. De interpersoonlijke solidariteit moet gelden tussen werkenden en niet-werkenden, tussen jong en oud, ziek en niet ziek, arm en rijk, waarbij iedereen bijdraagt in verhouding tot zijn middelen en mogelijkheden en krijgt volgens zijn medische en sociale noden. De gelijkwaardigheid van zorg houdt in dat voor iedere zorgbehoevende, waar ook in België, de terugbetaling en het verzekerd pakket gelijkwaardig zijn, en dat de zorg van gelijkwaardige kwaliteit is;
- de versnippering in de zorgverlening moet verminderen en men moet beter en meer samenwerken. De zorg moet zo dicht mogelijk bij de mensen staan, met een concrete invulling van het aanbod op loco-regionaal niveau, in functie van de specifieke noden en kenmerken van de inwoners of de patiënten. De heer Van Gorp wijst daarbij op het verschil tussen decentralisatie en regionalisatie: het is niet omdat de zorgverlening gedecentraliseerd moet worden, dat die ook noodzakelijkerwijze regionaal georganiseerd moet worden. Anderzijds vormen decentralisering of regionalisering ook niet per definitie een belemmering voor samenwerking en overleg;
- het middenveld heeft een sterke medebeheersrol te spelen in de ontwikkeling en de uitvoering van het gezondheidsbeleid. Overleg, inspraak, consensusstreven en medeverantwoordelijkheid vormen hiervoor sleutelementen. Bij het uitbreken van de COVID-crisis ontbrak het overleg in Vlaanderen bijvoorbeeld helemaal;
- de normen en regels mogen er niet toe leiden dat er een soort deloyale concurrentie ontstaat tussen de zorgverleners in verschillende Gewesten, en zeker niet in grensgebieden.

M. Van Gorp met en garde contre les solutions à courte vue qui consisteraient à «tout maintenir au niveau fédéral» ou, au contraire, à «tout scinder»; les choses ne sont pas si simples. Le système de soins de santé est complexe et il n'y a pas de modèle idéal.

Ce qui est certain, en revanche, c'est que le modèle actuel présente des dysfonctionnements et que des améliorations sont absolument nécessaires. La priorité est de faire en sorte que le patient bénéficie d'une valeur ajoutée, que ce soit directement ou indirectement. Le

De heer Van Gorp waarschuwt voor kortzichtige oplossingen zoals «alles federaal houden», dan wel «alles splitsen»; zo eenvoudig is het niet. In de complexiteit van de gezondheidszorg bestaat er geen ideaal model.

Wel staat vast dat het huidige model dysfuncties vertoont en dat verbeteringen absoluut noodzakelijk zijn. Meerwaarde realiseren voor de patiënt, direct of indirect, moet daarbij de leidende doelstelling vormen. Het zorgmodel moet vertrekken van nabijheid bij de patiënt, met

modèle de soins doit reposer sur la proximité avec le patient par le biais de plateformes locales ou locorégionales de collaboration entre les acteurs des soins.

Toutefois, comme M. Dumont l'a dit aussi, il faut effectuer au préalable une analyse approfondie et correcte, conjointement avec les experts de terrain, en partant d'une vision d'ensemble indispensable. Si on ne le fait pas, on connaîtra, selon M. Van Gorp, une nouvelle période d'immobilisme pendant dix à quinze ans. Nous ne pouvons pas nous le permettre en tant que société.

d) Quatre scénarios pour un modèle de soins

Le Collège intermutualiste a développé quatre modèles assortis chacun d'un scénario.

Le premier modèle part de l'hypothèse d'un statu quo dans la répartition des compétences en matière de soins de santé et se concentre sur les améliorations et les changements à lui apporter dans ses contours actuels. L'argumentation sous-jacente est qu'il y a encore beaucoup de travail à accomplir pour développer une vision novatrice, (plus) large et globale de la santé et des soins de santé et qu'une grande part de l'énergie, du temps, de la marge de manœuvre et des ressources que cela requiert serait perdue si l'on procédait maintenant à une nouvelle réforme de l'État. Il est possible de résoudre nombre de problèmes actuels avec une bonne collaboration et de la bonne volonté.

Dans ce scénario:

- il faut prévoir un point de contact clair pour les citoyens et les patients;
- les mutualités classiques doivent se muer en mutualités de santé dans le contexte d'une vision globale de la santé;
- il faut parvenir à un large consensus sur les objectifs en matière de santé et en matière de soins, lesquels devront être définis de préférence au plus haut niveau possible, c'est-à-dire au niveau fédéral;
- il y a encore de la marge aux niveaux local et locorégional pour améliorer la mise en œuvre de la politique;
- il faut clarifier les compétences au moyen d'un schéma qui précise qui fait quoi, avec une répartition efficace des tâches au sein de chaque Région et une concertation structurelle entre les Régions;

lokale of locoregionale platformen voor samenwerking tussen zorgactoren.

Zoals ook de heer Dumont al stelde, moet er echter eerst een grondige en correcte analyse plaatsvinden, samen met de deskundigen op het terrein, vanuit de broodnodige overkoepelende visie. Als dat niet gebeurt, gaan we volgens de heer Van Gorp opnieuw naar een *standstill* voor een periode van tien tot vijftien jaar. Dat kunnen we ons als samenleving niet permitteren.

d) Vier scenario's voor een zorgmodel

Het Intermutualistisch College heeft vier modellen met daarbij horende scenario's uitgewerkt.

Het eerste model gaat uit van een *status quo* in de bevoegdheidsverdeling voor de gezondheidszorg, en richt zich op verbeteringen en veranderingen binnen de huidige contouren daarvan. Argumenten hiervoor zijn dat er nog hard gewerkt moet worden aan een vernieuwende, brede(re), overkoepelende visie op gezondheid en gezondheidszorg, en dat een nieuwe Staatshervorming op dit moment teveel van de energie, tijd, ruimte en middelen zou opslorpen die daarvoor nodig zijn. Veel van de huidige problemen kunnen ook opgelost worden met een goede samenwerking en *goodwill*.

In dit scenario:

- moet er een duidelijk aanspreekpunt komen voor de burgers en de patiënten;
- moeten de klassieke mutualiteiten en ziekenfondsen zich omvormen tot gezondheidsfondsen vanuit de brede visie op gezondheid;
- is er nood aan een brede consensus over doelstellingen aangaande gezondheid en gezondheidszorg, die bij voorkeur op een zo hoog mogelijk niveau, en dus federaal, gedefinieerd worden;
- bestaat er op lokaal en locoregionaal niveau nog marge om de uitvoering van het beleid te verbeteren;
- moeten de bevoegdheden verduidelijkt worden aan de hand van een wie-doet-wat-schema, met een efficiënte taakverdeling binnen elke Gewest en met structureel overleg tussen de Gewesten;

- il faut aussi mettre en place un forum administratif au sein duquel les représentants des différents organismes d'assurance pourraient exposer des problèmes concrets en matière de compétences et trouver des solutions pragmatiques.

Dans un deuxième scénario, les compétences sont partiellement réorganisées, en partant des besoins du patient et du citoyen. Ce modèle:

- attribue un rôle majeur aux soins de première ligne. Le modèle suit ainsi celui des cercles concentriques, tel qu'il est proposé par l'Organisation mondiale de la santé;
- exige également de nouvelles méthodes de financement favorisant la collaboration. Dans le système actuel, les gains d'efficience qui en découlent ne peuvent pas être partagés entre les régions. Le nouveau modèle de financement devrait également privilégier la prévention au détriment des soins curatifs. Il s'agit d'un débat fondamental qui n'a rien à voir en soi avec les principes d'une réforme de l'État;
- souligne et promeut la cohésion entre la politique de soins et celle du bien-être, par le biais notamment de nouvelles méthodes de financement;
- attribue, pour des raisons d'économies d'échelle, les compétences en matière de soins hautement spécialisés et la politique des médicaments au plus haut niveau possible, voire de préférence au niveau international.

Le troisième scénario comprend en fait deux modèles, l'un prévoyant une (re)centralisation approfondie des compétences, l'autre une décentralisation poussée de celles-ci. Nombreux sont ceux qui affirment que la recentralisation est devenue impossible, car on ne peut pas revenir en arrière. Ce n'est pas faux, mais il est possible aussi de changer radicalement de voie.

Dans les deux scénarios, il faut procéder à une analyse préliminaire approfondie sur la base d'une vision globale de la santé, dans laquelle tous les acteurs sont impliqués. Cet exercice préliminaire doit comprendre aussi la fixation d'objectifs en matière de santé et en matière de soins. À l'heure actuelle, cet exercice est déjà réalisé en partie par l'INAMI, en collaboration avec les prestataires de soins, les instances politiques et les mutualités. Mais, dans ce scénario, de nombreuses questions restent encore sans réponse:

- is er ook nood aan een administratief forum waar vertegenwoordigers van verschillende verzekeringsinstellingen concrete bevoegdheidsproblemen kunnen voorleggen en tot pragmatische oplossingen kunnen komen.

In een tweede scenario worden de bevoegdheden gedeeltelijk herschikt, vertrekkend vanuit de noden van de patiënt en de burger. Dit model:

- wijst een belangrijke rol toe aan de eerstelijnszorg. Het model volgt zo dat van de concentrische cirkels, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie voorstelt;
- vereist ook nieuwe financieringsmethoden die samenwerking bevorderen. In het huidige systeem kunnen efficiëntiewinsten die hieruit voortvloeien niet gedeeld worden over de regio's heen. Het nieuwe financieringsmodel moet ook een verschuiving bewerkstelligen van preventie, ten koste van de curatieve zorg. Dit vormt een fundamenteel debat dat op zich los staat van de principes voor een Staatshervorming;
- benadrukt en bevordert, mede door nieuwe financieringsmethoden, de samenhang tussen zorg- en welzijnsbeleid;
- wijst omwille van de schaalvoordelen de bevoegdheden voor hooggespecialiseerde zorg en het geneesmiddelenbeleid aan een zo hoog mogelijk niveau toe, liefst zelfs internationaal.

Het derde scenario omvat eigenlijk twee modellen, waarbij de bevoegdheden ofwel verregaand ge(her)centraliseerd worden, ofwel verregaand gedecentraliseerd worden. Velen stellen dat een hercentralisatie onmogelijk is geworden, omdat «men de tandpasta niet terug kan duwen in de tube». Dit klopt, maar het is ook mogelijk om een volledig andere, nieuwe tube te ontwikkelen.

In beide scenario's is een grondige voorafgaande analyse vereist vanuit een brede visie op gezondheid, waarbij alle actoren betrokken worden. Deze voorafgaande oefening moet ook de vaststelling van doelstellingen aangaande gezondheid en gezondheidszorg omvatten. Deze oefening wordt vandaag de dag al gedeeltelijk gemaakt door het RIZIV, in samenwerking met de zorgverstrekkers, de beleidsinstanties en de mutualiteiten. Hoe dan ook blijven er in dit scenario nog veel vragen onbeantwoord, zoals:

- quelle serait la solution adéquate pour la Région de Bruxelles-Capitale?
- dans l'hypothèse d'une décentralisation, optons-nous pour les Régions ou pour les Communautés?
- comment réguler la mobilité des patients, la mobilité en matière de consommation de soins et la mobilité des prestataires de soins?
- quelles sont les conséquences sur les plans financier et administratif?

e) Conclusion

Le Collège intermutualiste plaide pour que l'on parte systématiquement de la question de la valeur ajoutée d'une réglementation pour la qualité de vie des patients et de leur entourage. Une nette évolution se dessine dans la société: auparavant, les gens espéraient vivre le plus longtemps possible alors qu'aujourd'hui, leur espoir est plutôt de mourir dans de bonnes conditions quitte à vivre moins longtemps. Pour les services de soins de santé et du bien-être, cette évolution est un véritable changement de paradigme. Dans les années à venir, ce thème occupera une place de plus en plus importante dans le débat.

Le Collège intermutualiste souhaite préserver autant que possible la solidarité existante et rejette l'idée d'un recul de la qualité des soins entre les régions ou au sein de celles-ci. Chaque citoyen doit pouvoir bénéficier de soins de qualité équivalente.

Le financement doit avoir une affectation sociale. Il faut responsabiliser l'ensemble des acteurs dans les différents domaines. Il faut fixer aussi des normes de croissance pour les régions et au sein de celles-ci, ce qui n'est pas le cas partout actuellement.

Le modèle de soins doit être conçu à partir des besoins des patients, et non sur la base de l'offre des acteurs et organisations existants. La concertation et la cogestion, pour lesquelles il faut fixer un cadre clair tant au niveau fédéral qu'au niveau régional, ont un rôle important à jouer à cet égard.

B. Échange de vues

1) Questions des membres

M. Anciaux demande à M. Van Nieuwenhove s'il partage son sentiment que la loi pandémie adoptée dernièrement a semé une plus grande confusion encore

- wat is een geschikte oplossing voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest?
- kiezen we bij decentralisering voor de Gewesten of voor de Gemeenschappen?
- hoe regelen we de patiëntenmobiliteit, de mobiliteit inzake zorgconsumptie en de mobiliteit van de zorgverleners?
- wat zijn de gevolgen op financieel en administratief vlak?

e) Conclusie

Het Intermutualistisch College pleit ervoor steeds te vertrekken van de vraag naar de meerwaarde van een regeling voor de levenskwaliteit van patiënten en de mensen om hen heen. In de samenleving is er een duidelijke verschuiving vast te stellen: vroeger wilden de mensen zo oud mogelijk worden, nu niet meer. Mensen willen nu liever vroeger, maar in goede omstandigheden sterven. Voor de gezondheids- en welzijnszorg betekent deze verandering een paradigmashift. Dit thema zal in de komende jaren een steeds belangrijkere plaats in het debat opeisen.

Het Intermutualistisch College wil de bestaande solidariteit maximaal behouden en wijst iedere verslechtering van de zorgkwaliteit tussen of binnen de regio's af. Elke inwoner heeft recht op gelijkwaardige zorg.

De financiering moet een sociaal oormerk dragen. Alle actoren binnen de verschillende domeinen moeten geresponsabiliseerd worden. Groeinormen moeten ook vastgesteld worden voor en binnen de regio's; dat is nu niet overal het geval.

Het zorgmodel moet ontwikkeld worden op basis van de behoeften van de patiënten, en niet vanuit het aanbod van de bestaande actoren en organisaties. Het overleg en het medebeheer, dat zowel op federaal als op regionaal niveau een duidelijk kader moet krijgen, heeft daar een belangrijke rol in op te nemen.

B. Gedachtewisseling

1) Vragen van de leden

De heer Anciaux vraagt of de heer Van Nieuwenhove zijn aanvoelen deelt dat de Pandemiewet die onlangs is gestemd, nog meer onduidelijkheid heeft doen ontstaan

quant aux compétences respectives de chaque niveau de pouvoir. Certains prétendent que la loi pandémie a partagé entre plusieurs instances des compétences qui, précédemment, appartenaient aux Communautés, par exemple, la compétence d'imposer le port du masque.

La nécessité de conclure des accords de coopération a-t-elle été renforcée par la loi pandémie? Comment M. Van Nieuwenhove perçoit-il les possibilités ou l'obligation de conclure des accords de coopération dans le contexte de la lutte commune contre une crise sanitaire telle que celle que nous connaissons aujourd'hui?

M. Anciaux trouve que l'exposé du professeur Dumont sur la santé et le travail était intéressant mais qu'il avait un côté activiste, ce qui est parfaitement le droit des professeurs. Il juge toutefois trop simpliste la vision de Bruxelles du professeur.

Plusieurs experts ont souligné que le bien-être et la santé étaient étroitement liés et que la vision de la santé devait être plus large que celle des soins de santé. Les problèmes sérieux rencontrés dans le déploiement des soins de santé ne peuvent être purement et simplement imputés à un seul niveau. Les problèmes linguistiques à Bruxelles ne concernent pas que le niveau communal. Le sénateur pourrait citer bon nombre d'exemples du non-respect de la législation sur l'emploi des langues à d'autres niveaux de pouvoir et de cas où notamment la langue du patient nécessitant des soins n'est pas respectée.

Comment M. Dumont explique-t-il qu'au cours des dernières décennies, aucun effort n'ait été consenti pour (faire) respecter la loi sur l'emploi des langues? C'est au moment où d'aucuns réclament une régionalisation que l'on se dit soudainement prêt à reconnaître que le mépris de la législation linguistique est un problème réel et à y remédier. Pourquoi ce problème n'a-t-il pas été résolu avant que l'on envisage une régionalisation? La résolution du problème linguistique est une condition *sine qua non* pour les organisations impliquées dans la politique de la santé à Bruxelles, quelles qu'elles soient. Selon M. Dumont, quelles sont, dans la constellation actuelle, les possibilités d'imposer le respect de la législation linguistique?

Dans son exposé, M. Van Gorp a souligné l'importance d'une vision large de la santé et le lien entre santé et bien-être. M. Anciaux ne sait toutefois pas s'il faut interpréter son plaidoyer en faveur de soins de qualité égale comme un plaidoyer en faveur d'une centralisation de la politique entre les mains d'un seul niveau. L'expert peut-il préciser son propos?

over wie waarvoor bevoegd is. Sommigen beweren dat bevoegdheden die voordien bij de Gemeenschappen berustten, bijvoorbeeld om een mondkmaskerplicht op te leggen, door de Pandemiewet nu zijn toebedeeld aan meerdere instanties.

Is er sinds de Pandemiewet meer nood aan samenwerkingsakkoorden dan voordien? Hoe ziet de heer Van Nieuwenhove de mogelijkheden of de verplichting om samenwerkingsakkoorden te sluiten in relatie tot de gemeenschappelijke aanpak van een gezondheids crisis zoals we die vandaag kennen?

De uiteenzetting van professor Dumont over gezondheid en arbeid vond de heer Anciaux interessant, en ook activistisch, maar dat is professoren toegestaan. De visie van professor Dumont op Brussel vindt hij echter te simplistisch.

Verschillende deskundigen hebben erop gewezen dat welzijn en gezondheid zeer nauw met elkaar verbonden zijn, en dat de visie op gezondheid ruimer moet zijn dan een visie op gezondheidszorg. Ernstige problemen in de uitrol van de gezondheidszorg kunnen niet zomaar toegeschreven worden aan één enkel niveau. De taalproblemen in Brussel zijn niet beperkt tot het niveau van de gemeenten. De senator kan talloze voorbeelden geven van de niet-naleving van de taalwetgeving op andere niveaus, waarbij met name de taal van de zorgbehoevende helemaal niet gerespecteerd wordt.

Hoe verklaart de heer Dumont dat er in de voorgaande decennia nooit inspanningen zijn geweest om de taalwet na te leven of af te dwingen? Nu men vraagt om te regionaliseren is men plots bereid om de miskennen van de taalwetgeving te erkennen als een probleem, dat men wel zal oplossen. Waarom wordt het probleem niet eerst opgelost, vooraleer we praten over een regionalisering? Een oplossing van de taalproblematiek vormt een *conditio sine qua non* voor welke organisatie ook van het gezondheidsbeleid in Brussel. Welke mogelijkheden ziet de heer Dumont om in de huidige constellatie de naleving van de taalwetgeving af te dwingen?

In zijn uiteenzetting heeft de heer Van Gorp aandacht besteed aan het belang van een ruime visie op gezondheid en aan het verband tussen gezondheid en welzijn. Het lid heeft echter niet helemaal begrepen of het pleidooi voor gelijkwaardige zorg ook een pleidooi inhoudt om het beleid in één hand te houden. Kan de expert dit nader toelichten?

Mme Groothedde demande à tous les orateurs s'il est, selon eux, nécessaire de refédéraliser la compétence en matière de soins de santé préventifs. Deux considérations doivent être prises en compte à cet égard.

Actuellement, la prévention est une matière non fédérale. Mais, comme l'a dit un ministre flamand, pourquoi la Communauté ou la Région investirait-elle dans la prévention si c'est l'État fédéral qui tire les bénéfices de cet investissement? Sur le plan moral, cette réflexion est tout à fait déplacée mais, sur le plan comptable, elle met bien en évidence un problème d'ailleurs connu depuis longtemps.

Par ailleurs, M. Van Gorp a souligné qu'il fallait éviter une concurrence déloyale entre les entités fédérées. C'est aussi une mise en garde formulée par la professeure Cantillon. Mme Groothedde craint surtout qu'une telle concurrence n'aboutisse à une politique consistant à attirer les «citoyens désirables», c'est-à-dire ceux qui prennent déjà d'eux-mêmes des mesures préventives ou qui sont en meilleure santé grâce à leur situation socioéconomique. Ce serait, pour une entité fédérée, un moyen de comprimer les coûts des soins de santé.

En tant que Bruxelloise, l'intervenante se doit d'aborder la question. Une grande part de la population bruxelloise est en effet très vulnérable. En séparant les différents groupes de la population et en les dressant les uns contre les autres, on met, dans la pratique, la solidarité interpersonnelle en péril.

L'intervenante constate également qu'à Bruxelles, la législation linguistique reste trop souvent lettre morte dans la pratique, alors même que les experts francophones affirment que les droits linguistiques devraient effectivement être mieux respectés. Il lui est arrivé plusieurs fois de devoir conduire un jeune enfant à l'hôpital et de constater la frustration d'un soignant surmené face au petit patient incapable d'exprimer clairement ses souhaits et ses plaintes et la panique de l'enfant ne parvenant pas à se faire comprendre. Aucune des deux personnes en présence n'est responsable de cette situation.

M. Dumont a rappelé, à juste titre, que certains Bruxellois ne parlent ni le néerlandais ni le français et que d'autres Bruxellois parlent les deux langues et même plusieurs langues. Il n'empêche que chacun, *a fortiori* une personne en position de faiblesse, devrait pouvoir s'exprimer dans sa langue pour recevoir des soins, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Ces droits linguistiques sont pourtant déjà inscrits dans la législation. Comment en imposer réellement le respect en pratique?

Mevrouw Groothedde vraagt aan alle sprekers of het naar hun mening nodig is om de bevoegdheid voor de preventieve gezondheidszorg te herfederaliseren. Daarbij spelen twee overwegingen.

In de huidige stand van zaken vormt preventie een niet-federale aangelegenheid. Maar, zoals een Vlaamse minister het stelt, waarom zou de Gemeenschap of het Gewest investeren in preventie als de opbrengsten daarvan naar de Federale Staat gaan? In moreel opzicht is zo'n antwoord pijnlijk misplaatst, maar vanuit boekhoudkundig oogpunt wijst het wel op een probleem, dat overigens al lang bekend is.

Daarnaast heeft de heer Van Gorp erop gewezen dat men oneerlijke concurrentie tussen de deelentiteiten moet vermijden. Daar heeft professor Cantillon ook al voor gewaarschuwd. Mevrouw Groothedde vreest vooral dat zo'n concurrentie zou leiden tot een beleid om «gewenste burgers» aan te trekken: diegenen die al uit zichzelf veel preventiemaatregelen nemen, of die door hun sociaal-economische situatie een betere gezondheid hebben. Op die manier kan een deelentiteit de kosten van de gezondheidszorg dan drukken.

Als Brusselaar kan spreekster er niet omheen dit punt te berde te brengen. Brussel heeft immers een grote zeer kwetsbare bevolking. De verschillende bevolkingsgroepen uit elkaar trekken en tegen elkaar uitspelen zorgt ervoor dat in de praktijk de interpersoonlijke solidariteit op losse schroeven komt te staan.

In Brussel stelt het lid ook vast dat in de praktijk de naleving van de taalwetgeving toch al te vaak dode letter blijft, ondanks alle verklaringen van de Franstalige deskundigen dat de taalrechten inderdaad beter gerespecteerd moeten worden. Zij heeft het meermaals meegemaakt dat zij met een kleutertje naar het ziekenhuis moest, waar een overwerkte zorgverlener in een frustrerende situatie stond omdat het patiëntje zijn wensen en klachten niet duidelijk kon maken, en het patiëntje in paniek schoot omdat het niet begrepen werd. Daarbij heeft geen van beide direct betrokkenen schuld aan zulk een situatie.

De heer Dumont heeft het, terecht, over een aantal Brusselaars die noch Nederlands, noch Frans spreken, en over de Brusselaars die beide spreken, of zelfs meerdere talen spreken. Dat neemt niet weg dat iedereen, en zeker iemand die zich in een kwetsbare situatie bevindt, in zijn eigen taal terecht moet kunnen voor zorgverlening, en dat is nu niet het geval. Toch zijn die taalrechten nu al ingeschreven in de wetgeving. Hoe kan men die in de praktijk effectief afdwingen?

La plus grande vulnérabilité de la population et les capacités financières moins importantes rendent impayable une «traduction» de l'assurance soins flamande en Région bruxelloise. Bruxelles génère certes beaucoup de revenus mais ceux-ci sont exportés vers les autres régions chaque jour. Quelles seraient, selon M. Dumont, les solutions à ce problème?

Mme Groothedde retient surtout de l'exposé de M. Van Nieuwenhove ses déclarations à propos de l'épuisement mental qui survient lors des négociations nocturnes sur les soins, le bien-être et la santé. Certains spécialistes disent même n'avoir plus du tout envie de discuter de ces sujets parce qu'on ne tient finalement pas compte de leurs avis. Quelles sont, selon M. Van Nieuwenhove, les possibilités d'améliorer sur le plan opérationnel la concertation politique et le processus réglementaire qui en découle?

Selon Mme Groothedde, la précédente réforme de l'État n'a pas apporté la cohérence tant attendue. On peut d'ailleurs se demander s'il sera un jour possible d'apporter une cohérence totale dans un domaine aussi complexe que les soins de santé, ou dans le domaine plus vaste des soins et du bien-être.

Plusieurs orateurs se sont attardés sur le fait que la mise en œuvre de l'actuelle réforme de l'État était encore en cours, y compris durant la pandémie qui sévit toujours. La sénatrice demande expressément à M. Van Gorp de faire part de sa vision de la situation bruxelloise.

M. Vanlouwe indique que de nombreux éléments ont déjà été abordés au sein du groupe de travail Affaires institutionnelles du Parlement flamand.

En plus de la note de M. Van Nieuwenhove, le sénateur a également lu la contribution qu'il a publiée dans un ouvrage consacré à la Belgique fédérale après la sixième réforme de l'État. Il en conclut que la Belgique fédérale d'aujourd'hui est un gruyère. Chaque transfert de compétences s'accompagne d'une série d'exceptions ramenant chaque fois au niveau fédéral des parties de compétences. Pour la politique des soins de santé, il s'agit, par exemple, de la législation organique et de l'INAMI. Sans parler des exceptions aux exceptions qui font que même les experts des soins de santé ne savent plus très bien qui est *in fine* compétent pour quoi.

M. Vanlouwe se rallie donc au plaidoyer en faveur de blocs homogènes de compétences et de la décentralisation. Si les soins de santé, la politique du bien-être, la politique environnementale et même l'enseignement se chevauchent, il n'en demeure pas moins possible

Een «vertaling» van de Vlaamse zorgverzekering naar het Brussels Gewest zou vandaag onbetaalbaar zijn, door de grotere kwetsbaarheid van de bevolking en de lagere draagkracht. Brussel genereert weliswaar zeer veel inkomen, maar dat wordt dagelijks naar de andere regio's geëxporteerd. Welke oplossingen ziet de heer Dumont voor dit probleem?

Uit de uiteenzetting van de heer Van Nieuwenhove pikt mevrouw Groothedde de uitspraak op over de mentale vermoeidheid die optreedt in de nachtelijke onderhandelingen over zorg, welzijn en gezondheid. Van sommige specialisten hoort men zelfs dat zij geen zin meer hebben om daarover te gaan praten, omdat hun adviezen uiteindelijk toch genegeerd worden. Welke mogelijkheden ziet de heer Van Nieuwenhove om het politiek overleg en het daaruit voortvloeiende regelgevingsproces operationeel te verbeteren?

Volgens mevrouw Groothedde heeft de vorige Staatshervorming niet de coherentie gebracht waar zo naar gestreefd werd. Het is overigens maar de vraag of het ooit mogelijk zal zijn volledige coherentie te realiseren in een zo complex domein als dat van de gezondheidszorg, of in het ruimere domein van zorg en welzijn.

Verschillende sprekers zijn uitgebreid ingegaan op het feit dat de huidige Staatshervorming nog volop uitgerold wordt, ook tijdens de pandemie, die ook nog in volle gang is. De senator vraagt de heer Van Gorp uitdrukkelijk om zijn visie op de Brusselse situatie.

De heer Vanlouwe wijst erop dat veel elementen ook al aan bod zijn gekomen in de werkgroep institutionele zaken van het Vlaams Parlement.

Naast de nota van de heer Van Nieuwenhove, heeft de senator ook diens bijdrage in het boek over het federale België na de zesde Staatshervorming gelezen. Hij concludeert eruit dat dat federale België vandaag een kaas met gaten vormt. Bij elke bevoegdheidsoverdracht horen veelvuldige uitzonderingsbepalingen die telkens opnieuw onderdelen «terughalen» naar het federale niveau. Voor het gezondheidszorgbeleid gaat het bijvoorbeeld om de organieke wetgeving en het RIZIV. Bovendien zijn er nog eens de uitzonderingen op de uitzonderingen, waardoor het zelfs voor experts van de gezondheidszorg onduidelijk is wie nu eigenlijk waarvoor bevoegd is.

De heer Vanlouwe sluit zich dan ook aan bij de pleidooien voor homogene bevoegdheidspakketten en decentralisering. Dat gezondheidszorg raakvlakken vertoont met het welzijnsbeleid, het milieubeleid en zelfs het onderwijs, neemt niet weg dat er nog een

d'assurer une cohérence bien plus grande dans le domaine des soins de santé. Selon M. Dumont, cela poserait problème à Bruxelles dans le modèle actuel puisque le Bruxellois serait contraint de choisir un système auquel adhérer. M. Vanlouwe pense toutefois que cela ne devrait pas être un problème.

Dans les années 80, un débat similaire a eu lieu à propos du transfert de l'enseignement vers les Communautés. À l'époque aussi, certains affirmaient que le choix entre deux systèmes d'enseignement poserait problème à Bruxelles. On constate aujourd'hui que cette liberté de choix des Bruxellois constitue non pas un problème, mais une plus-value pour les parents et les enfants. Il ne voit dès lors pas pourquoi la liberté de choix en matière de soins de santé constituerait une difficulté.

L'intention n'a jamais été qu'un hôpital, par exemple l'unique hôpital néerlandophone de Bruxelles, refuse des personnes parlant une autre langue. En revanche, en cas de scission, il se pourrait que les règles en matière de reconnaissance, de financement ou de remboursement des prestations soient différentes.

M. Vanlouwe constate qu'aujourd'hui, les Flamands de Bruxelles ne s'adressent pas aux nombreux hôpitaux présents sur le territoire mais qu'ils se rendent presque exclusivement dans cet unique hôpital néerlandophone, avec peut-être comme exception la clinique Sainte-Élisabeth. Cela s'explique par le fait que dans 95 % des autres hôpitaux, on rencontre un problème linguistique fondamental et que les Flamands n'ont pas la garantie d'y recevoir les soins qu'ils désirent. M. Dumont admet que cela pose problème, ce qui est déjà mieux que l'attitude du directeur général de l'INAMI qui minimise cette difficulté.

Mais le problème se pose à tous les niveaux: aux niveaux communal et régional, dans les hôpitaux, dans les services d'incendie, à la police. Cette discrimination linguistique est une réalité depuis cinquante ans déjà mais elle est ou bien minimisée ou bien niée. Quelles mesures M. Dumont propose-t-il pour imposer le respect des droits linguistiques des usagers dans les établissements de soins?

On peut lire dans la note du Collège intermutualiste national que les soins doivent être proches des gens. M. Vanlouwe partage totalement ce point de vue; selon lui, l'autorité flamande est un peu plus proche du citoyen que l'autorité fédérale. M. Van Gorp a quant à lui déclaré que les soins devaient être organisés au niveau locorégional, en fonction des besoins et caractéristiques

veel grotere coherentie kan bereikt worden binnen het domein zelf. Volgens de heer Dumont leidt dit in het huidige model echter tot problemen in Brussel, omdat de Brusselaar dan moet kiezen bij welk stelsel hij zich aansluit. De heer Vanlouwe meent dat dit echter geen probleem hoeft te zijn.

In de jaren 80 woedde er een gelijkaardig debat over de overheveling van het onderwijs naar de Gemeenschappen. Toen waren er ook stemmen die stelden dat de keuze tussen twee onderwijsstelsels in Brussel een probleem zou vormen. Vandaag stelt men vast dat die keuzevrijheid voor de Brusselaar allerminst een probleem, maar juist een meerwaarde inhoudt, voor ouders én kinderen. Hij ziet dan ook niet in waarom keuzevrijheid in de gezondheidszorg een probleem zou vormen.

Het is nooit de bedoeling geweest dat een ziekenhuis, bijvoorbeeld het enige Nederlandstalige ziekenhuis in Brussel, anderstaligen zou weigeren. Wel zouden er bij een splitsing eventueel andere regels over de erkenning, de financiering of de terugbetaling van prestaties kunnen gelden.

Vandaag stelt de heer Vanlouwe vast dat Vlamingen in Brussel zich niet richten tot de vele ziekenhuizen die daar bestaan, maar zich bijna exclusief naar dat ene Nederlandstalige ziekenhuis begeven, met het Sint-Elisabethziekenhuis misschien als uitzondering. Dat komt omdat in de 95 % andere ziekenhuizen een fundamenteel taalprobleem bestaat, zodat er daar geen gegarandeerde zorgverlening voor Vlamingen te vinden is. De heer Dumont erkent wel dat dat een probleem vormt, wat al beter is dan de administrateur-generaal van het RIZIV, die dat probleem minimaliseerde.

Maar het probleem doet zich op alle niveaus voor: op gemeentelijk én op gewestelijk niveau, in de ziekenhuizen, bij de brandweer, en bij de politie. Deze taaldiscriminatie bestaat al vijftig jaar en wordt ofwel geminimaliseerd, ofwel ontkend. Welke maatregelen stelt de heer Dumont voor om de taalrechten van de gebruikers in de zorginstellingen af te dwingen?

In de nota van het Intermutualistisch college staat te lezen dat zorg dicht bij de mensen moet staan. Daar gaat de heer Vanlouwe volledig mee akkoord; naar zijn mening staat de Vlaamse overheid iets dichter bij de burger dan de federale. De heer Van Gorp zei ook dat de zorg moest gerealiseerd worden op een locoregionaal niveau, in functie van specifieke noden en kenmerken.

spécifiques. Pour M. Vanlouwe, il est essentiel de reconnaître l'existence de besoins et visions différents. Il aimerait toutefois savoir ce que l'expert entend précisément par niveau «locorégional».

Dans sa note, le Collège intermutualiste national plaide en outre pour des accords de coopération asymétriques de sorte que chaque région puisse, à son propre rythme et avec ses accents propres, œuvrer à la réalisation des objectifs en matière de santé en tenant compte du contexte qui est le sien. M. Vanlouwe suggère d'adopter la formulation «à la réalisation de ses propres objectifs en matière de santé». Il est en tout cas favorable à des accords de coopération asymétriques en attendant le transfert intégral des compétences en matière de soins de santé vers les Communautés. Il demande donc à M. Van Gorp d'expliquer sa vision de ces accords de coopération asymétriques.

Mme Bury lit dans la note de M. Van Nieuwenhove que la collaboration est indispensable. Elle estime néanmoins qu'il faut tenir compte des différences qui existent entre les visions politiques au nord et au sud du pays. Dans son exposé oral, M. Van Nieuwenhove a aussi déclaré, par ailleurs, que le législateur spécial était naturellement libre d'instaurer un système prévoyant des compétences tellement homogènes qu'il permettrait aux entités fédérées d'agir chacune à sa guise. Mme Bury pense qu'il choisit de ne pas trop se mouiller. Elle souhaiterait néanmoins connaître la préférence de l'expert: quel système fonctionnera le mieux selon lui?

L'intervenante rejoint totalement M. Dumont lorsqu'il déclare qu'on ne trouve pas de fil rouge dans la sixième réforme de l'État. Le plaidoyer en faveur d'une régionalisation des soins de santé également à Bruxelles, dans le but d'avoir «un seul pilote dans l'avion», se heurte toutefois à la question que plusieurs collègues ont déjà posée: comment Bruxelles va-t-elle payer cela? Les autres Régions devront-elles apporter une aide financière à Bruxelles sans avoir leur mot à dire pour le reste?

Mme Bury partage aussi la méfiance de M. Anciaux quant au fait que les francophones se préoccuperaient du respect de la législation linguistique. Le week-end dernier, elle a encore entendu le récit de personnes avec des enfants en bas âge qui avaient abouti au service des urgences de l'hôpital Erasme à la suite d'un incendie domestique et qui n'avaient pas pu recevoir de l'aide ni des réponses en néerlandais. Quelle solution pourrait-on trouver pour ce genre de situation hallucinante? Faut-il augmenter ou améliorer les cours de néerlandais dans l'enseignement francophone?

De erkenning dat er verschillende noden en ook visies bestaan, vindt de heer Vanlouwe zeer belangrijk. Hij wil echter weten wat de deskundige precies bedoelt met dat «locoregionaal» niveau.

In zijn nota pleit het Intermutualistisch College bovendien voor asymmetrische samenwerkingsakkoorden, zodat elke regio «op eigen ritme en met eigen accenten, rekening houdend met de eigen context kan werken aan de uitvoering van de gezondheidsdoelstellingen». De heer Vanlouwe suggereert om die laatste woorden aan te vullen tot «de eigen gezondheidsdoelstellingen». In elk geval is hij een voorstander van asymmetrische samenwerkingsakkoorden, in afwachting van de volledige overheveling van de bevoegdheden voor gezondheidszorg naar de Gemeenschappen. Hij vraagt de heer Van Gorp dan ook om zijn visie op deze asymmetrische samenwerkingsakkoorden nader toe te lichten.

Mevrouw Bury leest in de nota van de heer Van Nieuwenhove dat samenwerking noodzakelijk is; ze meent dat er toch ook rekening moet gehouden worden met de verschillen in beleidsvisies in het Noorden en het Zuiden van het land. In zijn mondelinge uiteenzetting heeft de heer Van Nieuwenhove anderzijds ook gesteld dat het de bijzondere wetgever uiteraard vrij staat een systeem in te voeren met dusdanig homogene bevoegdheden dat de deelstaten elk hun eigen ding zouden kunnen doen. Mevrouw Bury meent dat hij daarbij bewust op de vlakte blijft. Toch wil ze weten waar de voorkeur van de expert naar uitgaat: welk systeem zal volgens hem het beste werken?

Bij de uitspraak van de heer Dumont dat er geen rode draad terug te vinden is in de zesde Staatshervorming kan de spreekster zich volmondig aansluiten. Het pleidooi om de gezondheidszorg ook in Brussel te regionaliseren, zodat er «één enkele piloot» aan boord zou zijn, botst echter op een vraag die een aantal collega's al gesteld hebben: hoe gaat Brussel dat betalen? Moeten de andere Gewesten dan financieel bijspringen, zonder voor het overige iets in de pap te brokken te hebben?

Mevrouw Bury deelt ook het wantrouwen van de heer Anciaux tegenover de zegzegde bezorgdheid van de Franstaligen over de naleving van de taalwetgeving. Nog vorig weekend werd ze geconfronteerd met het verhaal van mensen met kleine kinderen die na een woningbrand op de spoeddienst van het Erasmusziekenhuis terecht gekomen waren, en in geen enkele interactie in het Nederlands geholpen werden of antwoorden kregen. Hoe kunnen zulke hallucinante situaties opgelost worden? Moeten er in het Franstalige onderwijs meer of betere Nederlandse lessen aangeboden worden?

Le thème de la solidarité interpersonnelle revient dans les exposés de tous les orateurs et s'accompagne très souvent de la suggestion de combiner nécessairement cette solidarité avec l'attribution de compétences au niveau fédéral. Pourquoi la solidarité interpersonnelle ne pourrait-elle pas être tout autant garantie au niveau des entités fédérées?

Tout le monde s'accordera à dire que le patient et ses besoins doivent être au centre des préoccupations dans le domaine des soins de santé. M. Van Gorp a néanmoins exposé toutes sortes de points de vue qui, en réalité, n'ont pas grand-chose à voir avec ce principe, par exemple en ce qui concerne la solidarité interpersonnelle. Il a plaidé en faveur d'une (re)fédéralisation, pour éviter le risque d'un *statu quo* pour les quinze prochaines années. Mme Bury souligne que le *statu quo* actuel dure déjà depuis des années. Le cœur du problème n'est-il pas précisément l'absence d'harmonie au niveau fédéral en raison des grandes disparités entre le Nord et le Sud?

À propos des accords de coopération asymétriques, M. Van Nieuwenhove indique qu'ils ne voient tout simplement pas le jour dans la pratique. Les experts pourraient-ils donner plus de précisions à cet égard et suggérer des solutions en vue de pouvoir conclure de tels accords? M. Van Gorp évoque un comité de concertation très large et un forum administratif. Comment conçoit-il concrètement de telles instances et pourquoi des structures de ce type ne sont-elles pas déjà opérationnelles?

M. Van Gorp a émis une série de réserves à l'égard d'une décentralisation en ce qui concerne le patient mobile, la consommation de soins mobile et les prestataires de soins mobiles. L'intervenante pense que ces problèmes n'en sont pas en réalité: la mobilité existera toujours. Selon elle, l'ampleur du problème est fortement exagérée compte tenu de la barrière de la langue, mais même indépendamment de cet aspect, elle ne comprend pas où se situe le blocage. Pourquoi, par exemple, un patient ou ses soignants ne pourraient-ils plus avoir accès au dossier du patient d'un côté ou de l'autre de la frontière linguistique ou pourquoi un patient ne pourrait-il pas bénéficier de soins «de l'autre côté»?

La mutualité socialiste a d'ailleurs présenté une autre vision des choses au sein du Parlement flamand: elle semblait plutôt favorable à un nouveau transfert vers les entités fédérées. En outre, la mutualité chrétienne a décidé le 26 juin dernier de se scinder en deux entités, CM Vlaanderen et La CM, qui sont d'ailleurs toutes deux compétentes à et pour Bruxelles. Cela ne préfigure-t-il pas la voie que nous devons emprunter dans le domaine des soins de santé?

Bij alle sprekers komt het thema van de interpersoonlijke solidariteit aan bod, zeer vaak gekoppeld aan een suggestie dat die noodzakelijk samenhangt met een bevoegdheidstoewijzing aan het federale niveau. Waarom zou de interpersoonlijke solidariteit niet evengoed op deelstaatsniveau kunnen verzekerd worden?

Met de stelling dat in de gezondheidszorg de patiënt en zijn noden centraal moeten staan, zal iedereen het eens zijn. De heer Van Gorp heeft desalniettemin allerlei standpunten naar voren geschoven die eigenlijk weinig te maken hebben met dat beginsel, bijvoorbeeld over de interpersoonlijke solidariteit. Hij pleitte voor een (her) federalisering, omdat anders een stilstand dreigt voor de komende vijftien jaar. Mevrouw Bury wijst erop dat de bestaande stilstand ook al jaren duurt. Ligt de kern van het probleem niet juist daarin dat er op het federale niveau geen overeenstemming bestaat, omwille van de grote verschillen tussen Noord en Zuid?

Over de asymmetrische samenwerkingsakkoorden stelt de heer Van Nieuwenhove dat zij «in de praktijk gewoon niet tot stand komen». Kunnen de deskundigen hierover meer toelichting geven, en suggesties doen voor oplossingen om zulke akkoorden dan wel te kunnen sluiten? De heer Van Gorp heeft het over een heel groot overlegcomité, en over een administratief forum. Hoe ziet hij dat in de praktijk? En waarom werkt zoiets nu al niet?

Bij een decentralisering heeft de heer Van Gorp een aantal bedenkingen geformuleerd in verband met de mobiele patiënt, de mobiele zorgconsumptie, en de mobiele zorgverleners. Spreekster meent dat deze problemen er eigenlijk geen zijn: er zal altijd mobiliteit bestaan. Gelet op de taalbarrière is deze problematiek volgens haar sterk overroepen, maar zelfs los daarvan begrijpt zij niet waar het nu eigenlijk knelt. Waarom zouden een patiënt of zijn zorgverleners bijvoorbeeld geen toegang meer kunnen krijgen tot het patiëntendossier aan de ene of aan de andere kant van de taalgrens, of zou een patiënt geen beroep kunnen doen op zorgverlening «aan de overkant»?

In het Vlaams Parlement heeft de socialistische mutualiteit overigens een ander beeld gegeven: die leek eerder voorstander te zijn van een verdere overheveling naar de deelstaten. Bovendien heeft op 26 juni van dit jaar de Christelijke Mutualiteit (CM) beslist zich op te splitsen in een CM Vlaanderen, enerzijds, en een «La CM», anderzijds, die overigens beide bevoegd zijn in en voor Brussel. Vormt dit niet een voorafspiegeling van waar we in de gezondheidszorg naartoe moeten?

M. Hermant interroge les experts sur la complexité institutionnelle bruxelloise. Au regard de la mobilité, tant des patients que des médecins qui se déplacent d'une Région à l'autre, la régionalisation est-elle envisageable à Bruxelles? Ne pourrait-on pas partir de la situation de Bruxelles pour s'attaquer à la complexité institutionnelle de notre système et ne faudrait-il pas, dès lors, refédéraliser certaines compétences?

L'homogénéité et le financement doivent aller de pair avec les niveaux de compétences. Si le financement dépend du niveau fédéral tandis que la gestion des hôpitaux est confiée au niveau régional, il faut appliquer un système de dotations, d'enveloppes fermées. On risque dès lors de ne pas avoir les moyens des politiques ambitieuses que l'on veut mener. Rapidement, des forces centrifuges engendreront encore plus de divisions – ce qui aboutira à une scission du système de financement.

Or, l'administrateur général de l'INAMI estimait que scinder le financement de la sécurité sociale n'avait aucun sens car cela coûterait beaucoup plus cher. S'il y a moins de solidarité interpersonnelle, si la base de financement est moins grande, les risques seront, eux, plus importants pour chaque poste de dépenses. Scinder le financement aura donc un coût plus important pour la population.

Aujourd'hui, ceux qui défendent cette scission de la sécurité sociale n'ont rien fait pour la construire. Le mouvement social s'est battu pour installer cette sécurité sociale. C'est de ce mouvement, de cette lutte sociale, que la sécurité sociale a été arrachée pour créer un pot commun. Que pensent les orateurs de l'idée d'une scission?

En Flandre, le gouvernement envisage de ne plus indexer les allocations familiales pour faire une économie de 65 millions d'euros. Cet exemple montre que la scission de la sécurité sociale vise à réaliser des économies, au détriment des familles.

La loi pandémie qui a été réactivée par le gouvernement fédéral est également un aveu de faiblesse de la régionalisation. De fait, le *Covid Safe Ticket* qui était une compétence régionale, redevient aujourd'hui fédéral. On le voit, on a besoin d'une unité de commandement fédéral pour gérer une pandémie, alors pourquoi aller dans le sens d'une régionalisation ou d'une communautarisation de ces compétences?

De heer Hermant heeft een vraag voor de deskundigen over de ingewikkelde Brusselse institutionele structuur. Is een regionalisering in Brussel wel wenselijk, gelet op de verplaatsingen van zowel patiënten als artsen van het ene Gewest naar het andere? Zou men niet kunnen uitgaan van de Brusselse realiteit om een oplossing te zoeken voor ons institutionele kluwen, en moet men bepaalde bevoegdheden dus niet herfederaliseren?

Wat bevoegdheden betreft, moeten homogeniteit en financiering hand in hand gaan. Wanneer de financiering afhangt van het federale niveau en het ziekenhuisbeheer van het regionale, moet men werken met dotaties, gesloten enveloppes dus. Dat kan ertoe leiden dat men niet de nodige middelen heeft om een ambitieus beleid te voeren. Al snel zullen middelpuntvliedende krachten nog meer splitsingen teweegbrengen – wat uiteindelijk zal leiden tot een splitsing van het financieringssysteem.

De administrateur-generaal van het RIZIV heeft verklaard dat het geen enkele zin heeft om de sociale zekerheid te splitsen, omdat dit veel duurder zou zijn. Als er minder interpersoonlijke solidariteit is en de financieringsbasis kleiner wordt, zullen de risico's in verhouding groter worden voor elke uitgavenpost. De financiering splitsen zal dus duurder zijn voor de bevolking.

Zij die vandaag de sociale zekerheid willen splitsen, hebben niets gedaan om ze op te bouwen. De sociale beweging heeft gevochten voor de sociale zekerheid. Dankzij deze beweging en deze sociale strijd, werd de sociale zekerheid afgedwongen om een gemeenschappelijke pot te creëren. Wat denken de sprekers van het idee van een splitsing?

In Vlaanderen overweegt de regering om de kinderbijslag niet langer te indexeren teneinde 65 miljoen euro te besparen. Dit voorbeeld toont aan dat een splitsing van de sociale zekerheid bedoeld is om op de kap van de gezinnen te besparen.

Ook de pandemiewet, die de federale regering opnieuw heeft geactiveerd, legt de zwakheden van de regionalisering bloot. Het *Covid Safe Ticket*, dat een regionale bevoegdheid was, wordt nu weer een federale bevoegdheid. Het is duidelijk dat er een eenheid van commando nodig is om een pandemie het hoofd te bieden, dus waarom zou men deze bevoegdheden regionaliseren?

Interviewé dans le journal *Le Soir* du 29 octobre 2021 (7), M. Xavier Brenez, directeur général des Mutualités libres, déclare ce qui suit:

«Rappelez-vous ce qui s’est passé pour le secteur des maisons de repos, qui a été complètement laissé à lui-même: pas d’information, pas de matériel de protection, pas de pont entre maisons de repos et hôpitaux... Pour elles, le fait de dépendre des Régions et non plus du fédéral a cassé bien des opportunités de gérer la crise de manière globale et unitaire. La prise en charge a été catastrophique alors que c’était le public le plus fragilisé. (...)»

Il faut se souvenir que lors de l’élaboration de la sixième réforme de l’État, la grande majorité des experts du secteur des soins avaient prédit qu’on filait vers la catastrophe. La crise Covid a montré qu’ils avaient raison. En réalité, en 2011, il fallait transférer des compétences pour x milliards d’euros. Peu importe comment on allait y arriver. Dans le secteur des soins, on a divisé la santé mentale, on a donné aux Régions les soins aux aînés, on a saucissonné le secteur hospitalier... Rien de bien cohérent, donc. Ça donne vraiment l’impression d’avoir géré cela entre la poire et le fromage... Sur le terrain, tout le monde est franchement scandalisé. Cela étant, les conséquences se comptent en vies humaines... Maintenant, il faut arrêter de jouer.»

Sur le plan politique, il y a une lame de fond vers plus de régionalisation, laquelle devient presque une croyance populaire. Or, en matière de santé, les conséquences sont extrêmement négatives, avec un impact majeur sur la gestion de la crise Covid. Le citoyen et le politique doivent comprendre qu’une réforme de l’État, ce ne sont pas seulement des enjeux financiers et des ambitions de partis, c’est un instrument qui a un impact concret sur le bien-être de la population et, partant, sur le nombre de vies que vous pouvez sauver.

Certaines compétences pourraient donc certainement être refédéralisées mais il s’agit d’un tabou pour certaines forces politiques, alors que c’est contraire à la rationalité et au bien-être de tous les patients du pays. Qu’en pensent les orateurs?

Mme Hugon se concentre sur la question de Bruxelles. À l’heure actuelle, la juxtaposition d’institutions y est infernale pour les citoyens. Cela engendre des problèmes d’efficacité mais également une dilution des responsabilités ainsi qu’une illisibilité pour les citoyens. Il serait

In de krant *Le Soir* van 29 oktober 2021 (7) verklaarde de heer Xavier Brenez, directeur-generaal van de Vrije Mutualiteit, het volgende:

«Herinner u wat er gebeurd is in de sector van de woonzorgcentra, die helemaal aan zichzelf werd overgelaten: geen informatie, geen beschermingsmateriaal, geen brug tussen de woonzorgcentra en de ziekenhuizen... Omdat zij afhingen van de Gewesten en niet langer van de federale overheid, hebben zij vele mogelijkheden gemist om de crisis op een globale en eenvormige manier aan te pakken. De zorgverlening was catastrofaal, terwijl het om het kwetsbaarste publiek ging. (...)»

Wij herinneren eraan dat tijdens de besprekingen over de zesde Staatshervorming, de grote meerderheid van deskundigen voorspeld had dat men op een catastrofe afstevende. De COVID-crisis heeft hen gelijk gegeven. In werkelijkheid moest er in 2011 voor X miljard euro aan bevoegdheden worden overgeheveld. In de zorgsector heeft men dan maar de geestelijke gezondheid gesplitst, werden de Gewesten bevoegd voor ouderenzorg, heeft men de ziekenhuissector in stukjes opgedeeld... Geen samenhang te bespeuren. Het lijkt alsof dit beheerd werd als een bijkomstigheid. Op het terrein is iedereen daarover verbolgen. Dit alles heeft wel mensenlevens gekost... Nu is de speeltijd voorbij.»

Op politiek vlak is er een grondstroom naar meer regionalisering. Dit wordt bijna een volksgeloof. De gevolgen voor de gezondheidszorg zijn echter uiterst negatief, en hebben zwaar gewogen op de aanpak van de pandemie. Burgers en politici moeten begrijpen dat een Staatshervorming niet alleen draait om financiële belangen en partijambities, maar dat zij concrete gevolgen heeft voor het welzijn van de bevolking, en dus ook voor het aantal levens dat gered kan worden.

Sommige bevoegdheden kunnen dus zeker opnieuw naar het federale niveau worden overgeheveld. Voor sommige partijen is dit echter een taboe, terwijl dat indruist tegen het gezond verstand en het welzijn van alle patiënten van het land. Wat denken de sprekers?

Mevrouw Hugon spitst zich toe op de situatie in Brussel. Het huidige kluwen van instellingen is voor burgers niet te harden. Dat zorgt voor problemen op het vlak van de efficiëntie, maar ook voor een verwatering van verantwoordelijkheden en ondoorzichtigheid voor de burgers.

(7) «Réforme de l’État: trop importante pour la laisser aux politiques», <https://web.belga.press/explore/kiosk/publications/247992/18?date=1635465600000&edition=Bruxelles&page=8&subId=18>.

(7) «Réforme de l’État: trop importante pour la laisser aux politiques», <https://web.belga.press/explore/kiosk/publications/247992/18?date=1635465600000&edition=Bruxelles&page=8&subId=18>.

parfaitement possible de rationaliser sans mettre à mal le caractère bilingue de la Région bruxelloise, et même au contraire en le renforçant. On pourrait, par exemple, faire sauter le verrou des écoles bilingues.

La membre interpelle les représentants du Collège intermutualiste au sujet de leur deuxième scénario dans lequel ils évoquent la réaffectation partielle de compétences, sans prendre position quant aux entités auxquelles ces compétences devraient revenir.

Pourraient-ils aborder cette question en portant une attention particulière à la situation de Bruxelles?

Que pensent les experts de l'idée de régionaliser les compétences «santé» exercées par les Communautés, et ce dans une optique de lisibilité et d'efficacité pour les usagers?

Comment calculer une clé de répartition juste des moyens financiers – en cas de régionalisation de certaines compétences – tout en maintenant une solidarité interpersonnelle forte?

Lors de l'audition précédente, on a entendu un plaidoyer fort en faveur d'une défédéralisation presque totale mais qui ne prenait pas suffisamment en compte, dans la clé de répartition, les besoins des citoyens en fonction des différents territoires, ce qui pose question.

La Constitution n'offre pas à l'heure actuelle de base pour faire face à des situations exceptionnelles telles que la pandémie de Covid-19. Seul l'article 143 de la Constitution fait mention du fédéralisme de coopération. Or, on se rend compte que cet article doit prendre plus d'importance. Le rôle joué par le comité de concertation ces derniers mois plaide pour qu'on l'inscrive dans la Constitution afin de renforcer son rôle moteur.

Les experts jugent-ils aussi nécessaire d'inscrire le rôle du comité de concertation dans la Constitution et si oui, sous quelle forme?

En matière de prophylaxie, le fédéral garde une compétence au niveau national. Toutefois, la jurisprudence du Conseil d'État est venue restreindre la portée des compétences prophylactiques pour finalement les limiter à la vaccination obligatoire.

Het is perfect mogelijk om dit te rationaliseren zonder te raken aan het tweetalige statuut van Brussel, maar het integendeel zelfs te versterken. Men zou bijvoorbeeld tweetalige scholen mogelijk kunnen maken.

Het lid heeft een aantal vragen voor de vertegenwoordigers van het Nationaal Intermutualistisch College met betrekking tot hun tweede scenario waarin zij een gedeeltelijke herschikking van bevoegdheden voorstellen, zonder zich uit te spreken over het beleidsniveau waar die bevoegdheden naartoe zouden moeten gaan.

Kunnen zij deze kwestie benaderen door bijzondere aandacht te verlenen aan de toestand in Brussel?

Wat denken de experten over het idee om de gezondheidsbevoegdheden die nu in handen van de Gemeenschappen zijn, te regionaliseren met het oog op een betere zichtbaarheid en doeltreffendheid voor de gebruikers?

Hoe moet men in het geval van een regionalisering van sommige bevoegdheden de verdeelsleutel van de financiële middelen eerlijk berekenen, en tegelijk een sterke interpersoonlijke solidariteit behouden?

Tijdens de vorige hoorzitting werd sterk gepleit voor een bijna volledige defederalisering, die echter in de verdeelsleutel onvoldoende rekening hield met de noden van de burgers naargelang van de streek waar ze wonen, wat problematisch is.

De Grondwet biedt momenteel geen basis om het hoofd te bieden aan uitzonderlijke toestanden als de COVID-19-pandemie. Alleen artikel 143 van de Grondwet maakt gewag van het samenwerkingsfederalisme. Nu blijkt echter dat dit artikel meer gewicht moet krijgen. Als men ziet welke rol het overlegcomité de laatste maanden heeft gespeeld, zijn er goede redenen om te pleiten voor de inschrijving ervan in de Grondwet zodat zijn rol als motor wordt bekrachtigd.

Vinden de deskundigen het ook nodig om de rol van het overlegcomité op te nemen in de Grondwet, en zo ja, onder welke vorm?

Inzake preventie behoudt de federale overheid een bevoegdheid op nationaal niveau. De rechtspraak van de Raad van State heeft echter de reikwijdte van de preventiebevoegdheden ingeperkt, zodat ze nu alleen nog voor de verplichte vaccinatie gelden.

Dès lors, si l'on souhaite que le fédéral soit plus largement compétent en la matière, ne faudrait-il pas modifier la loi spéciale?

M. Segers pose une question de nature plutôt philosophique sur le contenu démocratique de la répartition des compétences en Belgique. La discussion au sein de cette commission porte surtout sur la clarification et l'homogénéisation des compétences, ce qui signifie que l'accent est mis sur la délimitation des compétences entre, d'une part, l'autorité fédérale et, d'autre part, les Communautés ou les Régions.

Ces dernières années, l'évolution observée est toutefois que l'autorité fédérale et les entités fédérées sont compétentes ou, du moins se déclarent compétentes pour exactement les mêmes mesures, mais partent chacune d'un postulat de départ différent. M. Segers pense par exemple à la protection sociale flamande.

Le membre estime donc que de plus en plus de compétences parallèles sont apparues, en partie sous l'influence de la Cour constitutionnelle. Jurgen Van Praet a appelé cela «la réforme latente de l'État» (8). D'aucuns y voient souvent une opportunité en matière de différenciation, mais elle crée également plus d'ambiguïté. Si le politique est aux abonnés absents, de qui devons-nous attendre ou exiger une action? Cela a des conséquences non seulement pour la responsabilisation financière des différentes autorités, mais aussi pour la lisibilité démocratique du système.

Cette réforme latente de l'État offre-t-elle surtout des opportunités, ou est-il nécessaire, d'un point de vue démocratique, de repenser le principe de la répartition homogène et exclusive des compétences? Devrons-nous nous contenter, lors d'une prochaine réforme de l'État, d'un glissement de compétences dans un sens ou dans l'autre, ou aurons-nous également à redéfinir les postulats de départ?

Mme Durenne s'interroge sur les leçons à tirer de la gestion de la pandémie en ce qui concerne la répartition des compétences. Dans cette crise imprévue se sont posés des problèmes au niveau de la gestion des masques, du *tracing* ou encore du *testing*. On s'est souvent interrogé pour savoir quel était le niveau de pouvoir compétent. Sans vouloir jeter la pierre à qui que ce soit, la membre estime que l'on peut mieux faire.

Moet men de bijzondere wet dus niet wijzigen als men wil dat de federale overheid op dit vlak meer bevoegdheden krijgt?

De heer Segers heeft een eerder filosofische vraag over het democratische gehalte van de Belgische bevoegdheidsverdeling. De discussie in deze commissie gaat vooral over de verduidelijking en de homogenisering van de bevoegdheden, waardoor de focus ligt op de aflijning van de bevoegdheden tussen enerzijds, de federale overheid, en anderzijds, de Gemeenschappen of de Gewesten.

De laatste jaren is er echter een evolutie waar te nemen waarbij de federale overheid en de deelentiteiten bevoegd zijn of zich minstens bevoegd verklaren voor exact dezelfde maatregelen, maar waarbij zij elk vertrekken vanuit een ander aanknopingspunt. De heer Segers denkt bijvoorbeeld aan de Vlaamse Sociale Bescherming.

Het lid meent dan ook dat er hoe langer hoe meer parallelle bevoegdheden zijn ontstaan, mede onder invloed van het Grondwettelijk Hof. Jurgen Van Praet heeft dat «de latente Staatshervorming» genoemd (8). Die wordt vaak beschouwd als een kans om te differentiëren, maar het zorgt ook voor meer onduidelijkheid. Als beleid uitblijft, van wie moeten we dan actie verwachten of vragen? Dat heeft niet alleen gevolgen voor de financiële responsabilisering van de verschillende overheden, maar ook voor de democratische leesbaarheid van het systeem.

Biedt deze latente Staatshervorming vooral kansen, of is het vanuit democratisch oogpunt nodig om het principe van de homogene en exclusieve bevoegdheidsverdeling te herdenken? Moeten we ons bij een volgende Staatshervorming tevreden stellen met het verschuiven van een pakket bevoegdheden in de ene of andere richting, of moeten we ook de uitgangspunten in vraag stellen?

Mevrouw Durenne vraagt zich af welke lessen uit het management van de pandemie kunnen worden getrokken in verband met de bevoegdheidsverdeling. Er waren in deze onverwachte crisis problemen met het beheer van de mondkmaskers, met de *tracing* of nog met het testen. Vaak heeft men zich afgevraagd welk beleidsniveau bevoegd was. Het lid wil niemand beschuldigen, maar meent dat het beter kan.

(8) *De latente staatshervorming. De Bevoegdheidsverdeling in de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof en de adviespraktijk van de Raad van State*, Bruges, Die Keure, 2011, 614 p.

(8) *De latente Staatshervorming. De Bevoegdheidsverdeling in de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof en de adviespraktijk van de Raad van State*, Bruges, Die Keure, 2011, 614 p.

Les experts pourraient-ils identifier et présenter de manière détaillée les contentieux existant en matière de répartition des compétences de soins de santé?

Mme Fonck remercie les orateurs d'avoir rappelé que c'est évidemment le patient qu'il faut remettre au centre des décisions relatives aux soins de santé.

L'intervenante pose ensuite quelques questions sur différents points abordés par les experts.

Les coûts supplémentaires engendrés par la sixième réforme de l'État et les précédentes ont-ils été chiffrés? Si oui, les experts peuvent-ils mettre ces chiffres à la disposition de la commission?

A-t-on intégré, dans le calcul des coûts supplémentaires liés à la réforme de l'État, la démultiplication des structures, des administrations et l'impact financier lié aux ressources humaines?

Quel est l'impact – a-t-il été quantifié – des pertes de temps ou des décalages en termes d'efficacité des décisions pour les prestataires de soins et les administrations?

Après le transfert, par la sixième réforme de l'État, de certaines compétences en matière de santé aux entités fédérées, l'élaboration d'accords de coopération a demandé énormément de temps. Ce phénomène aura connu son apogée avec la pandémie de Covid-19. Ce n'est pas sans raison que l'infectiologue Erika Vlieghe désignait l'éparpillement des compétences de santé comme un *killing factor*.

Une évaluation de l'impact des réformes sur la qualité et l'accessibilité des soins pour les patients a-t-elle été réalisée?

Mme Fonck aborde ensuite le volet de l'avenir des soins de santé.

Le véritable enjeu dans l'organisation et la coordination des prestataires de soins n'est-il pas d'être au plus près des patients et des citoyens? N'est-ce pas là l'élément primordial, sur le plan de l'efficacité dans l'organisation entre les acteurs de la santé – avec des soins plus intégrés et plus de transversalité? Une organisation des soins de santé au plus près des citoyens ne signifie pas forcément qu'ils doivent être confiés aux Régions. La santé, ce n'est

Kunnen de experten in detail weergeven en bespreken welke betwistingen er zijn inzake de bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg?

Mevrouw Fonck dankt de sprekers omdat ze eraan hebben herinnerd dat de patiënt vanzelfsprekend weer centraal moet staan bij de beslissingen over de gezondheidszorg.

Vervolgens stelt spreekster enkele vragen over verscheidene punten die de experten besproken hebben.

Werden de bijkomende kosten van de zesde Staatshervorming en van de voorgaande Staatshervormingen becijferd? Zo ja, kunnen de experten die cijfers aan de commissie bezorgen?

Heeft men bij de berekening van de bijkomende kosten als gevolg van de Staatshervorming, rekening gehouden met de toename van het aantal structuren en diensten en met de financiële impact in verband met de human resources?

Wat zijn de gevolgen – heeft men ze in cijfers uitgedrukt – van het tijdverlies of van de discrepanties voor de doeltreffendheid van de beslissingen voor de zorgverleners en de diensten?

Na de overdracht aan de deelstaten van bepaalde bevoegdheden inzake gezondheid door de zesde Staatshervorming, heeft de totstandkoming van samenwerkingssakkoorden enorm veel tijd gekost. Het dieptepunt werd bereikt met de COVID-19-pandemie. Niet zonder reden noemde de infectiologe Erika Vlieghe de versnippering van de gezondheidsbevoegdheden een *killing factor*.

Werd de impact van de hervormingen op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten geëvalueerd?

Mevrouw Fonck heeft het vervolgens over de toekomst van de gezondheidszorg.

Gaat het er bij de organisatie en de coördinatie van de zorgverleners niet vooral om dat ze zo dicht mogelijk bij de patiënten en de burgers staan? Is dat niet de hoofdzaak wat de doeltreffendheid in de organisatie onder de gezondheidsactoren betreft – samen met meer geïntegreerde zorg en meer transversaliteit? Dat de gezondheidszorg zo moet worden georganiseerd dat zij zo dicht mogelijk bij de burgers staat, betekent niet dat de

pas uniquement des soins curatifs mais c'est le maintien d'un bien-être le plus longtemps possible.

L'intervenante trouve paradoxal de vouloir régionaliser au motif que les réalités ne seraient pas les mêmes dans chaque Région. Certes, ces différences existent mais des études ont démontré qu'il y avait bien plus de disparités au sein d'une même Région qu'entre les Régions elles-mêmes. C'est le cas entre les provinces d'une même Région, voire même d'un arrondissement à l'autre au sein d'une même province. Par ailleurs, il existe des différences entre zones urbaines et zones rurales, en plus des inégalités sociales et de santé entre les patients. Que pensent les experts de cette diversité intrarégionale, sachant qu'elle est souvent plus importante que les différences entre Régions?

L'intervenante s'inquiète en outre de l'impact d'une régionalisation sur l'Accord national médico-mutualiste qui fixe, entre autres, les tarifs que les médecins conventionnés peuvent appliquer. Il constitue une sécurité pour le patient et confère de la stabilité au système des soins de santé. En outre, il détermine des engagements concrets pour améliorer la qualité et l'organisation des soins. Les négociations seraient plus chronophages et pourraient aboutir à des décisions incohérentes, voire à une concurrence déloyale entre les Régions pour le recrutement des soignants.

Il en va de même pour les accords sociaux. On connaît à l'heure actuelle une pénurie majeure d'infirmiers dans les hôpitaux sur l'ensemble du territoire national. Des accords sociaux et des barèmes différents pourraient également engendrer une concurrence entre Régions sans que cela ait un impact final positif pour le patient.

Quel est, par ailleurs, l'avis des experts sur la libre circulation des patients et le libre choix du médecin mais également des soignants?

Certains plaident pour un modèle de décentralisation tout en gardant un financement solidaire fédéral. Ce modèle est parfois présenté de manière séduisante. Toutefois, force est de constater que dans d'autres pays, cette approche a eu des conséquences très négatives – tensions, pertes de temps, etc. – y compris sur le plan politique, avec *in fine* très peu de plus-value pour les patients. Cela aboutit à un jeu de ping-pong entre Régions qui se renvoient la responsabilité de financements insuffisants, de critères inadéquats, etc.

zorg in handen van de Gewesten moet worden gegeven. Gezondheid, dat is niet alleen curatieve zorg, maar ook zo lang mogelijk het welzijn in stand houden.

Spreekster vindt het paradoxaal dat men wil defederaliseren met als argument dat de werkelijkheid in elk Gewest anders is. Er zijn weliswaar verschillen, maar uit onderzoek is gebleken dat er heel wat meer verschillen zijn binnen eenzelfde Gewest dan tussen de Gewesten zelf. Dat is het geval tussen de provincies van eenzelfde Gewest, of zelfs tussen het ene en het andere arrondissement binnen eenzelfde provincie. Tevens zijn er verschillen tussen stedelijke en landelijke gebieden, naast sociale ongelijkheid en ongelijkheid inzake gezondheid tussen de patiënten. Wat denken de experts over die diversiteit binnen de Gewesten, in de wetenschap dat ze vaak groter is dan de verschillen tussen de Gewesten?

Spreekster maakt zich ook zorgen over de impact van een defederalisering op het Nationaal Akkoord artsen-ziekenfondsen dat, onder andere, de tarieven vastlegt die de artsen die zich bij het akkoord hebben aangesloten, mogen toepassen. Het is een zekerheid voor de patiënt en zorgt ervoor dat het stelsel van de gezondheidszorg stabiel is. Tevens legt het concrete verbintenissen vast om de kwaliteit en de organisatie van de zorg te verbeteren. De onderhandelingen zouden tijdrovender worden en kunnen tot incoherente beslissingen leiden, of zelfs tot oneerlijke concurrentie tussen de Gewesten bij de aanwerving van zorgverleners.

Hetzelfde geldt voor de sociale akkoorden. Er is momenteel grote schaarste aan verpleegkundigen in de ziekenhuizen, over het hele grondgebied. Verschillende sociale akkoorden en loonschalen kunnen eveneens tot concurrentie tussen de Gewesten leiden, zonder dat dit uiteindelijk een positieve weerslag voor de patiënt heeft.

Wat is overigens de mening van de experts over het vrij verkeer van patiënten en de vrije keuze van arts, maar ook van zorgverleners?

Sommigen pleiten voor een model van decentralisering waarbij de financiering federaal solidair blijft. Dat model wordt soms als aantrekkelijk voorgesteld. We moeten echter vaststellen dat die aanpak in andere landen heel negatieve gevolgen heeft gehad – spanningen, tijdverlies, enz. – ook op politiek niveau, met uiteindelijk heel weinig meerwaarde voor de patiënten. Het leidt tot een partijtje tafeltennis tussen de Gewesten, die de verantwoordelijkheid voor ontoereikende financiering, ongeschikte criteria, enz., naar elkaar doorschuiven.

Dans le modèle proposé par M. Dumont concernant la régionalisation des matières personnalisables à Bruxelles, qu'en sera-t-il de la mobilité des patients francophones entre la Wallonie et Bruxelles dans les matières personnalisables transférées? Faudrait-il créer un socle francophone préalable par accord de coopération avant de transférer de telles matières?

M. Verherstraeten se considère mal placé pour commenter la sixième réforme de l'État. Néanmoins, il estime que, dans le domaine de la santé publique, elle a entraîné certains transferts de compétences qui ont permis des politiques plus efficaces et des économies. Il pense, par exemple, aux soins aux personnes âgées.

Le membre reconnaît volontiers que ces transferts de compétences étaient parfois très hétérogènes et présentaient des lacunes; nul doute que les acteurs de terrain s'en sont entre-temps rendu compte.

M. Verherstraeten partage l'avis des intervenants qui affirment que l'aspect santé doit être le point de départ des soins de santé et que l'être humain doit être au cœur des préoccupations. La définition de l'être humain est plus large que celle d'un simple patient. Il faut éviter que les gens deviennent des patients. La structure étatique, quelle que soit son organisation, n'est qu'un moyen d'atteindre ces objectifs.

Il est surtout intéressant d'entendre quelles améliorations pourraient être apportées dans le cadre de la répartition actuelle des compétences. Il estime que ce travail d'optimisation devrait se poursuivre dans les années à venir. En effet, la prochaine réforme de l'État ne pourra pas intervenir avant 2024 au plus tôt. Et ensuite, la négociation de nouveaux transferts et leur traduction correcte d'un point de vue légistique prendront encore un peu de temps.

Comment et où pourrait-on mieux concrétiser la marge de manœuvre pour une mise en œuvre locale? D'après les experts, quels sont les points à améliorer sur le plan de la concertation entre les différentes entités? La gestion de la pandémie et le manque d'unité de commandement ont été vivement critiqués, mais lors d'une précédente audition, M. Dewolf a déclaré que le comité de concertation avait en fait bien fonctionné. Ce n'est pas parce que les discussions y sont nombreuses que la coopération ne serait pas bonne.

De nombreux intervenants ont déjà souligné le lien étroit entre bien-être et santé. Dans le système actuel, la plupart des compétences en matière de bien-être incombent aux Communautés. Quels incitants financiers

Hoe zit het in het model dat de heer Dumont voorstelt voor de overdracht van de persoonsgebonden aangelegenheden naar de Gewesten in Brussel met de mobiliteit van Franstalige patiënten tussen Wallonië en Brussel? Zal men eerst een Franstalige sokkel in het leven moeten roepen aan de hand van een samenwerkingsakkoord, voor men dergelijke aangelegenheden kan overdragen?

De heer Verherstraeten acht zichzelf slecht geplaatst om commentaar te leveren op de zesde Staatshervorming. Desalniettemin meent hij dat die op het vlak van volksgezondheid een aantal bevoegdheidsoverdrachten inhield die een efficiënter beleid en besparingen hebben mogelijk gemaakt. Hij denkt bijvoorbeeld aan de ouderenzorg.

Dat die bevoegdheidsoverdrachten soms zeer heterogeen waren en gebreken vertoonden, wil het lid ruiterlijk erkennen; ongetwijfeld is dat door de praktijk intussen nog duidelijker geworden.

De heer Verherstraeten is het eens met de sprekers die stellen dat in de gezondheidszorg het aspect gezondheid het uitgangspunt moet vormen en dat de mens daarbij centraal moet staan. De definitie van de mens is ruimer dan die van enkel patiënt. We moeten voorkomen dat de mens patiënt wordt. De staatsstructuur, hoe die ook georganiseerd is, vormt slechts een middel om die doelstellingen te bereiken.

Het is vooral interessant om te horen welke verbeteringen kunnen gerealiseerd worden binnen de huidige bevoegdheidsverdeling. Hij is van oordeel dat we de komende jaren daarmee moeten doorgaan. Een volgende Staatshervorming moet immers minstens tot in 2024 wachten. Nieuwe overdrachten onderhandelen en die legistiek correct vertalen, zal daarna ook nog enige tijd vragen.

Hoe en waar kan de marge voor lokale uitvoering verder invulling krijgen? Welke verbeterpunten zien de deskundigen voor het overleg tussen de verschillende entiteiten? Op de aanpak van de pandemie en het ontbreken van een eenheid van commando is veel kritiek geuit, maar in een vorige hoorzitting heeft de heer Dewolf getuigd dat het overlegcomité eigenlijk behoorlijk heeft gewerkt. Het is niet omdat daar veel discussies zijn, dat de samenwerking ook slecht zou verlopen.

Vele sprekers hebben al gewezen op de sterke band tussen welzijn en gezondheid. In het huidige systeem liggen de meeste bevoegdheden inzake welzijn bij de Gemeenschappen. Welke financiële stimuli kunnen

pourrait-on imaginer pour récompenser une bonne politique de bien-être? Grâce aux économies qui pourraient en résulter, la politique de bien-être pourrait également rapporter à l'autorité fédérale.

M. Verherstraeten a apprécié la métaphore du tube de dentifrice: plutôt que d'essayer de remettre du dentifrice dans un tube, il vaut mieux en prendre un nouveau. Lors des précédentes réformes de l'État, certains ont également recommandé de repartir d'une feuille blanche. Mais il ne pense pas que ce soit une bonne idée ou même que cela soit possible: on ne part jamais de zéro. Il songe par exemple, en ce qui concerne la Flandre, aux soins de première ligne, à la prévention et aux soins axés sur la personne, mais aussi aux choix effectués dans d'autres matières communautaires. Même avec un nouveau tube de dentifrice, vous serez confronté à des besoins et des choix différents, et la pâte toute neuve ne fera pas non plus de miracles.

Chacun conviendra que, quelle que soit l'instance compétente pour une matière donnée, elle doit disposer de ressources suffisantes pour gérer cette matière. La solidarité interpersonnelle représente un autre postulat de départ dont M. Verherstraeten espère qu'il agréera tout le monde.

Si l'on part de ce postulat, il y a plusieurs possibilités: l'autorité fédérale perçoit les recettes et les redistribue aux entités fédérées, ou les entités fédérées créent elles-mêmes des recettes sur la base de leur autonomie fiscale. Quelle solution les experts jugent-ils la plus efficace?

Quant à Bruxelles, des doutes ont été exprimés à propos de la taille de la Région bruxelloise. Est-elle suffisante pour supporter financièrement l'organisation des soins de santé? Qu'en pensent les experts?

M. Verherstraeten est plutôt favorable à l'ambition de la Communauté germanophone de développer plus largement ses compétences en matière de santé. Mais il se demande également si, dans ce contexte, l'échelle de cette région est suffisamment grande.

Enfin, l'intervenant partage les préoccupations de certains de ses collègues sur la question des langues à Bruxelles. Il ne veut pas être tenté de faire des déclarations tranchantes à ce sujet, mais il tient à préciser que le nombre de plaintes ne doit pas être le critère permettant de juger de la gravité de la violation des droits fondamentaux des patients néerlandophones qui ne reçoivent pas de traitement dans leur langue maternelle.

ontwickeld worden die een goed welzijnsbeleid belonen? Door de besparingen die daaruit kunnen voortvloeien, zou het welzijnsbeleid ook voordelig kunnen zijn voor de federale overheid.

De beeldspraak over de tandpasta en de mogelijkheid om die niet terug te duwen in de tube, maar er een nieuwe tube voor te nemen, heeft de heer Verherstraeten wel getroffen. Ook bij vorige Staatshervormingen werd er voor gepleit om eerst een *tabula rasa* te maken. Hij gelooft echter niet dat het een goed idee is of zelfs maar mogelijk is: je start nooit van nul. Laten we bijvoorbeeld denken, voor wat Vlaanderen betreft, aan de eerstelijnszorg, de preventie, en de persoonsgerichte zorg, maar ook aan keuzes die in andere gemeenschaps-materies gemaakt zijn. Zelfs met een nieuwe tube tandpasta ga je geconfronteerd worden met verschillende behoeftes en keuzes, waardoor de tandpasta ook in een nieuwe tube niet zal samenhangen.

Wie bevoegd is voor een bepaalde materie, moet daar voldoende middelen voor hebben. Daar kan iedereen het mee eens zijn. De interpersoonlijke solidariteit vormt een ander uitgangspunt, waarmee de heer Verherstraeten hoopt dat iedereen het eens is.

Als men hiervan uitgaat, zijn er verschillende mogelijkheden: de federale overheid int de inkomsten en verdeelt ze onder de deelentiteiten, of de deelentiteiten creëren zelf inkomsten op basis van hun fiscale autonomie. Welke oplossing is volgens de experts het meest efficiënt?

Voor wat Brussel betreft werden er twijfels geuit of de schaal van het Brussels Gewest groot genoeg is om de organisatie van de gezondheidszorg financieel aan te kunnen. Wat denken de deskundigen daarover?

De heer Verherstraeten heeft sympathie voor het streven van de Duitstalige Gemeenschap om haar gezondheidsbevoegdheden ruimer in te vullen. Maar hij vraagt zich ook in dat verband af of de schaal van het gebied voldoende groot is.

Spreker deelt tot slot de bezorgdheid van een aantal van zijn collega's over de Brusselse taalkwestie. Hij wil zich hierover niet tot scherpe uitspraken laten verleiden, maar hij wil wel duidelijk stellen dat het aantal klachten niet het criterium moet zijn om te ernst te beoordelen van de schending van de grondrechten van Nederlandstalige patiënten die geen behandeling in hun moedertaal krijgen.

Mme De Block constate que depuis la sixième réforme de l'État, les soins de santé sont devenus un véritable millefeuille de compétences, non seulement au niveau du contenu, mais aussi du financement. Il est vrai, par exemple, qu'en Flandre, les honoraires des établissements de revalidation sont remboursés sur la base de conventions avec l'INAMI, ce qui est certainement insuffisant pour répondre au grand besoin de soins, alors qu'en Wallonie, les mêmes services de revalidation font partie des hôpitaux généraux. Voilà un exemple d'asymétrie qui ne profite à personne.

La pandémie actuelle a nécessité de très nombreuses concertations. Sur la période du 1^{er} mars au 1^{er} octobre, Mme De Block a personnellement participé à plus de cinquante conférences interministérielles qui duraient de 8 h du matin à 12 ou 13 h. Cela a entraîné d'énormes pertes de temps parce qu'il a fallu demander à des juristes des deux côtés de la frontière linguistique de vérifier que les décisions, par exemple sur la stratégie de *testing* ou sur le partage des tâches, étaient conformes à la répartition des compétences.

Comme l'orateur précédent, elle ne pense pas que la réflexion sur la répartition des compétences en matière de soins de santé puisse partir d'une page blanche. La sixième réforme de l'État est un fait. Il subsiste certainement des lacunes, des ambiguïtés et des points à améliorer. Nous devons nous y attaquer, en gardant toujours à l'esprit la qualité, l'accessibilité et le caractère abordable des soins de santé pour tous.

Le ministre d'État Gaston Geens a dit un jour que si nous voulons faire les choses «nous-mêmes», nous devons aussi prouver que nous les faisons mieux. En partant de la situation actuelle, quelles mesures allons-nous prendre pour faire cette démonstration?

Mme De Block pense que personne n'est favorable à un *statu quo*. Qui n'avance pas recule. Elle pense toutefois que même sans transferts supplémentaires majeurs de compétences, nous nous dirigeons vers une répartition viable des compétences. Nous devons analyser sans tabous quels transferts vers le fédéral ou vers les entités fédérées pourront contribuer à une réglementation fonctionnelle. Les administrations feraient bien de s'y préparer puisqu'elles identifient chaque jour les écueils.

Une alternative pourrait être une nouvelle grande réforme de l'État, où des grands paquets de compétences seraient transférés ou retransférés. Mais la mise en œuvre de changements aussi importants nécessite énormément de temps et d'énergie, non seulement de la

Mevrouw De Block stelt vast dat de gezondheidszorg na de zesde Staatshervorming een waar kluwen van bevoegdheden vormt, niet enkel inhoudelijk, maar ook qua financiering. Het klopt bijvoorbeeld dat de honoraria van revalidatie-instellingen in Vlaanderen op basis van overeenkomsten met het RIZIV vergoed worden, wat zeker onvoldoende is om te beantwoorden aan de grote zorgnood, terwijl in Wallonië diezelfde revalidatiediensten deel uitmaken van de algemene ziekenhuizen. Dat is een voorbeeld van asymmetrie waar niemand bij te winnen heeft.

De huidige pandemie heeft heel veel overleg geëist. Persoonlijk heeft mevrouw De Block tussen 1 maart en 1 oktober deelgenomen aan meer dan vijftig interministeriële conferenties, die duurden van 8 uur 's morgen tot 12 of 1 uur 's middags. Daarbij is zeer veel tijd verloren gegaan omdat men de beslissingen, bijvoorbeeld over de teststrategie of over de taakverdeling, wilde laten toetsen op de overeenstemming met de bevoegdheidsverdeling door juristen aan beide zijden van de taalgrens.

Zoals vorige spreker gelooft ze niet dat de reflectie over de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg van een leeg blad kan vertrekken. De zesde Staatshervorming is een gegeven. Er zijn zeker nog blinde vlekken, onduidelijkheden en werkpunten. We moeten die aanpakken en daarbij steeds de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg voor iedereen voor ogen houden.

De minister van Staat Gaston Geens heeft ooit gezegd dat we, als we de zaken «zelf» willen doen, we ook zullen moeten bewijzen dat we ze beter doen. Welke stappen gaan we, van de situatie waaruit we vertrekken, nu zetten om dat bewijs te leveren?

Mevrouw De Block meent dat niemand voorstander is van een *standstill*. Stilstaan is achteruitgaan. Zij denkt echter dat we ook zonder grote bijkomende bevoegdheidsoverdrachten naar een werkbare bevoegdheidsverdeling gaan. Er moet zonder taboes geanalyseerd worden welke verschuivingen, hetzij naar het federale niveau, hetzij naar de deelstaten, tot een werkbare regeling kunnen bijdragen. De administraties zouden best een oefening in die zin kunnen voorbereiden aangezien zij elke dag ervaren waar de knelpunten liggen.

Een alternatief is een nieuwe grote Staatshervorming, waarbij grote bevoegdheidspakketten verder of terug worden overgeheveld. De implementatie van zo'n grote verschuivingen kost echter zeer veel tijd en energie, niet alleen van de entiteit of entiteiten die de bevoegdheid

part de la ou des entités qui reprennent la compétence, mais aussi de la part de la ou des instances qui la cèdent. Cela a été clairement démontré lors du transfert de la compétence en matière d'allocations familiales à partir de 2014. Celui-ci a pris cinq ans, alors qu'il s'agissait d'une matière relativement simple.

La Flandre n'a pas choisi les mêmes priorités que Bruxelles ou la Wallonie. Le résultat est que presque chaque enfant de notre pays bénéficie de son propre type d'allocations familiales.

Il est important d'examiner la situation et les problèmes de notre pays, mais nous ne devons pas perdre de vue le cadre international. La Belgique a participé à la création des réseaux de référence européens; elle a également lancé, grâce à un accord de coopération conclu entre cinq pays, l'initiative BeNeLuxA, qui négocie collectivement les prix et les reconnaissances des médicaments. Pour lutter contre la pandémie, la Belgique a dû coopérer étroitement avec l'Organisation mondiale de la santé, laquelle accorde également une grande attention au lien entre bien-être et santé.

La santé n'est pas une matière purement individuelle. Que ferons-nous par exemple de nos institutions scientifiques, comme Sciensano ou le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), ou de la plateforme *eHealth*? Comment résoudrons-nous les questions éthiques à propos des soins de santé?

L'intervenante pense que la réglementation de base régissant la qualité des soins doit offrir des garanties de qualité identiques à chaque patient, où qu'il se trouve en Belgique. Elle se demande également s'il serait bénéfique que la réglementation légale en matière de droits du patient ou la déontologie des prestataires de soins diffèrent en fonction du domicile de l'un ou l'autre.

Dans le secteur hospitalier, les réseaux d'hôpitaux ont prouvé leur utilité. Cela montre que l'autorité fédérale aussi peut parvenir à des résultats.

Au sujet de la mutualisation des financements et des contributions financières, M. Eerdekens trouve que l'idée présentée par M. Van Gorp d'évoluer vers une autre méthode de financement des soins de santé est intéressante. Celui-ci pourrait-il approfondir sa réflexion, notamment aussi sur la notion de fonds de soins de santé?

À Bruxelles où les compétences sont tantôt liées au territoire, tantôt liées aux personnes, le membre se demande si, dans l'hypothèse d'un transfert des soins de

overnemen, maar ook van de overdrager of overdragers. Dit is duidelijk gebleken bij de overdracht vanaf 2014 van de bevoegdheid voor de kinderbijslag. Dat heeft vijf jaar gekost, en dat voor een relatief eenvoudige materie.

In Vlaanderen heeft men gekozen voor andere prioriteiten dan in Brussel en Wallonië. Het resultaat is dat bijna elk kind in ons land een eigen type kinderbijslag geniet.

Het is belangrijk om de situatie en de problemen in ons land te bekijken, maar het internationale kader mag niet uit het oog verloren worden. België heeft meegewerkt aan de oprichting van de Europese referentienetwerken; het heeft ook, via een samenwerkingsakkoord tussen vijf landen, BeNeLuxA opgericht, dat gezamenlijk onderhandelingen voert over geneesmiddelenprijzen en -erkenningen. Om de pandemie te bestrijden, heeft België nauw moeten samenwerken met de Wereldgezondheidsorganisatie. Die Wereldgezondheidsorganisatie besteedt ook veel aandacht aan het verband tussen welzijn en gezondheid.

Gezondheid is niet een louter individuele aangelegenheid. Wat doen we bijvoorbeeld met onze wetenschapsinstellingen, zoals Sciensano of het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), of met het *e-health*-platform? Wat doen we met de ethische vragen over de gezondheidszorg?

Spreekster is van oordeel dat de basisreglementering die de kwaliteit van de zorg regelt, voor elke patiënt, waar dan ook in België, dezelfde kwaliteitswaarborgen moet bieden. Zij vraagt zich ook af of het een goede zaak zou zijn dat de wettelijke regeling van de patiëntenrechten of de deontologie van de zorgverleners zou verschillen naargelang de woonplaats van de ene of de andere.

In de ziekenhuissector hebben de ziekenhuisnetwerken hun nut bewezen. Dat bewijst dat ook de federale overheid tot resultaten kan komen.

Wat de mutualisering van de financieringen en de financiële bijdragen betreft, vindt de heer Eerdekens het idee van de heer Van Gorp om naar een andere financieringsmethode voor de gezondheidszorg te evolueren, interessant. Kan hij zijn idee uitdiepen, onder andere wat het begrip gezondheidsfonds betreft?

Het lid vraagt zich af of er in Brussel, waar de bevoegdheden nu eens aan het grondgebied gebonden zijn, dan weer aan de personen, in de hypothese dat

santé aux Régions, il y aurait suffisamment de garanties pour le respect des droits fondamentaux, et plus particulièrement quant à l'usage des langues. Qu'en pense M. Dumont?

M. Loones constate qu'au cours de cette session, on a beaucoup parlé de la gestion de la pandémie. Quels points de référence l'autorité réglementaire doit-elle utiliser pour organiser les soins de santé? Le point de référence est-il la pandémie ou plutôt la situation «normale» telle qu'elle existait avant celle-ci?

Selon M. Van Nieuwenhove, dans le contexte de la pandémie, la politique de sécurité prévaut sur la politique de prévention, qui relève des entités fédérées. S'agit-il d'une logique inéluctable, ou cet ordre de priorité pourrait-il aussi être inversé?

Plutôt que d'une asymétrie dans la politique mise en œuvre, c'est-à-dire une asymétrie dans le contenu, M. Loones préfère parler d'une asymétrie d'un autre genre, à savoir une asymétrie en termes de calendrier. Que pense M. Van Nieuwenhove d'une réglementation juridique qui fixerait le partage des compétences pour l'avenir mais qui laisserait aux entités fédérées la possibilité de s'y conformer suivant un calendrier différent?

Le plaidoyer de M. Dumont en faveur de la régionalisation des soins de santé relève, selon M. Loones, principalement d'une approche juridique. Depuis que Paul Magnette s'est exprimé à ce sujet, la discussion est plus ouverte. Toutefois, dans les propositions de Paul Magnette aussi, un certain nombre de compétences, comme la culture, la RTBF et l'enseignement, restent dans le giron communautaire. Pourquoi pourrait-on, selon M. Dumont, régionaliser la santé et le bien-être mais pas la culture et l'enseignement? A-t-on une idée aussi dans le milieu universitaire des implications financières de ces choix, notamment pour Bruxelles? Cet aspect fait-il actuellement l'objet d'une étude?

Dans un certain nombre d'études, le professeur Danny Pieters a établi une distinction en matière de soins de santé entre les paiements compensant les coûts et les paiements qui remplacent les revenus, distinction que l'on pourrait coupler aussi à une logique liée à la personne et une logique liée au territoire. Quel est le point de vue de M. Dumont à ce sujet?

De l'exposé du Collège intermutualiste, M. Loones a surtout retenu la demande de changement de paradigme

de gezondheidszorg aan de Gewesten wordt overgedragen, voldoende garanties zullen zijn dat de fundamentele rechten geëerbiedigd zullen worden, meer bepaald wat het taalgebruik betreft. Wat denkt de heer Dumont daarvan?

De heer Loones stelt vast dat er in deze zitting veel gepraat is over de aanpak van de pandemie. Welke referentiepunten moet de regelgever hanteren om de gezondheidszorg te organiseren? Vormt de pandemie het referentiepunt, of wordt dat referentiepunt gevormd door de «reguliere» situatie die bestond voor die pandemie uitbrak?

Volgens de heer Van Nieuwenhove gaat het veiligheidsbeleid, in het kader van de pandemie, voor op het preventiebeleid, dat toekomt aan de deelstaten. Berust dat op een onontkoombare logica, of zou deze voorrangstelling ook omgekeerd kunnen zijn?

In plaats van een asymmetrisch beleid, waarmee bedoeld wordt op de inhoud van het beleid, wil de heer Loones het hebben over een andersoortige asymmetrie: asymmetrie in de timing. Wat vindt de heer Van Nieuwenhove van een juridische regeling die een bevoegdheidsverdeling voor de toekomst vastlegt, maar die de deelstaten toelaat daar in een verschillend tempo naartoe te werken?

Het pleidooi van de heer Dumont voor de regionalisering van de gezondheidszorg, komt naar het gevoel van de heer Loones vooral voort uit een juridische benadering. Sinds Paul Magnette zich daarover heeft uitgesproken, wordt de argumentatie daarover mondiger gevoerd. Maar ook in Paul Magnette's voorstellen blijven een aantal bevoegdheden een gemeenschapslogica volgen, zoals de cultuur, de RTBF, en het onderwijs. Waarom kunnen volgens de heer Dumont cultuur en onderwijs niet, maar gezondheid en welzijn wél geregionaliseerd worden? Heeft men binnen de universitaire wereld ook zicht op de financiële implicaties van deze keuzes, en met name voor Brussel? Wordt daar op dit ogenblik onderzoek naar gevoerd?

Professor Danny Pieters heeft in een aantal studies een onderscheid gemaakt tussen de kostencompenserende en de inkomensvervangende uitbetalingen in de gezondheidszorg, waaraan men ook een persoonsgebonden en een grondgebonden logica zou kunnen koppelen. Wat is de mening van de heer Dumont daarover?

In de uiteenzetting van het Intermutualistisch College hoorde de heer Loones vooral een vraag naar een

dans la politique de santé et ce, indépendamment des éventuelles réformes institutionnelles. Il pense que c'est au gouvernement fédéral actuel qu'il revient de montrer si cela est possible dans ce pays. L'intervenant dit avoir été quelque peu dérouté par le fait que l'on parle d'égalité et d'équivalence à propos des soins de santé. Ne faudrait-il pas viser plutôt la dispensation de soins appropriés, de soins sur mesure?

En ce qui concerne la politique en matière de médicaments, M. Loones indique que, pour chaque compétence, il faut un niveau global, où l'on s'efforce de réaliser des économies d'échelle, ainsi qu'un niveau opérationnel. Selon lui, un troisième niveau qui serait intermédiaire n'offrirait aucun avantage. MM. Van Gorp et Perl considèrent-ils le niveau intermédiaire belge comme une nécessité dès lors que la composante européenne de la politique des médicaments n'est pas suffisamment développée?

Dans quelle mesure les membres du Collège intermutualiste peuvent-ils encadrer opérationnellement la mobilité des patients dans un modèle communautaire ou un modèle régional? Si les soins de santé devaient être régionalisés, quel impact cela aurait-il alors sur les mutualités elles-mêmes? Une réorganisation dans le sens d'une scission en quatre composantes serait-elle alors nécessaire?

Mme Groothedde ne souscrit pas à l'argument selon lequel une scission des soins de santé à Bruxelles ne devrait pas nécessairement poser de problème dès lors que la scission de l'enseignement n'en a pas posé.

Au sein de la commission de la réforme de l'État du Parlement flamand, plusieurs administrations ont indiqué qu'elles continuaient à collaborer efficacement avec leurs homologues des autres entités, parce que la scission est récente et qu'elles se connaissent encore bien.

Mais, plus la scission est ancienne – comme c'est le cas dans le secteur de l'enseignement – plus les relations personnelles se raréfient et plus la concertation devient difficile. Nous avons pu le constater ces derniers mois lors de la crise du Covid, y compris dans le secteur des soins de santé.

Durant la pandémie, la loi du nombre, et aussi parfois – légitimement – celle des relations publiques, ont souvent permis de forcer la concertation et d'obtenir des résultats. Mais ce ne fut pas le cas des acteurs plus modestes. Or ce sont précisément eux qui étaient le plus impliqués dans la prise en charge des personnes

paradigmashift in het gezondheidsbeleid, los van mogelijke institutionele hervormingen. Hij denkt dat het aan de huidige federale regering is om aan te tonen of dat mogelijk is in dit land. De termen gelijk en gelijkwaardig hebben hem een beetje in verwarring gebracht, doordat zij met het begrip «zorg» verbonden werden. Moeten we niet eerder streven naar de juiste zorg, en naar zorg op maat?

In verband met het geneesmiddelenbeleid stelt de heer Loones dat je voor elke bevoegdheid een overkoepelend niveau nodig hebt waarmee je schaalvoordelen beoogt te realiseren, en daarnaast een operationeel niveau. Een derde niveau daartussenin biedt volgens hem geen voordelen. Vinden de heren Van Gorp en Perl het Belgisch tussenniveau nodig, omdat de Europese component van het geneesmiddelenbeleid onvoldoende ontwikkeld is?

In welke mate kunnen de leden van het Intermutualistisch College in een gemeenschaps- of gewestmodel de patiëntenmobiliteit operationeel begeleiden? Als de gezondheidszorg geregionaliseerd zou worden, welke impact zou dat dan hebben op de ziekenfondsen zelf? Is er dan ook een herorganisatie in de richting van een vierdeling nodig?

Mevrouw Groothedde is het niet eens met het argument dat een splitsing van de gezondheidszorg in Brussel niet noodzakelijk problematisch moet zijn, aangezien ook de splitsing van het onderwijs geen problemen heeft gebracht.

In de Commissie voor de Staatshervorming van het Vlaams Parlement is door verschillende administraties aangegeven dat zij nog goed samenwerken met hun anderstalige tegenhangers, omdat de splitsing recent is en zij elkaar nog goed kennen.

Naarmate, met name in het onderwijs, de splitsing langer duurt, vallen die persoonlijke relaties weg, en gaat het overleg steeds stroever lopen. Dat hebben we in de afgelopen maanden naar aanleiding van de COVID-crisis kunnen merken, ook in de gezondheidszorg.

Tijdens de pandemie heeft de macht van het getal, en soms ook – terecht – de macht van de *public relations*, vaak het overleg en de uitkomst daarvan kunnen afdwingen. Voor kleinere spelers gold dat echter niet. En het waren juist die kleinere spelers die het meest betrokken waren in de zorg voor de meest kwetsbare mensen.

les plus vulnérables. Mme Groothedde demande quelle solution l'on pourrait imaginer dans le cadre des structures de concertation actuelles pour donner aussi à ces petits acteurs de terrain une place à part entière dans la concertation.

2) Réponses des experts

a) M. Van Nieuwenhove

M. Van Nieuwenhove tient d'abord à souligner qu'il lui revient, en tant qu'expert, d'identifier et de nommer les aspects problématiques alors que le rôle des décideurs politiques est d'en tirer les conclusions qu'ils jugent souhaitables en s'appuyant sur une majorité suffisante.

À la question de savoir si une répartition des compétences est claire, il dit ne pouvoir répondre qu'en sa qualité d'expert juridique. Par clarté, il faut entendre en l'espèce le fait que la répartition des compétences ne fait pas obstacle à une prise de décision aisée, efficace et juridiquement correcte. C'est à cela précisément que le Conseil d'État contribue lorsqu'il joue le rôle de conseiller juridique auprès du gouvernement et du Parlement.

Cela signifie qu'en matière de répartition des compétences, on peut aller dans différentes directions, vers le niveau fédéral ou vers les entités fédérées. Il s'agit de choix politiques sur lesquels M. Van Nieuwenhove ne se prononcera pas.

Il souligne toutefois que l'attribution d'un plus grand nombre de compétences au niveau fédéral ne doit pas nécessairement empêcher une différenciation de la politique à l'échelon local. Ainsi, si l'autorité fédérale assumait à elle seule la pleine responsabilité de la lutte contre la pandémie de Covid, elle pourrait toujours mener une politique différenciée selon les régions en fonction de leurs chiffres de contaminations respectifs. À l'inverse, si les entités fédérées se voyaient attribuer un socle complet de compétences, rien ne les empêcherait de collaborer et de se concerter. Ce serait d'ailleurs souvent une nécessité dans la pratique, ne serait-ce que pour régler certaines situations transfrontalières (étant entendu qu'il s'agit ici d'une «frontière» régionale ou communautaire), comme c'est le cas entre les États membres de l'Union européenne.

L'expert a pointé trois aspects problématiques, mais peut-être n'a-t-il pas suffisamment mis l'accent sur le fait qu'il y a aussi plusieurs domaines des soins de santé où la sixième réforme de l'État a effectivement amélioré les choses grâce à l'homogénéisation des compétences; c'est le cas, par exemple, pour les soins de première ligne

Mevrouw Groothedde vraagt hoe binnen de huidige overlegstructuren een oplossing kan ontwikkeld worden om ook de kleinere spelers in het veld een volwaardige plaats in het overleg te bieden.

2) Antwoorden van de deskundigen

a) De heer Van Nieuwenhove

De heer Van Nieuwenhove wil eerst benadrukken dat aan hem als expert de rol toekomt om knelpunten te benoemen en te duiden terwijl het de rol van de beleidsmakers is om daar de conclusies uit te trekken die zij met een voldoende meerderheid wenselijk achten.

De vraag of een bevoegdheidsverdeling duidelijk is, kan hij enkel in zijn hoedanigheid van juridisch expert beantwoorden. Duidelijkheid betekent vanuit die invalshoek dat de bevoegdheidsverdeling geen obstakel vormt voor een vlotte, efficiënte en juridisch correcte besluitvorming. Als de Raad van State fungeert als juridische raadgever voor regering en Parlement, beoogt hij precies daaraan bij te dragen.

Dat betekent dat men met de bevoegdheidsverdeling verschillende richtingen – naar het federale niveau of naar de deelstaten overhevelen – kan uitgaan. Over deze beleidskeuzes zal de heer Van Nieuwenhove zich niet uitspreken.

Hij wijst er wel op dat een toewijzing van meer bevoegdheden aan het federale niveau, een lokale differentiatie van het beleid niet hoeft te belemmeren. Als de federale overheid bijvoorbeeld de bestrijding van de COVID-pandemie volledig in eigen handen zou hebben, zou zij nog altijd kunnen differentiëren tussen de verschillende regio's op basis van de besmettingscijfers. Omgekeerd is het ook niet zo dat een overheveling van alle bevoegdheden naar de deelstaten afstemming en overleg tussen die deelstaten onderling onmogelijk zou maken. In de feiten zal dat vaak nodig zijn, al is het maar om grensoverschrijdende situaties te regelen (waarmee bedoeld wordt een gewest- of gemeenschapsgrens), zoals ook tussen de lidstaten van de Europese Unie.

De deskundige heeft drie knelpunten besproken maar misschien heeft hij daarnaast niet voldoende toegelicht dat er ook onderdelen van de gezondheidszorg zijn waar de zesde Staatshervorming door de homogenisering van bevoegdheden wel degelijk een verbetering heeft gebracht, bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg en

et les soins aux personnes âgées. Ce sont des domaines où de belles avancées ont pu être réalisées grâce à la clarification et à l'homogénéisation des compétences.

La question de savoir si les soins de santé préventifs doivent être refédéralisés et si les Communautés sont bien à la hauteur de leur tâche appelle deux observations.

Tout d'abord, ce n'est pas le Conseil d'État qui a limité la compétence de l'autorité fédérale en matière de soins de santé préventifs aux vaccinations obligatoires. C'est le législateur spécial de 1980 qui l'a voulu ainsi; c'est ce que l'on peut lire dans les travaux parlementaires. L'élargissement de la compétence de l'autorité fédérale relève d'un choix politique sur lequel le Conseil d'État n'a pas à se prononcer.

En outre, les soins de santé préventifs tels qu'on les concevait en 1980 ne sont pas du tout comparables, en termes d'intensité et d'ampleur, à ceux qu'il a fallu déployer pour lutter contre la pandémie de coronavirus. Les centres de *tracing* des contacts ont posé d'importants problèmes organisationnels mais qui auraient été tout aussi importants pour l'autorité fédérale si celle-ci avait été compétente pour le *tracing*. La prévention est une compétence communautaire depuis 1980 déjà, mais personne n'imaginait alors ce que cela impliquerait en cas de pandémie.

M. Van Nieuwenhove ne pense pas que la loi pandémie ait donné lieu à une réorganisation des compétences. Selon lui, cette loi a surtout renforcé la base légale des mesures de confinement, ce qui était très souhaitable. Ni la section de législation ni la section du contentieux administratif du Conseil d'État ne se sont jamais prononcées intégralement sur la légalité des mesures de confinement imposées par voie d'arrêté royal. Contrairement à ce qu'on a pu lire dans la presse à ce sujet, le Conseil d'État n'a, à aucun moment, formellement affirmé que l'arrêté ministériel était parfaitement conforme à la loi sur la sécurité civile, pas plus d'ailleurs qu'il n'a affirmé que l'arrêté ministériel était illégal. Ce que le Conseil d'État a, par contre, laissé entendre dans son avis sur la loi pandémie actuelle, c'est que la base légale aujourd'hui fournie par cette loi était hautement souhaitable, notamment parce qu'elle restreint plusieurs droits fondamentaux.

L'autorité fédérale ne peut évidemment pas modifier les règles de répartition des compétences à la majorité

in de ouderenzorg. Daar is er goede vooruitgang geboekt in de verduidelijking en de homogenisering van bevoegdheden.

De vraag of de preventieve gezondheidszorg geherfederaliseerd moet worden, en of de Gemeenschappen wel opgewassen zijn tegen hun taak, roept twee bemerkingen op.

Vooreerst is het niet de Raad van State die de bevoegdheid van de federale overheid inzake preventieve gezondheidszorg heeft beperkt tot de verplichte vaccinaties. Het was de bijzondere wetgever van 1980 die dat zo gewild heeft; dat staat te lezen in de parlementaire voorbereiding. Als men die federale bevoegdheid wil verruimen, is dat een politieke keuze waar de Raad van State geen mening over heeft.

Daarnaast was de preventieve gezondheidszorg zoals men die *anno* 1980 voor ogen had, qua intensiteit en qua dimensie totaal niet te vergelijken met wat men heeft moeten uitrollen in de strijd tegen de coronapandemie. De contactopsporingscentra hebben grote organisatorische problemen gekend, maar die zouden even groot geweest zijn voor de federale overheid, als die bevoegd zou zijn geweest voor de contactopsporing. Preventie vormt al sinds 1980 een gemeenschapsbevoegdheid, maar niemand had toen voor ogen wat dat zou meebrengen bij een coronapandemie.

De heer Van Nieuwenhove denkt niet dat de Pandemiewet geleid heeft tot een herschikking van de bevoegdheden. Volgens hem heeft de Pandemiewet vooral een zeer wenselijke versteviging geboden aan de wettelijke grondslag voor de *lockdown*-maatregelen. Noch de afdeling Wetgeving, noch de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State heeft zich ooit op integrale wijze uitgesproken over de wettigheid van de *lockdown*-maatregelen die bij Koninklijk besluit zijn opgelegd. Ondanks de beweringen daarover in de pers, heeft de Raad van State op geen enkel moment formeel vastgesteld dat het ministerieel besluit op alle punten in overeenstemming is met de wet op de civiele veiligheid. Evenmin heeft de Raad van State ooit gezegd dat dat ministerieel besluit als dusdanig onwettig was. Wat de Raad van State wel heeft laten blijken in zijn advies over de huidige Pandemiewet, is dat de wettelijke basis zoals die nu wordt verschaft door de Pandemiewet hoogst wenselijk was, meer bepaald omdat er een beperking van verschillende grondrechten in de Pandemiewet vervat zitten.

De federale overheid kan natuurlijk niet met een gewone meerderheid de spelregels voor de bevoegdheidsverdeling

simple. Elle a cependant suivi le modèle de répartition des compétences tel que précisé par le Conseil d'État dans son avis. C'est ainsi que la condition de la concertation avec les entités fédérées est désormais explicitement inscrite dans la loi pandémie, alors qu'auparavant, cette concertation était facultative pour l'autorité fédérale.

M. Van Nieuwenhove estime toutefois que la loi pandémie n'offre pas la possibilité d'élaborer un modèle plus général de répartition des compétences dans le domaine des soins de santé. Cette loi apporte une réponse à une situation très spécifique qui s'est imposée à nous au cours des deux dernières années, mais elle ne règle qu'un seul aspect de la politique de santé. De nombreux autres aspects justifient que l'on confie davantage de compétences aux entités fédérées ou, au contraire, à l'État fédéral.

Pour ce qui est de la théorie du double aspect, l'orateur répond que celle-ci implique une méthode d'interprétation de la répartition des compétences qu'il convient d'éviter autant que possible. Selon lui, cette méthode ne peut être appliquée que si les règles répartitrices de compétences y conduisent inévitablement, c'est-à-dire si elles ont pour conséquence que deux autorités sont compétentes en parallèle, chacune à partir de différents aspects de leurs compétences matérielles. Une application extensive de cette interprétation provoquerait un chaos administratif, où toutes les autorités pourraient agir à leur guise, l'une à côté de l'autre.

L'application de la théorie du double aspect pose également la question de la hiérarchie dans la répartition des compétences entre les niveaux de pouvoir, telle qu'elle a été exposée dans la loi pandémie, selon laquelle les mesures fédérales primaient les mesures communautaires ou régionales, certes sous conditions. Le Conseil d'État est arrivé à la conclusion, en particulier pour ces mesures et ces compétences, qu'une telle primauté des mesures fédérales était acceptable. Une application générale du raisonnement porterait cependant clairement atteinte au principe de l'autonomie des entités fédérées. Si l'on acceptait que l'autorité fédérale puisse s'immiscer, partout et à tout moment, dans les compétences des entités fédérées, à la seule condition de se concerter avec elles, on se heurterait en outre à un autre principe important de la répartition des compétences, à savoir l'exclusivité des attributions de compétences.

Si la théorie du double aspect est un moyen d'atténuer autant que possible les imperfections de la répartition des compétences ou les conséquences nécessaires mais indésirables de cette répartition, elle ne constitue en tout

wijzigen. Wel heeft men in die Pandemiewet het model van bevoegdheidsverdeling gevolgd zoals dat door de Raad van State in zijn advies is verduidelijkt. Zo is de vereiste van overleg met de deelstaten nu uitdrukkelijk ingeschreven in de Pandemiewet, terwijl dat voordien op vrijwillige basis werd georganiseerd door de federale overheid.

De heer Van Nieuwenhove meent echter dat de Pandemiewet niet als opening kan dienen voor het uitwerken van een algemeen model voor de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg. De Pandemiewet biedt een respons op een heel specifieke situatie die zich de voorbije twee jaar aan ons heeft opgedrongen, maar ze regelt slechts één aspect van het gezondheidsbeleid. Voor heel wat andere aspecten zijn er redenen om aan de deelstaten meer bevoegdheden te geven, of juist aan de federale overheid.

Over de dubbele-aspectleer antwoordt spreker dat deze leer een interpretatiemethode inhoudt van de bevoegdheidsverdeling die men zoveel mogelijk moet vermijden. Naar zijn mening kan men deze methode alleen toepassen als de bevoegdheidsverdelende regels daar onvermijdelijk toe leiden; met andere woorden, als zij tot gevolg hebben dat twee overheden naast elkaar bevoegd zijn, elk vanuit verschillende aspecten van hun materiële bevoegdheden. Een brede toepassing van die interpretatie zou leiden tot een bestuurlijke chaos, waarbij elke overheid naar believen zou kunnen optreden naast een andere.

Bij de toepassing van de dubbele aspectleer rijst ook de vraag naar de hiërarchie in de bevoegdheidsverdeling tussen de overheden die in de Pandemiewet werd uiteengezet, waarbij de federale maatregelen voorgingen op deelstatelijke maatregelen, weliswaar onder bepaalde voorwaarden. De Raad van State is specifiek voor die maatregelen en bevoegdheden tot de conclusie gekomen dat dit toelaatbaar is. Een algemene toepassing van de redenering zou echter duidelijk een inbreuk inhouden op het beginsel van de autonomie van de deelstaten. Als men zou aanvaarden dat de federale overheid zich overal, te pas en te onpas, kan gaan mengen in de bevoegdheden van de deelstaten, met als enige voorwaarde dat zij overleg moet plegen, botst men bovendien ook met een ander belangrijk beginsel van de bevoegdheidsverdeling, namelijk de exclusiviteit van de bevoegdheidstoewijzingen.

De dubbele aspectleer is een middel om onvolkomenheden in de bevoegdheidsverdeling of noodzakelijke maar ongewenste gevolgen van die bevoegdheidsverdeling zoveel mogelijk te milderen, maar het is, gelet op

cas pas un principe directeur pour une future répartition des compétences souhaitable.

La question de savoir s'il est souhaitable que certaines entités fédérées puissent commencer à exercer certaines compétences à un rythme accéléré est une question purement politique. L'Espagne a une certaine expérience de cette «asymétrie temporelle». Il serait intéressant de voir si les expériences qui y sont menées sont positives ou non.

b) M. Dumont

Avant d'entrer dans le vif du sujet, M. Dumont explique au membre qui a souligné son «activisme» que l'invitation qui lui a été adressée le conviait expressément à «dresser (...) un inventaire des difficultés dans la répartition des compétences, à évaluer ces difficultés et à formuler, le cas échéant, des propositions pour résoudre ces difficultés.» Dès lors, venir simplement affirmer que le découpage des compétences était très peu lisible ne lui semblait pas satisfaire à cette demande et c'est la raison pour laquelle il s'est risqué à formuler quelques propositions.

En réponse à la question de savoir si le schéma de la régionalisation est trop simpliste pour Bruxelles, l'expert souligne que la situation de la Région de Bruxelles-Capitale la condamne à une organisation plus compliquée que les autres entités fédérées de notre pays. Même si l'on régionalisait les matières personnalisables, il continuerait à en être ainsi. Pour le professeur Dumont, l'enseignement et la culture doivent demeurer des compétences communautaires, mais on pourrait imaginer que la COCOM reçoive des compétences pour développer un enseignement bilingue en complément des politiques communautaires. À la demande des différents partis du gouvernement bruxellois, le Centre de droit public de l'ULB a d'ailleurs produit un rapport sur les diverses possibilités envisageables.

Par ailleurs, une série de caractéristiques actuelles du fonctionnement institutionnel de Bruxelles resteraient applicables: la parité au gouvernement constitue une garantie majeure, par exemple. Si, demain, le Parlement bruxellois devait adopter les ordonnances dans les matières sociales et de santé, on peut concevoir que les garanties actuellement applicables au sein de la COCOM demeurent applicables, soit l'exigence d'une majorité dans chacun des deux groupes linguistiques. Ce type de garanties est également présent dans les organes de gestion des organismes d'intérêt public régionaux bruxellois puisqu'un tiers de chaque comité est composé de néerlandophones.

het voorgaande, zeker geen leidend beginsel voor een wenselijke, toekomstige bevoegdheidsverdeling.

De vraag of het wenselijk is dat bepaalde deelstaten in een versneld tempo bepaalde bevoegdheden kunnen beginnen uitoefenen is een louter beleidsmatige vraag. In Spanje heeft men wel enige ervaring met zulke «temporele asymmetrie». Het zou interessant zijn om te bekijken hoe goed of slecht de ervaringen er daar mee zijn.

b) De heer Dumont

Alvorens tot de kern van de zaak te komen, legt de heer Dumont het lid dat op zijn «activisme» heeft gewezen, uit dat hem in de uitnodiging die hij heeft ontvangen, uitdrukkelijk werd verzocht om een inventaris op te maken van de moeilijkheden bij de verdeling van de bevoegdheden, deze moeilijkheden te evalueren en zo nodig voorstellen te formuleren om ze op te lossen. Alleen komen vertellen dat de verdeling van de bevoegdheden zeer onduidelijk is, leek hem dan ook niet voldoende om aan dit verzoek tegemoet te komen en daarom heeft hij het aangedurfd enkele voorstellen te doen.

Op de vraag of het regionaliseringsschema niet te simplistisch is voor Brussel, antwoordt de deskundige dat de situatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest het tot een complexere organisatie dwingt dan de andere deelstaten van ons land. Zelfs als we de persoonsgebonden aangelegenheden zouden regionaliseren, zou dat nog steeds het geval zijn. Voor professor Dumont moeten onderwijs en cultuur gemeenschapsbevoegdheden blijven, maar het valt te overwegen om de GGC bevoegd te maken om tweetalig onderwijs op te zetten als aanvulling op het gemeenschapsbeleid. Op verzoek van de verschillende partijen in de Brusselse regering heeft het *Centre de droit public* van de ULB een rapport opgesteld over de verschillende mogelijkheden die kunnen worden overwogen.

Bovendien zouden een aantal huidige kenmerken van de institutionele werking van Brussel van toepassing blijven: de pariteit in de regering vormt bijvoorbeeld een belangrijke garantie. Indien het Brussels Parlement morgen ordonnances zou aannemen op sociaal en gezondheidsgebied, is het denkbaar dat de waarborgen die momenteel binnen de GGC gelden, d.w.z. de vereiste van een meerderheid in elk van de twee taalgroepen, van toepassing blijven. Deze garantie bestaat ook in de bestuursorganen van de Brusselse gewestelijke instellingen van openbaar nut, aangezien elk comité voor een derde uit Nederlandstaligen bestaat.

Si l'on se dirigeait vers une régionalisation des matières personnalisables, ces principes s'appliqueraient aux dispositifs gérés actuellement par la COCOF dans l'espace bruxellois francophone.

Ce scénario suscite des réticences au sein de l'espace bruxellois où chacun veut que l'autre régionalise tout ou partie de certaines compétences mais pas les siennes. Ainsi, les acteurs de la formation bruxelloise se disent en faveur de la suppression de la double tutelle ministérielle à la COCOM mais estiment qu'ils ne serait pas possible de régionaliser la formation. Chez Iriscare, on serait en faveur de la régionalisation de la formation professionnelle et, à l'inverse, en faveur du maintien de la double tutelle. En bref, si l'on veut simplifier le paysage institutionnel bruxellois, chacun devra faire des concessions pour arriver à un système de protection sociale fédéré.

L'expert reconnaît l'existence d'un problème majeur dans l'application de la législation linguistique à Bruxelles. Toutefois, sans vouloir être naïf, il a l'impression que dans la nouvelle génération, il y a moins de rejet du néerlandais de la part des francophones bruxellois. À cet égard, il prend en exemple la nouvelle administration qu'est Iriscare qui a fait énormément d'efforts pour garantir un bilinguisme effectif dans ses activités externes.

Comment faire davantage respecter la législation sur l'emploi des langues à Bruxelles? Une piste consisterait à s'inspirer de ce que proposent, en droit public, M. J. Lievens et M. K. Reybrouck, chercheurs à la KU Leuven (9). Ceux-ci défendent la régionalisation – ou bi-communautarisation – des matières personnalisables que sont la santé et le bien-être, mais en maintenant la capacité d'agir de la Communauté flamande à Bruxelles pour des initiatives unilingues s'il s'avère que le bicommunautaire n'atteint pas ses objectifs. Cette manière de faire permettrait d'enclencher une régionalisation mais sans empêcher la Communauté flamande, si le besoin s'en faisait sentir, d'agréer et financer des institutions unilingues.

Comment calculer les clés de financement ou les dotations des entités fédérées en cas de nouveaux transferts de compétences?

M. Dumont explique qu'il n'est pas partisan d'une défédéralisation accrue de l'assurance soins de santé pour des raisons généralement évoquées dans la littérature en matière de mutualisation des risques – le *risk*

Als we zouden evolueren naar een regionalisering van de persoonsgebonden aangelegenheden, zouden deze principes van toepassing zijn op de stelsels die momenteel worden beheerd door de FGC in Franstalig Brussel.

Dit scenario stuit op terughoudendheid in Brussel, waar iedereen wil dat de ander bepaalde bevoegdheden geheel of gedeeltelijk regionaliseert, maar niet de eigen bevoegdheden. Zo zeggen de Brusselse opleidingsactoren voorstander te zijn van de afschaffing van het dubbele ministeriële toezicht op de GGC, maar achten ze een regionalisering van opleidingen niet mogelijk. Iriscare is voorstander van regionalisering van de beroepsopleiding en wil dan weer vasthouden aan het dubbele toezicht. Kortom, om het Brusselse institutionele landschap te vereenvoudigen, zal iedereen toegevingen moeten doen om tot een gefedereerd systeem van sociale bescherming te komen.

De deskundige erkent dat er een ernstig probleem is bij de toepassing van de taalwetgeving in Brussel. Zonder naïef te willen zijn, heeft hij echter de indruk dat de nieuwe generatie Brusselse Franstaligen minder afwijzend tegenover het Nederlands staat. In dat verband wijst hij op het voorbeeld van de nieuwe dienst, Iriscare, die zich enorm heeft ingespannen om bij haar externe activiteiten een effectieve tweetaligheid te waarborgen.

Hoe kan de wetgeving inzake het taalgebruik in Brussel beter worden afgedwongen? Een mogelijkheid zou zijn de publiekrechtelijke voorstellen te volgen van de heer J. Lievens en de heer K. Reybrouck, onderzoekers aan de KU Leuven (9). Zij pleiten voor regionalisering – of bicommunautarisering – van de persoonsgebonden aangelegenheden gezondheid en welzijn, maar met behoud van de mogelijkheid voor de Vlaamse Gemeenschap om in Brussel op te treden voor eentalige initiatieven als blijkt dat de bicommunautarisering haar doelstellingen niet bereikt. Dit zou het mogelijk maken een regionalisering tot stand te brengen, maar zou de Vlaamse Gemeenschap niet beletten om, indien nodig, eentalige instellingen te erkennen en te financieren.

Hoe moeten de verdeelsleutels of dotaties van de deelstaten worden berekend in geval van nieuwe bevoegdheidsoverdrachten?

De heer Dumont legt uit dat hij geen voorstander is van een verdere defederalisering van de ziekteverzekering om redenen die algemeen worden genoemd in de literatuur over onderlinge risicoverdeling (*risk pooling*), die

(9) Voir l'interview du 6 février 2019 sur www.bruzz.be: «Geef Brussel meer bevoegdheden en fuseer de gemeenten.»

(9) Zie het interview van 6 februari 2019 op www.bruzz.be: «Geef Brussel meer bevoegdheden en fuseer de gemeenten.»

pooling – qui doit se faire au niveau le plus élevé pour être le plus efficace possible. Il s’agit aussi d’économies d’échelle. Si malgré ces arguments, on décidait de régionaliser une partie de l’assurance santé, la clé de répartition des financements la plus dangereuse sur le plan de la solidarité interpersonnelle consisterait à répartir les moyens sur la seule base de la répartition de la population. En effet, les dépenses en soins de santé ne sont pas réparties de manière uniforme au sein de la population. Celles-ci sont définies par deux facteurs importants, à savoir l’âge de la population et la situation sociale de celle-ci. On sait, d’une part, que la majorité des dépenses en soins de santé interviennent en fin de vie et, d’autre part, que ces dépenses sont marquées par un gradient social (plus les revenus sont bas, plus on a besoin de soins de santé).

Si l’on veut transférer de nouvelles compétences en matière de soins de santé tout en maintenant un certain niveau de solidarité interpersonnelle, il faudrait partager les moyens en fonction de paramètres socio-démographiques. Dès lors, les moyens seraient répartis en fonction de la part que représente chaque entité fédérée dans la population totale mais ils seraient pondérés selon des caractéristiques objectivables sur le plan socio-démographique, par exemple en termes d’âge. À l’heure actuelle, la province qui dépense le plus en soins de santé, c’est la Flandre occidentale puisque c’est aussi celle qui a la population la plus âgée, suivie par le Limbourg du fait de ses séquelles sociales.

Si l’on veut neutraliser les différences de pédiées socio-démographiques, il faut pondérer les financements en fonction de ces types de paramètres, comme c’est le cas dans le mécanisme de responsabilisation financière des mutualités inscrit aux articles 194 et suivants de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

En ce qui concerne la refédéralisation éventuelle de certaines composantes de la politique de santé, M. Dumont estime que deux éléments pourraient être plus adéquatement gérés au niveau fédéral. Il s’agit de la politique hospitalière – en particulier sur le plan de la programmation – et de la gestion de crises de manière large et pas uniquement sur le plan prophylactique comme l’a définie le législateur spécial en 1980.

À la question de savoir s’il serait utile d’établir un socle commun entre la Wallonie et l’espace bruxellois-francophone avant d’aller plus loin vers une régionalisation, l’expert répond qu’un accord de coopération a été conclu entre la COCOF et la Région wallonne en 2014 mais que

op het hoogste niveau moet plaatsvinden om zo efficiënt mogelijk te zijn. Het is ook een kwestie van schaalvoordelen. Indien ondanks deze argumenten zou worden besloten een deel van de ziekteverzekering te regionaliseren, zou de gevaarlijkste verdeelsleutel in termen van interpersoonlijke solidariteit erin bestaan de middelen uitsluitend op basis van de bevolkingsspreiding te verdelen. De uitgaven voor de gezondheidszorg zijn immers niet gelijkmatig over de bevolking verdeeld. Ze worden bepaald door twee belangrijke factoren, namelijk de leeftijd van de bevolking en de sociale situatie van de bevolking. Enerzijds is bekend dat het grootste deel van de uitgaven voor gezondheidszorg aan het einde van het leven plaatsvindt en anderzijds dat deze uitgaven worden gekenmerkt door een sociale gradiënt (hoe lager het inkomen, hoe groter de behoefte aan gezondheidszorg).

Om nieuwe bevoegdheden op het gebied van gezondheidszorg over te dragen en tegelijkertijd een zeker niveau van interpersoonlijke solidariteit te behouden, zouden de middelen moeten worden verdeeld volgens sociaal-demografische parameters. De middelen zouden dan worden verdeeld volgens het aandeel in de totale bevolking van elke deelstaat, maar met een weging op basis van objectief bepaalde sociaal-demografische kenmerken, bijvoorbeeld leeftijd. De provincie die momenteel het meest uitgeeft aan gezondheidszorg is West-Vlaanderen, omdat die ook de oudste bevolking heeft, gevolgd door Limburg vanwege de sociale context aldaar.

Om de verschillen in sociaal-demografische achtergrond te neutraliseren, moet de financiering worden gewogen aan de hand van dit soort parameters, zoals het geval is in het mechanisme van financiële responsabilisering van de ziekenfondsen dat is vastgelegd in de artikelen 194 en volgende van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Wat de eventuele herfederalisering van bepaalde aspecten van het gezondheidsbeleid betreft, is de heer Dumont van mening dat twee elementen beter op federaal niveau kunnen worden beheerd. Het gaat om het ziekenhuisbeleid – met name wat de programmering betreft – en om crisismanagement in ruime zin, en niet alleen in de zin van preventie, zoals de bijzondere wetgever in 1980 heeft bepaald.

Op de vraag of het nuttig zou zijn om een gemeenschappelijke basis te leggen tussen Wallonië en Franstalig Brussel alvorens verder te evolueren naar regionalisering, antwoordt de deskundige dat er in 2014 een samenwerkingsakkoord is gesloten tussen de FGC en

celui-ci ne fonctionne pas. Cet accord visait à mettre en place un comité de concertation afin de faire évoluer les matières sociales et de santé dans un cadre concerté entre le sud et le centre du pays. Ce comité ne se réunit pas et ne produit pas d'avis.

À titre personnel, lui-même n'est pas favorable au maintien de ce type de socle commun. Non seulement parce que cela ne fonctionne pas mais parce que ce type de socle lui paraît peu respectueux de la population néerlandophone de Bruxelles. Il ne voit pas pourquoi les choix francophones devraient influencer les choix bruxellois. Les allocations familiales, par exemple, ont été confiées à la COCOM et elles sont organisées de manière à correspondre aux besoins de l'ensemble des bruxellois sans que l'on ait à se calquer sur ce qui se fait du côté wallon.

Enfin, M. Dumont précise qu'il est renvoyé aux travaux du professeur Danny Pieters à la page 5 du rapport écrit qu'il a transmis à la commission. Il connaît donc l'idée de dissocier les revenus de complément – allocations familiales et soins de santé – et les revenus de remplacement, mais il souligne que, pour tous les constitutionnalistes qu'il a lus, tant francophones que néerlandophones, parmi lesquels M. Velaers, ce scénario pose problème au regard de l'interdiction de la création de sous-nationalités dans les matières personnalisables à Bruxelles.

Par ailleurs, sous l'angle de la politique sociale, le professeur estime que ce scénario serait malsain puisqu'il engendrerait une concurrence entre Communautés et imposerait aux populations de choisir leur camp. Le système d'allocations familiales à Bruxelles est beaucoup plus lisible, il est uniforme pour tous les Bruxellois et tient compte du profil socio-démographique de la population bruxelloise. Les allocations sont surtout majorées pour les classes sociales inférieures alors qu'en Flandre, on soutient davantage les classes moyennes. Ce type de différenciation dans le contenu de la politique sociale se justifie ici pleinement.

c) M. Van Gorp

M. Van Gorp a parfois l'impression que la discussion se déroule dans un autre monde, un monde dépassé.

Par exemple, lorsqu'on se demande si un hôpital doit être piloté au niveau fédéral ou au niveau régional, on part du principe qu'il y aura un hôpital demain. La question est

het Waals Gewest, maar dat dit niet functioneert. Dit akkoord had tot doel een overlegcomité op te richten om sociale en gezondheidsaangelegenheden in onderling overleg tussen het zuiden en het centrum van het land nader te regelen. Dit comité komt niet bijeen en brengt geen adviezen uit.

Hijzelf is geen voorstander van de instandhouding van dit soort gemeenschappelijke basis. Niet alleen omdat het niet werkt, maar ook omdat het hem niet erg respectvol lijkt ten aanzien van de Nederlandstalige bevolking van Brussel. Hij ziet niet in waarom Franstalige keuzes de keuzes van Brussel zouden moeten beïnvloeden. De kinderbijslag, bijvoorbeeld, is toevertrouwd aan de GGC en is zo georganiseerd dat aan de behoeften van alle Brusselaars wordt tegemoetgekomen, zonder dat men hoeft na te bootsen wat aan Waalse zijde wordt gedaan.

Tot slot wijst de heer Dumont erop dat op bladzijde 5 van het schriftelijk verslag dat hij aan de commissie heeft toegezonden, wordt verwezen naar de werkzaamheden van professor Danny Pieters. Hij is dus vertrouwd met het idee om het aanvullend inkomen – kinderbijslag en gezondheidszorg – te scheiden van het vervangingsinkomen, maar hij beklemtoont dat dit scenario door alle grondwetsdeskundigen die hij heeft gelezen, zowel Franstaligen als Nederlandstaligen – onder wie de heer Velaers – problematisch wordt geacht vanwege het verbod op het creëren van subnationaliteiten in persoonsgebonden aangelegenheden in Brussel.

Bovendien is de professor van mening dat dit scenario vanuit de optiek van het sociaal beleid ongezond zou zijn, omdat het concurrentie tussen Gemeenschappen zou veroorzaken en mensen zou dwingen partij te kiezen. Het kinderbijslagstelsel in Brussel is veel transparanter, het is uniform voor alle Brusselaars en houdt rekening met het sociaal-demografische profiel van de Brusselse bevolking. De uitkeringen worden vooral verhoogd voor de lagere sociale klassen, terwijl in Vlaanderen de middenklassen meer worden ondersteund. Dit soort inhoudelijke differentiatie van het sociaal beleid is hier volledig gerechtvaardigd.

c) De heer Van Gorp

De heer Van Gorp heeft af en toe het gevoel dat het gesprek zich in een andere, achterhaalde wereld afspeelt.

De vraag bijvoorbeeld of een ziekenhuis federaal of regionaal moet aangestuurd worden, gaat ervan uit dat er morgen een ziekenhuis zal zijn. De vraag is hoe de

de savoir comment les soins de santé qui sont dispensés aujourd'hui à l'hôpital se situeront dans le paysage des soins de santé de demain.

L'orateur est un peu lassé de toutes les discussions relatives à la question linguistique. Il a lui-même travaillé dix ans à Bruxelles comme infirmier. Il y avait effectivement des problèmes à l'époque, qui existent encore aujourd'hui, mais il souhaiterait aborder avant tout le manque de prestataires de soins.

Avant de penser à avoir un prestataire de soins qui parle l'une ou l'autre langue, il faut d'abord qu'il y ait un prestataire de soins tout court. À Bruxelles, en Flandre, en Wallonie et en Communauté germanophone, on dénombre au total 15 000 postes vacants pour lesquels on ne trouve pas de prestataires de soins. On peut évidemment en recruter à l'étranger, mais il y aura alors peu de chances qu'ils parlent la bonne langue. M. Van Gorp juge inquiétant que l'on accorde une telle importance à un problème qui existe effectivement, mais qui, selon lui, ne doit pas être prioritaire par rapport à la nécessité de proposer des soins de qualité aux personnes dans une langue compréhensible pour les uns et les autres.

L'expert a délibérément utilisé le terme d'équité, parce qu'il pense que cette notion peut aider la discussion. Tout citoyen de notre pays a le droit de recevoir des soins de santé de qualité, mais il est clair que certaines personnes en ont plus besoin que d'autres. M. Van Gorp appelle ce principe «l'universalisme proportionnel»: pour atteindre des objectifs spécifiques en matière de soins de santé, il faut faire en sorte que certaines personnes soient davantage aidées que d'autres ou que des personnes qui n'ont absolument pas besoin de soins.

À la question de savoir si c'est la pandémie ou le système de soins en temps normal qui doit servir de référence pour la répartition des compétences, on peut répondre en rappelant le principe selon lequel il faudra pouvoir offrir demain une certaine qualité de vie aux gens, ce qui passe en partie par les soins de santé. M. Van Gorp a vécu personnellement la pandémie comme un événement qui nous a rapprochés. Les personnes qui travaillent auprès des plateformes de concertation régionales, mais aussi au niveau fédéral, et qui entretiennent des contacts directs avec les Communautés et les Régions se sont réunies dans des circonstances particulièrement difficiles. Nous avons manifestement besoin de crises pour réaliser des améliorations.

En ce qui concerne la scission ou la fusion des mutualités, M. Van Gorp explique que la mutualité chrétienne comprend aujourd'hui 19 mutualités qui fusionneront

zorgverlening die vandaag in het ziekenhuis verleend wordt, zich gaat positioneren in het zorglandschap van morgen.

Hij wordt ook een beetje moe van alle discussies over de taalproblematiek. Zelf heeft hij tien jaar in Brussel gewerkt als verpleegkundige. Toen waren er inderdaad problemen, die nu nog bestaan, maar eerst wil de heer Van Gorp het gebrek aan zorgverleners op tafel leggen.

Voor een zorgverlener de ene of andere taal spreekt, moet er een iemand zijn die een taal kan spreken: de zorgverlener, die er misschien zal zijn, maar misschien ook niet. In Brussel, Vlaanderen, Wallonië en het Duitstalig gebied samen staan er 15 000 vacatures open voor zorgverleners die er niet zijn. We kunnen natuurlijk zorgverleners uit het buitenland halen, maar er is weinig kans dat die wel de juiste taal spreken. De heer Van Gorp vindt het zorgwekkend dat er zoveel aandacht gaat naar een problematiek die inderdaad bestaat, maar die naar zijn mening geen voorrang moet krijgen op de nood van mensen aan kwaliteitsvolle zorg, in een taal die verstaanbaar is voor de ene en de andere.

De expert heeft bewust de term gelijkwaardigheid gebruikt, omdat hij meent dat dat een concept is dat kan helpen in de discussie. Elke burger in dit land heeft recht op een kwaliteitsvolle zorgverlening, maar het is duidelijk dat sommige mensen meer nodig zullen hebben dan anderen. De heer Van Gorp benoemt dit met de term «proportioneel universalisme»: om bepaalde gezondheidsdoelstellingen te bereiken, moeten sommige mensen méér geholpen worden dan anderen of dan mensen die misschien helemaal geen zorg nodig hebben.

De vraag of de pandemie dan wel het reguliere zorgsysteem als ijkpunt moet dienen voor de bevoegdheidsverdeling, kan men opnieuw beantwoorden met het beginsel dat de mensen morgen mede door de zorg levenskwaliteit moeten kunnen ervaren. Persoonlijk heeft de heer Van Gorp de ervaring dat de pandemie ons dichter bij elkaar heeft gebracht. De mensen die werken bij de regionale overlegplatforms, maar ook op het federale niveau, en in rechtstreekse contacten tussen de Gemeenschappen en Gewesten hebben elkaar gevonden in bijzonder moeilijke omstandigheden. Blijkbaar hebben we crisissen nodig om tot verbeteringen te komen.

Wat de splitsing dan wel de fusie van de mutualiteiten betreft, verklaart de heer Van Gorp dat de CM vandaag de dag 19 ziekenfondsen omvat die zullen gefusioneerd

en deux entités: 11 mutualités flamandes fusionneront en une seule mutualité flamande, et 8 mutualités francophones fusionneront en une seule mutualité francophone. La mutualité chrétienne procède à cette fusion parce que la société et le contexte l'obligent à opérer une transformation numérique et à offrir une assistance numérique, et afin de pouvoir mettre sur pied les services essentiels en faveur de ses membres au sein de structures complexes et dans un environnement numérique. Les économies qui en découlent seront converties en moyens à utiliser pour agir de la bonne manière dans un nouveau contexte sanitaire. Cela vaut probablement aussi pour les autres mutualités.

M. Van Gorp espère être parvenu à exposer les conditions difficiles dans lesquelles non seulement les prestataires de soins mais aussi les mutualités doivent fonctionner aujourd'hui pour faire tourner le système de telle manière que le patient pâtisse le moins possible de cette complexité et de la transformation en cours. Faire communiquer les systèmes des différentes Régions entre eux et avec ceux du niveau fédéral est une tâche extrêmement complexe. Du point de vue de M. Van Gorp et des organisations au nom desquelles il s'exprime, la discussion ne porte pas sur l'opposition entre le niveau régional et le niveau fédéral, mais bien sur la qualité de vie, la santé et le bien-être.

d) M. Perl

À la question de la signification des soins égaux, M. Perl répond qu'il s'agit d'une même offre de soins, d'un même taux de remboursement et de l'organisation de prestations identiques sur l'ensemble du territoire même si l'organisation des soins diffère. Cela n'implique pas un pouvoir organisateur unique mais bien une homogénéisation de l'ensemble de l'offre de soins avec une attention particulière à l'accessibilité de ceux-ci.

M. Perl est conscient de la problématique linguistique à Bruxelles. Celle-ci dépasse même le cadre du bilinguisme traditionnel puisqu'il existe – sans minoriser les droits des néerlandophones – une multitude de langues à Bruxelles. Cependant, on est aussi confronté à une pénurie de soignants. Si l'on souhaite s'inspirer de ce qui a été fait en matière d'enseignement, il faudra dédoubler les réseaux de soins de santé – ce qui est en pratique assez difficile. Selon l'orateur, ce n'est pas sur le plan institutionnel que l'on trouvera la solution.

La régionalisation des soins de santé à Bruxelles, telle que proposée par le professeur Dumont lui semble pertinente. Toutefois, il faut faire attention aux compétences mono-communautaires qui tombent en déshérence

worden naar twee: 11 Vlaamse naar één Vlaams ziekenfonds, en 8 Franstalige naar 1 Franstalig ziekenfonds. De CM doet dat omdat de samenleving en de context haar dwingt te evolueren naar een digitale transformatie en digitale hulpverlening, en om binnen de complexiteit van de structuren en in een digitale omgeving vorm te kunnen geven aan de noodzakelijke dienstverlening voor haar leden. De besparingen die daaruit voortvloeien zullen omgezet worden in middelen om binnen een nieuw gezondheidsverhaal juist te handelen. Dit geldt waarschijnlijk ook voor de andere ziekenfondsen.

De heer Van Gorp hoopt dat hij heeft kunnen aantonen in welke moeilijke omstandigheden zorgverleners, maar ook ziekenfondsen vandaag moeten werken om alles draaiende te houden, zodat de patiënt zo weinig mogelijk last heeft van die complexiteit en de aan de gang zijnde transformatie. Systemen met elkaar doen spreken, tussen de Gewesten en op het federale niveau, is een uiterst complexe opdracht. De discussie gaat voor de heer Van Gorp en de organisaties waarvoor hij spreekt niet om de tegenstelling regionaal – federaal, maar wel om levenskwaliteit, gezondheid en welzijn.

d) De heer Perl

Op de vraag wat gelijke zorg betekent, antwoordt de heer Perl dat het gaat om hetzelfde zorgaanbod, hetzelfde terugbetalingspercentage en de organisatie van identieke zorgverstrekking op het hele grondgebied, zelfs als de organisatie van de zorg verschillend is. Dit impliceert niet één enkele inrichtende macht, maar wel een homogenisering van het hele zorgaanbod, met bijzondere aandacht voor de toegankelijkheid.

Spreker beseft dat er een taalprobleem is in Brussel. Dit gaat zelfs verder dan de traditionele tweetaligheid, aangezien er in Brussel een veelvoud aan talen bestaat, zonder afbreuk te willen doen aan de rechten van Nederlandstaligen. We hebben echter ook te maken met een tekort aan zorgpersoneel. Als wij het voorbeeld van het onderwijs willen volgen, zullen de netwerken in de gezondheidszorg ontdekt moeten worden – wat in de praktijk vrij moeilijk is. De oplossing ligt volgens spreker dus niet op institutioneel niveau.

De regionalisering van de gezondheidszorg in Brussel, zoals voorgesteld door professor Dumont, lijkt spreker relevant. We moeten echter oppassen voor aangelegenheden waarvoor één bepaalde gemeenschap bevoegd

comme les soins à domicile à Bruxelles qui dépendent d'une entité fédérée complètement désargentée, la Cocof. Il y a quarante ans, Bruxelles était précurseur en la matière; aujourd'hui, elle a trente ans de retard. Il faut réfléchir à une rationalisation des différents échelons et dans ce cadre, la Région semble être le niveau plus adéquat.

S'il est pervers, le raisonnement selon lequel la politique de prévention communautaire sert *in fine* le fédéral, est juste. Toutefois, cette politique est beaucoup plus complexe et dépasse de loin le prophylactique, le dépistage ou la prévention collective. En effet, il existe encore énormément de compétences de prévention au niveau fédéral comme la prévention secondaire ou tertiaire. Les trajets de soins en sont un très bon exemple. Cette thématique dépasse largement le cadre fédéral et fédéré et mériterait une approche globale à l'échelon belge. Dans les classements internationaux, la Belgique se situe encore dans les quatre ou cinq meilleurs systèmes de soins de santé en Europe. Néanmoins, les index internationaux montrent aussi que la Belgique doit surperformer sur le plan curatif pour pallier les lacunes du préventif.

Par l'expression «locorégional», M. Perl vise, non pas une régionalisation, mais la décentralisation en fonction des spécificités locales. Il y a par exemple beaucoup plus de points communs entre Anvers et Bruxelles qu'entre Bruxelles et Arlon. Une organisation locorégionale consiste à organiser les soins en fonction des bassins de vie, en tenant compte, *grosso modo*, de trois types de sous-régions que sont les zones urbaines, les zones périurbaines et les zones rurales. Il s'agit donc de ne pas confondre décentralisation et régionalisation car régionalisation peut aussi vouloir dire centralisation à un autre niveau de pouvoir.

Quant à l'asymétrie, elle est la conséquence logique de l'organisation différenciée des soins, mais il ne faut pas qu'elle touche aux prestations ou aux remboursements. C'est le principe d'égalité de traitement. Dans l'organisation de la première ligne, il est pratiquement inévitable de prévoir, dans les futurs protocoles, différentes approches en fonction des différentes Régions. M. Perl est d'avis que l'on peut aller dans ce sens et prôner un fédéralisme de coopération mais toujours sans toucher aux fondements des soins de santé tels que l'accessibilité de ceux-ci.

Un membre a demandé pourquoi ne pas organiser la solidarité interpersonnelle au niveau régional. Si l'on veut aller plus loin dans la régionalisation, il faudra régionaliser trois grands pans que sont les honoraires

is en die aan het verdwijnen zijn, zoals de thuiszorg in Brussel, die onder de bevoegdheid valt van een deelstaat die helemaal geen geld meer heeft, namelijk de Cocof. Veertig jaar geleden was Brussel een voorloper op dit gebied; vandaag ligt het dertig jaar achter. Er moet worden nagedacht over een rationalisering van de verschillende niveaus en in dat verband lijkt het Gewest het meest geschikte niveau.

Ook al is het pervers om te stellen dat het communautaire preventiebeleid *in fine* de federale regering van pas komt, de redenering klopt. Dit beleid is echter veel complexer en gaat veel verder dan profylaxis, opsporing of collectieve preventie. Er zijn immers nog veel preventiebevoegdheden op federaal niveau, zoals secundaire of tertiaire preventie. Een zeer goed voorbeeld hiervan zijn de zorgtrajecten. Dit onderwerp reikt veel verder dan het federale of deelstatenkader en verdient een algemene aanpak op Belgisch niveau. Op de internationale ranglijsten staat België nog steeds in de top vier of vijf van beste Europese gezondheidszorgstelsels. Uit internationale indexen blijkt echter ook dat België curatief moet overpresteren om de tekortkomingen inzake preventie te compenseren.

Met de uitdrukking «loco-regionaal» bedoelt spreker niet regionalisering, maar decentralisering naar gelang van de plaatselijke karakteristieken. Zo is er bijvoorbeeld meer raakvlak tussen Antwerpen en Brussel dan tussen Brussel en Aarlen. Loco-regionale organisatie houdt in dat de zorg wordt georganiseerd volgens de leefregio's, waarbij *grosso modo* rekening wordt gehouden met drie soorten subregio's: stedelijke gebieden, voorstedelijke gebieden en plattelandsgebieden. Het is daarom van belang decentralisatie niet te verwarren met regionalisatie, want regionalisatie kan ook centralisatie op een ander beleidsniveau betekenen.

De asymmetrie is het logische gevolg van een verschillende organisatie van de zorg, maar mag geen gevolgen hebben voor de zorgverstrekking of terugbetalingen. Dit is het principe van gelijke behandeling. Bij de organisatie van de eerstelijnszorg is het bijna onvermijdelijk om in toekomstige protocollen te voorzien in andere benaderingen naar gelang van het Gewest. Spreker meent dat we die richting kunnen uitgaan en een samenwerkingsfederalisme kunnen voorstaan, maar zonder te raken aan de fundamenteën van de gezondheidszorg, zoals de toegankelijkheid.

Een lid vroeg waarom de persoonsgebonden solidariteit niet op gewestelijk niveau wordt georganiseerd. Als we verder willen gaan met regionalisering, zullen we drie belangrijke domeinen moeten regionaliseren:

médicaux, la politique du médicament et la programmation hospitalière. Si l'on considère qu'il a fallu six années pour régionaliser les allocations familiales, on peut raisonnablement imaginer que la régionalisation de ces trois blocs de compétences pourrait prendre trois fois ce temps, et ce pour aucun gain en termes d'efficacité. En effet, si les honoraires médicaux sont fixés au sein d'une concertation régionale à la place d'une concertation fédérale, les prestataires devront appliquer deux ou trois types de montants d'honoraires en fonction de l'endroit où ils exercent. Le patient bruxellois qui aurait son médecin généraliste en périphérie serait soumis à un tarif différent selon qu'il irait dans une commune de la Région flamande ou de la Région wallonne. Rappelons que nous vivons sur un territoire réduit où la mobilité des patients et des prestataires ne connaît quasiment pas de limite. Il ne faut pas créer des barrières intra-belges à la libre circulation alors que celles-ci ont été abolies par l'Europe de la santé depuis cinquante ans.

Tout le monde aspire à une Europe du médicament. Des efforts ont été fait dans la coopération, notamment avec les Pays-Bas. Néanmoins, on est encore très loin d'un remboursement unique au niveau européen. S'il y avait demain un système de sécurité sociale et de soins de santé européen organisé autour du médicament et un taux de remboursement unique, l'échelon national n'aurait plus de sens. Toutefois, cette Europe du médicament n'existe pas encore. Cela signifie qu'une régionalisation impactera négativement les remboursements mais surtout la capacité des entités fédérées à négocier les prix des médicaments avec les entreprises pharmaceutiques. Par ailleurs, cela créera aussi une concurrence entre les Régions. *Quid* de l'accès au marché du médicament flamand pour un Bruxellois, ou au marché du médicament wallon pour un Flamand, par exemple? En outre, il faudra également scinder les financements, ce qui est très compliqué. Le Collège intermutualiste n'est pas favorable à ce scénario.

L'expert revient ensuite sur la question de la régionalisation *versus* décentralisation et de la réaffectation éventuelle de certaines compétences pour améliorer l'efficacité du système. Selon lui, les objectifs de soins de santé doivent être fixés au niveau fédéral. Pense-t-on vraiment que les questions du diabète, du cancer ou de la gestion de l'air diffèrent d'une Région à l'autre? En fragmentant les compétences, on rend *de facto* la poursuite de ces objectifs beaucoup plus difficile.

de artsenhonoraria, het geneesmiddelenbeleid en de ziekenhuisprogrammatie. Als men bedenkt dat de regionalisering van de kinderbijslag zes jaar heeft geduurd, kan redelijkerwijs worden aangenomen dat de regionalisering van deze drie bevoegdheden drie keer zo lang zou kunnen duren, zonder dat dit de efficiëntie ten goede komt. Indien artsenhonoraria worden vastgesteld via regionaal in plaats van federaal overleg, dan zullen de zorgverstrekkers immers twee of drie soorten honoraria moeten toepassen naargelang van de plaats waar zij hun praktijk uitoefenen. Een Brusselse patiënt met een huisarts in de rand, zal een ander tarief moeten betalen naargelang hij naar een gemeente in het Vlaams Gewest of in het Waals Gewest gaat. Laten we niet vergeten dat we in een klein grondgebied leven, waar de mobiliteit van patiënten en zorgverleners bijna geen grenzen kent. Wij mogen geen intra-Belgische belemmeringen voor het vrije verkeer opwerpen, terwijl die door het Europese gezondheidsbeleid al vijftig jaar geleden zijn afgeschaft.

Iedereen wil een Europees geneesmiddelenbeleid. Er zijn inspanningen gedaan om samen te werken, meer bepaald met Nederland. Toch zijn we nog ver verwijderd van een uniek terugbetalingssysteem op Europees niveau. Als er morgen een Europees systeem van sociale zekerheid en gezondheidszorg zou zijn, georganiseerd rond geneesmiddelen en een uniek terugbetalingstarief, dan is het nationale niveau niet meer van belang. Dit Europees geneesmiddelenbeleid bestaat echter nog niet. Dit betekent dat een regionalisering een negatieve impact zal hebben op de terugbetalingen, maar vooral op het vermogen van de deelstaten om met farmaceutische bedrijven te onderhandelen over de prijs van geneesmiddelen. Bovendien zal dit ook concurrentie tussen de Gewesten veroorzaken. Hoe zit het met de toegang tot de Vlaamse geneesmiddelenmarkt voor een Brusselaar, of tot de Waalse geneesmiddelenmarkt voor een Vlaming, bijvoorbeeld? Bovendien zal de financiering moeten worden opgesplitst, wat zeer ingewikkeld is. Het Intermutualistisch College is dus geen voorstander van dit scenario.

Vervolgens komt spreker terug op de kwestie regionalisering tegenover decentralisering en de mogelijke herverdeling van bepaalde bevoegdheden om een doeltreffender systeem te verkrijgen. Volgens spreker moeten de doelstellingen inzake gezondheidszorg op federaal niveau worden vastgesteld. Denkt men nu werkelijk dat diabetes, kanker of het beheer van de luchtkwaliteit verschilt van Gewest tot Gewest? De versnippering van de bevoegdheden maakt het *de facto* veel moeilijker om deze doelstellingen na te streven.

Le Collège intermutualiste n'est pas demandeur d'une régionalisation accrue même s'il reconnaît, pour reprendre la métaphore du tube de dentifrice qu'un retour en arrière sera très difficile. Si régionalisation il doit y avoir, il faut se concentrer sur les problèmes de compétences mal affectées par la sixième réforme de l'État.

Au sujet de la clé de répartition des financements, l'orateur invite les membres de la commission à prendre connaissance de la dernière étude de la Banque nationale sur les transferts interrégionaux. Celle-ci minore très fortement l'impression d'avoir une solidarité interpersonnelle à sens unique, d'une Région vers l'autre. En effet, la Belgique, en matière de transferts interrégionaux, se situe dans la moyenne inférieure européenne. Ces transferts y sont moins importants, qu'en Allemagne par exemple.

En matière de gestion de crise, l'orateur plaide pour une unité de commandement à l'échelon fédéral, ce qui n'exclut pas, bien sûr, la consultation des niveaux régionaux et locaux. L'important dans ce cadre, c'est de diffuser un message clair et unique vis-à-vis de la population. À cet égard, il faut privilégier la coopération et les engagements de tous de respecter les décisions prises.

Mme Durenne a demandé si on pouvait présenter de manière détaillée les contentieux existants en matière de répartition des compétences de soins de santé. Plutôt que de contentieux, l'orateur préfère parler de domaines de compétences où l'exercice d'une politique de santé centrée sur les besoins du patient n'est actuellement pas garanti. À cet égard, la sixième réforme de l'État a en effet créé toute une série d'angles morts, qui posent des problèmes d'homogénéité dans les compétences. Le MAF (maximum à facturer) a été évoqué dans les questions. Il y a en effet un gros problème pour le maintien des droits sociaux dans la mesure où il n'y a pas un MAF fédéral et régional. Cela engendre une réduction de l'accessibilité des soins. Il y a également des différences en termes d'offre de soins en centres de réhabilitation par exemple. Par ailleurs, certaines politiques évoluent de manière asymétrique, notamment sur les aides à la mobilité. Enfin, l'organisation des soins de santé mentale, qui est un sujet extrêmement important, comme on l'a vu particulièrement pendant la pandémie, doit être revue à l'aune de la sixième réforme de l'État. Celle-ci ne permet pas, aujourd'hui, d'offrir des soins performants en fonction des besoins des patients.

Het Intermutualistisch College dringt niet aan op verdere regionalisering, hoewel het erkent, om nog eens de metafoor van de tube tandpasta te gebruiken, dat het zeer moeilijk zal zijn een stap terug te zetten. Als er dan toch regionalisering aan te pas moet komen, dan dient deze zich toe te spitsen op de problemen van de slechte toewijzing van bevoegdheden die ontstaan zijn door de zesde Staatshervorming.

Wat de verdeelsleutel voor de financiering betreft, stelt spreker voor dat de leden van de commissie kennis nemen van de recente studie van de Nationale Bank over interregionale transfers. Deze studie zwakt sterk de indruk af dat er een interpersoonlijke solidariteit is die in één richting gaat, van het ene Gewest naar het andere. Wat de interregionale transfers betreft, bevindt België zich immers onder het Europees gemiddelde. De transfers zijn minder groot dan bijvoorbeeld in Duitsland.

Wat crisisbeheer betreft, pleit spreker voor eenheid van commando op federaal niveau, wat overleg met de Gewesten en de lokale niveaus uiteraard niet uitsluit. Waar het om gaat, is een duidelijke en eensluidende boodschap aan de bevolking overbrengen. Daartoe moeten samenwerking en een gezamenlijk engagement om de genomen beslissingen na te leven, voorrang krijgen.

Mevrouw Durenne vroeg of het mogelijk is een gedetailleerd overzicht te geven van de bestaande geschillen over de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg. In plaats van over geschillen te spreken, heeft spreker het liever over bevoegdheden die momenteel geen waarborg bieden voor een gezondheidsbeleid dat gericht is op de behoeften van de patiënt. In dat opzicht heeft de zesde Staatshervorming immers een hele reeks blinde vlekken opgeleverd waardoor bevoegdheden minder homogeen zijn geworden. De MAF (maximumfactuur) kwam ter sprake in de vragen. Het klopt dat er een groot probleem is voor de handhaving van de sociale rechten voor zover er geen federale en gewestelijke MAF is. Daardoor wordt de zorg minder toegankelijk. Er zijn ook verschillen in zorgverstrekking in bijvoorbeeld revalidatiecentra. Bovendien evolueren sommige beleidsmaatregelen asymmetrisch, meer bepaald inzake mobiliteitshulpmiddelen. Tot slot moet de organisatie van de mentale gezondheidszorg, die uiterst belangrijk is – zoals in het bijzonder tijdens de pandemie kon worden vastgesteld –, opnieuw worden bekeken in het licht van de zesde Staatshervorming. Momenteel biedt die hervorming geen aanbod aan doeltreffende zorg die is afgestemd op de behoeften van de patiënten.

Le calcul des coûts supplémentaires engendrés par les réformes de l'État et la multiplication des structures n'a pas été fait. C'est toutefois un faux problème dans la mesure où la Belgique a l'un des systèmes de soins les moins coûteux sur le plan des frais de gestion administrative. Au niveau fédéral, les coûts de l'INAMI, du SPF Santé et des mutualités représentent environ 3,5 % du budget de l'assurance maladie et invalidité. En comparaison, dans le privé, les assureurs calculent en général 15 % pour les coûts administratifs dans les assurances collectives d'hospitalisation. Ceci n'empêche pas de réfléchir à une meilleure efficacité administrative et de s'interroger, notamment, sur les possibilités de fusion.

En revanche, au niveau de l'impact des réformes sur la lisibilité et la complexité engendrée, le problème est réel, que ce soit pour le patient ou le prestataire. La multiplication des structures n'aide pas à dissiper le brouillard dans le labyrinthe des soins de santé. À défaut de pouvoir faire marche arrière, il faut maintenant se concentrer sur la fluidification du système et de son fonctionnement en créant de vraies instances de coopération et de coordination. On peut, par exemple, créer un forum, sur le plan administratif, associant les mutualités et les différentes instances compétentes au niveau régional et fédéral pour discuter des problèmes d'application pratique. À l'heure actuelle, ces discussions se font de manière informelle et une formalisation de celles-ci serait certainement la bienvenue.

Au-delà de la régionalisation, M. Perl insiste sur la nécessité impérieuse d'offrir un service global aux citoyens. À cet égard, les mutualités jouent un rôle important en tant qu'interlocuteur unique malgré la régionalisation.

S'il n'existe pas d'évaluation de la sixième réforme de l'État, différents problèmes ont néanmoins été épinglés et il conviendrait d'y apporter des solutions. Il s'agit notamment, comme il l'a mentionné précédemment, du MAF et des soins de santé mentale. Pour ces derniers, les différentes initiatives régionales et fédérales s'additionnent sans être véritablement coordonnées. Si sur le plan budgétaire, cela paraît être un service quantitatif important, ce n'est pas le cas sur le plan qualitatif.

Beaucoup d'intervenants ont évoqué les différences entre les Régions, mais l'orateur insiste plutôt sur les disparités qui existent au sein même de celles-ci. À cet égard, une étude démographique a montré qu'il y avait plus de similarité, en termes de santé, entre les différents bassins industriels qu'entre un bassin industriel et d'autres bassins de la même région. Il y a des ressemblances évidentes entre les anciens bassins miniers

De extra kosten van de Staatshervormingen en de toename van de structuren zijn niet berekend. Het gaat hier echter niet om een echt probleem, want België heeft een van de minst dure stelsels voor gezondheidszorg in termen van administratieve kosten. Op federaal niveau bedragen de kosten van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de ziekenfondsen ongeveer 3,5 % van de begroting van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Ter vergelijking: in de privésector rekenen verzekeraars doorgaans 15 % aan voor administratieve kosten in collectieve hospitalisatieverzekeringen. Dit neemt niet weg dat er moet worden nagedacht over een efficiëntere administratie en meer bepaald over mogelijke fusies.

De impact van de hervormingen op de bevattelijkheid en de complexiteit die daardoor ontstaan is, is een reëel probleem, zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener. Het groter aantal structuren zorgt ervoor dat we blijven verdwalen in het doolhof van de gezondheidszorg. Als de klok niet kan worden teruggedraaid, dan moet men nu vooral proberen het systeem en de werking ervan soepeler te maken, door instanties voor samenwerking en coördinatie op te richten. Zo zou op administratief niveau een forum kunnen worden opgericht waaraan de ziekenfondsen en de verschillende bevoegde instanties op gewestelijk en federaal niveau deelnemen om de praktische uitvoeringsproblemen te bespreken. Momenteel vinden die besprekingen informeel plaats en een formalisering hiervan zou zeker welkom zijn.

Naast de regionalisering dringt spreker aan op de absolute noodzaak om burgers een algemene dienstverlening aan te bieden. In dit opzicht spelen de ziekenfondsen, ondanks de regionalisering, een belangrijke rol als uniek aanspreekpunt.

Hoewel er geen evaluatie van de zesde Staatshervorming is, zijn er verschillende problemen vastgesteld die moeten worden aangepakt. Zoals eerder vermeld, gaat het om de maximumfactuur (MAF) en geestelijke gezondheidszorg. Wat dit laatste betreft, stapelen de verschillende gewestelijke en federale initiatieven zich op, zonder echte coördinatie. Hoewel deze dienst, budgettair gesproken, kwantitatief belangrijk lijkt, is dit kwalitatief niet het geval.

Veel sprekers wezen op de verschillen tussen de Gewesten, maar spreker legt eerder de nadruk op de verschillen binnen de Gewesten zelf. In dit verband toont een demografische studie aan dat er inzake gezondheid meer gelijkenissen zijn tussen de verschillende industriegebieden dan tussen een industriegebied en andere gebieden binnen hetzelfde Gewest. Er zijn duidelijke gelijkenissen tussen de oude mijnbekkens van Limburg,

limbourgeois, liégeois et carolorégien. Ceci rappelle une nouvelle fois l'importance d'une approche locorégionale et pas uniquement régionale.

Le Collège intermutualiste n'est pas favorable à la création d'incitants financiers. Il faut se concentrer sur la prévention et combler le déficit chronique que connaît la Belgique par rapport à d'autres pays européens en matière d'éducation, de promotion et de prévention en termes de santé. Avant d'évaluer les performances des acteurs du système par le biais d'incitants financiers, il faut renforcer les moyens du préventif afin d'atteindre les objectifs. En cela, le budget 2022 est historique dans la mesure où c'est la première fois que l'INAMI se dote d'un budget défini en fonction d'objectifs de soins de santé. Il faut poursuivre sur cette voie.

À la question des améliorations à apporter au système actuel, M. Perl répond qu'il est indispensable d'adjoindre à la Conférence interministérielle de la Santé un organe similaire – à l'échelon inférieur – qui associerait les assureurs, le SPF Santé, les organismes régionaux et communautaires ainsi que l'INAMI, pour réfléchir sur le terrain à l'impact des politiques.

Pour le Collège intermutualiste, la solidarité interpersonnelle doit rester au niveau fédéral et c'est ce dernier qui doit établir les objectifs globaux, notamment en matière d'égalité de soins et d'enjeux technologiques. La digitalisation est à cet égard un important chantier. Le système Helena, par exemple, est en fait composé de quatre systèmes distincts – l'un fédéral et les autres régionaux – qui offrent les mêmes fonctionnalités. Il y a certainement une réflexion à mener pour ne conserver qu'un seul outil.

Enfin, à la question de Mme de Block, M. Perl répond que le Collège intermutualiste n'est pas favorable à de nouveaux transferts, en dehors de corrections à apporter à certains transferts réalisés dans le cadre de la sixième réforme de l'État. Il souhaiterait que l'on se concentre sur les points à améliorer dans le système actuel, notamment l'organisation de la première ligne. Un organe de coordination des soins de santé devrait permettre à toutes les Régions de voir une amélioration de la performance de la première ligne. Tout cela ne se fera que par davantage de coordination et de coopération et non par une fragmentation accrue.

Luik en Charleroi. Hieruit blijkt eens te meer hoe belangrijk een loco-regionale aanpak is en niet alleen een gewestelijke.

Het Intermutualistisch College is er geen voorstander van om financiële stimulansen in te voeren. De nadruk moet op preventie liggen en de chronische achterstand van België ten opzichte van andere Europese landen, inzake gezondheidsopvoeding, -bevordering en -preventie, moet worden weggewerkt. Indien de prestaties van de actoren in het systeem worden geëvalueerd via financiële stimulansen, moet men eerst de middelen voor preventie versterken om de doelstellingen te halen. In die zin is de begroting 2022 historisch, omdat het RIZIV voor het eerst een begroting hanteert die bepaald wordt naar gelang van de doelstellingen inzake gezondheidszorg. We moeten in die richting verder gaan.

Op de vraag hoe het huidige systeem kan worden verbeterd, antwoordt spreker dat het van essentieel belang is om aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid een soortgelijk orgaan toe te voegen – op een lager niveau – waar verzekeraars, de FOD Volksgezondheid, Gewest- en gemeenschapsinstellingen en het RIZIV zouden samenkomen om op het terrein na te denken over de gevolgen van het beleid.

Voor het Intermutualistisch College moet de interpersoonlijke solidariteit federaal blijven, en het federale niveau moet de algemene doelstellingen bepalen, meer bepaald inzake gelijke zorg en technologische uitdagingen. Digitalisering is in dat verband een belangrijk werkpunt. Zo bestaat het systeem Helena in feite uit vier afzonderlijke systemen, één federaal en de overige gewestelijk, maar ze hebben dezelfde functionaliteit. Er zou zeker eens moeten worden nagedacht over het behouden van slechts één instrument.

Tot slot antwoordt spreker op de vraag van mevrouw de Block dat het Intermutualistisch College geen voorstander is van nieuwe transfers, maar wel van correcties die moeten worden aangebracht aan bepaalde transfers die in het kader van de zesde Staatshervorming zijn uitgevoerd. Spreker zou willen dat men zich concentreert op punten die in het huidige systeem kunnen worden verbeterd, meer bepaald de organisatie van de eerstelijnszorg. Dankzij een instelling die gezondheidszorg coördineert, zouden alle Gewesten de prestaties van de eerstelijnszorg moeten zien verbeteren. Dit kan alleen worden bereikt door meer coördinatie en samenwerking, niet door verdere versnippering.

3) Questions et réflexions additionnelles

M. Loones retient un élément de la discussion: si nous devons tirer les leçons de la pandémie, celle-ci ne doit pas servir de référence pour l'élaboration de la politique des soins de santé. Il constate que le débat public se focalise constamment sur les neuf ministres de la Santé comme si c'était le seul élément qui compte. Aujourd'hui, il a entendu certaines voix plaider pour un élargissement du débat.

M. Loones souhaite formuler quelques suggestions pour la suite des travaux de la commission.

Premièrement, la commission devrait approfondir la discussion relative à l'exclusivité de la répartition des compétences et à la théorie du double aspect.

Deuxièmement, il propose d'analyser plus en détail la situation de l'Espagne et du Royaume-Uni. L'Espagne a déjà été citée à deux reprises comme source d'inspiration et d'expérience parce qu'on y observe différentes vitesses de décentralisation et différents blocs de compétences. Il en est de même au Royaume-Uni.

Troisièmement, il faudrait, lors de prochaines auditions, se pencher plus avant sur le financement des soins de santé et sur la manière de concrétiser la solidarité. M. Dumont a marqué sa préférence pour un système fédéral de dotations, centré sur l'âge. M. Perl optait plutôt pour une répartition des moyens basée sur d'autres paramètres socioéconomiques.

M. Loones pense que l'âge constitue l'explication la plus pertinente des montants des transferts, ce qui ne veut pas dire que d'autres facteurs ne puissent pas jouer un rôle. Il souhaite mettre plus nettement en lumière les différentes visions, sachant que les coûts sont élevés dans les soins de santé, et qu'il y a de nombreuses caractéristiques sous-jacentes qui expliquent ces coûts.

Le membre explique que les questions qu'il a posées au sujet de la mobilité des patients ne sont pas inspirées par une volonté de dresser des murs, au contraire. L'objectif est précisément que le service soit ouvert à tous, comme c'est le cas aujourd'hui à l'UZ Brussel. Si une défédéralisation devait être opérée, on ne manquerait justement pas de rechercher, avec des experts, la manière d'organiser la mobilité.

Le parti de M. Loones est un ardent défenseur du marché intérieur européen. Sa volonté n'est absolument pas que la Flandre négocie directement avec les fabricants

3) Aanvullende vragen en bedenkingen

De heer Loones onthoudt uit de discussie dat we moeten leren uit de pandemie, maar dat die niet ons referentiepunt moet vormen om het gezondheidszorgbeleid vorm te geven. In het publieke debat stelt de heer Loones een vernauwing vast, waarbij het constant gaat over die negen ministers van volksgezondheid, alsof dat het enige belangrijke element is. Vandaag heeft hij stemmen gehoord om het debat ruimer te voeren.

De heer Loones wil een aantal suggesties doen voor de verdere werkzaamheden van de commissie.

Eerst zou de commissie de discussie over de exclusiviteit van de bevoegdheidsverdeling en de dubbele aspectleer verder moeten uitdiepen.

Ten tweede stelt hij voor om verder onderzoek te wijden aan de situatie in Spanje en het Verenigd Koninkrijk. Spanje is al twee keer vermeld als een land waar inspiratie en ervaring kan gevonden worden, omdat er daar verschillende snelheden van devolutie en verschillende bevoegdheidspakketten bestaan. Dat geldt ook voor het Verenigd Koninkrijk.

Ten derde moet er in volgende hoorzittingen nader ingegaan worden op de financiering van de gezondheidszorg en de invulling van de solidariteit. De heer Dumont heeft zijn voorkeur uitgesproken voor een federaal dotatiestelsel, met een focus op leeftijd. De heer Perl had een voorkeur voor een verdeling van middelen op basis van andere sociaal-economische parameters.

De heer Loones meent dat de leeftijd de meest pertinente verklaring is voor de transfercijfers, maar dat betekent niet dat andere kenmerken geen rol kunnen spelen. Hij wil echter de verschillende visies scherper stellen. In de gezondheidszorg liggen de kosten en het aantal onderliggende kenmerken die daartoe bijdragen immers hoog.

Het lid verduidelijkt dat zijn vragen over patiëntenmobilititeit zeker niet voortkomen uit een intentie om muren op te werpen, integendeel. Het is juist de bedoeling dat de dienstverlening open staat voor iedereen, zoals dat vandaag het geval is in het UZ Brussel. Als er gedefederaliseerd wordt, is het net de bedoeling om met experts zoals de heren Van Gorp en Perl te kijken hoe de mobiliteit kan georganiseerd worden.

De partij van de heer Loones is een grote voorstander van de interne Europese markt. Het is uitdrukkelijk niet haar bedoeling dat Vlaanderen rechtstreeks zou gaan

de médicaments mais il est, à cet égard, intéressant de savoir qu'à l'heure actuelle, l'Union européenne n'est pas encore en position de force dans les négociations. Il faut certainement poursuivre les discussions à ce sujet et s'efforcer d'améliorer la situation.

Enfin, l'intervenant regrette les propos négatifs tenus au sujet des membres de la commission qui ont dénoncé le mépris des droits linguistiques dans les établissements de soins bruxellois. MM. Van Gorp et Perl ont souligné à juste titre que l'attention devait se focaliser non pas sur les soins de santé, mais bien sur la santé et la qualité. Selon M. Loones, la langue fait partie intégrante de la qualité.

Il comprend parfaitement le problème de la pénurie de personnel mais celle-ci ne saurait être un argument pour réduire la qualité dans un secteur aussi fondamental que les soins de santé.

Enfin, le membre voudrait que soit précisé l'impact d'une défédéralisation éventuelle des soins de santé sur le fonctionnement des mutualités: si la défédéralisation s'opère sur une base territoriale, ne faudra-t-il pas créer également une entité bruxelloise, à l'instar de la division qui a été opérée entre une organisation faïtière néerlandophone et une organisation faïtière francophone?

M. Perl répond que le système existe déjà. En effet, il existe déjà des sociétés mutualistes régionales pour gérer les compétences des protections sociales régionales. Le *business model* ne devrait donc pas évoluer. Le Collège intermutualiste n'est pas favorable à une évolution mais si elle devait avoir lieu, les mutualités ont les moyens juridiques d'y faire face. Le paradoxe est aussi que la régionalisation a concerné des politiques d'aides sociales et non des aides de sécurité sociale. Ainsi, l'aide aux personnes âgées est gérée – à Bruxelles et en Wallonie – par des sociétés mutualistes régionales qui offrent à leurs affiliés un service global via leur mutualité qui reste compétente pour les soins de santé fédéraux. Le patient ne voit, quant à lui, aucune différence entre les deux structures.

M. Van Gorp reconnaît qu'un prestataire de soins doit parler la langue du patient. Il ne s'agit d'ailleurs pas uniquement du français ou du néerlandais. En effet, une personne atteinte de démence parle une tout autre langue que celle que pensent parler celles et ceux qui sont présents dans cet hémicycle.

M. Van Gorp est toutefois préoccupé par le fait qu'il n'y ait plus de prestataires de soins pour parler une langue quelle qu'elle soit. La situation est très grave dans

onderhandelen met de producenten van medicijnen, maar het is in dit opzicht wel interessant te weten dat de Europese Unie daar vandaag de dag ook nog niet sterk genoeg in staat. Daar moet zeker verder over gediscussieerd en aan gewerkt worden.

Tot slot betreurt de spreker de negatieve uitlatingen over degenen die in deze commissie de miskening van de taalrechten in de Brusselse zorg instellingen aan de kaak hebben gesteld. Terecht stellen de heren Van Gorp en Perl dat je niet naar de gezondheidszorg moet kijken, maar naar gezondheid en kwaliteit. Voor de heer Loones maakt taal integraal deel uit van kwaliteit.

De heer Loones begrijpt zeer goed het probleem van het personeelstekort, maar dat mag niet als argument dienen om de kwaliteit naar beneden te halen in een zo fundamentele sector als de gezondheidszorg.

Tot slot wil het lid de vraag naar de impact van een eventuele defederalisering op de werking van de ziekenfondsen nader preciseren: als die defederalisering op territoriale leest geschiedt, moet er dan ook een Brusselse entiteit komen, in navolging van de opdeling in een Nederlandstalige en een Franstalige koepel?

De heer Perl antwoordt dat het systeem al bestaat. Er zijn immers al gewestelijke ziekenfondsen om de bevoegdheden inzake gewestelijke sociale bescherming te beheren. Het Intermutualistisch College is geen voorstander van een wijziging, maar als die er zou komen, beschikken de ziekenfondsen over rechtsmiddelen om hieraan het hoofd te bieden. De paradox is ook dat de regionalisering betrekking had op het beleid inzake maatschappelijk welzijn en niet op socialezekerheidsuitkeringen. Zo wordt hulp aan bejaarden – in Brussel en Wallonië – beheerd door regionale ziekenfondsen die hun leden een algemene dienstverlening aanbieden via het ziekenfonds, dat bevoegd blijft voor federale gezondheidszorg. De patiënt zelf ziet geen verschil tussen de twee structuren.

De heer Van Gorp wil nog even reageren over het taalprobleem. Natuurlijk moet een zorgverlener de taal spreken van de patiënt. Dat gaat trouwens niet alleen over Frans of Nederlands; iemand met dementie spreekt een heel andere taal dan de taal die de aanwezigen in dit halfrond denken te spreken.

De heer Van Gorp maakt zich alleen maar zorgen dat er geen zorgverleners meer zijn om een taal te spreken. In het onderwijs is de situatie heel erg, dat is zeker

l'enseignement, c'est certainement vrai, mais elle l'est encore plus pour les personnes qui n'ont pas accès aux soins; on dépasse ici la limite de ce qui est humainement acceptable. Dans ce contexte, plutôt que rien du tout, il préfère avoir un prestataire de soins qui fasse au moins quelque chose.

En outre, l'intervenant tient à préciser que les mutualités ne sont pas opposées à tout type de transformation simplement parce que cela impliquerait qu'elles doivent aussi se métamorphoser. Si les mutualités étaient dans cet état d'esprit, elles seraient vite confrontées à leurs propres limites

La crise du coronavirus n'a hélas rien changé à cet égard, elle n'a fait qu'exacerber les problèmes. Elle a aussi confirmé que la manière dont notre société dispense des soins sera et devra être totalement différente demain, parce que la perspective du citoyen et du patient aura changé. Il met tout le monde au défi d'y réfléchir.

Dès lors, M. Van Gorp interprète la question de M. Loones sur le financement comme une main tendue qu'il accepte volontiers. Le financement devient en effet un élément crucial: dès que la clarté se fera en la matière, le modèle de soins pourra très rapidement être clarifié aussi pour le reste.

*
* *

IV. ÉCHANGE DE VUES SUR L'ÉVALUATION DES DIFFICULTÉS RELATIVES À LA RÉPARTITION DES COMPÉTENCES ENTRE L'ÉTAT FÉDÉRAL ET LES ENTITÉS FÉDÉRÉES

Mme Depoorter souligne que dans les rapports de la commission, les termes culinaires ne manquent pas pour qualifier le paysage institutionnel: on parle de lasagne, d'un méli-mélo de spaghettis ou encore de gruyère. C'est le signe, selon elle, que le système actuel ne fonctionne pas. Trop souvent, il faut chercher longtemps pour savoir qui est compétent pour quoi et qui paie quoi.

L'intervenante se dit convaincue que s'agissant de l'organisation des soins de santé, tous les membres de la commission ont la volonté de conférer une place centrale au patient. Peu importe à cet égard qu'ils se situent à l'extrémité communautaire du spectre ou qu'ils prônent l'unitarisme.

waar, maar voor mensen die niet aan zorg raken, is die nog erger, en gaan we onder grens van wat menselijk aanvaardbaar is. In die situatie heeft hij liever een zorgverlener die tenminste iets doet, dan dat er helemaal niets gebeurt.

Spreker wil daarnaast duidelijk stellen dat de ziekenfondsen niet tegen welke transformatie dan ook zijn, louter omdat dit zou meebrengen dat zij ook zichzelf moeten omvormen. Mocht dat zo zijn, dan zouden de ziekenfondsen zichzelf snel tegenkomen.

De coronacrisis heeft in dat opzicht helaas niets veranderd; het heeft alleen de pijnpunten nog duidelijker gemaakt. Dit heeft ook bevestigd dat de manier waarop onze samenleving zorg verleent, morgen totaal anders zal zijn en zal moeten zijn, omdat het perspectief van de burger en de patiënt veranderd zal zijn. Hij daagt iedereen uit om daar mee over na te denken.

De vraag van de heer Loones over de financiering interpreteert de heer Van Gorp dan ook als een uitgestoken hand die hij graag aanneemt. De financiering wordt immers een cruciaal element: eenmaal daar duidelijkheid over bestaat, zal ook het zorgmodel voor het overige zeer snel verduidelijkt kunnen worden.

*
* *

IV. GEDACHTEWISSELING OVER DE EVALUATIE VAN DE KNELPUNTEN IN DE BEVOEGDHEIDSVERDELING TUSSEN DE FEDERALE OVERHEID EN DE DEELENTEITEN

Mevrouw Depoorter heeft in de commissieverslagen heel wat culinaire termen gevonden: lasagne, spaghetikluwen, kaas met gaten ... Ze wijzen er voor spreekster duidelijk op dat het huidige systeem niet werkt. Te vaak moet men met veel moeite uitzoeken wie waarvoor bevoegd is en wie wat betaalt.

Spreekster is ervan overtuigd dat alle commissieleden, wanneer ze de organisatie van de gezondheidszorg onder de loep nemen, de patiënt centraal willen stellen. Daarbij maakt het niet uit of de commissieleden aan het communautaire einde van het spectrum staan, of pleiten voor unitarisme.

Il faut décider au plus vite de la manière dont les soins de santé doivent être organisés. Or, on ne peut pas vraiment dire que la constellation fédérale actuelle et l'accord de gouvernement inspirent confiance sur ce point. Ce dernier est en effet assez vague. Si le CD&V y lit une volonté de régionalisation, le MR discerne plutôt une tendance à la refédéralisation.

Il est inquiétant de constater qu'en 1999, au terme d'un exercice similaire à celui que cette commission effectue aujourd'hui, le Sénat est arrivé à la conclusion que la répartition actuelle des compétences dans le domaine de la santé et de la politique familiale était incohérente et même dysfonctionnelle. Vingt ans plus tard, on tire le même constat. L'intervenante invite toutes les parties concernées à prendre dès maintenant des mesures concrètes afin de remédier à cette situation.

Dans cette matière, le débat prend très souvent des accents émotionnels. La dispensation de soins requiert évidemment de la passion, de l'émotion et de l'empathie, mais il faut aussi une politique scientifique factuelle et des soins scientifiquement étayés centrés sur le patient. Le groupe de l'intervenante souhaite l'instauration d'un ensemble homogène de compétences en matière de bien-être et de santé par un transfert plus poussé des compétences au niveau flamand. À l'adresse de ceux qui préconisent une approche unitaire, Mme Depoorter attire l'attention sur les faits suivants:

- en Flandre, le médecin généraliste et le dossier médical global occupent une place centrale, à la satisfaction du patient flamand. Celui-ci est bien entouré et le système est rôdé. En Wallonie, en revanche, c'est l'hôpital qui est au centre du dispositif, ce dont le patient wallon semble parfaitement s'accommoder aussi. Mais, lorsque l'autorité fédérale a décidé de mettre en place des projets de soins pour accompagner les femmes enceintes en situation de pauvreté, elle n'a pas tenu compte du dossier médical global. Il s'ensuit qu'en Flandre, les femmes enceintes et leur enfant à naître ne recevront pas l'aide dont ils ont réellement besoin. Dans le système flamand, un dossier médical global est ouvert au nom de l'enfant dès sa naissance et c'est le médecin traitant qui est chargé de lui dispenser les soins nécessaires;
- lorsque la *task force* Vaccination a finalement vu le jour, il a fallu s'atteler à l'organisation de la vaccination sur les plans logistique et administratif. En Flandre, les zones de première ligne étaient déjà en place et pouvaient se mettre d'emblée au travail. En Wallonie, on a préféré impliquer davantage les hôpitaux dans le processus de vaccination;

Er is dringend nood aan een beslissing over de manier waarop de zorg moet worden ingericht. Het regeerakkoord en de huidige federale constellatie geven echter weinig vertrouwen. Het regeerakkoord is behoorlijk vaag. CD&V leest er regionalisering in, MR een herfederalisering.

Het is zorgwekkend dat de Senaat in 1999 eenzelfde oefening als deze commissie heeft gedaan, en tot de vaststelling is gekomen dat de actuele bevoegdheidsverdeling op het vlak van gezondheids- en gezinsbeleid weinig coherent en zelfs dysfunctioneel is. Die vaststelling van twintig jaar geleden wordt vandaag opnieuw gemaakt. Spreekster nodigt iedereen uit om nu concrete stappen te zetten om daar gevolg aan te geven.

Het debat hierover wordt heel vaak emotioneel gevoerd. Uiteraard vergt gezondheidszorg passie, emotie, en empathie, maar bovenal is het wetenschappelijk beleid, gestoeld op feiten, *evidence based and patient centered care*. De fractie van spreekster pleit ervoor te komen tot een homogene bevoegdheid voor welzijn en gezondheid door de bevoegdheden verder over te hevelen naar het Vlaamse niveau. Voor wie een unitaire aanpak voorstaat, wil mevrouw Depoorter de volgende feiten aanhalen:

- Vlaanderen zet de huisarts en het globaal medisch dossier centraal. De patiënt voelt zich daar goed bij. Het systeem wordt gebruikt, en de patiënt wordt goed omringd. In Wallonië zet men het ziekenhuis centraal. De Waalse patiënt voelt zich daarbij klaarblijkelijk ook goed. Maar toen de federale overheid zorgprojecten heeft opgezet om zwangere vrouwen in armoede te begeleiden, gaven die geen rol aan het globaal medisch dossier. Die vrouwen en hun ongeboren kind zullen in Vlaanderen dus niet de omkadering krijgen die ze echt wel nodig hebben. In het Vlaamse systeem wordt er bij de geboorte voor een kind immers onmiddellijk een globaal medisch dossier opgestart en krijgt het bij de huisarts de nodige zorgen;
- toen de *taskforce* vaccinatie uiteindelijk vorm kreeg, moest de vaccinatie logistiek en administratief worden georganiseerd. In Vlaanderen hadden de eerstelijnszones al vorm en konden zij onmiddellijk uit de startblokken schieten. In Wallonië wilde men de vaccinatie meer op de ziekenhuizen enten;

- la Flandre mise beaucoup sur l'hospitalisation de jour, les soins à domicile et les soins de proximité. Mais, aussi longtemps que la nomenclature sera fixée par l'autorité fédérale, il sera très difficile de mener une politique cohérente en la matière;
- dans le secteur des soins de santé mentale, les maisons de soins sont flamandes alors que les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG) relèvent de l'autorité fédérale. Pour les patients, il n'est donc pas simple de savoir où ils peuvent réellement être pris en charge. Ils sont coincés entre les deux niveaux. Les patients psychiatriques sont des personnes très vulnérables qui ont besoin, tout comme leur famille, d'être très entourés et encadrés. C'est pourquoi les soins psychiatriques à domicile revêtent une telle importance, c'est du moins ce que l'on pense en Flandre. Mais l'existence de deux nomenclatures empêche la mise en œuvre d'une politique cohérente. Mme Depoorter dit avoir visité une ferme thérapeutique, qui est un magnifique projet réservé à de jeunes patients psychiatriques souffrant de troubles multifactoriels qui les empêchent de fonctionner correctement. Étant donné que la ferme thérapeutique assure non seulement le traitement mais aussi le suivi, elle déploie une activité qui relève des deux niveaux à la fois, si bien qu'elle n'entre dans aucune condition pour être subsidiée. Il en résulte que seuls les enfants de parents aisés y ont accès, ce à quoi aucun membre de la commission ne saurait être favorable.
- Vlaanderen zet heel hard in op daghospitalisatie, thuisverpleging en zorg dicht bij de patiënt. Zolang echter de federale overheid de nomenclatuur bepaalt, is het heel moeilijk om daar een coherent beleid rond te voeren;
- in de geestelijke gezondheidszorg zijn de verpleegtehuizen Vlaams, de psychiatische ziekenhuizen federaal, de PAAZ-afdelingen (psychiatische afdeling algemeen ziekenhuis) eveneens federaal. Dat maakt het voor patiënten moeilijk om te weten waar ze echt terecht kunnen. Ze bengelen tussen de twee niveaus. Psychiatische patiënten zijn zeer kwetsbare mensen. Net als hun familie hebben ze veel zorg en omkadering nodig. Psychiatische thuiszorg is daarom van heel groot belang. Dat vindt men althans in Vlaanderen. Maar het bestaan van twee nomenclaturen belet om een coherent beleid te voeren. Mevrouw Depoorter heeft bijvoorbeeld een zorgboerderij bezocht, een prachtig initiatief voor jonge psychiatische patiënten met een multifactoriële problematiek, die hen echt verhindert behoorlijk te functioneren. Omdat de zorgboerderij behandeling én nazorg biedt, en dus op beide niveaus werkt, valt ze twee keer buiten de subsidievoorwaarden. Het gevolg is dat enkel kinderen van gegoede ouders er terecht kunnen. Daar kan niemand van de commissieleden voorstander van zijn.

Toutes ces disparités ont été abordées lors des auditions en commission. Il faut garantir l'accessibilité des soins pour tous les patients. La différenciation n'est pas une mauvaise chose et peut même être un plus pour chaque Communauté. Elle est de toute façon une réalité. L'essentiel, sans vouloir porter aucun jugement de valeur, est que chaque Communauté puisse organiser les soins de telle sorte que le patient s'en trouve bien.

Pendant la crise du Covid, la Belgique est devenue mondialement célèbre pour ses neuf ministres de la santé. Et pourtant, nous pourrions en avoir encore plus. En psychiatrie, 26 % des patients des services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG) et 30 % des patients des hôpitaux psychiatriques présentent un trouble lié à la drogue. Une réunion thématique sur les drogues de la Conférence interministérielle Santé publique examine, entre autres, la prévention, les soins curatifs, mais aussi la politique en matière de drogues et l'approche juridique. Elle rassemble pas moins de 28 ministres!

Al deze discrepanties zijn bij de hoorzittingen in deze commissie besproken. Zorg moet voor elke patiënt toegankelijk zijn. Differentiatie is niet fout, maar kan voor elke Gemeenschap een aanvulling bieden. Maar die differentiatie is wel een gegeven. Zonder enig waardeoordeel te vellen, moet elke Gemeenschap de zorg voor de patiënt zo kunnen organiseren dat ze zich er goed bij voelt.

Tijdens de COVID-crisis is België met zijn negen ministers van volksgezondheid wereldberoemd geworden. Toch kunnen er nog meer bij. In de psychiatrie hebben 26 % van de patiënten op de PAAZ-afdelingen en 30 % van de patiënten in de psychiatische ziekenhuizen een druggerelateerde stoornis. Een Thematische Vergadering Drugs van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid neemt, onder andere, de preventie, de curatieve zorg, maar ook het drugsbeleid en de juridische aanpak onder de loep. Daar maken 28 excellenties deel van uit!

Toutes les auditions ont mis en évidence que la dispersion des compétences mène à la confusion et au blocage.

Le groupe de Mme Depoorter voudrait promouvoir des formes innovantes de travail dans le domaine des soins de santé. La première ligne, la deuxième ligne, et la troisième, hautement spécialisée, devraient former une chaîne permettant aux différents niveaux de communiquer entre eux. Cette communication est essentielle si l'on veut parvenir à des soins privilégiant la qualité, axés sur les résultats, centrés sur la personne, et bénéficiant d'une assise scientifique, dans le but de se concentrer sur ce qui fonctionne bien.

Le financement des hôpitaux illustre combien la tâche est difficile. Il est fourni par le budget des moyens financiers (BMF), le budget des médicaments et le budget des honoraires des médecins. Ces derniers constituent actuellement une véritable pomme de discorde communautaire. Les suppléments d'honoraires varient de façon considérable; en Flandre, ils ne peuvent dépasser 150 %, en Wallonie et à Bruxelles, ils montent parfois jusqu'à 300 %. Que l'on condamne ou non le système des suppléments, dans le système de financement actuel, ils sont indispensables au fonctionnement des hôpitaux.

Il convient dès lors de démêler d'abord l'écheveau communautaire avant de pouvoir réformer le financement des hôpitaux.

Il en va de même pour la politique de médication. La pharmacie de l'hôpital contribue au financement de l'hôpital. La politique de médication est liée au profil des médecins, qui est réglementé par des sous-quotas.

Il est donc essentiel de transférer aux entités fédérées la compétence en matière de politique de médication et de politique de remboursement. Chaque entité fédérée pourra ainsi déterminer ses propres priorités. L'oratrice lance en outre une mise en garde en attirant l'attention sur le fait que l'adoption d'un plan stratégique pharmaceutique européen fera en sorte que le remboursement de certains médicaments sera confié à un autre niveau. Elle estime que c'est une chose qu'il faut à tout prix éviter.

L'élaboration d'une politique de médication et d'une vision d'avenir pour les soins de santé nécessite une approche fondée sur les données. Au Danemark, les données, bien entendu anonymisées, sont regroupées de façon cohérente et sont croisées avec des objectifs de santé, qui fondent à leur tour la politique de santé. Et le Danemark est plus petit que la Flandre.

De versnippering leidt tot verwarring en blokkering. Dat kwam ook in alle hoorzittingen naar voren.

De fractie van mevrouw Depoorter wil in de zorg net innoverende werkvormen bevorderen. De eerste lijn, de tweede lijn en de heel gespecialiseerde derde lijn, zouden een keten moeten vormen waarin de verschillende niveaus met elkaar communiceren. Die communicatie is van essentieel belang om tot een kwaliteitsgedreven, resultaatgerichte en persoonsgebonden zorg te komen, die gebaseerd is op wetenschappelijk bewijs, zodat men enkel doet wat effectief werkt.

De ziekenhuisfinanciering illustreert hoe moeilijk dat is. De financiering komt van het budget financiële middelen (BFM), het budget voor de medicatie en het budget voor de artsenhonoraria. Die artsenhonoraria vormen nu net een uitermate communautair twistpunt. De artsensupplementen verschillen onderling enorm; in Vlaanderen bedragen ze maximum 150 %, in Wallonië en Brussel lopen ze op tot soms wel 300 %. Of men het systeem van supplementen veroordeelt of niet, in het huidige financieringssysteem zijn de supplementen wel essentieel voor het functioneren van het ziekenhuis.

Het communautair kluwen moet dus eerst worden ontward vóór men de ziekenhuisfinanciering kan hervormen.

Hetzelfde geldt voor het medicatiebeleid. De ziekenhuis-apotheek draagt bij tot de financiering van het ziekenhuis. Medicatiebeleid hangt samen met het profiel van de artsen, wat via subquota wordt geregeld.

Daarom is het essentieel dat de bevoegdheid voor het medicatiebeleid en het terugbetalingsbeleid naar de deelstaten komt. Zo kan iedere deelstaat zijn prioriteiten bepalen. Spreekster waarschuwt bovendien dat door de goedkeuring van een strategisch Europees farmaceutisch plan, de terugbetaling van bepaalde medicatie uit handen wordt gegeven. Ze vindt het essentieel dat dit wordt voorkomen.

Een medicatiebeleid en een toekomstvisie voor de zorg uitwerken, vereist een datagestuurde aanpak. In Denemarken worden de data, uiteraard geanonimiseerd, coherent gegroepeerd om er gezondheidsdoelstellingen aan te koppelen, waaruit dan weer het gezondheidsbeleid wordt gevormd. En Denemarken is kleiner dan Vlaanderen.

En ce qui concerne l'approche concrète, Mme Depoorter souhaite analyser les problèmes de manière pragmatique et dans une logique *bottom up*. Par le passé, on a trop souvent élaboré de grandes théories qu'on a ensuite imposées par le haut au secteur. Les pouvoirs publics sont plutôt appelés à coopérer de manière constructive avec le secteur et les patients.

En ce qui concerne les soins de première ligne, les pouvoirs locaux et les zones de première ligne ont une importance capitale. Il importe d'être proche du citoyen dans la manière de concevoir et de mettre en œuvre les actions de sensibilisation. On voit vraiment la différence lorsqu'une collaboration est menée avec le médecin généraliste et que le citoyen est associé aux mesures et actions préventives proposées par le gouvernement flamand. La littératie en santé du citoyen revêt bien entendu également une grande importance. Le patient doit connaître son état de santé et savoir vers quoi il souhaite se diriger.

La compétence relative à l'aide plus spécialisée de la deuxième ligne doit relever du niveau flamand, car la deuxième ligne peut, elle aussi, être mise en œuvre de nombreuses manières. La deuxième ligne concerne non seulement les hospitalisations, mais aussi les hospitalisations de jour, les hospitalisations à domicile et les soins post hospitalisation. Les chiffres montrent que 40 000 réadmissions sont dues à un mauvais suivi de la politique de médication.

Le groupe N-VA plaide en faveur d'un modèle basé sur quatre piliers:

- une politique de bien-être et de santé la plus proche possible du citoyen et du patient;
- une transparence intégrée et efficace en matière de soins pour le citoyen. Le principe de verticalité est crucial pour la détermination des objectifs en matière de santé et pour l'allocation des moyens, ainsi que pour l'octroi des agréments, l'élaboration des normes et la programmation;
- le rassemblement de toutes les compétences au niveau des entités fédérées, les Bruxellois devant choisir entre les deux Communautés. Il est mis fin à toutes les exceptions aux compétences des entités fédérées qui sont prévues dans la législation;

Voor de concrete aanpak wil mevrouw Depoorter de problemen nuchter bekijken en bottom-up werken. Te vaak werden er grote theorieën uitgedacht die dan op de sector werden neergelaten. De overheid moet eerder samen met de sector en de patiënt opbouwend werken.

Voor de eerstelijnszorgen zijn de lokale besturen en eerstelijnszones cruciaal. Het is belangrijk dat sensibiliserende acties dicht bij de burger ontstaan en staan. Samenwerken met de huisarts, en de burger betrekken bij alle preventieve maatregelen en acties die worden voorgesteld door de Vlaamse regering, maken echt wel het verschil. Ook de gezondheidsgelettertheid van de patiënt is uiteraard heel belangrijk. Een patiënt moet haar gezondheidstoestand kennen en weten waar hij of zij naartoe wil.

De bevoegdheid voor de meer gespecialiseerde hulp in de tweede lijn moet bij het Vlaamse niveau gelegd worden, omdat ook de tweede lijn op veel verschillende manieren kan worden uitgebouwd. De tweede lijn gaat niet enkel over hospitalisatie, nu ook over daghospitalisatie, thuishospitalisatie en nazorg. Cijfers tonen aan dat 40 000 heropnames te wijten zijn aan het niet goed opvolgen van het medicatiebeleid.

De N-VA-fractie pleit voor een model gebaseerd op vier elementen:

- een welzijns- en gezondheidsbeleid zo dicht mogelijk bij de burger en de patiënt;
- een geïntegreerde en efficiënte zorgduidelijkheid voor de burger. Het verticaliteitsbeginsel is leidend om de gezondheidsdoelstellingen te bepalen, de middelen toe te wijzen, en voor de erkenning, de normering en de programmatie;
- alle bevoegdheden op het deelstaatsniveau, en de Brusselaar heeft de Brusselkeuze. Alle uitzonderingen op de deelstaatsbevoegdheden die momenteel in de wetgeving zijn vastgelegd, worden weggehaald;

- les entités fédérées se mettent d'accord sur ce qu'elles continueront par ailleurs de faire ensemble et sur les questions concernant lesquelles elles souhaitent se concerter ou pour lesquelles elles souhaitent agir en concertation.

Ce plaidoyer se base vraiment sur la réalité du terrain telle qu'elle est vécue jour après jour. Préalablement à toute adaptation ou réforme des compétences, il est absolument indispensable de consulter le secteur et d'élaborer un plan en concertation avec lui.

Mme Masai constate que la crise de la Covid-19 a installé la question de la santé au cœur de toutes les préoccupations, de tous les débats, partout et tout le temps. Il est urgent de réformer en profondeur notre système de soins de santé pour le rendre plus résilient, plus durable, au bénéfice de toutes et de tous. Le vieux dicton «Il vaut mieux prévenir que guérir» résonne comme un appel à une transition profonde, sous différentes dimensions, du système des soins de santé et le concept «*one health*» (une seule santé), qui relie santé environnementale, santé humaine et santé animale, est plus fort que jamais. Nous l'avons entendu à plusieurs reprises lors des auditions qui abordaient la question des enjeux du présent et de l'avenir.

Les défis inhérents aux soins de santé sont aussi liés aux défis que nous imposent la crise climatique et la crise de la biodiversité. Nous devons être attentifs à nos interdépendances, dont il a beaucoup été question dans les exposés des experts: interdépendance entre les institutions, les organismes, les niveaux de pouvoir et de financement, les mutuelles, les patients, les soignants, etc.

Les professionnels des soins de santé travaillent généralement dans des conditions difficiles. Ce n'est pas seulement la charge administrative et la charge de travail qui les affectent mais aussi les cadences, la charge psychologique, et une charge émotionnelle souvent très forte dans ces métiers. Cette pression mène à de nombreux burn-out, signe de la perte de sens. Les choses doivent changer. C'est aussi pour cette raison que le cadre et les politiques des soins de santé doivent être questionnés.

L'intervention de Mme Masai s'articulera autour de quatre axes:

- 1) les objectifs d'une répartition des compétences en matière de soins;

- de deelstaten komen overeen wat ze nog verder samen zullen doen, en waarover ze in overleg willen gaan of in overleg willen handelen.

Dit pleidooi gaat echt wel uit van wat men in de feiten, op het terrein, dag na dag meemaakt. Voorafgaand aan iedere aanpassing of herziening van de bevoegdheden is het echt noodzakelijk in overleg te gaan met de sector en samen een plan uit te werken.

Mevrouw Masai stelt vast dat de COVID-19-crisis het probleem van de gezondheid overal en altijd in het middelpunt van alle bezorgdheden en debatten heeft geplaatst. We moeten ons gezondheidsstelsel dringend grondig hervormen, om het in ieders voordeel veerkrachtiger en duurzamer te maken. Het oude spreekwoord «Voorkomen is beter dan genezen» klinkt als een oproep voor een diepgaande transitie, uit verschillende invalshoeken van het gezondheidsstelsel. Het «*one health*» concept (één gezondheid), dat de gezondheid van de omgeving, van de mens en van de dieren aan elkaar koppelt, staat sterker dan ooit. We hebben het vaak gehoord op de hoorzittingen waar besproken werd wat er nu en in de toekomst op het spel staat.

De uitdagingen voor de gezondheidszorg zijn ook verweven met de uitdagingen van de klimaatcrisis en de biodiversiteit. We moeten aandacht hebben voor onze onderlinge afhankelijkheid, waarover uitgebreid werd gesproken in de uiteenzettingen van de experts: onderlinge afhankelijkheid van instellingen, organen, beleids- en financieringsniveaus, ziekenfondsen, patiënten, zorgverstrekkers, enz.

Professionele zorgverstrekkers werken meestal in moeilijke omstandigheden. Ze dragen niet alleen de administratieve last en de werklast, maar ook het werktempo, de psychologische last en de vaak heel zware emotionele last van die beroepen. Die druk veroorzaakt heel wat *burn-outs*, wat erop wijst dat men de zin van het werk niet meer ziet. Dat moet veranderen. Ook daarom moeten we vragen stellen rond het kader en het beleid van de gezondheidszorg.

De uiteenzetting van mevrouw Masai bevat vier hoofdlijnen:

- 1) de doelstellingen van de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg;

2) la région de Bruxelles-Capitale, nœud du fédéralisme belge;

3) l'absence d'opposition catégorique de son parti aux transferts ou à la refédéralisation, le but étant de mettre fin à certaines aberrations;

4) l'atténuation du principe d'exercice exclusif des compétences dans certains domaines, notamment en ce qui concerne la gestion des pandémies et la prévention.

*
* *

1) Les écologistes s'inquiètent moins de l'existence des institutions ou des transferts de compétences entre elles que de leur capacité à offrir aux citoyens le meilleur service possible. C'est là que se situe l'essentiel. Pour Ecolo-Groen, deux impératifs sont à réconcilier: d'une part, la nécessité d'offrir des services proches du citoyen en prenant en compte les réalités vécues, les particularités, les besoins, l'âge, le niveau de revenu, l'éducation, la réalité géographique, les déterminants sociaux de la santé en général et, d'autre part, la nécessité de maintenir une solidarité globale et une sécurité sociale avec prélèvement sur l'assiette la plus large possible. Dans la même perspective, les écologistes souhaitent offrir à tous les habitants d'un même territoire la même qualité de service public. Ils ne veulent pas d'un système de soins de santé à plusieurs vitesses, selon des critères de richesse ou de sous-nationalité. C'est en visant ces objectifs que nos institutions doivent évoluer vers plus de simplicité, de transparence, de lisibilité et d'efficacité. Telles sont les lignes directrices qui guident leurs réflexions.

2) La superposition des modèles régionaux et communautaires a notamment des conséquences sur le territoire bruxellois, qui constitue un véritable nœud, alors que la sixième réforme de l'État n'est pas encore «digérée». Il suffisait d'écouter Mme Dekens («Iriscare») pour s'en convaincre. Ce n'est pas de nouveaux transferts substantiels de compétences dont notre pays a le plus besoin, mais d'une simplification, qui pourrait être opérée par le biais de transferts horizontaux entre entités fédérées. À ce propos, Mme Masai juge pertinent de prendre Bruxelles comme exemple pour tester toute simplification. Si cela fonctionne à Bruxelles, où tout est imbriqué, cela devrait fonctionner ailleurs...

3) Le groupe Ecolo-Groen n'est pas opposé par principe à des transferts de compétences verticaux, depuis ou vers

2) het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, knooppunt van het Belgisch federalisme;

3) haar partij is niet categoriek tegen bevoegdheidsoverdrachten of herfederalisering, want het is de bedoeling een einde te maken aan bepaalde absurde situaties;

4) het principe van de exclusieve bevoegdheden moet op bepaalde gebieden worden afgezwakt, onder andere wat het management van pandemieën en preventie betreft.

*
* *

1) De ecologisten maken zich minder zorgen om het bestaan van de instellingen of om de bevoegdheidsoverdrachten onder die instellingen, dan om hun vermogen om de burgers de best mogelijke diensten te bieden. Dat is de essentie. Voor Ecolo-Groen moeten twee eisen met elkaar worden verzoend: enerzijds moeten diensten worden aangeboden die dicht bij de burger staan, rekening houdend met de werkelijkheid, de bijzonderheden, de behoeften, de leeftijd, het inkomen, het onderwijs, de geografische werkelijkheid, de bepalende sociale factoren van gezondheid in het algemeen. Anderzijds dient een algemene solidariteit en een sociale zekerheid met een inhouding op een zo groot mogelijke grondslag in stand te worden gehouden. In hetzelfde perspectief willen de ecologisten alle inwoners van een grondgebied een openbare dienstverlening van dezelfde kwaliteit bieden. Ze willen geen gezondheidszorgstelsel met verschillende snelheden, met criteria van rijkdom of subnationaliteit. Met die doelstellingen voor ogen moeten onze instellingen zich ontwikkelen in de richting van meer eenvoud, transparantie, leesbaarheid en efficiëntie. Dat is de basis van hun overwegingen.

2) De opeenstapeling van de gewestelijke en gemeenschapsmodellen heeft gevolgen op het Brusselse grondgebied, dat werkelijk in een knoop ligt, terwijl de zesde Staatshervorming nog niet «verteerd» is. Men moet maar naar mevrouw Dekens («Iriscare») luisteren om daarvan overtuigd te worden. Het zijn geen belangrijke bevoegdheidsoverdrachten die ons land het meest nodig heeft, maar een vereenvoudiging, die kan plaatsvinden aan de hand van horizontale overdrachten tussen de deelstaten. Wat dat betreft, vindt mevrouw Masai het pertinent Brussel als voorbeeld te nemen om elke vereenvoudiging te testen. Indien het in Brussel lukt, waar alles met elkaar verweven is, moet het elders ook lukken...

3) De Ecolo-Groen-fractie is niet tegen het principe van verticale bevoegdheidsoverdrachten van of naar het

le fédéral, en fonction des sujets. L'objectif est bel et bien d'atteindre des paquets de compétences plus cohérents.

Mme Masai a noté plusieurs exemples, notamment dans l'exposé de M. Van den Bosch (Febeg). Selon celui-ci, l'intégralité de la détermination des normes d'agrément, actuellement dispersées entre le pouvoir fédéral et les Communautés, de même que leur contrôle, compétence communautaire, devraient dépendre de la même entité.

Le financement des infrastructures hospitalières, compétence communautaire, et celui des hôpitaux, compétence fédérale, devraient dépendre de la même entité. La santé mentale, compétence fédérale dans les hôpitaux et pour les soins à domicile, et compétence communautaire dans les institutions spécialisées, devrait dépendre de la même entité. La reconnaissance des professionnels de santé, y compris non conventionnels, partagée entre les pouvoirs fédéral et communautaire, devrait dépendre de la même entité.

Mme Masai souhaite que ces éléments fassent l'objet d'une réflexion. Les choix qui seront faits ne doivent pas être uniquement comptables. L'idée n'est pas de faire du bénéfice dans la défédéralisation ou dans la refédéralisation. Ces choix doivent être justifiés par des objectifs de santé publique. En cas de transferts supplémentaires vers les entités fédérées, les clés de financement ne peuvent pas se limiter à un simple décompte de la population. D'autres paramètres importants doivent être pris en compte: les déterminants sociaux de la santé des individus, comme le propose le professeur émérite De Maeseneer, les économies d'échelle pouvant être réalisées par les plus grandes entités du pays, de même que la fonction internationale de Bruxelles, son rayonnement, son pouvoir d'attraction. N'oublions pas que 35 % des patients des hôpitaux bruxellois proviennent d'ailleurs.

4) Toutefois, deux compétences semblent pouvoir faire l'objet d'un traitement particulier, dans le sens d'une atténuation de l'exclusivité des compétences.

Il s'agit d'abord de la gestion des pandémies. Les écologistes ne peuvent que souscrire aux options présentées par le Conseil d'État dans son avis sur la loi pandémie. Lorsque les conditions sont remplies, le pouvoir fédéral doit pouvoir prendre des mesures ayant une incidence

fédérale niveau gekant. Het hangt van het thema af. De doelstelling is wel degelijk homogeenere bevoegdheidspakketten te verkrijgen.

Mevrouw Masai heeft verscheidene voorbeelden genoteerd, onder andere in de uiteenzetting van de heer Van den Bosch (Febeg). Volgens hem moet de volledige bevoegdheid met betrekking tot het bepalen van de erkenningsnormen –momenteel versnipperd tussen de federale overheid en de Gemeenschappen-, alsook de controle erop –een gemeenschapsbevoegdheid-, van dezelfde overheid afhangen.

De financiering van de infrastructuur van de ziekenhuizen – een gemeenschapsbevoegdheid –, en de financiering van de ziekenhuizen –een federale bevoegdheid-, dienen van dezelfde overheid af te hangen. Mentale gezondheid – een federale bevoegdheid in de ziekenhuizen en voor thuiszorg en een gemeenschapsbevoegdheid in de gespecialiseerde instellingen –, moet van dezelfde overheid afhangen. De erkenning van de professionals van de gezondheidszorg, inclusief die zonder akkoord, die gedeeld wordt tussen de federale overheid en de Gemeenschappen, moet van dezelfde overheid afhangen.

Mevrouw Masai wil dat over die aspecten wordt nagedacht. De beslissingen die men neemt, mogen niet louter boekhoudkundig zijn. Het is niet de bedoeling winst te puren uit de defederalisering of uit de herfederalisering. Die beslissingen moet men verantwoorden met doelstellingen van volksgezondheid. Indien het tot meer overdrachten naar de deelstaten komt, mogen de financieringssleutels niet louter beperkt blijven tot het bevolkingscijfer. Men moet andere belangrijke parameters in aanmerking nemen: de bepalende sociale factoren inzake de gezondheid van individuen, zoals emeritus hoogleraar De Maeseneer voorstelt, de schaalvoordelen die de grootste deelstaten van het land hebben, alsook de internationale functie van Brussel, zijn uitstraling, zijn aantrekkingskracht. We mogen niet vergeten dat 35 % van de patiënten in de Brusselse ziekenhuizen van elders komen.

4) Twee bevoegdheden lijken echter in aanmerking te komen voor een bijzondere behandeling, in de zin van een afzwakking van de exclusiviteit van de bevoegdheden.

Het gaat in de eerste plaats om het management van pandemieën. De ecologen kunnen het alleen maar eens zijn met de opties die de Raad van State biedt in zijn advies over de pandemiewet. Wanneer de voorwaarden vervuld zijn, moet de federale overheid maatregelen

significative dans des domaines politiques relevant des Communautés ou des Régions, pour autant toutefois que les trois conditions suivantes soient remplies: proportionnalité, concertation préalable, et limitation stricte aux mesures qui relèvent de la police sanitaire et de la protection civile. Si le pouvoir fédéral adopte des mesures dans le respect de ces trois conditions, le pouvoir des entités fédérées serait limité à l'adoption de mesures compatibles avec celles prises par le fédéral.

Compte tenu de l'importance de la prévention, les écologistes seraient également tentés d'atténuer le principe de l'attribution exclusive des compétences dans cette matière. L'idée n'est pas de revenir sur l'attribution de la prévention aux Communautés mais de permettre au pouvoir fédéral de pouvoir aussi prendre des initiatives en matière de prévention et d'éducation à la santé. Les effets positifs sur l'assurance maladie-invalidité – puisqu'un euro investi en promotion de la santé représente deux euros d'économie pour la sécurité sociale – constituent un argument fort sur le plan économique.

La prise en compte de la santé et du bien-être doit se faire dans tous les domaines. C'est le principe bien nommé de *one world, one health*. Nous n'avons qu'une seule santé. Nous n'avons qu'une seule planète. La santé humaine, celle des animaux et la qualité de l'environnement sont étroitement liées. Pour les écologistes, dans une vision plus large qu'une réforme de la politique institutionnelle en matière de santé, qui constitue déjà un énorme chantier, la santé globale devrait trouver sa juste place au cœur de toutes les politiques.

Mme Masai en arrive à sa conclusion. Les auditions ont montré la complexité et la grande diversité des opinions régnant parmi les experts. Il n'y a pas qu'une seule réforme possible. Pour les écologistes, c'est clair, une réforme doit constituer une amélioration, pas une détérioration. Une bonne réforme doit intégrer non seulement les objectifs précités, mais aussi le point de vue des utilisateurs, des usagers des soins de santé.

Les auditions ont aussi montré que la mise en œuvre d'un cycle de réformes de l'État prend beaucoup de temps. Certains services sont encore en train de traiter la sixième réforme de l'État. Cette mise en œuvre mérite une plus grande attention politique car elle est souvent négligée. Les changements doivent être mûrement réfléchis avant d'être concrétisés. Il faut prévoir et garantir, parallèlement aux réformes institutionnelles en

kunnen treffen met een significante weerslag op politieke domeinen die onder de Gemeenschappen of de Gewesten vallen, maar dan alleen indien de drie volgende voorwaarden vervuld zijn: proportionaliteit, voorafgaand overleg en nauwgezette beperking tot maatregelen die tot de gezondheidspolitie en de civiele bescherming behoren. Indien de federale regering maatregelen treft met eerbiediging van die drie voorwaarden, dan zullen de deelstaten alleen nog maatregelen kunnen treffen die compatibel zijn met die van de federale overheid.

Gezien het belang van preventie, zijn de ecologisten geneigd het principe van de exclusieve toewijzing van de bevoegdheden ook voor die aangelegenheid af te zwakken. Het is niet de bedoeling terug te komen op de toewijzing van de bevoegdheden aan de Gemeenschappen, maar wel de federale overheid toe te staan ook initiatieven te nemen op het gebied van preventie en gezondheidsvorming. De positieve gevolgen voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering – een euro die men investeert in gezondheidsbevordering is goed voor een besparing van twee euro voor de sociale zekerheid – zijn een sterk economisch argument.

Er dient in elk domein rekening te worden gehouden met gezondheid en welzijn. Dit principe staat bekend onder het begrip *one world, one health*. We hebben maar één gezondheid. Er is maar één planeet. De gezondheid van mens en dier en de kwaliteit van het milieu zijn nauw met elkaar verweven. In een visie die verder reikt dan een institutionele hervorming van het gezondheidsbeleid, wat op zich al een enorm werk is, moet volgens Ecolo-Groen de algemene gezondheid rechtmatig centraal staan in elk beleid.

Spreekster rondt af. De hoorzittingen hebben aangetoond hoe complex en sterk uiteenlopend de meningen van de deskundigen zijn. Eén enkele hervorming is niet mogelijk. Voor de ecologisten spreekt het voor zich dat een hervorming een verbetering moet zijn, geen achteruitgang. Een goede hervorming moet niet alleen de voornoemde doelstellingen integreren, maar ook het standpunt van de gebruikers van gezondheidszorg.

De hoorzittingen hebben ook aangetoond dat de uitvoering van een nieuwe ronde aan Staatshervormingen veel tijd vergt. Bepaalde diensten zijn nog bezig met het verwerken van de zesde Staatshervorming. Die uitvoering verdient meer politieke aandacht want er wordt vaak geen rekening mee gehouden. De veranderingen moeten doordacht zijn voor ze concreet worden gemaakt. Samen met de institutionele hervormingen

matière de santé, leur financement adéquat, homogène et transparent.

La crise de la Covid-19 a profondément bouleversé la société. Les gens sont en colère, ils ont peur, ils sont divisés. Ils ne comprennent plus. La réforme institutionnelle devrait aussi avoir l'ambition – et c'est en effet ambitieux – de rétablir la confiance.

M. Eerdekens tient, pour commencer, à souligner l'élément intéressant que constitue le débat entre des élus fédéraux et des élus régionaux par le truchement du Sénat. Il a en effet permis de connaître le point de vue, tant du pouvoir fédéral que des entités fédérées.

Avant d'entamer son exposé, il voudrait souligner deux éléments. On a indiqué à plusieurs reprises qu'il y avait déjà eu un débat en 1999 et que certains pans de la discussion n'étaient par conséquent peut-être pas nécessaires. Cette logique revient à dire qu'il est inutile de parler de l'Union européenne parce que le Traité de Versailles a été signé en 1919. L'évolution technologique, surtout en matière de soins de santé, et la crise sanitaire actuelle prouvent qu'il faut aborder le sujet.

Par ailleurs, on vient encore de répéter que la Belgique compte neuf ministres de la Santé. Cette réflexion fait penser à des discussions de comptoir mais n'est pas digne de la Haute Assemblée. Si le titre est le même, les compétences sont clairement déterminées. Le ministre régional de la Santé n'est pas le ministre fédéral de la Santé. L'essentiel est l'absence de conflit d'intérêts entre eux.

Le souci premier du groupe PS – et il rejoint à cet égard les deux intervenants précédents – est de trouver la meilleure adéquation entre la politique de santé et les besoins de la population. La vraie préoccupation concerne, non le système de santé, mais la santé de la population. Elle n'a pas de frontières, qu'elles soient linguistiques, culturelles ou économiques. Par conséquent, comme l'a rappelé sa collègue, il conviendrait peut-être, au-delà de la question institutionnelle, de passer du curatif au préventif et de revoir la problématique de la première ligne. Les deux années qui viennent de s'écouler nous ont en effet permis de nous rendre compte de la nécessité d'avoir une première ligne de qualité.

On ne peut pas échapper à la question de Bruxelles, où la situation est effectivement complexe. M. Eerdekens

inzake gezondheid moet er in een aangepaste, homogene en transparante financiering worden voorzien die ook gewaarborgd moet zijn.

De COVID-19-crisis heeft de samenleving grondig door elkaar geschud. De mensen zijn boos, ze zijn bang, verdeeld. Ze begrijpen er niks meer van. De institutionele hervorming moet ook de ambitie hebben – want dat is ambitieus – om het vertrouwen te herstellen.

De heer Eerdekens wil, in de eerste plaats, een interessant element benadrukken, namelijk dat het debat tussen federale verkozenen en verkozenen uit de deelstaten via de Senaat kon plaatsvinden. Op deze manier kon immers kennis worden genomen van het standpunt van zowel de federale overheid als van de deelstaatoverheden.

Voor spreker zijn uiteenzetting geeft, wil hij twee elementen benadrukken. Er werd een aantal keer aangestipt dat er in 1999 al een debat is geweest en dat bepaalde onderdelen van de bespreking misschien overbodig waren. Volgens die redenering zou het dus geen zin hebben om over de Europese Unie te spreken omdat in 1919 het Verdrag van Versailles werd getekend. De technologische evolutie, vooral inzake gezondheidszorg, en de huidige gezondheids crisis tonen aan dat dit onderwerp moet worden besproken.

Bovendien is er nog eens herhaald dat België negen ministers van Volksgezondheid heeft. Een dergelijke opmerking doet aan cafépraat denken, maar hoort niet thuis in de Senaat. Ook al is de titel dezelfde, de bevoegdheden zijn duidelijk bepaald. De gewestminister van Volksgezondheid doet niet hetzelfde als de federale minister van Volksgezondheid. De essentie is dat er geen belangenconflict is tussen hen.

De grootste zorg van de PS-fractie – en spreker schaaft zich in dat opzicht achter de twee vorige sprekers – is hoe het gezondheidsbeleid en de noden van de bevolking het best op elkaar kunnen worden afgestemd. De echte bezorgdheid gaat niet over het gezondheidsstelsel, maar over de gezondheid van de bevolking. Daar zijn grenzen van geen tel, ongeacht of het gaat om taalkundige, culturele of economische grenzen. Zoals zijn collega aanstipte, zou het misschien goed zijn om, naast het institutionele vraagstuk, over te schakelen van een curatief naar een preventief optreden en het probleem van de eerstelijnszorg te herzien. De afgelopen twee jaar hebben we immers beseft hoe belangrijk een kwaliteitsvolle eerstelijnszorg is.

We kunnen het probleem Brussel niet uit de weg gaan. De situatie is er inderdaad complex. Spreker leidt in

déduit en tout cas des auditions qu'une simplification s'avère nécessaire. Les experts ont formulé quelques propositions. On pourrait envisager une régionalisation ou une «cocomisation», celles-ci se heurtant toutefois toujours à la difficulté, qui se pose au regard de la Constitution et du droit international, d'éviter la création de sous-nationalités.

Toujours en relation avec la crise sanitaire, il faut examiner la question de l'unité de commandement, mais en fonction de la matière. Il importe de savoir précisément qui exerce le *leadership* pour quelle problématique. C'est peut-être cette lacune qui a créé des difficultés lors de la crise sanitaire, les gens ne comprenant pas pourquoi telle autorité ou telle autre intervenait.

Il faut fixer les objectifs de soins de santé. En fait, il y a non pas une politique de santé, mais des politiques de santé. Par conséquent, on peut aussi réfléchir à la décentralisation – cette possibilité a été abordée par les spécialistes auditionnés – et ce terme ne signifie pas nécessairement une régionalisation. M. Eerdekens rappelle le débat consacré aux bassins de vie, qui a bien montré que la santé ne s'envisage pas de la même manière selon que l'on vive dans un milieu rural ou un milieu urbain, dans un bassin industriel ou une zone agricole. La logique n'est ni régionale ni provinciale. Les trois parties du pays comptent des zones industrielles, urbaines et rurales, où les réalités socio-économiques sont totalement différentes.

Puisque la mission de cette commission est d'évaluer les réformes, on peut effectivement proposer d'examiner quelques flous inhérents à la sixième réforme de l'État. M. Eerdekens a déjà parlé de la nécessité de fixer un *leadership* en fonction des types de problématiques liées à la santé. Il pense, par exemple, à l'organisation de la santé mentale, au maximum à facturer, aux centres de revalidation. Certains éléments sont très compliqués pour le citoyen, qui ne sait pas à quelle porte frapper. C'est encore plus vrai à Bruxelles.

En résumé, le but est de réfléchir à des objectifs communs, qui ne sont ni linguistiques ni communautaires. Certaines personnes sont en mesure d'être soignées et d'autres sont éloignées des services de santé. Il faut viser une solidarité interpersonnelle maximale, qui va bien au delà de l'aspect linguistique. Elle s'applique également au ratio entre jeunes et aînés, et à d'autres éléments déjà soulignés.

Chaque cas doit être traité en fonction de la simplification qui est nécessaire. Les experts ont formulé quelques propositions. On pourrait envisager une régionalisation ou une «cocomisation», celles-ci se heurtant toutefois toujours à la difficulté, qui se pose au regard de la Constitution et du droit international, d'éviter la création de sous-nationalités.

Nog steeds in verband met de gezondheidscrisis, dient het probleem van de eenheid van commando te worden bekeken, maar naargelang van het onderwerp. Het is belangrijk exact te weten wie voor welke problematiek het *leadership* in handen heeft. Het is misschien die lacune die problemen veroorzaakte tijdens de gezondheidscrisis, omdat de mensen niet begrepen waarom de ene of de andere overheid optrad.

Er moeten gezondheidsdoelstellingen worden vastgesteld. Er is in feite niet één gezondheidsbeleid, maar verschillende soorten. Bijgevolg kan ook worden nagedacht over decentralisatie – die mogelijkheid werd door de gehoorde specialisten aangeroerd – en dat woord betekent niet noodzakelijk regionalisering. Spreker herinnert aan het debat over de leefgemeenschappen, dat goed heeft aangetoond dat men anders naar gezondheid kijkt naargelang men in een landelijke dan wel in een stedelijke omgeving woont of in een industriële dan wel in een landbouwzone woont. De logica is niet gewestelijk of provinciaal. De drie landsdelen hebben industrie-, stads- en landbouwzones waar de sociaal-economische werkelijkheid totaal verschillend is.

Aangezien deze commissie de opdracht heeft de hervormingen te evalueren, kan effectief worden voorgesteld om enkele onduidelijkheden te onderzoeken die inherent zijn aan de zesde Staatshervorming. Spreker vermeldde reeds de noodzaak om *leadership* vast te stellen naargelang van de soorten problemen die met gezondheid te maken hebben. Hij denkt bijvoorbeeld aan de organisatie van mentale gezondheid, de maximumfactuur, de revalidatiecentra. Sommige elementen zijn erg ingewikkeld voor de burger die niet weet waar aan te kloppen. Dat geldt nog meer voor Brussel.

Kortom, het is de bedoeling na te denken over gemeenschappelijke doelstellingen die niet taal- of gemeenschapsgelinkt zijn. Sommige mensen kunnen verzorgd worden, anderen zijn ver verwijderd van gezondheidsdiensten. Er moet een maximale interpersoonlijke solidariteit worden nagestreefd die verder reikt dan het taalaspect. Dat geldt ook voor de ratio jongeren-ouderen en andere elementen die al werden benadrukt.

Il faut une cogestion des soins de santé et un débat pour éviter toute forme de concurrence déloyale, non seulement entre secteur privé et public, mais aussi entre les Régions et les Communautés. M. Eerdekens insiste sur les bassins de vie. Certains villages wallons sont, par exemple, frontaliers de villages flamands. On ne peut pas envisager un système où un patient flamand qui a un médecin wallon soit soumis à un traitement différent.

Le cadre institutionnel actuel est, certes, compliqué. Pour le groupe PS, il ne faut pas se focaliser sur un système qui répond à une logique politique, point par point. Il faut toujours garder en tête les besoins de santé. Le Wallon d'aujourd'hui est peut-être un Flamand d'hier. Le Bruxellois d'aujourd'hui est peut-être un Italien d'hier. La politique de santé ne se conçoit pas à la petite semaine. Comme la crise sanitaire nous l'a démontré, elle doit s'envisager à très long terme.

M. De Brabandere constate que le Nord et le Sud du pays ont clairement des visions différentes et de plus en plus divergentes sur les soins de santé. Certains disent que ces différences sont fondamentales, d'autres qu'elles ne sont que superficielles. Cependant, tout le monde s'accorde sur le fait que dans le passé, les transferts de compétences se sont déroulés sans grande vision. L'éparpillement des compétences qui en a résulté est préjudiciable à la qualité des soins dispensés aux patients.

Cette dispersion des compétences rend capitale la coopération entre les différentes entités. Mais lors des auditions, les intervenants ont déclaré que la coopération prend beaucoup de temps et d'énergie, et que les résultats ne sont pas satisfaisants. Ce constat est frappant, car la plupart des intervenants considèrent en même temps qu'une coopération systématique est indispensable, y compris dans le cas où l'on rendrait la répartition des compétences en matière de soins de santé plus homogène.

La question se pose donc de savoir pourquoi la coopération est si difficile à mettre en œuvre et pourquoi on y est si attaché alors que chacun reconnaît qu'elle ne fonctionne pas. Qui plus est, les formes de coopération actuelles seraient-elles encore nécessaires si une scission de grande ampleur ou totale devait permettre aux entités fédérées d'intervenir en toute liberté et en toute autonomie?

En posant ces questions, M. De Brabandere n'entend pas prôner une mentalité insulaire. Il estime que la

Er is medebeheer inzake gezondheidszorg en een debat nodig om elke vorm van oneerlijke concurrentie te voorkomen, niet alleen tussen de privé en openbare sector, maar ook tussen de Gewesten en de Gemeenschappen. Spreker legt de nadruk op de leefgemeenschappen. Sommige Waalse dorpen grenzen bijvoorbeeld aan Vlaamse dorpen. Er mag geen systeem ontstaan waarbij een Vlaamse patiënt die een Waalse arts heeft, een andere behandeling zou krijgen.

Het huidige institutionele kader is zeker ingewikkeld. Volgens de PS-fractie mag men zich niet concentreren op een systeem dat een politieke logica volgt, punt per punt. Men mag de gezondheidsbehoeften nooit uit het oog verliezen. De Waal van vandaag is misschien de Vlaming van gisteren. De Brusselaar van vandaag is misschien de Italiaan van gisteren. Het gezondheidsbeleid wordt niet voor de korte termijn uitgedacht. Zoals de gezondheids crisis heeft aangetoond, moet dit beleid op lange termijn worden bekeken.

De heer De Brabandere stelt vast dat het Noorden en het Zuiden van het land er duidelijk verschillende visies op de gezondheidszorg op nahouden, die steeds verder uiteenlopen. Volgens sommigen zijn die verschillen fundamenteel, volgens anderen zijn ze slechts oppervlakkig van aard. Wel is iedereen het erover eens dat de bevoegdheidsoverdrachten in het verleden zonder veel visie tot stand zijn gekomen. De versnipperde bevoegdheidsverdeling die daaruit is ontstaan is nefast voor de kwaliteit van de zorgverstrekking aan de patiënt.

Door die versnippering is samenwerking tussen de verschillende entiteiten van groot belang. Maar in de hoorzittingen hebben de sprekers de samenwerking tijdrovend en energieopslopend genoemd, en de resultaten onbevredigend. Dat is opvallend, want tegelijkertijd achten de meeste sprekers een blijvende samenwerking noodzakelijk, ook als de bevoegdheidsverdeling voor de gezondheidszorg homogener gemaakt zou worden.

De vraag rijst dus waarom de samenwerking zo stroef verloopt, en waarom men eraan blijft vasthouden als men weet dat ze niet werkt? Zijn de huidige samenwerkingsvormen zelfs nog wel nodig als een verregaande of volledige splitsing de deelstaten zou toelaten vrij en autonoom op te treden?

De heer De Brabandere wil met deze vragen niet pleiten voor een eilandmentaliteit. Hij is van mening dat

communication est nécessaire tant au niveau national qu'au niveau international, mais qu'elle pourrait être améliorée en réduisant l'enchevêtrement des compétences.

La plupart des experts étaient toutefois d'accord quant à la nécessité de rendre les compétences plus homogènes. En vue d'une approche intégrée des soins de santé, le membre estime que le mieux est de réaliser cette homogénéisation au niveau communautaire. L'idée que les soins de santé seraient liés au sol, et devraient donc être homogénéisés au niveau régional, ne tient pas la route. Les soins de santé sont une matière personnalisable. La plupart des compétences liées aux soins de santé, comme le bien-être, sont déjà exercées au niveau communautaire. L'homogénéisation au niveau communautaire correspond en outre à la répartition actuelle des compétences et est donc la plus facile à réaliser sur le plan technique et institutionnel; elle ne requiert aucune modification de la Constitution. L'orateur épingle par ailleurs la situation particulière de la Région bruxelloise, qui n'a tout simplement pas la masse critique et la capacité suffisantes pour organiser les soins de santé de manière indépendante.

À une exception près, aucun des experts ne s'est prononcé en faveur d'une refédéralisation. Les avis divergeaient néanmoins quant au rôle de l'autorité fédérale dans une communautarisation accrue. Une constante était que, du côté francophone, on envisageait toujours un rôle plus important pour l'autorité fédérale que ce n'était le cas du côté néerlandophone. Les experts ont toutefois tous rejeté l'idée d'une tutelle fédérale sur les Communautés.

Certains plaident pour que les objectifs soient déterminés au niveau fédéral. Selon M. De Brabandere, cela revient toutefois à réduire les entités fédérées à de simples guichets d'exécution de décisions prises au fédéral. En outre, cette approche ne dissiperait pas les frictions qui découlent des divergences de vision entre le nord et le sud du pays, engendrant une inertie au niveau fédéral.

Les experts souhaitaient également que la gestion des crises, l'organisation des hôpitaux, la politique des médicaments et surtout le financement des soins de santé restent des compétences fédérales. Beaucoup réclament à cet égard un système de financement par dotation, plutôt que l'octroi d'une autonomie fiscale aux entités fédérées.

Ce point de vue est davantage dicté par une conviction politique que par la préoccupation d'offrir des soins de santé optimaux. L'intervenant pense aussi que les

communicatie nodig is op nationaal én internationaal niveau, maar dat dat beter kan met minder vervlechting.

De meeste deskundigen waren het er wel over eens dat de bevoegdheden homogener moeten worden. Met het oog op een geïntegreerde aanpak van de gezondheidszorg vindt het lid dat die homogenisering best op het gemeenschapsniveau gebeurt. Dat de gezondheidszorgen grondgebonden zouden zijn, en dus op gewestniveau zouden moeten gehomogeniseerd worden, houdt geen steek. Gezondheidszorg is een persoonsgebonden aangelegenheid. De meeste aan zorg verwante bevoegdheden, zoals welzijn, bevinden zich ook al op gemeenschapsniveau. Homogenisering op het gemeenschapsniveau sluit bovendien aan bij de huidige bevoegdheidsverdeling en is institutioneel-technisch dan ook het makkelijkst te realiseren; er is geen wijziging van de Grondwet voor nodig. Verder wijst spreker op de bijzondere situatie van het Brusselse Gewest, dat eenvoudigweg onvoldoende kritische massa en draagkracht heeft om de gezondheidszorg zelfstandig te organiseren.

Eén uitzondering daargelaten, pleitte geen van de deskundigen voor herfederalisering. Over de rol van de federale overheid bij een verdere communautarisering, liepen de meningen wel uiteen. Een constante was dat men aan Franstalige kant steeds een grotere rol voor de federale overheid in gedachten had dan aan Vlaamse zijde. Iedereen verwierp echter het idee van een federale voogdij over de Gemeenschappen.

Sommigen pleitten ervoor om de doelstellingen federaal vast te leggen. Volgens de heer De Brabandere reduceert men de deelstaten zo echter tot loutere uitvoeringsloketten voor federaal genomen beslissingen. Bovendien zou deze aanpak de frictie tussen de uiteenlopende visies in het Noorden en het Zuiden van het land niet oplossen, met inertie op federaal niveau tot gevolg.

Andere elementen die de deskundigen als een federale bevoegdheid wilden behouden waren het crisisbeheer, de ziekenhuisorganisatie, het geneesmiddelenbeleid, en niet in de laatste plaats, de financiering van de gezondheidszorg. Daarvoor willen velen een systeem van dotatiefinanciering, in plaats van hiervoor fiscale autonomie te geven aan de deelstaten.

Dit standpunt berust veeleer op een politieke overtuiging, dan op de bekommernis een optimale gezondheidszorg aan te bieden. Hij denkt ook dat de Franstaligen

francophones craignent de recevoir moins de moyens que ceux dont ils bénéficient actuellement dans le cadre des transferts de la sécurité sociale. Selon lui, cette crainte est infondée. Des études récentes ont en effet montré qu'en matière de soins de santé, on doit plutôt parler de transferts de la Belgique francophone vers la Flandre.

Des questions importantes subsistent néanmoins dans l'hypothèse d'un système de dotations:

- comment et selon quels paramètres assurer une répartition adéquate des moyens? Les réponses entendues par l'intervenant durant les auditions sont purement approximatives;
- comment assurer un système de responsabilisation pour éviter une dérive vers un fédéralisme de consommation? Certains défendent l'idée selon laquelle une entité fédérée qui mène une bonne politique sera récompensée, tandis que celle qui mène une mauvaise politique ne sera pas récompensée ou sera même sanctionnée financièrement.

L'intervenant estime toutefois que ce modèle ne contribue pas à la mise en place d'un système de soins de santé de qualité tant au nord qu'au sud du pays.

Le groupe de M. De Brabandere est favorable à un transfert intégral de toute la chaîne des soins de santé aux Communautés. Si l'on part du principe que les visions et besoins en matière de soins de santé diffèrent au nord et au sud du pays, la détermination des objectifs stratégiques, le pilotage et la mise en œuvre de la politique doivent logiquement avoir lieu à ce niveau. Si l'on veut parvenir à un modèle efficace et optimal, c'est en toute logique à ce niveau de pouvoir également que doivent être prises les décisions relatives au financement. Ce financement doit s'appuyer sur une autonomie fiscale à part entière des Communautés. Si l'on donne un pouvoir décisionnel à des entités fédérées, il faut aussi leur donner les leviers financiers nécessaires, ainsi que la responsabilité financière relative aux objectifs qu'elles s'assignent elles-mêmes.

Enfin, M. De Brabandere souhaiterait aborder le cas de Bruxelles. Tout le monde constate que la situation des soins de santé y est problématique. La répartition des compétences dans cette Région est en effet un imbroglio institutionnel. Un des experts a même affirmé que la régionalisation n'était pas encore intégralement mise en œuvre après dix ans. Selon l'intervenant, c'était le

vrezen minder middelen te bekomen dan ze nu uit de transferts in de sociale zekerheid krijgen. Volgens hem is die koudwatervrees ongegrond. Uit recente studies blijkt immers dat er in de gezondheidszorg veeleer sprake is van een transfert van Franstalig België naar Vlaanderen.

Toch blijven er ook bij een dotatiesysteem belangrijke vragen over:

- hoe kan men de middelen gepast verdelen, en volgens welke parameters? De antwoorden die hij in de hoorzittingen heeft gehoord, vormen louter nattevingerwerk;
- hoe gaat men responsabiliseren, om te vermijden dat we in een consumptiefederalisme terechtkomen? Sommigen zeggen dat een deelentiteit die goed beleid voert, beloond zal worden; wie slecht beleid voert zal niet beloond, of zelfs financieel gestraft worden.

Spreker is echter van oordeel dat dit model er niet toe bijdraagt om zowel in het Noorden als in het Zuiden van het land een kwaliteitsvolle gezondheidszorg vorm te geven.

De fractie van de heer De Brabandere pleit ervoor de gehele keten van de gezondheidszorg integraal over te dragen aan de Gemeenschappen. Als men ervan uitgaat dat de visies en noden voor de gezondheidszorg in Noord en Zuid verschillen, dan is het niet meer dan logisch dat de beleidsdoelstellingen, de aansturing en de uitvoering van het beleid op dat niveau moeten worden vastgelegd. Wil men tot een efficiënt en optimaal model komen, dan volgt daaruit logischerwijs dat ook de beslissingen over de financiering aan dat bevoegdheidsniveau toekomen. Die financiering moet steunen op een volwaardige fiscale autonomie van de Gemeenschappen. Wanneer men beslissingsbevoegdheid geeft aan deelentiteiten, moet men hen ook de financiële hefboomen daarvoor in handen geven, en hen de financiële verantwoordelijkheid toevertrouwen voor de doelstellingen die zij zichzelf opleggen.

Tot slot wil de heer de Brabandere het hebben over Brussel. Iedereen ervaart de situatie van de gezondheidszorg in dit Gewest als problematisch. De bevoegdheidsverdeling voor dit gebied vormt inderdaad een institutioneel kluwen. Eén deskundige stelde zelfs dat de regionalisering na tien jaar nog niet volledig geïmplementeerd is. Dat is de prijs die volgens spreker betaald

prix à payer pour avoir permis à la Belgique de détacher Bruxelles de la Flandre.

Il est évident que la Flandre doit rester pleinement présente à Bruxelles. Cette présence de principe est essentielle pour assurer un minimum de soins en néerlandais. Des systèmes concurrents doivent être possibles à Bruxelles et offrirait d'ailleurs une plus-value à tous les Bruxellois. Il faut rendre le bilinguisme contraignant dans les établissements publics de soins bruxellois en privant la Région de Bruxelles-Capitale et la Cocom du contrôle du recrutement du personnel soignant pour confier à nouveau celui-ci à un organe administratif fédéral. Sans être la panacée, cette mesure serait déjà un pas dans la bonne direction.

Le groupe de M. De Brabandere est tout disposé à discuter avec les administrations et les acteurs de terrain, mais pas pour orienter les choix politiques; il est bien sûr prêt à mettre en œuvre le plus efficacement possible les choix politiques qui auront été opérés.

L'accord de gouvernement affiche l'ambition de s'atteler à l'homogénéisation des compétences en matière de soins de santé et s'y engage. Jusqu'à présent, le gouvernement n'a encore pris aucune initiative en ce sens et certains membres de la commission appartenant aux partis de la majorité ont même parlé d'une refédéralisation. L'intervenant ose néanmoins croire que l'accord de gouvernement sera exécuté, d'autant plus que les discussions à ce sujet sont terminées au sein de cette commission comme au Parlement flamand.

Le gouvernement aura besoin à cette fin de l'appui des partis néerlandophones de l'opposition. Il est donc opportun de les associer dès le départ à la réflexion, comme cela s'est fait par le passé pour les précédentes réformes de l'État.

Mme Durenne remercie, au nom du groupe MR, tous les experts auditionnés par la commission, qui ont permis de dresser certains constats qui pourront alimenter la suite des travaux.

En matière de soins de santé, le patient doit être au centre des préoccupations, dans une approche globale de la santé et du bien-être. Une nouvelle réforme de l'État, si elle devait avoir lieu, devrait absolument s'inscrire dans cette approche globale. Elle ne devrait en aucun cas se limiter à un nouveau transfert de compétences ajoutant une nouvelle couche à la «lasagne institutionnelle»

moest worden omdat België Brussel uit Vlaanderen heeft losgeweekt.

Het is zonneklaar dat Vlaanderen in Brussel volwaardig aanwezig moet blijven. Die principiële aanwezigheid is essentieel om een minimale zorgverlening in het Nederlands mogelijk te maken. Concurrerende stelsels moeten mogelijk zijn in Brussel; zij bieden trouwens ook een meerwaarde aan alle Brusselaars. De tweetaligheid in de Brusselse openbare zorginstellingen moet afdwingbaar gemaakt worden, door het toezicht op de aanwerving van het zorgpersoneel aan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de GGC te ontnemen, en terug toe te vertrouwen aan een federaal administratief orgaan. Ook dat is geen toverformule die alle problemen kan oplossen, maar het zou wel een stap in de goede richting vormen.

De fractie van de heer De Brabandere staat ervoor open om met de administraties en het werkveld te overleggen, maar niet om de politieke keuzes te sturen; wél om de gemaakte politieke keuzes op de meest efficiënte manier te implementeren.

Het regeerakkoord bevat de ambitie en het engagement om werk te maken van de homogenisering van de bevoegdheden voor de gezondheidszorg. Tot nog toe heeft de regering daartoe geen stappen gezet, en sommige van de commissieleden uit de meerderheid hebben zelfs gesproken over een herfederalisering. Toch rekent hij erop dat het regeerakkoord zal worden uitgevoerd, zeker nu de besprekingen over dit onderwerp in deze commissie en in het Vlaams Parlement zijn afgerond.

De regering zal daarvoor de steun van de Nederlandstalige oppositiepartijen nodig hebben. Het is dan ook opportuun om hen daarbij van bij het begin te betrekken, zoals in het verleden ook bij vorige Staatshervormingen is gebeurd.

In naam van de MR-fractie dankt mevrouw Durenne alle experten die in de commissie het woord gevoerd hebben. Dankzij hun bijdragen kunnen een aantal vaststellingen worden gedaan die nuttig zullen zijn voor het vervolg van de werkzaamheden.

Inzake gezondheidszorg moet de patiënt centraal staan, in het kader van een globale aanpak van gezondheid en welzijn. Een nieuwe Staatshervorming, als die al plaatsvindt, moet deze globale aanpak absoluut omarmen. Zij mag zich in geen geval beperken tot een nieuwe bevoegdheidsoverdracht die een nieuwe laag toevoegt aan de «institutionele lasagne», maar moet alle

mais devrait aborder tous les problèmes, avec pour objectifs l'efficacité, la cohésion sociale, la lisibilité et l'organisation optimale de l'État. Comme l'a dit Mme Masai, une nouvelle réforme devrait apporter une réelle amélioration.

Mme Durenne résume les constats en douze points:

1. Les compétences en matière de soins de santé sont trop fragmentées. Elle nuisent donc à l'efficacité de la politique de la santé qui, en outre, n'est pas suffisamment centrée sur la personne.
2. Presque tous les dossiers se ramifient à différents niveaux politiques, ce qui rend la consultation du gouvernement fédéral nécessaire.
3. La défédéralisation de la compétence en matière de soins de santé ne doit pas impliquer une réduction de la solidarité.
4. La répartition des ressources peut se fonder sur le mécanisme de la loi spéciale de financement, ce qui permet de responsabiliser les entités fédérées dans la mise en œuvre des politiques en matière de soins de santé.
5. La situation des soins de santé, telle qu'elle résulte des six réformes de l'État, n'est pas optimale.
6. La lourdeur des mécanismes de coopération est sans conteste l'un des points faibles des constructions actuelles.
7. La clé de répartition utilisée pour le transfert de moyens financiers ne correspond pas nécessairement aux besoins réels ni aux dépenses réelles.
8. Le régime d'exceptions nuit à la compréhension et est source de tensions et d'incertitudes.
9. La division des pouvoirs peut empêcher un continuum des soins.
10. La dispersion actuelle des compétences s'oppose à une approche globale de la santé publique.
11. La prévention et le curatif ne sont pas gérés par les mêmes pouvoirs, ce qui n'incite pas à développer une vraie politique de prévention. La commission spéciale «Covid» de la Chambre est d'ailleurs arrivée à la conclusion que la séparation du préventif et du curatif s'est avérée délétère durant la pandémie.

problemen aanpakken, en efficiëntie, maatschappelijke cohesie, leesbaarheid en een optimale staatsorganisatie nastreven. Zoals mevrouw Masai gezegd heeft, moet een nieuwe hervorming leiden tot een daadwerkelijke verbetering.

Mevrouw Durenne vat de vaststellingen samen in twaalf punten:

1. De bevoegdheden inzake gezondheidszorg zijn te versnipperd. Zij belemmeren dus een efficiënt gezondheidsbeleid, dat bovendien te weinig op de persoon is toegespitst.
2. Bijna alle dossiers hebben vertakkingen in verschillende beleidsniveaus, waardoor een raadpleging van de federale regering noodzakelijk is.
3. Een defederalisering van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg mag niet leiden tot een afbouw van de solidariteit.
4. De middelen kunnen verdeeld worden op basis van de bijzondere financieringswet, wat de deelstaten zou stimuleren om een verantwoord beleid inzake gezondheidszorg te voeren.
5. De toestand van de gezondheidszorg, die het resultaat is van zes Staatshervormingen, is niet optimaal.
6. De logge samenwerkingsmechanismen zijn ongetwijfeld een van de zwakke punten van de huidige constructies.
7. De verdeelsleutel die gebruikt wordt voor de transfer van financiële middelen beantwoordt niet noodzakelijk aan de reële behoeften noch aan de reële uitgaven.
8. Het uitzonderingsstelsel schaadt de begrijpelijkheid en is een bron van spanningen en onzekerheid.
9. De bevoegdheidsverdeling kan de continuïteit van de zorg belemmeren.
10. De huidige versnippering van bevoegdheden staat een globale aanpak van volksgezondheid in de weg.
11. Het preventieve en het curatieve aspect zijn in handen van verschillende overheden, wat geen aanmoediging is voor een volwaardig preventief beleid. De bijzondere commissie «COVID» van de Kamer is trouwens tot de conclusie gekomen dat de scheiding van het preventieve en het curatieve aspect nefast is gebleken tijdens de pandemie.

12. La fragmentation des compétences affaiblit vraiment le contrôle de l'affectation des moyens alloués.

Mme Durenne ne se livrera pas à un plaidoyer politique, mais elle a choisi de résumer les constats dressés par les experts en ces douze points afin de nourrir l'échange de vues.

M. Van Rompuy rappelle que la sixième réforme de l'État a organisé des transferts de compétences à hauteur de trois milliards d'euros. Au niveau flamand, les soins de santé représentaient «seulement» 850 millions d'euros. En juillet 2014, ce montant s'est envolé d'un coup, atteignant près de quatre milliards.

La Flandre a fait le choix d'offrir un maximum de soins intégrés et, pour ce faire, de décloisonner le plus possible la santé et le bien-être. On le voit notamment à la manière dont les soins de première ligne ont été organisés dans la pratique. Ces soins de première ligne ont pu jouer un rôle crucial dans la lutte contre la pandémie. La protection sociale flamande est également un bel exemple des potentialités ouvertes par le transfert de compétences pour gérer de manière plus globale les différentes demandes de soins et d'aide.

Le transfert de compétences a donc permis la mise en œuvre d'une politique forte adaptée aux besoins flamands spécifiques. Selon M. Van Rompuy, il est illusoire de penser que l'on pourrait encore faire marche arrière en la matière. Les principes de base de la politique de santé préconisée par son parti sont clairs, à savoir des soins de qualité qui sont accessibles à tous d'un point de vue financier et qui coordonnent au mieux les soins médicaux avec la dimension sociale et le bien-être.

Les auditions menées au Parlement flamand et au sein de cette commission ont mis en exergue trois grands défis de la politique de santé:

- la forte augmentation des maladies chroniques, essentiellement parmi la population plus âgée;
- les besoins croissants en matière de santé mentale, principalement chez les jeunes. La question du lien étroit entre la santé et le bien-être se pose en l'occurrence avec une acuité toute particulière;
- la prévention des affections évitables.

M. Van Rompuy estime que ces évolutions et d'autres nouvelles tendances requièrent la mise en place d'un

12. De versnippering van bevoegdheden verzwakt daadwerkelijk de controle op het gebruik van de toegekende middelen.

Mevrouw Durenne wil hier geen politiek pleidooi houden, zij vat alleen de vaststellingen van de deskundigen samen in twaalf punten om het debat op gang te brengen.

De heer Van Rompuy herinnert eraan dat de zesde Staatshervorming voor drie miljard euro aan bevoegdheden heeft overgeheveld. Op het Vlaamse niveau was gezondheidszorg «slechts» goed voor 850 miljoen euro; in juli 2014 werd dit eensklaps bijna vier miljard.

Vlaanderen heeft gekozen om zoveel mogelijk geïntegreerde zorg aan te bieden en daartoe zoveel mogelijk schotten tussen gezondheid en welzijn weg te halen. Dat blijkt in de praktijk onder meer uit de manier waarop de eerstelijnsgezondheidszorg werd uitgebouwd. Die eerstelijnszorg heeft een cruciale rol kunnen spelen in de bestrijding van de pandemie. Ook de Vlaamse sociale bescherming biedt een mooi voorbeeld van de mogelijkheden die de bevoegdheidsoverdracht heeft geopend om de verschillende zorg- en ondersteuningsvragen op een meer globale wijze aan te pakken.

De overdracht heeft dus geleid tot een sterk beleid dat aangepast is aan de specifieke Vlaamse noden. Het is volgens de heer Van Rompuy een illusie te denken dat dit ooit nog zou worden teruggedraaid. De uitgangspunten voor het gezondheidsbeleid dat zijn partij voorstaat, zijn duidelijk: een kwaliteitsvolle zorg die betaalbaar is voor iedereen, en die de medische dienstverlening zoveel mogelijk laat aansluiten bij de sociale en de welzijnsdimensie.

Bij de hoorzittingen in het Vlaams Parlement en in deze commissie, zijn drie grote uitdagingen voor het gezondheidsbeleid naar voren gebracht:

- de sterke toename van de chronische aandoeningen, vooral bij de oudere bevolking;
- de groeiende behoeften in de geestelijke gezondheidszorg, vooral bij de jongere bevolking. Ook in dat verband staat de samenhang tussen gezondheid en welzijn meer dan ooit aan de orde;
- de preventie van vermijdbare aandoeningen.

De heer Van Rompuy is van oordeel dat deze en andere nieuwe tendensen een nieuw zorgmodel vereisen waarbij

nouveau modèle de soins, qui mette le patient, et non la maladie, au cœur des préoccupations et qui encourage la multidisciplinarité. Il est préférable que les compétences relatives aux soins au sens large soient rassemblées en une seule main, car le préventif et le curatif sont indissociablement liés.

Il est apparu pendant la pandémie de coronavirus qu'il sera toujours nécessaire de coopérer, tant sur le plan politique que sur le plan exécutif. Au Parlement flamand, la commission corona a par exemple constaté que la coopération opérationnelle entre les soins de première ligne, les centres de soins résidentiels et les hôpitaux pouvait et devait certainement être améliorée.

Lors des auditions réalisées dans les deux assemblées parlementaires, diverses pierres d'achoppement ont été pointées du doigt à plusieurs reprises.

La répartition des compétences doit être la plus homogène possible, avec le moins possible d'exceptions. Des transferts partiels de compétences sont donc exclus.

La ligne de démarcation entre le préventif et le curatif constitue une autre pierre d'achoppement: à l'heure actuelle, si une autorité investit dans la prévention, c'est une autre autorité qui en récolte les fruits. Si la Flandre investit beaucoup dans la prévention, elle souhaite également pouvoir en bénéficier sur le plan curatif et être ainsi encouragée à investir encore davantage dans la prévention.

Au sein des hôpitaux comme en dehors, les soins doivent être mieux intégrés. La démarcation entre les soins de première ligne et les soins de deuxième ligne constitue un obstacle à cet égard, étant donné que la politique des hôpitaux est encore en grande partie fédérale mais que les soins de première ligne sont désormais une compétence des entités fédérées.

Le fait que les Communautés soient compétentes pour les centres de soins résidentiels mais ne le soient que partiellement pour les hôpitaux est également un obstacle à la mise en œuvre d'une politique efficace. C'est aussi une des leçons tirées de la pandémie.

La sixième réforme de l'État a renforcé l'actuelle compétence de principe des Communautés en matière de soins de santé mentale en transférant aussi la compétence relative aux institutions spécialisées, telles que les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée et les autres plateformes de soins

niet de ziekte, maar de patiënt centraal komt te staan, en er oog is voor multidisciplinariteit. De bevoegdheden voor zorg in de brede zin van het woord worden best in één hand samengebracht, net omdat preventie en curatie onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

Tijdens de coronapandemie is gebleken dat het altijd noodzakelijk zal zijn om samen te werken, zowel op het politieke als op het uitvoerende niveau. In het Vlaams Parlement heeft de coronacommissie bijvoorbeeld vastgesteld dat de operationele samenwerking tussen de eerstelijnszorg, de woonzorgcentra en de ziekenhuizen zeker beter kan en moet.

Bij de hoorzittingen in beide parlementen kwamen verschillende pijnpunten herhaaldelijk aan bod.

De bevoegdheidsverdeling moet zo homogeen mogelijk zijn, met zo weinig mogelijk uitzonderingen. Partiële overdrachten van bevoegdheden zijn dus uit den boze.

De scheidingslijn tussen preventie en curatie vormt een ander knelpunt: als de ene overheid inzet op preventie, plukt nu een andere overheid daarvan de vruchten. Als Vlaanderen fors inzet op preventie, wil het daarvan ook de voordelen op het vlak van curatie kunnen genieten, om daarmee nog meer in te zetten op die preventie.

Binnen en buiten de ziekenhuismuren moet de zorg beter geïntegreerd worden. De scheidingslijn tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg vormt daarvoor een hinderpaal, vermits het ziekenhuizenbeleid nog grotendeels federaal is en de eerstelijnszorg intussen een bevoegdheid van de deelstaten is.

Dat de Gemeenschappen bevoegd zijn voor de woonzorgcentra, maar slechts zeer gedeeltelijk voor de ziekenhuizen, staat een efficiënt beleid eveneens in de weg; ook dat hebben we uit de pandemie geleerd.

Bij de zesde Staatshervorming werd de bestaande principiële bevoegdheid van de Gemeenschappen voor de geestelijke gezondheidszorg versterkt met de overheveling van de bevoegdheid voor de gespecialiseerde instellingen, zoals de psychiatische verzorgingstehuizen, de initiatieven voor beschut wonen en de overige platforms

de santé mentale. Les sections psychiatriques des hôpitaux généraux sont toutefois restées dans le giron fédéral.

La compétence fédérale pour l'allocation d'intégration pour personnes handicapées constitue également une incohérence qui entrave l'intégration des soins.

Un transfert de compétence nécessite évidemment aussi un transfert des ressources financières et personnelles nécessaires. Ce transfert doit reposer sur trois principes: des paramètres objectifs, de la transparence et de la solidarité. Le CD&V a toujours mis l'accent sur les liens forts entre la Flandre et Bruxelles et continuera à le faire.

Plusieurs groupes ont évoqué la nécessité de bien préparer une réforme des compétences dans cette matière complexe. M. Van Rompuy y souscrit totalement. Une bonne concertation entre les acteurs de soins et les administrations doit permettre d'assurer la continuité des soins au cours du processus de réforme.

M. De Caluwé fait valoir que le droit à la protection de la santé, à l'assistance médicale et à la protection contre les aléas de la vie tels que les maladies est un droit fondamental de tout citoyen. Le niveau minimum que les autorités imposent en la matière est plus élevé que ce qui est accepté et considéré comme nécessaire pour la plupart des autres secteurs économiques. Toutefois, pour promouvoir l'innovation, les autorités doivent également offrir à l'entrepreneuriat une marge de manœuvre maximale. La garantie de soins de qualité, accessibles et abordables doit être le point de départ de tout changement dans le secteur des soins de santé, tant pour la répartition des compétences que pour les aspects de fond.

L'Open Vld pose en principe que nos soins de santé doivent comporter au moins les trois éléments suivants:

- un service de base fortement développé de protection de la santé et du bien-être. Cette offre doit se concentrer intelligemment sur la prévention et les interventions de première ligne, afin que le patient puisse être soigné autant que possible à domicile;
- des soins de santé spécialisés, innovants et bien équipés, de haute qualité. Au niveau local, les différents hôpitaux répondent de ces soins spécialisés en toute autonomie. Ils ont la responsabilité d'organiser des soins de proximité, efficaces et de qualité et

voor geestelijke gezondheidszorg. De psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen bleven echter tot de federale bevoegdheid behoren.

Ook de federale bevoegdheid voor de integratietegemoetkoming voor personen met een beperking, vormt een incoherentie die belemmerend werkt voor de integratie van de zorg.

Een bevoegdheidsoverdracht vereist vanzelfsprekend ook een overdracht van de nodige financiële en persoonlijke middelen. Die overdracht moet gebaseerd worden op drie principes: objectieve parameters, transparantie en solidariteit. CD&V heeft altijd de sterke band benadrukt tussen Vlaanderen en Brussel en zal dat blijven doen.

Verschillende fracties hebben aangestipt dat een bevoegdheidshervorming in deze complexe materie goed voorbereid moet worden. De heer Van Rompuy sluit zich daarbij aan. Goed overleg tussen zorgactoren en administraties moet ervoor zorgen dat de continuïteit in de zorg verzekerd is terwijl de hervorming wordt nagestreefd.

De heer De Caluwé betoogt dat het recht op bescherming van de gezondheid, op geneeskundige bijstand en op bescherming tegen de wisselvalligheden van ziekte een grondrecht van elke burger vormen. Het minimum-niveau dat de overheid hiervoor oplegt, ligt hoger dan wat men voor de meeste andere economische sectoren aanvaardt en nodig acht. Ter bevordering van de innovatie moet de overheid echter ook maximale ruimte voor ondernemerschap bieden. Een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare zorg garanderen moet het uitgangspunt vormen voor elke wijziging in de gezondheidszorg, zowel voor de bevoegdheidsverdeling als voor inhoudelijke aspecten.

Open Vld stelt principieel dat onze gezondheidszorg ten minste de volgende drie elementen moet omvatten:

- een sterk uitgebouwde basisgezondheids- en -welzijnszorg. Dit aanbod moet slim inzetten op preventie en eerstelijnsinterventies, zodat de patiënt zoveel mogelijk in zijn thuisomgeving kan worden verzorgd;
- een innovatieve en goed uitgeruste, kwaliteitsvolle gespecialiseerde gezondheidszorg. Op lokaal niveau zijn de individuele ziekenhuizen autonoom verantwoordelijk voor die gespecialiseerde zorg. Ze dragen de verantwoordelijkheid om nabije, efficiënte en

constituent le véritable point de contact pour les médecins généralistes, les centres de soins résidentiels et les autres acteurs de première ligne afin d'aboutir à un modèle de soins intégrés en étroite concertation avec ces acteurs. En outre, au sein du réseau hospitalier locorégional, les hôpitaux travaillent sur des accords pour des soins plus efficaces et/ou plus qualitatifs dans des domaines où cela s'avère impossible au niveau de l'hôpital, et s'y retrouvent pour des missions spécialisées ou des missions partielles. Les soins suprarégionaux se concentrent sur des groupes cibles définis et sur certaines interventions diagnostiques et thérapeutiques. Tous ces niveaux s'emploient à poursuivre l'évolution de l'hospitalisation classique vers l'hôpital de jour et les soins à domicile;

- un cadre éthique progressif. En effet, à côté d'autres évolutions, les nouvelles possibilités technologiques en matière de soins de santé nous placent également devant de nouveaux choix de société.

Dans cette vision, des soins de santé de qualité ne sont possibles qu'avec une bonne coordination des différents domaines des soins de santé.

Le Parlement flamand s'est aussi livré à un exercice dans le domaine des soins de santé, et la commission fédérale spéciale chargée d'examiner la gestion de l'épidémie de Covid-19 par la Belgique a également formulé une série de recommandations sur ce plan. Les différentes opinions sur les difficultés que pose la répartition des compétences sont donc bien connues.

M. De Caluwé est conscient que cette commission n'aboutira pas à de grandes conclusions finales ni à des choix définitifs; ce n'est d'ailleurs pas sa raison d'être.

Tout le monde s'accorde à reconnaître le rôle important des soins de santé dans notre pays. La pandémie a encore renforcé ce constat. Elle a montré que la Belgique dispose d'un système de soins de santé solide, mais elle a également mis en évidence certains ratios.

Le patient doit pouvoir bénéficier de soins de qualité, accessibles et financièrement abordables. Pour atteindre cet objectif, il convient également d'examiner la répartition des compétences. M. De Caluwé débat de la répartition des compétences avec un esprit ouvert, sans dogmes sur les transferts de compétences dans un sens ou dans l'autre. Pour l'Open Vld, l'intérêt du patient et l'efficacité du système priment.

kwaliteitsvolle zorg te organiseren en zijn het effectieve aanspreekpunt voor huisartsen, woonzorgcentra en andere eerstelijnsactoren om in nauw overleg met deze actoren te komen tot een geïntegreerd zorgmodel. Daarnaast werken de ziekenhuizen binnen het locoregionaal ziekenhuisnetwerk aan afspraken voor een efficiëntere en/of kwalitatievere zorg op terreinen waarop dat op ziekenhuisniveau niet mogelijk blijkt te zijn, en vinden zij elkaar daar voor gespecialiseerde opdrachten of deelopdrachten. De supraregionale zorg focust op omschreven doelgroepen en bepaalde diagnostische en therapeutische interventies. Al deze niveaus zetten in op de verdere evolutie van klassieke hospitalisatie naar een dagziekenhuis- en thuissetting;

- een progressief ethisch kader. Naast andere evoluties stellen de nieuwe technologische mogelijkheden in de gezondheidszorg ons immers ook voor nieuwe maatschappelijke keuzes.

In deze visie is een goede gezondheidszorg slechts mogelijk als de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg goed op elkaar afgesteld zijn.

Het Vlaams Parlement heeft eveneens een oefening over de gezondheidszorg gemaakt, en ook de federale Bijzondere commissie belast met de Evaluatie van de aanpak van de Coronapandemie heeft op dat vlak een reeks aanbevelingen geformuleerd. De verschillende opinies over de knelpunten in de bevoegdheidsverdeling, zijn dus bekend.

De heer De Caluwé beseft dat deze commissie niet tot grote eindconclusies en definitieve keuzes zal komen; dat is er overigens ook niet de opzet van.

Iedereen is het eens over de belangrijke rol van de gezondheidszorg in ons land. De pandemie heeft die nog meer in de schijnwerpers gezet. Ze heeft aangetoond dat België beschikt over een sterk systeem van gezondheidszorg, maar ze heeft eveneens een aantal verhoudingen scherp gesteld.

De patiënt moet een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare zorg gegarandeerd krijgen. Dit vergt dat men ook de bevoegdheidsverdeling onder de loep neemt. De heer De Caluwé voert het debat over de bevoegdheidsverdeling met een open blik, zonder dogma's over bevoegdheidsoverdrachten in de ene of de andere richting. Voor Open Vld primeert het belang van de patiënt en de doeltreffendheid van het systeem.

L'orateur est convaincu que chacun a l'intention d'apporter des améliorations là où cela s'avère nécessaire. Les précieuses contributions entendues en commission seront un élément de l'analyse que son parti fera de cette matière. Il ne considère certainement pas que le débat est clos et le cas échéant, il déposera ultérieurement une note sur la question.

M. Hermant rappelle que le secteur des maisons de repos, au début de la pandémie, a été complètement livré à lui-même: pas d'informations, pas de matériel de protection, pas de ponts avec les hôpitaux, etc. Le fait de dépendre des Régions et non plus du pouvoir fédéral a empêché de gérer la crise de manière globale et unitaire. La prise en charge a été catastrophique, alors que c'était le public le plus fragilisé.

En 2011, il fallait transférer les compétences pour x milliards d'euros, et peu importait la façon dont on allait y arriver. On a divisé les compétences en matière de santé mentale, confié aux Régions les soins aux aînés, saucissonné le secteur hospitalier. Sur le terrain, les conséquences se comptent en vies humaines. «Maintenant, il faut arrêter de jouer», comme l'a dit M. Brenez, directeur général des Mutualités Libres, dans un article paru le 28 octobre 2021 dans le journal *Le Soir*. La commission spéciale Covid-19 de la Chambre a recueilli des témoignages particulièrement forts. Richard Horton, rédacteur en chef du *Lancet*, a déclaré: «Des gens sont morts à cause de l'organisation de votre pays, entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles, et la plupart des décès étaient évitables. Le fonctionnement de votre système politique mérite réflexion.»

Le chaos institutionnel est, aujourd'hui, total en Belgique. La fragmentation des compétences a coûté des vies, épuisé les soignants et engendré des réunions de concertation sans fin, pour que toutes les entités prennent des décisions similaires. Malgré ce constat, lorsque, le 25 mars 2020, les experts du GEES (Groupe d'experts en charge de la stratégie de sortie) ont proposé de reprendre la gestion des maisons de repos au niveau fédéral, afin de coordonner la situation sur le terrain à partir d'un échelon central et fédéral, la Flandre a refusé. Dans le cadre de la sixième réforme de l'État, les compétences ont été scindées pour, à la fin, devoir organiser des dizaines et des dizaines de réunions de concertation.

M. Hermant a entendu certains partis plaider pour une régionalisation ou une communautarisation, en

Spreker is ervan overtuigd dat iedereen de intentie heeft om waar nodig verbeteringen aan te brengen. De waardevolle bijdragen die in de commissie te horen waren, zullen één element zijn in de analyse die zijn partij van deze materie maakt. Ze beschouwt het debat zeker niet als afgesloten en zal hierover later eventueel een nota indienen.

De heer Hermant herinnert eraan dat de sector van de woonzorgcentra in het begin van de pandemie volledig aan zichzelf werd overgelaten: geen informatie, geen beschermingsmateriaal, geen bruggen met de ziekenhuizen, enz. Doordat zij afhangen van de Gewesten en niet langer van de federale overheid, heeft men de crisis niet op een globale en unitaire manier kunnen beheren. Deze aanpak heeft catastrofale gevolgen gehad, terwijl het om het kwetsbaarste publiek ging.

In 2011 moest en zou er voor x miljard euro aan bevoegdheden worden overgeheveld, en het maakte weinig uit hoe men er zou geraken. Men heeft bevoegdheden inzake geestelijke gezondheid gesplitst, de ouderenzorg aan de Gewesten toevertrouwd, en de ziekenhuissector opgesplitst. Op het terrein vertalen de gevolgen hiervan zich in mensenlevens. «*Maintenant, il faut arrêter de jouer*», verklaarde de heer Brenez, directeur-generaal van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in een artikel van 28 oktober 2021 in de krant *Le Soir*. In de Kamercommissie COVID-19 werden een aantal bijzonder krachtige verklaringen afgelegd. Richard Horton, hoofdredacteur van *The Lancet*, zei: «Er zijn mensen gestorven door de staatsstructuur van uw land, de verdeling tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel, en de meeste overlijdens hadden voorkomen kunnen worden. Er moet goed nagedacht worden over de werking van jullie politieke systeem.»

De institutionele chaos is nu compleet in België. De versnippering van bevoegdheden heeft levens gekost, zorgverleners uitgeput, en eindeloze overlegvergaderingen voortgebracht, zodat alle deelstaten gelijkaardige beslissingen zouden nemen. Ondanks deze vaststelling heeft Vlaanderen geweigerd om in te gaan op het voorstel van de GEES (de groep van experts belast met de exitstrategie) om het beheer van de woonzorgcentra weer federaal te maken zodat de situatie op het terrein vanuit een centraal en federaal niveau kon worden gecoördineerd. De zesde Staatshervorming heeft bevoegdheden verdeeld met als resultaat dat er uiteindelijk tientallen overlegvergaderingen moesten worden belegd.

De heer Hermant heeft sommige partijen horen pleiten voor een regionalisering of communautarisering, door

invoquant, par exemple, le taux de vaccination plus élevé en Flandre. Selon cette logique, il conviendrait de scinder le pays parce que certaines choses fonctionnent mieux d'un côté que de l'autre. La création des zones de première ligne en Flandre, par exemple, constitue un pas très positif, qui n'a pas été franchi en Wallonie ni à Bruxelles.

Pour le bien-être du patient, qui doit être au centre de cette réflexion, l'intervenant propose d'inverser le raisonnement. S'il est scientifiquement prouvé qu'une première ligne de soins de santé forte va dans l'intérêt des patients, pourquoi les francophones ne pourraient-ils pas en bénéficier aussi? Pourquoi ne l'appliquerait-on pas à l'entière du pays? Comme l'a dit M. Happe, directeur général de l'UNESSA, les différences de dépenses en soins de santé sont souvent marquées d'un arrondissement à l'autre. Elles ne sont pas tant le reflet d'une caractéristique culturelle, mais sont liées à la pauvreté, au niveau d'éducation, à la qualité de vie, à l'environnement, à l'âge, voire à d'autres éléments de vie. Les soins de santé devraient donc être basés sur l'application de recommandations scientifiques à l'ensemble du pays.

Scinder davantage les soins de santé, cela coûte plus cher, donc c'est négatif pour la population. M. Collin, administrateur général de l'INAMI, a expliqué que si l'on diminue l'assiette de l'assurance en régionalisant, aucun assureur ne peut affirmer que l'assurance sera moins onéreuse. On peut répondre qu'il existe d'autres modèles que celui de la sécurité sociale pour financer la santé. En Flandre, certaines compétences de santé ont été régionalisées et l'assurance dépendance a été créée en 1999. La cotisation, si elle augmente chaque année, est forfaitaire, elle ne dépend pas des revenus. L'allocation versée est elle aussi forfaitaire, et ne tient pas compte des besoins. Contrairement à la sécurité sociale, les syndicats ne sont pas associés à la gestion et les assureurs privés, eux, ont la possibilité de créer leur propre caisse.

Ces exemples montrent que la scission de la sécurité sociale, du financement des soins de santé ne sert qu'à réaliser des économies au profit des plus puissants de ce pays et à casser le système de santé actuel. C'est ce que défend notamment le Voka, – dont les nationalistes se font les porte-parole –, qui ne veut pas d'une sécurité sociale forte soutenue par les syndicats et les mutuelles comme défenseurs des intérêts de l'ensemble de la population.

bijvoorbeeld te wijzen op de hogere vaccinatiegraad in Vlaanderen. Volgens die redenering zou het land gesplitst moeten worden omdat bepaalde zaken beter functioneren in het ene landsgedeelte dan in het andere. De oprichting van eerstelijnszones in Vlaanderen, bijvoorbeeld, is een heel positieve stap, die Wallonië en Brussel niet gezet hebben.

Voor het welzijn van de patiënt, die hierin centraal moet staan, stelt spreker voor om de redenering om te keren. Als het wetenschappelijk bewezen is dat een sterke eerste lijn in het belang van de patiënt is, waarom zouden de Franstaligen er ook niet van kunnen genieten? Waarom past men dit niet in het hele land toe? De heer Happe, directeur-generaal van UNESSA, heeft erop gewezen dat de uitgaven in de gezondheidszorg vaak verschillen van het ene arrondissement tot het andere. Zij weerspiegelen niet zozeer een cultureel verschil, maar hebben te maken met armoede, opleidingsniveau, levenskwaliteit, leefomgeving, leeftijd, en andere omstandigheden. Gezondheidszorg moet dus stoelen op de uitvoering van wetenschappelijke aanbevelingen in het hele land.

De gezondheidszorg verder opsplitsen is duurder, en dus slecht voor de bevolking. De heer Collin, administrateur-generaal van de RIZIV, heeft uitgelegd dat als men de verzekeringsbasis verkleint door te regionaliseren, geen enkele verzekeraar kan beweren dat de verzekering minder duur zal zijn. Men kan daartegen inbrengen dat er andere manieren zijn dan de sociale zekerheid om de gezondheidszorg te financieren. In Vlaanderen werden een aantal bevoegdheden overgeheveld en werd in 1999 de afhankelijkheidsverzekering in het leven geroepen. De bijdrage, die elk jaar stijgt, is forfaitair en dus niet inkomensafhankelijk. De toegekende vergoeding is ook forfaitair en houdt geen rekening met de behoeften. In tegenstelling tot de sociale zekerheid zijn de vakbonden niet betrokken bij het beheer ervan en hebben privéverzekeraars vrij spel gekregen om hun eigen kas op te richten.

Deze voorbeelden tonen aan dat de splitsing van de sociale zekerheid, van de financiering van de gezondheidszorg dus, alleen dient om te besparen ten gunste van de machtigsten van het land en om het huidige gezondheidsstelsel af te breken. Dat is waar onder meer Voka – waarvan de nationalistische zelfverklaarde spreekbuis zijn – voor pleit: zij wil geen sterke sociale zekerheid met de steun van de vakbonden en mutualiteiten die zich opwerpen als de verdedigers van de belangen van de hele bevolking.

Certains ont suggéré un compromis «raisonnable», à savoir une scission des soins de santé allant de pair avec le maintien d'une sécurité sociale fédérale, qui financerait les compétences divisées.

L'idée est dangereuse pour notre sécurité sociale. Il faudra appliquer des enveloppes fermées, avec lesquelles chaque Région, chaque Communauté devra se débrouiller. Cela signifie que l'argent proviendra encore du budget fédéral, mais plus par le biais d'un système redistributif en fonction des besoins. On imagine la catastrophe dans un contexte de pandémie, pour un système hospitalier sous forte pression ayant d'importants besoins de financement. M. Hermant insiste sur le fait qu'une division des compétences en matière de santé couplée à un financement fédéral minerait tout le système. Une logique de force centrifuge entrerait en action, avec, à terme, la demande d'une scission du financement. C'est un grand problème, que l'on a déjà vécu en matière d'enseignement.

L'orateur se réjouit d'ailleurs d'avoir entendu d'autres intervenants estimer qu'une solution qui fonctionnerait à Bruxelles constituerait certainement une bonne solution pour l'ensemble du pays. En effet, la Région de Bruxelles-Capitale ne doit pas être prise comme exception, mais comme solution aux problèmes.

La majorité des habitants du pays plaident pour une plus grande unité dans la gestion des soins de santé. Deux néerlandophones sur trois veulent plus de Belgique, alors que seul un sur quatre demande plus de Flandre, ce qui est deux fois moins qu'il y a dix ans. Sept Belges sur dix et 85 % des directeurs d'hôpital veulent refédéraliser la santé. C'est même le cas de plus de la moitié des électeurs du Vlaams Belang et de la N-VA, malgré des années de propagande menée à cet égard.

Des études réalisées par les médecins du PTB ont montré que les prix des médicaments sont plus élevés en Belgique que dans les pays environnants, où l'on met parfois en concurrence les grands groupes pharmaceutiques. Si l'on devait fragmenter les discussions avec ces grandes entreprises concernant le prix des médicaments, le rapport de force serait encore plus déséquilibré.

Le PVDA-PTB travaille avec les maisons médicales «Médecine pour le peuple» (MPLP). Le grand défi que représente le développement des soins de santé de première ligne présente beaucoup de points communs dans l'ensemble du pays, quelle que soit la Région. Il faut

Sommigen hebben een «redelijk» compromis voorgesteld, met name een splitsing van de gezondheidszorg met behoud van een federale sociale zekerheid die de gesplitste bevoegdheden zou financieren.

Dat idee is gevaarlijk voor onze sociale zekerheid. Er zullen gesloten enveloppes moeten worden gebruikt waarmee de Gewesten en de Gemeenschappen zich zullen moeten redden. Dit betekent dat het geld nog van de federale begroting zal komen, maar niet meer via een herverdelend stelsel op basis van de noden. Wat een ramp is dat wel niet voor een ziekenhuis in geval van een pandemie, wanneer het onder grote druk staat en veel financiering nodig heeft. De heer Hermant benadrukt dat een opsplitsing van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg, met een koppeling aan een federale financiering, het hele systeem zou ondergraven. Een logica van centrifugale kracht zou in werking treden, met op termijn de vraag om een financiële opsplitsing. Dat is een groot probleem, zoals we reeds zagen in het onderwijs.

Spreker verheugt zich erover dat andere sprekers vinden dat een oplossing die voor Brussel werkt, zeker ook een goede oplossing is voor ons land in zijn geheel. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moet immers niet als een uitzondering worden gezien, maar als een oplossing voor de problemen.

De meerderheid van de Belgen pleit voor meer eenheid in het beheer van de gezondheidszorg. Twee Nederlandstaligen op drie willen meer België, terwijl één op vier meer Vlaanderen wil, wat twee keer minder is dan tien jaar geleden. Zeven Belgen op tien en 85 % van de ziekenhuisdirecteuren willen een herfederalisering van de gezondheidszorg. Dat is zelfs het geval voor meer dan de helft van de kiezers van Vlaams Belang en de N-VA, ondanks de vele jaren propaganda hierrond.

Studies die door de artsen van de PTB werden uitgevoerd, tonen aan dat de prijzen van de geneesmiddelen hoger zijn in België dan in de omliggende landen waar de concurrentie soms wordt uitgespeeld tussen grote farmaceutische groepen. Wanneer die onderhandelingen met grote ondernemingen over de prijs van geneesmiddelen opgedeeld zouden worden, dan zou de krachtverhouding nog onevenwichtiger worden.

De PVDA-PTB werkt met medische centra «Geneeskunde voor het Volk» (GVHV). De grote uitdaging van de evolutie van de eerstelijnszorg vertoont veel gelijkenissen met de situatie in ons land in zijn geheel, in welk Gewest dan ook. Er is een echte sociale en wetenschappelijke

une véritable vision sociale et scientifique des soins de santé. Cela pèse bien plus que les différences culturelles.

Le réseau Médecine pour le Peuple travaille sur la base de directives nationales, adaptées en fonction de la spécificité de chaque maison médicale. Le fonctionnement implique d'autres projets, à partir de la réalité concrète du terrain. Ainsi, dans le passé, la région d'Alost a connu une soudaine augmentation des traitements pour insuffisance rénale dont l'une des causes était l'utilisation de certaines poudres dans l'industrie textile.

Une vision globale permet de détecter des problèmes spécifiques à certains endroits. C'est une tout autre vision que, par exemple, le *tracing*, où l'on met en place des *call centers* bureaucratiques, régionaux, mais éloignés des patients. Il faut une coordination structurelle entre les différentes lignes de soins de santé et une structure locale est nécessaire pour cela. La confiance, le personnel, la continuité, la connaissance de la réalité locale sont en effet essentielles.

Scinder les soins de santé ne rapprochera pas du patient les soins de santé. Il ne suffit pas de déplacer les compétences liées aux soins de santé de la rue de la Loi à la place des Martyrs. Pour amener les soins au plus près du patient, il faut renforcer la première ligne, les zones de soins, en développant les maisons médicales dans chaque quartier.

En résumé, le PVDA-PTB est favorable à la fixation des normes relatives à l'organisation des soins, dans les grandes lignes, au niveau fédéral, mais à une exécution à l'échelon local des zones de soins et des réseaux de santé.

Les réseaux de santé locaux coordonnent le travail des médecins traitants, des centres médicaux et des centres publics de prévention. Ils permettent une proximité avec la population que les grandes entités, même régionales, ne sont pas capables d'offrir. Voilà pourquoi la construction des soixante zones de première ligne en Flandre va dans la bonne direction et devrait être généralisée dans tout le pays.

En conclusion, une scission plus poussée de la santé et de la sécurité sociale va coûter plus cher, est néfaste pour les patients et représente une attaque directe contre la sécurité sociale. Celle-ci garantit le caractère public et accessible des soins de santé, quels que soient les

visie op de gezondheidszorg nodig. Dat weegt veel zwaarder door dan de culturele verschillen.

Het netwerk Geneeskunde voor het Volk werkt op basis van nationale richtlijnen, die aangepast zijn aan de specifieke kenmerken van elk medisch centrum. De werking omvat ook andere projecten die ontstaan vanuit de concrete werkelijkheid op het terrein. Zo was er in het verleden in de regio van Aalst een plotse stijging van het aantal behandelingen voor nierinsufficiëntie. Een van de oorzaken was het gebruik van bepaalde poeders in de textielindustrie.

Een algemeen beeld zorgt ervoor dat specifieke problemen op bepaalde plaatsen worden opgemerkt. Dat is een heel andere visie dan bijvoorbeeld *tracing*, waarbij bureaucratische, gewestelijke *call centers* worden ingeschakeld die ver van de patiënten zijn verwijderd. Er is een structurele coördinatie nodig tussen de verschillende lijnen in de gezondheidszorg en daarvoor is een lokale structuur nodig. Het vertrouwen, het personeel, de continuïteit, de kennis van de plaatselijke realiteit zijn immers essentieel.

Door de gezondheidszorg te splitsen, zal de gezondheidszorg niet dichterbij de patiënt worden gebracht. Het volstaat niet om de bevoegdheden inzake gezondheidszorg te verplaatsen van de Wetstraat naar het Martelarenplein. Om de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te brengen, moeten de eerstelijnszorg en de zorgzones worden versterkt, waarbij medische centra in elke wijk moeten worden opgericht.

Kortom, de PVDA-PTB is er voorstander van om in grote lijnen de regeling van de organisatie van de zorg vast te stellen op federaal niveau, maar om de zorgzones en de gezondheidsnetwerken op lokaal niveau te regelen.

De lokale gezondheidsnetwerken coördineren het werk van de behandelende artsen, medische centra en openbare preventiecentra. Zo is nabijheid tot de bevolking mogelijk, wat grote entiteiten, zelfs Gewesten, niet kunnen bieden. Daarom gaat de invoering van zestig eerstelijnszones in Vlaanderen de goede kant uit en zou dit algemene ingang moeten vinden in het hele land.

Tot slot, een verder doorgedreven splitsing van volksgezondheid en de sociale zekerheid zal meer kosten, is nefast voor de patiënt en vormt een rechtstreekse aanval op de sociale zekerheid. De sociale zekerheid zorgt ervoor dat de gezondheidszorg openbaar en toegankelijk

revenus. Le niveau fédéral est le niveau où la solidarité interpersonnelle peut se déployer le plus largement.

M. Anciaux indique ne pas avoir la prétention de vouloir présenter aujourd'hui une proposition détaillée pour réformer le secteur des soins de santé. Il se limitera à énumérer quelques principes de base pour parvenir à une vision cohérente et à des blocs de compétences homogènes.

Le premier principe est celui de l'homogénéité des blocs de compétences, dont tous les intervenants ont souligné la nécessité. Les propos de M. Hermant sont de purs slogans, comme l'affirmation selon laquelle le morcellement des compétences provoquerait des situations absolument inhumaines dans l'ensemble des centres de soins résidentiels. Il n'en reste pas moins que des blocs de compétences plus homogènes sont nécessaires si l'on veut améliorer la qualité des soins de santé.

La réforme de l'État doit tenir compte de la politique que nous voulons mettre en œuvre et de la meilleure façon de procéder à cet effet. La qualité des soins de santé doit servir de référence à cet égard.

Il semble évident que cette qualité est indissociable des différences culturelles de perception de la santé et du bien-être. Les soins de santé sont avant tout une affaire de personnes. Il est donc normal qu'il y ait des divergences de vues à cet égard entre les différentes Communautés de notre pays. M. Anciaux indique que, si la Communauté française veut placer les hôpitaux au centre de son dispositif de soins, libre à elle; il n'a pas à se prononcer là-dessus. Ce choix tient sans doute au fait qu'en Wallonie, les gens vivent à des distances beaucoup plus grandes les uns des autres et que le médecin traitant ne joue donc pas un rôle central. En Flandre, en revanche, le médecin traitant est culturellement parlant l'axe central, garant de soins de santé de qualité.

Il faut surtout une clarté dans les choix: la Flandre accorde la priorité aux soins de santé de première ligne et à leur développement sur tous les plans, ce qui nécessite, selon le parti de l'intervenant, une vision globale et holistique. Les soins de santé concernent en effet la personne dans son intégralité et comprennent à la fois une politique préventive et une politique curative. Ces éléments sont imbriqués et donc indissociables. La prévention ne peut être renforcée que si elle relève de la même entité que les soins curatifs.

Cela vaut également pour les soins de santé mentale, les soins aux personnes âgées et d'autres sous-domaines.

blijft ongeacht het inkomen. Het federale niveau is het niveau waar interpersoonlijke solidariteit zich het best kan ontwikkelen.

De heer Anciaux heeft niet de pretentie vandaag een uitgewerkt voorstel voor te leggen om de gezondheidszorg te hervormen. Hij wil wel een aantal uitgangspunten opsommen, die zouden moeten leiden tot een coherente visie en tot homogene bevoegdheidspakketten.

Die homogene bevoegdheidspakketten vormen het eerste uitgangspunt. Alle sprekers hebben op de noodzaak ervan gewezen. De uitspraken van de heer Hermant zijn overdreven sloganesk, zoals de bewering dat de versnippering van de bevoegdheden in alle woonzorgcentra tot onvoorstelbaar onmenselijke situaties heeft geleid. Desalniettemin zijn homogenere bevoegdheidspakketten ongetwijfeld noodzakelijk om de gezondheidszorg te kunnen verbeteren.

De Staatshervorming moet afgestemd worden op het beleid dat we willen realiseren, en op de best mogelijke manier om dat te doen. De kwaliteit van de gezondheidszorg vormt daarvoor het ijkpunt.

Het lijkt vanzelfsprekend dat die kwaliteit samenhangt met verschillende cultuurgebonden visies op gezondheid en welzijn. Gezondheidszorg is bij uitstek een persoonsgebonden aangelegenheid. Het kan dan ook helemaal geen kwaad dat er verschillende visies leven in de verschillende Gemeenschappen in ons land. Als de Franse Gemeenschap de gezondheidszorg wil organiseren met de ziekenhuiszorg als vertrekpunt, dan heeft de heer Anciaux daar geen oordeel over te vellen. Deze visie hangt vermoedelijk gedeeltelijk samen met het feit dat in Wallonië de mensen veel verder uit elkaar wonen, en dat de huisarts er geen centrale rol vervult. In Vlaanderen daarentegen vormt de huisarts cultureel de centrale as van een goede gezondheidszorg.

De keuzes moeten vooral duidelijk zijn: Vlaanderen kiest voor de voorrang en de uitbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg op alle terreinen. Een globale, holistische visie vormt voor de partij van spreker een daarbij aansluitend uitgangspunt. Gezondheidszorg gaat immers over de totale mens, en omvat preventief en curatief beleid. Je kan die elementen niet opsplitsen, ze zijn met elkaar verweven. De aandacht voor preventie zal alleen maar toenemen als het met de curatieve zorg in één en dezelfde hand zit.

Dat geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg en andere deeldomeinen. Het beleid moet,

Comme l'a dit un intervenant précédent, la politique doit être intégrée, et pour cela, il faut, selon M. Anciaux, que toutes les compétences soient aux mains des Communautés.

Comment faire pour développer un tel système et y ancrer durablement le principe de solidarité? Pour Vooruit, la solidarité est en effet essentielle. Aucune des entités fédérées ou Communautés n'a intérêt à ce que l'une d'entre elles soit confrontée à des besoins d'un volume tel que la pauvreté y gagne du terrain.

À Bruxelles, le recours aux soins de santé est plus faible qu'en Flandre. À l'évidence, les gens ne parviennent pas à trouver le bon prestataire de soins, ce que déplore l'intervenant. La réforme de l'État doit tenir compte de cette situation et prévoir les ressources et la solidarité nécessaires à cet effet.

Le mécanisme de solidarité peut être instauré entre les personnes ou entre les Communautés. Les deux approches peuvent se justifier. Il faudra de toute façon accorder une part de responsabilité aux Communautés, ce qui requiert une plus grande autonomie financière et fiscale des Communautés. En outre, un système de solidarité qui tient compte de la capacité financière, sociale et sociétale des autres régions de notre pays reste une nécessité absolue.

M. Anciaux prône une politique de santé diversifiée qui soit proche du citoyen. C'est pourquoi elle ne peut pas demeurer dans le giron de la seule autorité fédérale. La diversité dans la politique doit être garantie.

En attribuant toutes les compétences en matière de santé et de soins aux Communautés, on pourrait mettre un terme à la situation absurde que nous connaissons aujourd'hui, avec nos neuf ministres compétents pour les soins de santé et nos vingt-huit ministres compétents pour des aspects liés aux drogues. Il restera alors deux acteurs majeurs, qui pourront collaborer plus facilement, par exemple pour coordonner les politiques et les actions à mener en cas de pandémies. La coopération avec le niveau européen s'en trouvera aussi améliorée. Elle fait souvent défaut aujourd'hui, surtout lorsqu'il est question de donner un rôle plus important à l'Europe, par exemple dans la politique des médicaments.

Si l'on organise les soins de santé à partir des Communautés, on aura un défi à résoudre en ce qui concerne Bruxelles. Les deux Communautés ont un rôle et une responsabilité majeurs à assumer vis-à-vis de leur capitale, y compris sur le plan financier. L'intervenant espère

zoals een vorige spreker zei, geïntegreerd worden, en daartoe moeten alle bevoegdheden volgens de heer Anciaux in handen komen van de Gemeenschappen.

Hoe kan men zulk systeem uitbouwen waarbij ook de solidariteit een uitgangspunt is en blijft? Vooruit meent immers dat solidariteit essentieel is. Geen van de deelgebieden of de Gemeenschappen heeft er belang bij dat een andere Gemeenschap zodanig grote noden kent dat de armoede er alleen maar toeneemt.

In Brussel wordt er in verhouding tot Vlaanderen heel weinig gebruik gemaakt van de gezondheidszorg. Blijkbaar vinden de mensen de weg niet naar de juiste zorgverstrekker. Dat doet spreker pijn. De Staatshervorming moet rekening houden met die situatie, en er middelen en solidariteit voor inbouwen.

Het solidariteitsmechanisme kan interpersoonlijk verlopen of tussen de Gemeenschappen worden ingezet. Voor beide benaderingen valt iets te zeggen. In elk geval moet het een stuk verantwoordelijkheid geven aan de Gemeenschappen. Dat pleit dan weer voor meer eigen financiële en fiscale autonomie van de Gemeenschappen. Daarnaast blijft een solidariteitssysteem dat rekening houdt met de financiële, maatschappelijke en sociale draagkracht van andere gebieden in ons land absoluut noodzakelijk.

De heer Anciaux pleit voor een divers gezondheidsbeleid dat dicht bij de burger staat. Daarom kan het voor hem niet in één hand behouden blijven op het federale niveau. De diversiteit in het beleid moet alle kansen krijgen.

Als men alle bevoegdheden voor zorg en gezondheid aan de Gemeenschappen geeft, verdwijnt de absurde situatie van vandaag, waar er bijvoorbeeld negen ministers bevoegd zijn voor gezondheidszorg, en achtentwintig ministers voor druggerelateerde aspecten. Er zullen twee grote spelers overblijven, die makkelijker zullen kunnen samenwerken, om bijvoorbeeld bij pandemieën het beleid en de acties af te stemmen. Ook de link naar het Europese niveau verbetert. Tot op heden schoot die link vaak tekort, met name waar het erom gaat Europa een belangrijkere rol toe te bedelen, bijvoorbeeld in het medicatiebeleid.

Als men gezondheidszorg vanuit de Gemeenschappen organiseert, vormt Brussel dé uitdaging. Beide Gemeenschappen moeten een belangrijke rol en verantwoordelijkheid opnemen ten aanzien van hun hoofdstad, ook financieel. Spreker hoopt dat de band

que le lien entre la Flandre et Bruxelles, mais aussi et surtout la générosité de la Communauté flamande, perdureront. Pour l'instant, les moyens financiers sont toujours là, mais la situation est en train de changer, ce qui attriste l'intervenant.

La Communauté flamande a la possibilité – et l'utilise d'ailleurs déjà – d'organiser un hôpital très performant où chacun peut recevoir des soins. M. Anciaux aimerait que les établissements de soins soient ouverts à tous et n'aient pas à faire un tri entre les patients. Pourquoi la Flandre n'organiserait-elle pas des centres de soins à Bruxelles où l'on pourrait recevoir des soins dans sa propre langue, ce qui serait une concrétisation essentielle de la vision holistique centrée sur la personne, telle que mentionnée plus haut? La Communauté française devrait aussi pouvoir le faire.

Bruxelles en tant qu'entité peut encore faire des choses elle-même, mais plus, selon le membre, par l'entremise de la Commission communautaire commune.

Les dix-neuf communes, avec leurs CPAS respectifs, sont vraiment dépassées. Une simplification de ces structures est absolument nécessaire, et l'intervenant espère que l'on finira par l'admettre par-delà les frontières linguistiques et de parti. Si les dix-neuf communes fusionnent pour former une capitale forte, cette dernière sera bien placée pour prendre, avec le soutien des Communautés, des initiatives qui tiennent compte des caractéristiques socioéconomiques et culturelles spécifiques des quartiers. On pense à cet égard aux maisons médicales. Les Communautés pourraient également les développer, mais les maisons médicales organisées à partir de la ville de Bruxelles seraient un renfort bienvenu en l'absence de médecins généralistes et surtout de médecins généralistes bilingues.

M. Anciaux estime qu'une politique de santé efficace peut – et doit même – avoir un prix. Les considérations financières ne sauraient constituer un argument décisif. L'argent public doit être alloué aux soins de santé sur la base du principe de solidarité, mais en tenant compte des spécificités, des différentes visions culturelles qui existent.

Le respect de la législation linguistique est également l'un des éléments-clés. Ainsi, il est inacceptable de dispenser des soins à une personne sans pouvoir s'entretenir avec elle.

La Belgique implosera si Bruxelles ne devient pas la capitale au sens propre du terme, la ville qui vit dans l'esprit des différentes Communautés, de tous les

van Vlaanderen met Brussel, maar vooral ook de edelmoedigheid van de Vlaamse Gemeenschap behouden blijft. Vooralsnog blijven er wel financiën, maar het hart begint te ontbreken en dat doet hem pijn.

De Vlaamse Gemeenschap heeft de mogelijkheid – en dat doet ze trouwens al – om een zeer goed draaiend ziekenhuis te organiseren waar iedereen zorg kan krijgen. De heer Anciaux wil dat de zorginstellingen open staan voor iedereen, en niet moeten kiezen voor wie ze toegankelijk zijn. Waarom zou Vlaanderen geen zorgcentra in Brussel organiseren waar men terecht kan in zijn eigen taal, als een wezenlijke realisatie van de eerder vermelde persoonsgebonden, holistische visie? Ook de Franse Gemeenschap moet dat kunnen doen.

Brussel als entiteit kan zelf nog zaken doen, maar dat hoeft volgens het lid niet te gebeuren door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

De negentien gemeenten, met bijbehorende OCMW's, zijn echt niet meer van deze tijd. Een vereenvoudiging van deze structuren is absoluut noodzakelijk, en spreker hoopt dat dit over de taalgrenzen en de partijgrenzen heen eindelijk wordt erkend. Als de negentien gemeenten fuseren tot een sterke hoofdstad, dan is die hoofdstad perfect geplaatst om met steun vanuit de Gemeenschappen initiatieven te nemen die zich richten op de specifieke sociaal-economische en culturele kenmerken van de wijken, zoals wijkgezondheidscentra. De Gemeenschappen kunnen die ook ontwikkelen, maar wijkgezondheidscentra die vanuit de stad Brussel worden georganiseerd zouden bij gebrek aan huisartsen, en vooral tweetalige huisartsen, een welkome versterking vormen.

De heer Anciaux vindt dat een goed gezondheidsbeleid iets mag en ook moet kosten. Kostprijsoverwegingen mogen geen doorslaggevend argument zijn. Het overheidsgeld moet aan de gezondheidszorg worden toegekend op basis van het solidariteitsprincipe moet wel rekening gehouden worden, zoals gezegd, met de specificiteit, met de verschillende culturele invullingen die er bestaan.

Ook het respect voor de taalwetgeving vormt een van de sleutelementen. Bij uitstek in de gezondheidszorg is het onaanvaardbaar dat mensen worden opgenomen waar men gewoon geen gesprek mee kan of wil voeren.

België zal uiteenvallen als Brussel niet de hoofdstad in de letterlijke zin wordt, de stad die in het hoofd zit van de verschillende Gemeenschappen, van alle mensen in

habitants de ce pays, Flamands comme francophones, et pas seulement dans l'esprit d'une élite. L'intervenant préconise de faire tout ce qui est possible dans ce pays, et notamment dans la capitale, pour enfin mettre en œuvre, après soixante ans, l'une des lois fondamentales de ce pays qui est fondée sur le respect.

Une politique de santé efficace exige le respect de la personnalité des personnes. M. Anciaux lance un appel afin d'œuvrer ensemble dans ce sens.

Mme Fonck commence par jeter un pavé dans la mare: ce que la commission a fait jusqu'à présent ne constitue même pas un début d'évaluation de l'incidence des différentes réformes institutionnelles sur la politique des soins de santé. Ce point de vue a d'ailleurs été très clairement exprimé par l'INAMI, l'UNESSA, le *Zorgnet-Icuro* et les mutualités. Une évaluation doit se faire sur la base des objectifs des politiques, à l'aide de critères d'évaluation, de comparaisons de scénarios possibles, autant de choses qui, en l'occurrence, sont totalement absentes.

Le cdH ne peut donc pas se satisfaire de cette pseudo-évaluation qui ne saurait en aucun cas justifier, par exemple, les décisions prises en matière de régionalisation des soins de santé dans l'accord de gouvernement.

Mme Fonck peut en tout cas dresser des constats implacables sur les conséquences des réformes institutionnelles successives dans le domaine de la santé. Le recul a été très clair en ce qui concerne la santé des patients. C'est notamment le cas dans le domaine de la santé mentale, de l'accessibilité financière et du maximum à facturer, les aspects communautarisés lors de la sixième réforme de l'État n'étant plus intégrés dans les dépenses prises en compte pour le maximum à facturer. Le recul concerne également les acteurs de la santé. L'intervenante dénonce singulièrement la complexité, la lourdeur administrative et la démultiplication des réunions et interactions nécessaires. Enfin, le recul se fait sentir dans la gouvernance en matière de politiques de la santé. Elle en veut pour preuve les échanges incessants entre les neuf ministres de la santé, le retard dans la prise de décisions, etc., au point que l'infectiologue Erika Vlieghe a qualifié cette situation, dans un entretien à la RTBF, de *killing factor* dans la gestion de la crise de la Covid-19.

La députée épingle par ailleurs les surcoûts structurels engendrés par la multiplication des niveaux de pouvoir.

dit land, van de Vlamingen én de Franstaligen, en niet alleen in het hoofd van een elite. Spreker pleit ervoor om in dit land en vooral in de hoofdstad alles in het werk te stellen om een van de fundamentele wetten in dit land die gebaseerd zijn op respect, na zestig jaar uit te voeren.

Een goed gezondheidsbeleid vereist respect voor de persoonlijkheid van mensen. De heer Anciaux roept op daar samen werk van te maken.

Mevrouw Fonck gooit om te beginnen een knuppel in het hoenderhok: wat de commissie tot nu toe heeft gedaan is zelfs nog geen begin van een evaluatie van de impact van de verschillende institutionele hervormingen op het gezondheidszorgbeleid. Dat standpunt werd ook duidelijk ingenomen door het RIZIV, UNESSA, Zorgnet-Icuro en de ziekenfondsen. Een evaluatie moet gebeuren op basis van beleidsdoelstellingen, met behulp van evaluatiecriteria, vergelijkingen van mogelijke scenario's, allemaal zaken die in dit geval totaal ontbreken.

Voor het cdH volstaat deze pseudo-evaluatie niet, die bijvoorbeeld de beslissingen over de regionalisering van de gezondheidszorg in het regeerakkoord geenszins kan verantwoorden.

Spreekster kan in ieder geval vreselijke vaststellingen maken over de gevolgen van de opeenvolgende institutionele hervormingen in de gezondheidszorg. De achteruitgang voor de gezondheid van de patiënt is overduidelijk. Dat is meer bepaald het geval voor de mentale gezondheid, de financiële toegankelijkheid en de maximumfactuur, aangezien de gecommunautariseerde aspecten van de zesde Staatshervorming niet meer geïntegreerd zijn in de uitgaven die in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur. De achteruitgang heeft ook betrekking op de gezondheidswerkers. Spreekster klaagt in het bijzonder de complexiteit aan, de administratieve last en het groot aantal vergaderingen en interacties die vereist zijn. Tot slot wordt die achteruitgang ook gevoeld in het beheer van het gezondheidsbeleid. Bewijs daarvan zijn de niet-aflatende uitwisselingen tussen de negen ministers van Volksgezondheid, de vertraging in de besluitvorming, enz., zozeer zelfs dat virologe Erika Vlieghe, in een interview met de RTBF, die situatie bestempelde als de *killing factor* in het beheer van de COVID-19-crisis.

Spreekster stipt vervolgens de structurele meerkosten aan die ontstaan door de veelvoud aan overheden.

Paradoxalement, alors que d'autres pays essaient de travailler ensemble, pour être plus efficaces, en Belgique, certains croient pouvoir faire mieux en multipliant les autorités compétentes. Ceux-là reprochent alors à l'Europe de ne pas coordonner assez l'action de ses États membres, aux hôpitaux de ne pas travailler suffisamment en réseau et, après avoir régionalisé la compétence, suggèrent de créer de nouvelles structures afin de recentraliser des politiques tout juste régionalisées.

Sur la base de ce constat, le cdH formule trois recommandations. Il invite à:

1. procéder, avec rigueur et méthode, à une véritable évaluation scientifique des conséquences des différentes réformes institutionnelles dans le domaine de la santé, à la fois sur les patients et sur les acteurs, en associant à la réflexion les acteurs de la santé et les associations représentatives des patients;

2. développer une vision de la santé publique à court, moyen et long termes, attentive à l'accessibilité – notamment financière – à la qualité des soins, à l'efficience, à la solidarité interpersonnelle – et non une solidarité entre niveaux de pouvoir –, à la cohérence, à une approche beaucoup plus intégrée des soins, évitant de mettre en place des sous-nationalités, particulièrement à Bruxelles, et veillant à la libre circulation;

3. aller vers une refédéralisation des soins de santé. Le cdH est persuadé que cette refédéralisation offrira bien plus d'avantages que d'inconvénients et qu'elle va dans le sens des vœux des citoyens. Il faut sortir du dogmatisme régional, qui s'appuie avant tout sur une stratégie participative, pour protéger les patients et la santé de tous les citoyens.

Pour terminer, Mme Fonck revient sur les déclarations des collègues qui réclament des soins au plus près du patient. Selon elle, les Régions ne sont pas plus proches des patients que l'autorité fédérale. Ce ne sont ni les Régions, ni les niveaux de pouvoir, ni la politique qui définissent la proximité du patient, mais bien les soignants! Ce sont eux qui permettront d'offrir aux patients la meilleure qualité de soins possible et les soins les plus accessibles.

M. Loones a souvent entendu les mêmes recommandations au cours des auditions: s'appuyer sur les faits, écouter les experts, mettre le patient au centre des préoccupations, opter pour des soins de qualité, etc. Il a

Terwijl andere landen proberen samen te werken om efficiënter te zijn, denken sommigen in België vreemd genoeg dat ze er beter aan doen het aantal bevoegde overheden uit te breiden. Die verwijten Europa dan dat het het optreden van de lidstaten onvoldoende coördineert, ze verwijten de ziekenhuizen dat ze niet voldoende in netwerkverband werken en zodra de bevoegdheid geregionaliseerd is, suggereren ze de oprichting van nieuwe structuren om het beleid dat net geregionaliseerd is, opnieuw te centraliseren.

Op basis van die vaststelling formuleert het cdH drie aanbevelingen. Het verzoekt om:

1. nauwkeurig en methodisch een echte wetenschappelijke evaluatie te maken van de gevolgen van de verschillende institutionele hervormingen inzake gezondheidszorg, zowel voor de patiënten als voor de actoren, waarbij de actoren uit de gezondheidszorg en de patiëntenverenigingen worden betrokken bij deze denkoefening;

2. een korte-, middellange- en langetermijnvisie over volksgezondheid te ontwikkelen, met aandacht voor de toegankelijkheid – meer bepaald financiële toegankelijkheid – de kwaliteit van de zorg, de efficiëntie, de interpersoonlijke solidariteit – en niet de solidariteit tussen de overheidsniveaus –, samenhang, een veel meer geïntegreerde aanpak van de zorg, waarbij subnationaliteiten, in het bijzonder in Brussel, moeten worden vermeden en het vrije verkeer moet worden gewaarborgd;

3. naar een herfederalisering van de gezondheidszorg te gaan. Het cdH is ervan overtuigd dat deze herfederalisering veel meer voordelen dan nadelen zal opleveren en beantwoordt aan de wensen van de burger. Om de patiënten en de gezondheid van alle burgers te beschermen, moet worden afgestapt van het regionale dogmatisme, dat vooral gestoeld is op een participatieve strategie.

Tot slot komt spreekster terug op de verklaringen van de collega's die pleiten voor zorg die dicht bij de patiënt staat. Volgens haar staan de Gewesten niet dicht bij de patiënt dan de federale overheid. Het zijn niet de Gewesten, noch de overheidsniveaus, noch de politiek die de nabijheid van de patiënt bepalen, maar de zorgverleners! Zij zullen de patiënten de best mogelijke kwaliteit van zorg en de meest toegankelijke zorg bieden.

De heer Loones heeft tijdens de hoorzittingen vaak dezelfde aanbevelingen gehoord: vertrekken van feiten, luisteren naar de deskundigen, de patiënt moet centraal staan, kiezen voor een goede zorg, enz. Hij heeft echter

toutefois l'impression que les orateurs visent des réalités différentes, même s'ils utilisent les mêmes mots. Il lui paraît dès lors important d'avoir des échanges de vues comme celui-ci, qui permettent à chacun de s'expliquer plus en détail.

Les questions de M. Loones portent sur les trois aspects suivants:

- qu'entend-on exactement par des soins de qualité?
- comment le financement des soins doit-il être assuré?
- comment organiser des soins de qualité à et pour Bruxelles? M. Vanlouwe reviendra sur cette question.

Qu'entend-on par des soins de qualité? Selon M. Loones, deux grandes tendances se distinguent parmi les orateurs et certainement aussi parmi les experts.

Pour un certain nombre d'orateurs, des soins de qualité sont des soins identiques à un prix identique. Les mêmes soins devraient donc être proposés au même prix en Flandre et en Wallonie et des «obligations de soins» identiques devraient être applicables. D'autres orateurs définissent des soins de qualité comme les meilleurs soins adaptés au patient ou comme les soins dont a besoin un patient spécifique. Ce sont des approches totalement différentes.

En tant que responsables politiques, les membres de la commission ont pour mission de débattre du choix du critère utilisé pour définir des soins de qualité, qui sera déterminant pour les choix organisationnels à poser sur le plan institutionnel. Si l'on opte pour le principe des meilleurs soins adaptés au patient, on se ralliera logiquement au principe de la subsidiarité. L'intervenant partage en grande partie la vision de Mme Fonck et de Mme Depoorter selon laquelle le système doit être élaboré à partir de la base: qu'est-il possible d'organiser localement, quelles sont les choses qui doivent être organisées à une échelle supérieure et en quoi cela influence-t-il le financement?

En ce qui concerne le financement, M. Loones a l'impression que le débat sur la santé, comme à vrai dire tout débat parlementaire, se double désormais d'un débat sur les questions de financement et de solidarité. Le débat sur la redistribution concerne non seulement les finances dans leur ensemble, mais se pose également dans chaque domaine de compétence spécifique.

L'intervenant n'est pas opposé à la tenue de débats consacrés à la redistribution. Il trouve important que les

de indruk dat, hoewel de sprekers dezelfde woorden gebruiken, ze er toch een andere inhoud aangeven. Daarom vindt hij gedachtewisselingen als deze belangrijk, waarbij iedereen zich nader kan verklaren.

De vragen van de heer Loones betreffen drie clusters:

- wat is goede zorg precies?
- hoe moet de zorg gefinancierd worden?
- hoe organiseer je goede zorg in en voor Brussel? Hier zal de heer Vanlouwe op ingaan.

Wat is goede zorg? De heer Loones ontwaart bij de sprekers, en zeker bij de deskundigen, twee grote strekkingen.

Voor een aantal sprekers staat goede zorg gelijk aan dezelfde zorg voor dezelfde prijs. In Vlaanderen en Wallonië zou dus dezelfde zorg aan dezelfde prijs beschikbaar moeten zijn, en zouden er identieke «zorgplichten» moeten gelden. Andere sprekers definiëren goede zorg als de beste zorg op maat van de patiënt, of de zorg die een specifieke patiënt nodig heeft. Dat is een heel andere invalshoek.

Als politici hebben de commissieleden de taak het debat te voeren over de keuze van het criterium voor goede zorg, dat bepalend zal zijn voor de organisatorisch-institutionele keuzes. Als men kiest voor het principe «de beste zorg op maat van de patiënt», sluit men zich logischerwijs aan bij het principe van de subsidiariteit. Spreker sluit zich in grote mate aan bij de stelling van mevrouw Fonck en mevrouw Depoorter dat we het systeem van onderuit moeten opbouwen: wat kan er lokaal gebeuren, waar moet er worden opgeschaald, en hoe beïnvloedt dat de financiering.

Wat de financiering betreft, heeft de heer Loones de indruk dat het gezondheidsdebat, en eigenlijk elk debat in het parlement, ook een debat over financierings- en solidarisering is geworden. De discussie over herverdeling betreft zo niet alleen het geheel van de financiën, maar speelt ook binnen elk specifiek bevoegdheidsdomein.

Spreker heeft geen probleem met zulke herverdelingsdebatten. Hij vindt het belangrijk dat mensen die hulp

personnes qui ont besoin d'une aide puissent la recevoir d'une manière appropriée, afin que tout le monde en sorte renforcé.

Il convient toutefois de s'interroger sur la meilleure manière de le faire. Selon M. Anciaux, on peut procéder soit au sein du système de soins soit dans un cadre intercommunautaire. M. Loones souligne que le second *modus operandi* permet de garantir et de financer des soins sur mesure, tout en donnant à chaque Communauté la liberté d'organiser les soins sur mesure comme elle l'entend.

M. Loones invite dès lors chacun et chacune à se demander si la solidarité sur laquelle s'appuie le système de soins doit aussi opérer au sein des soins proprement dits. Ou peut-elle également être assurée par le biais du financement, ce qui permettrait une approche subsidiaire?

M. Vanlouwe partage l'avis de M. Anciaux en ce qui concerne Bruxelles.

Il a remarqué que la situation de Bruxelles a souvent été abordée lors des auditions. Il remercie M. Anciaux d'avoir souligné à plusieurs reprises l'importance des deux Communautés à Bruxelles. Il partage la vision selon laquelle Bruxelles englobe deux Communautés fortes qui doivent chacune pouvoir accorder une attention au patient, en apportant leurs propres accents et en assumant leurs propres responsabilités.

M. Vanlouwe doit malheureusement décevoir les collègues d'Ecolo et du PTB, qui présentent subitement le système bruxellois comme un idéal et une sorte de laboratoire pour les soins de santé fédéraux. Pour les néerlandophones, la situation à Bruxelles n'a cependant rien d'idéal: s'ils veulent bénéficier de soins de qualité dans leur langue, ils doivent toujours chercher des prestataires de soins aptes et disposés à parler leur langue. Cela vaut pour les médecins généralistes, mais assurément aussi pour les hôpitaux.

La Belgique est dotée de très bonnes lois linguistiques, mais celles-ci restent lettre morte. Les patients néerlandophones n'ont pas les mêmes droits et possibilités que les patients francophones à Bruxelles.

C'est pourquoi l'intervenant demande des garanties concernant les soins dispensés en néerlandais à Bruxelles. Pendant les auditions, plusieurs experts ont d'ailleurs souligné que c'était une nécessité absolue. Si l'on a également la volonté de mettre le patient néerlandophone au cœur des préoccupations au sein

nodig hebben, deze hulp op een gepaste manier krijgen, zodat iedereen daar sterker van wordt.

De vraag is wel: hoe gebeurt dat het beste? Volgens de heer Anciaux kan dat op twee manieren gebeuren: binnen het systeem van de zorg, of tussen Gemeenschappen onderling. De heer Loones stelt dat de tweede manier toelaat zorg op maat te garanderen en te financieren, en tegelijkertijd aan elke Gemeenschap de vrijheid gunt om de zorg op maat in te vullen.

De heer Loones nodigt daarom iedereen uit na te denken over de volgende vraag: moet de solidariteit waar het zorgsysteem op steunt, ook opereren binnen de zorg zelf? Of kan die ook via de financiering verlopen, wat een subsidiaire aanpak mogelijk zou maken?

De heer Vanlouwe sluit zich aan bij wat de heer Anciaux over Brussel gezegd heeft.

Het valt hem op hoe vaak het tijdens de hoorzittingen over Brussel ging. Spreker is collega Anciaux dankbaar dat hij het belang van de twee Gemeenschappen in Brussel meermaals heeft benadrukt. Hij deelt de visie dat Brussel twee sterke Gemeenschappen omvat, die elk aandacht voor de patiënt moeten kunnen bieden, met eigen accenten en met een eigen verantwoordelijkheid.

De collega's van Ecolo en PTB, die het systeem in Brussel plots als een ideaal voorstellen, en als een soort laboratorium voor de federale gezondheidszorg, moet de heer Vanlouwe echter, helaas, teleurstellen. Voor wie Nederlandstalig is, is de situatie in Brussel absoluut niet ideaal. Voor hen vergt goede zorg, in de eigen taal, altijd een zoektocht naar zorgverleners die hun taal willen en kunnen spreken. Dat geldt voor de huisartsen, maar zeker ook voor de ziekenhuizen.

België heeft heel goede taalwetten, maar men legt die gewoon naast zich neer. Nederlandstalige patiënten hebben in Brussel niet dezelfde rechten en mogelijkheden als Franstalige.

Daarom vraagt het lid om waarborgen voor de Nederlandstalige zorg in Brussel. Tijdens de hoorzittingen stelden ook meerdere deskundigen dat die absoluut noodzakelijk zijn. Als men ook de Nederlandstalige patiënt centraal wil stellen in de hoofdstad van België met zijn twee Gemeenschappen, welke waarborgen

de la capitale belge et des deux Communautés qui la composent, quelles garanties ceux qui prétendent aimer la Belgique veulent-ils donner à ce patient?

Mme Groothedde souligne qu'alors que nous entrons dans la troisième année de la crise pandémique, 490 000 Belges sont malades de longue durée ou ne sont pas en état de travailler.

Une réforme de l'État a à cet égard beaucoup plus d'impact que ne l'imaginent la plupart des gens. Les soins, le bien-être et la santé, particulièrement pour les personnes vulnérables, ont déjà constitué un point faible lors des précédentes réformes de l'État. La complexité et l'importance du secteur non marchand sont souvent sous-estimées.

La collègue de l'intervenante, Mme Masai, a commenté un certain nombre de préoccupations techniques et de fond concernant la répartition des compétences. M. Loones a fait remarquer à juste titre que certains termes étaient utilisés dans des sens différents. Mme Groothedde aimerait essayer de clarifier les choses à partir d'une vision fondamentalement verte et solidaire.

Selon l'intervenante, l'observation selon laquelle le secteur se sent souvent peu écouté doit être mieux entendue qu'elle ne l'est aujourd'hui. Plusieurs experts ressentent les décisions politiques comme du volontarisme: on donne la primauté au politique, mais ce sont les acteurs de terrain qui en subissent les répercussions.

La question de savoir comment assurer les meilleurs soins aux personnes dans une proximité avec elles devrait être un fil conducteur lors des prochaines réformes. Cela n'a pas toujours été le principe de base, comme en témoigne, par exemple, la surcharge constante des acteurs de soins. Différents experts ont signalé être toujours occupés à la mise en œuvre de la précédente réforme de l'État, alors qu'ils doivent aussi en même temps chercher des solutions inventives pour lutter contre la pandémie. Il est de ce fait extrêmement difficile d'objectiver toutes les conséquences de la précédente réforme de l'État.

Pour pouvoir évaluer l'impact des précédentes réformes de l'État sur les soins, le bien-être et la santé, il faut démêler différents nœuds.

Un tel nœud existe lorsque la répartition des compétences entrave la dispensation de soins de qualité. C'est le cas, par exemple, en ce qui concerne la prévention de la santé, qui est une compétence des Communautés.

willen diegenen die beweren te houden van België, die patiënt dan bieden?

Volgens mevrouw Groothedde zijn bij het intreden van het derde jaar van de pandemische crisis 490 000 Belgen langdurig ziek of niet in staat om te werken.

Een Staatshervorming heeft in dat opzicht veel meer invloed dan de meeste mensen vermoeden. Zorg, welzijn en gezondheid, vooral voor kwetsbare mensen, vormen al een knelpunt bij de vorige Staatshervormingen. De ingewikkeldheid en het belang van die «zachte» sector werd vaak niet naar waarde geschat.

Haar collega, mevrouw Masai, heeft een aantal technische en inhoudelijke bezorgdheden bij de bevoegdheidsverdeling toegelicht. De heer Loones merkte terecht op dat bepaalde woorden een verschillende invulling kunnen krijgen. Mevrouw Groothedde wil proberen hierover duidelijkheid te geven vanuit een bij uitstek groene en solidaire visie.

Spreekster vindt dat de bedenking dat de sector zelf zich vaak weinig gehoord voelt, meer gehoor moet krijgen. Meerdere deskundigen ervaren de politieke beslissingen als voluntarisme: het primaat is voor de politiek, maar de repercussies voor de mensen op het terrein.

Bij volgende hervormingen moet de vraag hoe de beste zorg te leveren aan en dicht bij de mensen, een leidraad vormen. Dat was in het verleden niet altijd het uitgangspunt, wat nu bijvoorbeeld blijkt uit de aanslepende overbelasting van de zorgactoren. Verschillende deskundigen hebben aangegeven dat die ook vandaag nog bezig zijn met de uitrol van de vorige Staatshervorming, terwijl ze tegelijk inventieve oplossingen moeten zoeken ter bestrijding van de pandemie. Daardoor is het nog zeer moeilijk om alle gevolgen van de voorbij Staatshervormingen te objectiveren.

De evaluatie van de impact van de vorige Staatshervormingen op zorg, welzijn en gezondheid vergt dat verschillende knopen ontward worden.

Zo'n knoop bestaat waar de bevoegdheidsverdeling goede zorg in de weg zit. Dat geldt bijvoorbeeld voor de gezondheidspreventie, een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Waarom zou Vlaanderen investeren

Pourquoi la Flandre investirait-elle dans la prévention si c'est l'autorité fédérale qui en recueille les bénéfices? Mme Groothedde trouve que c'est une manière de penser qui est irresponsable et perverse. La prévention constitue l'un des grands points faibles de notre système de santé, par ailleurs bien développé. Les personnes confrontées à une grande précarité sanitaire ne peuvent pas être laissées pour compte. Des soins préventifs axés sur la proximité et le facteur humain doivent absolument être renforcés, d'une manière solidaire et non pénalisante.

Par ailleurs, la concertation est problématique. Il est indispensable de se concerter sur les problèmes qui présentent un caractère transversal, mais la nécessité de se concerter découle aussi du fait que les soins et la santé ignorent les frontières linguistiques ou régionales.

Mme Groothedde précise que, contrairement à ce que M. Vanlouwe prétend, son groupe ne dit pas qu'à Bruxelles, tout est parfait sur le plan des soins de santé. Mais si un modèle prenait la capitale comme point de départ et tenait compte de la complexité mais aussi de la spécificité et de la richesse d'une ville cosmopolite concentrant toutes les spécificités du pays, il serait opérationnel partout. Tels sont les propos exacts de Mme Masai, auxquels l'intervenante déclare adhérer sans réserve.

Il y a quelques difficultés à Bruxelles en ce qui concerne les soins de santé et de bien-être. Ainsi, l'assurance maladie est obligatoire en Flandre alors qu'elle est facultative pour les Bruxellois. Mme Groothedde considère qu'en l'espèce, c'est non pas Bruxelles mais la Communauté flamande qui abandonne les Bruxellois à leur sort. Il en résulte qu'à Bruxelles, les personnes vulnérables ne sont pas assez protégées ni leurs droits suffisamment garantis et que les établissements de soins flamands sont trop sollicités et reçoivent trop peu de soutien.

Le lien entre Bruxelles et la Flandre ainsi qu'entre Bruxelles et la Wallonie doit être préservé, non seulement parce que le multiculturalisme, le multilinguisme et les institutions de Bruxelles doivent être protégés, mais aussi parce qu'il est impossible, s'agissant des soins et de la santé, de tracer des frontières sur une carte.

La vision qui repose sur le bilinguisme est simpliste. Bruxelles est une ville plurilingue et multiculturelle. La plupart des enfants nés à Bruxelles parlent en pratique plusieurs langues. Les Flamands se présentent en nombre à l'UZ Brussel et les Wallons aussi sont nombreux à se rendre dans la capitale pour s'y faire soigner. C'est le cas aussi pour des navetteurs et même des citoyens d'autres pays européens.

in preventie als de opbrengsten naar de federale overheid gaan? Mevrouw Groothedde vindt dat een onverantwoordelijke en perverse manier van denken. Preventie vormt één van de grote zwaktes in ons overigens goed uitgebouwd gezondheidsstelsel. Mensen die een grote gezondheidsarmoede ervaren, mogen daarvan niet de dupe zijn. Buurtgerichte, menselijk en nabije preventieve zorg moet absoluut worden versterkt, op een solidaire en niet-penaliserende manier.

Ook het overleg vormt een pijnpunt. Overleg is onmisbaar bij overkoepelende problemen, maar ook omdat zorg en gezondheid niet stoppen aan taalgrenzen of regionale grenzen.

Mevrouw Groothedde weerlegt de aantijging van de heer Vanlouwe als zou haar fractie beweren dat in Brussel de zorgverlening perfect draait. Als men echter een model ontwikkelt dat de hoofdstad als uitgangspunt neemt, met de complexiteit, maar ook de eigenheid en rijkdom van een kosmopolitische stad waarin alle specifieke eigenschappen van het land samenkomen, dan zal dat model overal werken. Dát was de stelling van mevrouw Masai, waarbij spreekster zich volmondig aansluit.

Bepaalde knelpunten in de welzijns- en gezondheidszorg worden in Brussel op scherp gesteld. Zo is de zorgverzekering in Vlaanderen verplicht; voor de Brusselaar is ze optioneel. Volgens mevrouw Groothedde laat niet Brussel, maar de Vlaamse Gemeenschap de Brusselaar op dit punt in de steek. Het zorgt voor onderbescherming en gebrekkige rechten voor kwetsbare mensen, maar ook voor overbevraging en te weinig ondersteuning bij de Vlaamse instellingen in Brussel.

De band tussen Brussel en Vlaanderen én tussen Brussel en Wallonië moet behouden blijven, omdat de multiculturaliteit, de meertaligheid en de instellingen in Brussel beschermd moeten worden, maar ook omdat de grenzen van zorg en gezondheid niet op de kaart aan te duiden zijn.

De visie die uitgaat van tweetaligheid is simplistisch. Brussel is meertalig en multicultureel. De meeste kinderen die in Brussel geboren worden zijn in de praktijk meertalig. Bijzonder veel Vlamingen zijn welkom in het UZ Brussel; talrijke Walen zoeken gezondheidszorg in de hoofdstad. Honderdduizenden pendelaars en vele inwoners uit andere Europese landen doen er een beroep op gezondheidszorg.

Ecolo-Groen se réjouit donc que de nombreux spécialistes aient plaidé en faveur d'une forte solidarité interpersonnelle. Les personnes en situation de pauvreté ne sont pas sur un pied d'égalité avec les autres quand il s'agit d'avoir accès aux soins, au bien-être et à la santé. Lorsqu'on définit la répartition des compétences et le financement, il faut privilégier l'empathie et la prévention, dans l'intérêt de chacun et de chaque Communauté. C'est une approche judicieuse sur les plans humain et économique.

Nous sommes à un moment charnière en ce sens que chaque être humain doit apporter sa pierre pour enrichir et renforcer notre société. Les talents de chacun sont notre richesse humaine et économique. En cette période de pénurie de main-d'œuvre dans le secteur des soins et du bien-être, il est important de veiller à les développer durablement.

M. Eerdekens déplore que, malgré le caractère très compliqué du débat relatif à la politique des soins de santé, le propos de certains se limite à des «il n'y a qu'à», en faveur de solutions miracle.

Dans les années 1990 et au début des années 2000, il savait expliquer ce qu'étaient les matières personnalisables, mais depuis la dernière réforme de l'État et le chevauchement des compétences, tantôt au niveau des entités régionales, tantôt au niveau des entités communautaires, le sens de ces termes est devenu plus flou.

Quoi qu'il en soit, le débat porte sur la santé et pas seulement sur la communautarisation, la régionalisation ou la fédéralisation. En effet, quelle que soit l'option choisie, qui pourrait affirmer qu'elle aurait été la meilleure dans le cadre de la pandémie? En Italie, la politique hospitalière est ultra-régionalisée et ce fut la catastrophe. En Espagne, qui est aussi un État régionalisé, les choses ont également été compliquées. Dans un État jacobin et centralisé comme la France, des décisions ont été prises pour régionaliser les mesures sanitaires. Il est difficile de dire si une solution est meilleure qu'une autre. L'objectif est de s'efforcer d'améliorer le volet préventif, l'accès aux soins et la première ligne. M. Eerdekens en a déjà parlé lorsqu'il a évoqué les bassins de vie.

On peut, certes, débattre de tout, mais les difficultés inhérentes à cette pandémie ne sont pas uniquement dues à la répartition des pouvoirs et des compétences. L'interaction, la concertation entre les différents niveaux de pouvoir est également très importante. À cet égard, M. Eerdekens perçoit deux tendances. D'une part, on suit une logique de droit international, où les débats seraient basés sur la souveraineté de chaque Région. Or,

Ecolo-Groen is daarom verheugd dat veel specialisten hebben gepleit voor een sterke interpersoonlijke solidariteit. Mensen in armoede hebben een ongelijke toegang tot zorg, welzijn en gezondheid. Bij de uitwerking van de bevoegdheidsverdeling en de financiering moeten empathie en preventie voorrang krijgen, in het belang van iedereen en van elke Gemeenschap. Dat is menselijk en economisch verstandig.

We staan op een scharnierpunt waarbij elke mens onze samenleving moet verrijken en versterken. Talent van mensen vormt onze menselijke en economische rijkdom. In een tijd van schaarste van werkkrachten in zorg en welzijn is het belangrijk die duurzaam te ontwikkelen.

De heer Eerdekens betreurt het dat, ondanks de zeer gecompliceerde aard van het debat over het gezondheidszorgbeleid, sommigen zich beperken tot «het is gewoon een kwestie van» en de voorkeur geven aan lapmiddelen.

In de jaren negentig en het begin van de jaren 2000 kon hij uitleggen wat persoonsgebonden aangelegenheden waren, maar sinds de laatste Staatshervorming en de overlapping van bevoegdheden, de ene keer op het niveau van de Gewesten, de andere keer op het niveau van de Gemeenschappen, is de term vager geworden.

Hoe dan ook, het debat gaat over gezondheid en niet alleen over communautarisering, regionalisering of federalisering. Welke optie ook wordt gekozen, wie kan beweren dat het de beste zou zijn geweest in de context van de pandemie? In Italië is het ziekenhuisbeleid ultra-regionaal en dat was een ramp. In Spanje, dat ook een geregionaliseerde Staat is, waren de zaken ook ingewikkeld. In een gecentraliseerde, jakobijnse Staat als Frankrijk werd besloten om de gezondheidsmaatregelen te regionaliseren. Het is moeilijk te zeggen of de ene oplossing beter is dan de andere. Het doel is te proberen het preventieve aspect, de toegang tot de zorg en de eerste lijn te verbeteren. De heer Eerdekens heeft het hier reeds over gehad toen hij verwees naar de leefregio's.

Over alles valt natuurlijk te discussiëren, maar de moeilijkheden die inherent zijn aan deze pandemie zijn niet alleen te wijten aan de verdeling van de machten en de bevoegdheden. Ook de interactie en het overleg tussen de verschillende bestuursniveaus is van groot belang. De heer Eerdekens ziet in dit verband twee tendensen. Enerzijds wordt een logica van het internationaal recht gevolgd, waarbij de debatten gebaseerd zijn op de

la souveraineté régionale n'existe pas en droit international. En cas de blocage d'une entité, on n'a pas de solution. D'autre part, on suit une logique de concertation, mais on a pu constater les limites et les difficultés que rencontrent certains systèmes actuels. Dans le cadre du débat relatif à la santé, cette question de la concertation est essentielle et devrait être débattue.

Enfin, seul un parti – heureusement, et parmi les plus poujadistes – a osé avancer le stéréotype selon lequel l'absence de débat était due au fait que, du côté francophone, on avait toujours la faiblesse d'attendre une contrepartie financière. Comme le disait Audiard dans le film *Les tontons flingueurs*, «Ils osent tout, c'est à ça qu'on les reconnaît».

M. De Brabandere souhaite revenir un instant à l'accord de gouvernement, où il est précisé que le gouvernement œuvrera en faveur de l'homogénéisation des compétences en matière de soins de santé au niveau des Communautés. Or, l'intervenant a l'impression que les partis francophones de la majorité doutent de cette ambition et que l'on n'est pas pressé de mettre cela en pratique.

S'agissant de Bruxelles, les intervenants précédents ont mis le doigt sur la plaie. Si Bruxelles est en effet une ville multilingue, le néerlandais ne fait que trop rarement partie des langues qui peuvent être employées aux guichets des hôpitaux. La faute en incombe non pas aux personnes sur le terrain, mais à la politique, qui permet que les lois linguistiques soient bafouées et qu'à Bruxelles, un néerlandophone soit traité comme un citoyen de seconde zone.

M. De Brabandere se demande également pourquoi la plupart des collègues, tant du côté francophone que du côté néerlandophone, restent à ce point silencieux sur cette question ou se contentent tout au plus de l'effleurer. Or, comme le dit l'adage, qui ne dit mot consent. Il espère qu'il ne s'agit pas de cela ici.

Mme Gilson précise que pour le MR, une nouvelle réforme de l'État ne doit pas se limiter à un transfert supplémentaire de compétences en faveur des entités fédérées. La sixième réforme de l'État est loin d'avoir clarifié la répartition des compétences. Auparavant, on savait clairement quelle entité s'occupait des matières personnalisables. Force est à présent de constater que le niveau de pouvoir compétent pour une matière n'est pas toujours clair, surtout pour le citoyen.

soevereiniteit van elk Gewest. Gewestelijke soevereiniteit bestaat echter niet in het internationaal recht. Als een deelstaat geblokkeerd is, is er geen oplossing. Anderzijds wordt er een logica van overleg gevolgd, maar we hebben kunnen vaststellen met welke beperkingen en moeilijkheden sommige van de huidige systemen te kampen hebben. In het kader van het gezondheidsdebat is dit aspect van overleg van essentieel belang en moet daarover worden gedebatteerd.

Ten slotte heeft gelukkig slechts één – en wel de meest poujadistische – partij het aangedurfd het cliché naar voren te schuiven dat er geen debat is geweest omdat er van Franstalige zijde altijd maar een financiële tegenprestatie wordt verwacht. Zoals Audiard in de film *Les tontons flingueurs* zei: «Ils osent tout, c'est à ça qu'on les reconnaît».

De heer De Brabandere wil nog even terugkomen op het regeerakkoord. De regering wil, naar eigen zeggen, werk maken van de homogenisering van de bevoegdheden voor gezondheidszorg op het niveau van de Gemeenschappen. Spreker heeft echter de indruk dat de Franstalige meerderheidspartijen aan die ambitie twijfelen, en dat er geen haast is om ze in de praktijk om te zetten.

Over Brussel hebben voorgaande sprekers de vinger op de wonde gelegd. Brussel is inderdaad een meertalige stad, maar al te vaak behoort het Nederlands niet tot de talen die men aan een ziekenhuisbalie kan gebruiken. Dat is niet de schuld van de mensen in het veld, maar van de politiek, die toestaat de taalwetten met de voeten te treden en een Nederlandstalige in Brussel als een tweederangsburger te behandelen.

Ook de heer De Brabandere vraagt zich af waarom de meeste collega's, aan Franstalige, maar ook aan Nederlandstalige kant, hierover zwijgen of de kwestie slechts even aanstippen. Zwijgen is toestemmen, zo wordt gezegd. Hij hoopt dat dit hier niet het geval is.

Mevrouw Gilson preciseert dat een nieuwe Staatshervorming voor de MR niet hoeft beperkt te blijven tot een bijkomende bevoegdheidsoverdracht ten gunste van de deelstaten. De zesde Staatshervorming heeft de bevoegdheidsverdeling bij lange niet verhelderd. Voordien wist men duidelijk welke overheid voor de persoonsgebonden aangelegenheden instond. Nu moeten we vaststellen dat het niet altijd duidelijk is welk beleidsniveau voor een bepaalde aangelegenheid bevoegd is, zeker niet voor de burger.

Il conviendra d'envisager sans tabou tous les transferts de compétences susceptibles d'optimiser le fonctionnement de l'État et de mieux servir les intérêts du citoyen, en ce compris la piste d'éventuelles refédéralisations. En l'occurrence, l'objectif visé doit bien entendu être l'efficacité, la cohésion dans notre société, ainsi que la lisibilité du fonctionnement et de l'organisation de l'État. Dans la commission spéciale de la Chambre sur le Covid, il a été souligné que la distinction entre le curatif et le préventif avait été délétère à certains moments. Ce constat ne plaide ni en faveur d'une régionalisation ou d'une communautarisation, ni en faveur d'une refédéralisation, mais il permet de mieux cerner les enjeux et de prendre conscience de la nécessité d'entreprendre le débat sans tabou, en mettant le patient au centre des préoccupations, dans une approche globale de la santé et du bien-être.

L'organisation future de l'État doit viser la solidarité et la protection de l'ensemble de la population. Pour le MR, il importe que la sécurité sociale reste fédérale, car elle assure l'égalité des chances entre tous les citoyens. La philosophie libérale vise à offrir à chaque individu les possibilités de se réaliser.

Beaucoup d'intervenants manifestent un grand intérêt pour la Région bruxelloise dès qu'il est question de l'emploi des langues, mais semblent ignorer son existence par ailleurs. Notre pays est petit, mais les Régions le sont encore davantage. La circulation des patients est garantie dans l'Union européenne; elle l'est également au sein d'un même État. Il convient d'éviter de créer, par une régionalisation et des différences de financement, une concurrence stérile entre les prestataires de soins.

Il faut renforcer une approche globale visant à améliorer l'état de santé général de la population à travers la prise en compte des aspects de santé publique dans toute une série de décisions, tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées. Une nouvelle réforme de l'État devra intégrer une approche globale des politiques de santé, incluant la prévention à tous les niveaux et l'aspect curatif.

Quoi qu'il en soit, la répartition des compétences entre le fédéral et les entités fédérées doit se fonder, non pas sur une idéologie, mais sur les besoins du patient et du citoyen et sur le droit de tout un chacun d'avoir accès aux meilleurs soins de santé possibles en Belgique et à Bruxelles, capitale de la Belgique et de l'Union européenne.

Alle bevoegdheidsoverdrachten die de werking van de Staat kunnen verbeteren en de belangen van de burger kunnen dienen, moeten zonder taboes in overweging worden genomen, inclusief de mogelijkheid van eventuele herfederalisering. De doelstelling moet in dit geval uiteraard de efficiëntie, de cohesie van onze samenleving zijn, alsook de leesbaarheid van de werking en de organisatie van de staat. In de bijzondere commissie COVID-19 van de Kamer werd beklemtoond dat het onderscheid tussen het curatieve en het preventieve aspect soms funest is geweest. Die vaststelling pleit noch voor een overdracht aan de Gewesten of Gemeenschappen, noch voor een herfederalisering, maar maakt duidelijk wat er op het spel staat en maakt ons ervan bewust dat we het debat zonder taboes moeten voeren, dat de patiënt daarin centraal moet staan en dat de insteek zowel gezondheid als welzijn moet omvatten.

De toekomstige organisatie van de staat moet op solidariteit en op bescherming van de volledige bevolking gericht zijn. Het is voor de MR belangrijk dat de sociale zekerheid federaal blijft, omdat ze gelijkheid van kansen voor alle burgers verzekert. De liberale filosofie strekt om elk individu de mogelijkheid te geven om zich te ontplooiën.

Veel sprekers tonen grote belangstelling voor het Brussels Gewest zodra er sprake is van het gebruik van de talen, maar voor de rest lijken ze het bestaan ervan te negeren. Ons land is klein, maar de Gewesten zijn nog kleiner. Het vrije verkeer van patiënten wordt door de Europese Unie gegarandeerd. Dat geldt ook binnen een enkele staat. De gewestvorming en de verschillen in financiering mogen niet leiden tot steriele concurrentie tussen de zorgverstrekkers.

Een globale aanpak met het oog op het verbeteren van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking door de aspecten van volksgezondheid in aanmerking te nemen bij een hele reeks beslissingen, zowel op federaal niveau als op het niveau van de deelstaten, moet worden versterkt. Een nieuwe Staatshervorming moet een globale aanpak van het gezondheidsbeleid bevatten, met inbegrip van de preventie op alle niveaus en van het curatieve aspect.

De bevoegdheidsverdeling tussen de Federale Staat en de deelstaten moet hoe dan ook gebaseerd zijn op de behoeften van de patiënt en de burger en op eenieders recht om toegang te krijgen tot de best mogelijke gezondheidszorg in België en Brussel, hoofdstad van België en de Europese Unie, en niet op een ideologie.

M. Loones trouve qu'il est intéressant de voir la manière dont les partis mettent en pratique leur idéologie, le libéralisme en l'occurrence. Les libéraux, y compris du côté flamand, mettent l'accent sur trois éléments:

- l'efficience et l'efficacité. L'argent des impôts doit être utilisé à bon escient. C'est un point que l'intervenant peut aisément concevoir;
- des opportunités et des possibilités en nombre suffisant afin de permettre aux gens de s'épanouir. Encore un point auquel l'intervenant peut adhérer;
- la concurrence. Dans le contexte des soins de santé, cette notion est toujours présentée de manière négative, ce qui n'est pas surprenant dans le chef d'un parti tel que le PTB, mais ce qui étonne, selon l'intervenant, quand il s'agit d'un parti libéral.

L'orateur reprend l'exemple des zones de soins de première ligne. Celles-ci illustrent la manière dont la défédéralisation d'une compétence a créé une dynamique positive. En Flandre, on a commencé à s'y atteler. Tout le monde trouve cette approche intéressante, et la Wallonie veut maintenant l'adopter. Cela montre que la création d'une concurrence saine peut être bénéfique pour la santé de tous les patients.

M. Anciaux se demande pourquoi Mme Gilson, après un long discours sur ce qu'implique l'idéologie libérale, conclut en disant que l'idéologie n'a aucun rôle à jouer dans la détermination d'une position sur la réforme de l'État.

Mme Gilson répond que la saine concurrence a des effets positifs pour le consommateur et que l'Union européenne y voit d'ailleurs un moyen d'offrir au consommateur le meilleur produit au prix le plus économique. Cependant, un autre aspect est important, à savoir le *level playing field*. Le terrain de jeu doit permettre une concurrence saine, raison pour laquelle le MR est très attentif au financement de la sécurité sociale pour garantir le maintien de celle-ci au niveau fédéral. Placer le financement de la sécurité sociale au niveau régional, par exemple, nous priverait du terrain de jeu sain qui garantit une solidarité interpersonnelle, objectif qui est bien inscrit dans l'accord de gouvernement.

Pour que les choses soient bien claires, M. Loones confirme que son groupe est effectivement favorable à l'autonomie fiscale des entités fédérées, qui leur permet

De heer Loones vindt het interessant te zien hoe partijen hun ideologie, in dit geval het liberalisme, concreet toepassen. De liberalen, ook de Vlaamse, focussen op drie elementen:

- efficiëntie en doelmatigheid. Belastinggeld moet goed worden ingezet. Daar kan spreker zich zeker concreet iets bij voorstellen;
- voldoende kansen en mogelijkheden voor mensen om zich te ontplooien. Ook daarbij kan hij zich iets indenken;
- de concurrentie. In de context van de gezondheidszorg wordt dat altijd negatief *geframed*. Van partijen zoals de PTB verbaast hem dat niet, maar van een liberale partij vindt hij dat vreemd.

Spreker gaat in op het voorbeeld van de eerstelijnszorgzones. Die illustreren hoe het defederaliseren van een bevoegdheid een positieve dynamiek heeft gecreëerd. In Vlaanderen is men ermee aan de slag gegaan. Die aanpak vindt iedereen interessant, en wil Wallonië nu overnemen. Hieruit blijkt dat een gezonde concurrentie veroorzaken net goed kan zijn voor de gezondheid van alle patiënten.

De heer Anciaux vraagt zich af waarom mevrouw Gilson, na een uitgebreid discours over wat de liberale ideologie inhoudt, tot slot stelt dat ideologie geen rol mag spelen bij het bepalen van een standpunt over de Staatshervorming.

Mevrouw Gilson antwoordt dat gezonde concurrentie positieve gevolgen heeft voor de consument en dat de Europese Unie er tevens een middel in ziet om de consument het beste product tegen de meest economische prijs te bieden. Er is echter een ander belangrijk aspect: het *level playing field*. Het speelveld moet gezonde concurrentie mogelijk maken en om die reden heeft de MR veel aandacht voor de financiering van de sociale zekerheid, opdat gegarandeerd is dat ze op federaal niveau blijft. De financiering van de sociale zekerheid bijvoorbeeld op het niveau van de Gewesten brengen, ontegenwoordert ons het gezonde speelveld dat interpersoonlijke solidariteit waarborgt, een doelstelling die toch in het regeerakkoord staat.

De heer Loones bevestigt voor alle duidelijkheid dat zijn fractie effectief de fiscale autonomie van de deelstaten voorstaat, waarbij zij de belastingbevoegdheid

de bénéficiaire du pouvoir de taxation, tout en faisant également preuve d'une large solidarité avec les autres entités fédérées.

En ce qui concerne la concurrence loyale, la réglementation européenne sur la mobilité des patients s'appliquera toujours, quel que soit le scénario. Même en cas de défédéralisation des compétences, toute personne résidant dans le pays – et même tout résident de l'Union européenne – pourra encore bénéficier de cette réglementation. En quoi l'égalité serait-elle violée si chacun peut choisir où aller?

Mme Gilson rappelle que la libre circulation des patients ne vaut pas pour tous les types de soins. Le cas de figure cité par M. Loones concerne des États indépendants. Et lorsqu'un patient souhaite bénéficier des soins de santé dans un autre pays, il doit demander un document spécifique à sa mutuelle. D'après les informations dont elle dispose, l'intervenante pense qu'une personne peut recevoir des soins urgents à l'étranger sans frais supplémentaires en cas d'accident ou de maladie mais qu'il ne peut choisir de se rendre à l'étranger pour des soins non urgents, pas même au sein de l'Union européenne. Au sein de la Belgique, en revanche, un patient peut se rendre dans l'hôpital de son choix. Mme Gilson souligne que l'intérêt du patient est d'être bien soigné et de pouvoir compter sur du personnel de qualité, peu importe la langue dans laquelle il est reçu.

M. Loones indique que la réponse de Mme Gilson ne correspond pas tout à fait aux propos tenus par les experts lors des auditions. Ils ont défendu la thèse contraire en s'appuyant sur leur expertise en matière de soins de santé et de réglementation.

M. Hermant se défend d'avoir exagéré au sujet des maisons de repos. Les propos qu'il a cités émanent du directeur des mutualités libres.

Quant aux différences culturelles, il rappelle que les experts ont bien expliqué que celles-ci sont moins importantes que les différences entre des arrondissement plus ruraux et d'autres plus industriels.

Le rôle du médecin généraliste est important au nord comme au sud du pays. Différentes études scientifiques attestent de l'efficacité de la première ligne. Son raisonnement consiste à partir de ce qui est efficace sur le terrain pour l'appliquer partout. Il ne s'agit pas d'une question culturelle mais de moyens investis dans la

hebben, maar ook ruime solidariteit met de andere deelstaten betonen.

Wat de eerlijke concurrentie betreft, zal in elk scenario de Europese regeling rond patiëntenmobiliteit altijd blijven spelen. Ook als de bevoegdheden gedefederaliseerd zijn, zal elkeen die in het land woont – en zelfs iedereen in de Europese Unie – nog van die regeling gebruik kunnen maken. In welke zin zou de gelijkheid geschonden worden, als iedereen kan kiezen waar hij naartoe gaat?

Mevrouw Gilson herinnert eraan dat het vrije verkeer van patiënten niet voor alle soorten zorg bestaat. De situatie waar de heer Loones het over heeft, behelst de onafhankelijke Staten. En als een patiënt gezondheidszorg wenst te krijgen in een ander land, dan moet hij bij zijn ziekenfonds een specifiek document vragen. Volgens de informatie waarover spreekster beschikt, denkt ze dat een persoon in het buitenland zonder extra kosten spoedeisende zorg kan krijgen bij ongeval of ziekte, maar dat hij er niet kan voor kiezen voor niet spoedeisende hulp naar het buitenland te gaan, zelfs niet binnen de Europese Unie. Binnen België daarentegen kan een patiënt zich naar het ziekenhuis van zijn keuze begeven. Mevrouw Gilson onderstreept dat het belang van de patiënt erin bestaat goed te worden verzorgd en op kwaliteitsvol personeel te kunnen rekenen. Wat doet het ertoe in welke taal hij wordt ontvangen?

De heer Loones geeft aan dat het antwoord van mevrouw Gilson niet helemaal in lijn ligt van wat de deskundigen tijdens de hoorzittingen hebben verteld. Zij verdedigden vanuit hun expertise in gezondheidszorg en regelgeving de andere stelling.

De heer Hermant ontkent dat zijn uitspraken over de woonzorgcentra overdreven zouden zijn. Zij zijn immers afkomstig van de directeur van het Onafhankelijk Ziekenfonds.

Wat de culturele verschillen betreft, herinnert hij eraan dat de experten duidelijk hebben aangegeven dat zij minder uitgesproken zijn dan de verschillen tussen rurale arrondissementen en verstedelijkte arrondissementen.

De huisarts speelt zowel in het noorden als in het zuiden van het land een belangrijke rol. Verschillende wetenschappelijke studies wijzen op de doeltreffendheid van de eerste lijn. Spreker gaat uit van wat efficiënt werkt op het terrein om dat dan overal toe te passen. Het gaat hier niet om een culturele kwestie, maar om de toekenning

recherche scientifique et dans les services publics pour développer une médecine de qualité.

Chacun, dans notre pays, a le droit de se faire soigner pour un coût abordable. L'intervenant se réjouit que les patients puissent bénéficier de soins de qualité et de haute technologie sans dépenser trop, grâce à la sécurité sociale. Il est évident que la distribution des compétences dans le domaine des soins de santé est compliquée, mais il ne faut pas pour autant oublier les fondamentaux: un certain rapport de forces a permis de doter notre pays d'une sécurité sociale, laquelle permet de financer un système de soins de santé efficace pour tout le monde. Il ne faudrait pas casser les bases de cette sécurité sociale et de l'accès de tous à la santé.

S'il peut comprendre que le maintien de la sécurité sociale ne soit pas une priorité pour la droite, il appelle, par contre, tous les partis de gauche à la vigilance. Selon lui, la gestion des soins de santé et le financement de ceux-ci doivent se situer au même niveau de pouvoir. Comme le MR, il est d'avis que l'on a vraiment intérêt à ce que le financement reste national et à ce que la majorité des compétences en matière de santé soient fédérales.

Certains ont souligné que deux Communautés coexistaient à Bruxelles et que les membres de chacune de ces Communautés doivent pouvoir être soignés dans leur langue. En réalité, il existe une multitude de communautés à Bruxelles, y compris internationales. Il trouve logique que les néerlandophones soient soignés dans leur langue et souligne que 90 % de la population bruxelloise est favorable à un enseignement bilingue en primaire. Si l'on fait en sorte que chacun soit bilingue à Bruxelles, cela réglerait *de facto* les problèmes linguistiques dans les hôpitaux. La préoccupation est justifiée mais elle ne doit cependant pas primer sur la nécessité d'un système de soins de santé efficace et abordable.

Le PVDA-PTB partage totalement ce qui a été dit à propos des volets préventif et curatif qui devraient être confiés au même niveau de pouvoir. Le préventif doit permettre de moins dépenser dans le curatif. Le fait qu'aujourd'hui, c'est le niveau fédéral qui tire profit des efforts consentis dans la prévention par les Communautés, pose en effet problème.

Enfin, M. Hermant rejoint Mme Fonck quand elle affirme que la proximité des soins de santé pour le patient

van middelen aan wetenschappelijk onderzoek en openbare diensten om een geneeskunde van hoge kwaliteit te ontwikkelen.

Iedere persoon in dit land heeft recht op verzorging tegen een betaalbare prijs. Spreker verheugt zich erover dat patiënten dankzij de sociale zekerheid kwalitatief en technologisch hoogstaande zorg kunnen genieten zonder te veel te moeten betalen. Het is natuurlijk zo dat de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg ingewikkeld is, maar we mogen de fundamenteen niet uit het oog verliezen: dankzij een bepaalde machtsverhouding is in ons land een vorm van sociale zekerheid tot stand gekomen die een doeltreffend algemeen systeem van gezondheidszorg financiert. Wij mogen de basis van deze sociale zekerheid en de toegang van iedereen tot gezondheidszorg niet ondermijnen.

Hij heeft begrepen dat het behoud van de sociale zekerheid voor rechts geen prioriteit is, maar roept de linkse partijen op om waakzaam te zijn. Volgens hem moeten het beheer van de gezondheidszorg en de financiering ervan op eenzelfde beleidsniveau gebundeld zijn. Net zoals de MR meent hij dat wij er alle belang bij hebben dat de financiering nationaal blijft en dat de meeste bevoegdheden inzake gezondheidszorg federaal zouden zijn.

Sommigen hebben erop gewezen dat in Brussel twee Gemeenschappen samenleven en dat de leden van elke Gemeenschap in hun eigen taal verzorgd moeten kunnen worden. In werkelijkheid bestaan er vele gemeenschappen in Brussel, ook internationale. Hij vindt het logisch dat Nederlandstaligen in hun taal verzorgd moeten kunnen worden. In dit verband wijst hij erop dat 90 % van de Brusselse bevolking voorstander is van tweetalig basisonderwijs. Als men ervoor zorgt dat iedereen in Brussel tweetalig is, zullen de taalproblemen in de ziekenhuizen vanzelf opgelost raken. Het is een pertinente bezorgdheid, die de noodzakelijke uitbouw van een efficiënt en betaalbaar gezondheidsstelsel echter niet in de weg mag staan.

De PVDA-PTB is het volledig eens met de stelling dat de preventieve en curatieve aspecten aan één enkel beleidsniveau zouden moeten worden toevertrouwd. Het preventieve aspect moet ervoor zorgen dat er minder besteed wordt aan het curatieve. Het is inderdaad niet logisch dat de inspanningen die de Gemeenschappen vandaag inzake preventie leveren, ten goede komen aan het federale niveau.

Ten slotte is de heer Hermant het eens met mevrouw Fonck wanneer zij stelt dat de nabijheid van

ne dépend nullement du niveau de pouvoir mais du personnel soignant et en particulier de la première ligne.

M. Anciaux convient que la solidarité est essentielle. La manière de l'organiser, que ce soit au niveau interpersonnel ou intercommunautaire, voire au sein même d'une Communauté, est l'un des fondements de toute réglementation.

À Bruxelles, le multilinguisme est effectivement une réalité, et il est aussi en pleine évolution. L'orateur reste toutefois convaincu que l'on ne peut pas parler de véritable multilinguisme si l'on ne parvient même pas à atteindre le bilinguisme. Il ne faut pas inverser les choses et prétendre que le respect du multilinguisme n'est possible que si l'on renonce au respect du bilinguisme.

M. Anciaux estime que le choix d'une des Communautés de Bruxelles ne doit pas être un choix exclusif, fixé une fois pour toutes pour la personne concernée. À Bruxelles, les institutions des Communautés doivent être ouvertes à tous. Toute personne ayant besoin de soins, avec ou sans papiers, doit pouvoir y être accueillie. En ce sens, cela constituera donc un enrichissement pour la capitale si les Communautés assument des responsabilités, en plus des initiatives que la ville peut prendre elle-même.

Dans la pratique, il s'avère cependant qu'un choix posé aujourd'hui à Bruxelles n'est pas toujours couvert par une responsabilité déterminante. M. Anciaux n'est certainement pas hostile à la protection sociale flamande (VSB), mais pour les néerlandophones de Bruxelles, elle ne fonctionne pas tout à fait. Une personne qui bénéficie en Flandre d'un budget de soins pour personnes âgées présentant un besoin de soins, parce qu'elle y habite et qu'elle a cotisé pour la VSB, perd ce budget lorsqu'elle vient habiter à Bruxelles. Il s'agit pourtant d'un déménagement au sein de la Communauté flamande. L'orateur trouve cela inacceptable.

L'intervenant ne cherche pas nécessairement à défendre l'accord de gouvernement, mais il regrette qu'au sein de ce forum, il n'y ait pratiquement aucune ouverture quant à ce que prévoit l'accord en matière de soins de santé. Enfin, il est très surpris par les propos de Mme Fonck, selon laquelle la vision de l'organisation des soins de santé serait la même dans toute la Belgique. Si c'était vrai, les soins de première ligne seraient déjà bien plus développés et de meilleure qualité dans toute la Belgique.

gezondheidszorg voor de patiënt geenszins afhangt van het bevoegde beleidsniveau, maar van het zorgpersoneel, in het bijzonder in de eerste lijn.

De heer Anciaux beaamt dat solidariteit essentieel is. De manier om ze te organiseren, hetzij interpersoonlijk hetzij intercommunautair, ook binnen een Gemeenschap zelf, behoort tot de fundamenteën van elke regeling.

In Brussel is meertaligheid inderdaad een realiteit, en evolueert die realiteit ook. Spreker blijft er evenwel van overtuigd dat men niet kan spreken van echte meertaligheid als men er zelfs niet in slaagt tweetaligheid te realiseren. Men mag de zaken niet omdraaien en doen alsof respect voor meertaligheid enkel mogelijk is als het respect voor de tweetaligheid overboord wordt gezet.

De heer Anciaux vindt dat een keuze voor één van de Gemeenschappen in Brussel, geen exclusieve keuze moet zijn, die voor de betrokken persoon ook nog voor eens en voor altijd vaststaat. Instellingen van de Gemeenschappen in Brussel moeten openstaan voor iedereen. Elke zorgbehoevende, met of zonder papieren, moet overal terechtkunnen. In die zin vormt het dus een verrijking voor de hoofdstad als de Gemeenschappen verantwoordelijkheid opnemen, naast de initiatieven die de stad zelf kan nemen.

In de praktijk wordt een keuze in Brussel vandaag echter niet steeds door een afdoende verantwoordelijkheid gedekt. De heer Anciaux is zeker geen tegenstander van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB), maar voor Nederlandstaligen in Brussel werkt ze niet helemaal. Iemand die in Vlaanderen een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood geniet, omdat hij in Vlaanderen woont en betaald heeft voor de VSB, verliest dat budget wanneer hij naar Brussel komt wonen. Dat is nochtans een verhuizing binnen de Vlaamse Gemeenschap. Spreker vindt dit onaanvaardbaar.

Het lid wil het regeerakkoord niet noodzakelijk verdedigen, maar hij betreurt wel dat er binnen dit gremium nauwelijks openheid is voor wat dat akkoord over de gezondheidszorg zegt. Tot slot verbaast de stelling van mevrouw Fonck dat de visie op de organisatie van de gezondheidszorg in heel België identiek zou zijn, hem ten zeerste. Als dat zou kloppen dan zou de eerstelijnszorg in heel België al veel verder en beter uitgebouwd zijn.

À MM. Loones et Anciaux qui réclament une communautarisation de la santé pour pouvoir offrir des soins sur mesure, au motif que la manière d'organiser les soins serait différente du côté néerlandophone et francophone, Mme Fonck répond que la diversité dans les soins et les besoins en soins est parfois plus importante au sein d'une même Région qu'entre les Régions. Il suffit pour s'en convaincre de consulter les données épidémiologiques et les statistiques relatives au type de soins «consommés» par les patients. L'organisation de soins sur mesure ne passe donc certainement pas par une communautarisation.

En revanche, Mme Fonck partage un constat avec ses deux collègues: il est important qu'un patient soit soigné dans sa langue, d'autant plus lorsqu'il ne peut pas choisir son soignant, notamment lorsqu'il est accueilli aux urgences. À cet égard, elle est toutefois aussi convaincue que la communautarisation n'apportera pas de solution. Si un Bruxellois néerlandophone doit faire appel en urgence à un médecin généraliste, il ne sera jamais assuré de trouver dans son quartier un généraliste parlant le néerlandais.

L'intervenante signale enfin qu'elle ne partage pas du tout l'opinion selon laquelle, si le financement est suffisant, il est possible de transférer beaucoup de compétences. Tout n'est pas qu'une question d'argent. Il s'agit avant tout d'organiser les soins de santé de manière plus efficace pour le patient, d'améliorer la gouvernance et la situation des acteurs de la santé. En se focalisant sur le financement, on transforme une solidarité interpersonnelle – qui est, pour elle, essentielle – en une solidarité entre niveaux de pouvoir. Il s'agirait d'une erreur, car cela attiserait encore les tensions déjà présentes aujourd'hui entre les niveaux de pouvoir. Ce serait en outre la porte ouverte à la défédéralisation, non seulement des soins de santé, mais aussi d'autres domaines de compétence aujourd'hui fédéraux. Tout le monde y perdrait, et en premier lieu les patients.

M. Loones apprécie l'expertise de Mme Fonck. Il reconnaît qu'il n'existe pas de patient standard flamand ou wallon et qu'il y a bien entendu aussi des disparités au sein même des Communautés. Mais il y a également des différences claires entre les Communautés, par exemple:

- la couverture du dépistage du cancer du côlon est de 52 % en Flandre et de 9 % en Wallonie;
- les inscriptions au dossier médical global atteignent 70 % en Flandre, contre 50 % en Wallonie;

Aan de heren Loones en Anciaux, die gezondheidszorg naar de Gemeenschappen willen overhevelen omdat de organisatie van de zorgverlening verschillend zou zijn aan Nederlandstalige en Franstalige kant, antwoordt mevrouw Fonck dat er soms meer verschillen zijn in de zorgverlening en de behoeften binnen eenzelfde Gewest dan tussen Gewesten onderling. Om dit in te zien, hoeft men slechts een blik te werpen op de epidemiologische en statistische gegevens betreffende het soort zorg dat patiënten «verbruiken». Het organiseren van zorg op maat is dus zeker niet gebaat bij een communautarisering.

Mevrouw Fonck deelt wel de mening van haar twee collega's dat een patiënt in de eigen taal moet worden verzorgd, vooral wanneer hij, bijvoorbeeld bij een spoedopname, de zorgverlener niet kan kiezen. Op dat vlak is ze er echter evenzeer van overtuigd dat een communautarisering geen oplossing biedt. Als een Nederlandstalige Brusselaar dringend een beroep moet doen op een huisarts, zal hij nooit zeker zijn dat hij in zijn buurt een huisarts vindt die Nederlands spreekt.

Spreekster is het ten slotte helemaal niet eens met de stelling dat als de financiering toereikend is, het mogelijk moet zijn om vele bevoegdheden over te hevelen. Het draait immers niet alleen om geld. Het komt er in de eerste plaats op aan om zorgverlening voor de patiënt zo efficiënt mogelijk te organiseren, om goed bestuur en om de situatie van de gezondheidswerkers. Door zich toe te spitsen op de financiering, vormt men een – in haar ogen essentiële – interpersoonlijke solidariteit om tot een solidariteit tussen beleidsniveaus. Dat zou een vergissing zijn, omdat het de reeds bestaande spanningen tussen beleidsniveaus alleen nog zou doen toenemen. Het zou ook de deur openen voor een defederalisering, niet alleen van de gezondheidszorg, maar ook van andere beleidsdomeinen die vandaag federaal zijn. Iedereen zou erbij verliezen, de patiënten in de eerste plaats.

De heer Loones waardeert de deskundigheid van mevrouw Fonck. Hij erkent dat er geen Vlaamse of Waalse standaardpatiënt bestaat, en dat er binnen de Gemeenschappen uiteraard ook verschillen zijn. Toch bestaan er ook tussen de Gemeenschappen ook duidelijke verschillen, bijvoorbeeld:

- het bereik van de darmkankerscreening is in Vlaanderen 52 % en in Wallonië 9 %;
- de inschrijvingen in het globaal medisch dossier lopen in Vlaanderen op tot 70 %, in Wallonië tot 50 %;

- les chiffres de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus sont de 91 % en Flandre et de seulement 36 % en Wallonie;
- il y a cinq fois plus de cabinets de groupe en Flandre qu'en Wallonie;
- on compte en Flandre 313 lits d'hôpitaux associés à un CT-scan, contre 196 en Wallonie;
- en Flandre, 8 % des hôpitaux sont dans le rouge, en Wallonie 24 %;
- le prix de revient d'une chambre individuelle est de 1 400 euros en Flandre, contre 2 000 euros en Wallonie;
- la reprise du travail à temps partiel par les personnes malades est de 70 % en Flandre, contre 25 % en Wallonie, etc.

Nier l'existence de différences entre les entités fédérées, c'est méconnaître la réalité.

Mme Groothedde souhaite aussi apporter une précision pour Mme Fonck.

Ecolo-Groen n'est pas partisan d'une défédéralisation radicale, mais a fait savoir que s'il doit y avoir un mécanisme de solidarité, il devra s'agir d'un mécanisme empathique et interpersonnel, car c'est comme cela qu'on pourra maintenir une solidarité correcte et claire entre les personnes.

Mme Fonck se dit prête à passer en revue toutes les différences qui existent entre Communautés de notre pays – il ne faut pas oublier la Communauté germanophone – en ce qui concerne les besoins en soins et la situation des soins de santé. Elle ajoute qu'il est facile de citer un domaine particulier dans lequel la Flandre fait un peu mieux que la Wallonie, comme l'utilisation des scanners, et qu'elle pourrait facilement donner des contre-exemples, comme la consommation de Rilatine. Il existe, en outre, des différences intrarégionales et si, globalement, le recours à des scanners est plus fréquent du côté francophone qu'en Flandre, celui-ci est néanmoins plus important dans certaines provinces flamandes que dans certaines provinces wallonnes.

Si l'on considère l'ensemble de la consommation de soins, notamment sur la base des données communiquées par l'INAMI, on observe que la consommation de soins par patient est similaire au nord et au sud du pays. On constate par contre une sous-consommation

- de cijfers over de inenting tegen baarmoederhalskanker liggen in Vlaanderen op 91 % en in Wallonië slechts op 36 %;
- in Vlaanderen zijn er vijf keer zoveel groepspraktijken als in Wallonië;
- het aantal bedden dat gekoppeld is aan een CT-scanner, bedraagt 313 en in Wallonië 196;
- in Vlaanderen draaien 8 % van de ziekenhuizen met rode cijfers, in Wallonië 24 %;
- de kostprijs van een eenpersoonskamer bedraagt in Vlaanderen 1 400 euro, tegen 2 000 euro in Wallonië;
- de deeltijdse werkhervatting van mensen die ziek zijn ligt in Vlaanderen op 70 % en in Wallonië 25 %, enz.

Het bestaan van verschillen tussen de deelstaten ontkennen staat dus op gespannen voet met de werkelijkheid.

Ook mevrouw Groothedde wil een precisering toevoegen ter attentie van mevrouw Fonck.

Ecolo-Groen pleit niet voor een vergaande defederalisering, maar heeft wel gezegd dat, als er een mechanisme van solidariteit moet zijn, het een empathisch en interpersoonlijk mechanisme moet zijn, omdat men op die manier de juiste en duidelijke solidariteit tussen mensen in stand kan houden.

Mevrouw Fonck is bereid om alle verschillen tussen de Gemeenschappen van ons land – zonder de Duitstalige Gemeenschap te vergeten – te overlopen op het vlak van de zorgbehoeften en de toestand van de gezondheidszorg. Zij voegt eraan toe dat het makkelijk is om een bepaald domein aan te halen waarin Vlaanderen het iets beter doet dan Wallonië, zoals het gebruik van scanners. Zij kan echter evengoed tegenvoorbeelden citeren, zoals het verbruik van Rilatine. Er bestaan bovendien verschillen binnen de Gewesten: globaal gezien wordt er inderdaad meer gebruik gemaakt van scanners aan Franstalige dan aan Nederlandstalige kant, maar in sommige Vlaamse provincies ligt dat gebruik hoger dan in sommige Waalse provincies.

Als men het totale zorgverbruik in ogenschouw neemt, meer bepaald op basis van de gegevens van het RIZIV, stelt men vast dat er weinig verschillen zijn tussen het noorden en het zuiden van het land. In Brussel is er zelfs sprake van onderconsumptie, wat overigens geen goed

de soins à Bruxelles, mais il ne faut pas s'en réjouir, car cela traduit une difficulté d'accès aux soins et est le reflet d'une forme de précarité.

Plutôt que de se chamailler sur des différences entre Régions, Mme Fonck voudrait que l'on s'emploie à améliorer la qualité des soins et l'espérance de vie en bonne santé, en définissant des objectifs clairs et en travaillant en concertation avec les soignants.

M. Loones précise qu'il n'a en aucun cas voulu insinuer qu'une Communauté ferait mieux que l'autre. La politique menée par la Flandre n'est pas meilleure que celle de la Wallonie, mais il est clair qu'elles diffèrent sur certains points. Chacun doit donc être libre de faire ses propres choix.

Mme Depoorter souligne à cet égard qu'une étude en matière de soins de santé réalisée par Sciensano montre que les types de pathologies diffèrent parfois d'une région à l'autre. Cela est évidemment lié aux politiques menées. Si une région a mené une politique de prévention plus active dans le domaine de l'obésité, cela peut contribuer à expliquer pourquoi, aujourd'hui, le diabète se développe davantage chez les hommes wallons que chez les hommes flamands.

Mais il existe aussi, incontestablement, des exemples en défaveur de la Flandre. Cela confirme que la diversification des soins de santé préventifs dans les différentes Communautés nécessite qu'elles continuent à s'appuyer sur leurs propres forces. Il s'agit d'établir un lien entre la collecte de données et les objectifs de santé.

Mme Fonck rappelle que la santé vise d'abord des objectifs de santé publique. Il s'agit d'objectifs définis sur une base scientifique, qui ne s'appliquent pas qu'en Belgique et doivent pouvoir être envisagés pour l'ensemble des citoyens. Une vision de santé publique forte permettra d'améliorer la santé de chaque citoyen. Selon l'oratrice, il ne s'agit pas, en l'occurrence, de laisser chacun opérer ses propres choix, surtout pour ce qui touche à l'*evidence based medicine* (médecine factuelle).

*
* *

teken is omdat dit wijst op een gebrekkige toegang tot zorg en een vorm van behoeftigheid.

In plaats van te redetwisten over de verschillen tussen de Gewesten, wil mevrouw Fonck dat men zich inzet voor een betere kwaliteit van de zorg en een langer leven in goede gezondheid. Daarvoor moet men duidelijke doelstellingen bepalen, en samenwerken met de zorgverleners.

De heer Loones verduidelijkt dat hij op geen enkel manier heeft willen insinueren dat de ene Gemeenschap het beter zou doen dan de andere. Vlaanderen voert geen beter beleid dan Wallonië, alleen is het wel duidelijk dat ze op een aantal punten van elkaar verschillen. Elk moet daarom de vrijheid hebben om eigen keuzes te maken.

Mevrouw Depoorter wijst er in dit verband op dat een gezondheidszorgonderzoek van Sciensano aantoont dat er zich in de verschillende regio's andere ziektebeelden ontwikkeld hebben. Dat heeft uiteraard te maken met het gevoerde beleid. Als de ene regio een actiever preventiebeleid rond obesitas gevoerd heeft, kan dat mee verklaren waarom diabetesontwikkeling bij Waalse mannen op vandaag nu eenmaal vaker voorkomt dan bij Vlaamse mannen.

Ongetwijfeld bestaan er echter ook voorbeelden in het nadeel van Vlaanderen. Dit bevestigt juist dat de diversifiëring in de preventieve gezondheidszorg in de verschillende Gemeenschappen vereist dat men verder inzet op de eigen sterktes. Het gaat erom de dataverzameling en de gezondheidsdoelstellingen aan elkaar te koppelen.

Mevrouw Fonck herinnert eraan dat de gezondheidszorg in de eerste plaats bepaald wordt door doelstellingen inzake volksgezondheid. Deze doelstellingen worden wetenschappelijk onderbouwd, zijn niet alleen in België van toepassing en moeten voor alle burgers gelden. Een ambitieuze visie op volksgezondheid kan de gezondheid van iedere burger ten goede komen. Het gaat hier volgens haar niet om de mogelijkheid om eigen keuzes te maken, vooral in het geval van *evidence based medicine* (feitelijke geneeskunde).

*
* *

Le présent rapport a été approuvé par 11 voix contre 4 et 1 abstention. Il sera transmis au gouvernement afin de nourrir la réflexion relative aux prochaines réformes institutionnelles.

Les rapporteurs,

Sander LOONES.

Kristof CALVO.

Barbara PAS.

Jean-Frédéric EERDEKENS.

Peter VAN ROMPUY.

Véronique DURENNE.

Les présidentes,

Stephanie D'HOSE.

Eliane TILLIEUX.

Het verslag werd goedgekeurd door 11 stemmen tegen 4 en 1 onthouding. Het zal aan de regering worden bezorgd om bij te dragen tot de reflectie over de komende institutionele hervormingen.

De rapporteurs,

Sander LOONES.

Kristof CALVO.

Barbara PAS.

Jean-Frédéric EERDEKENS.

Peter VAN ROMPUY.

Véronique DURENNE.

De voorzitters,

Stephanie D'HOSE.

Eliane TILLIEUX.