

In antwoord op uw eerste vraag:

Ik maan altijd tot voorzichtigheid aan wanneer men dergelijke "blinde" statistieken gebruikt. Stelsels van verschillende landen vallen moeilijk te vergelijken, want het zorgaanbod is niet altijd vergelijkbaar, noch de rijkdom van het land, de levensstandaard, het bbp, de middelen die men aan het gezondheidsbeleid besteedt, enz. Het aantal "bedden" volstaat niet om te vergelijken: zo kunnen landen met een kortere verblijfsduur meer verpleegkundig en zorgpersoneel inzetten.

De vermelde cijfers stemmen niet met de werkelijkheid overeen. Wanneer we immers in België de bedden van de algemene ziekenhuizen nemen, komen we op een beddenconcentratie van 4,74 bedden per 1000 inwoners in 2013, dus lager dan die van de OESO-landen, maar hoger dan bijvoorbeeld Denemarken. België werkt al jaren aan een vermindering van het aantal ziekenhuisbedden. Het aantal verantwoorde bedden met index CD, G, M en E is tussen 2002 en 2013 met 5.747,58 bedden gedaald, hetzij een vermindering van 12,57%. Het aantal erkende bedden is minder sterk gedaald, zijnde - 4,57% op 10 jaar tijd.

Ik wil uw ongerustheid ook relativeren: meestal zijn enkel de zogenoemde "verantwoorde" bedden gefinancierd. Een niet-verantwoord bed sluiten levert de ziekenhuizen geen enkele besparing op. Men moet geen erkende bedden vergelijken maar wel verantwoorde bedden in de ziekenhuizen met elkaar vergelijken.

Niemand ontkent dat men in de komende jaren de rationaliseringstrend in de ziekenhuizen zal moeten voortzetten, maar ik wil het debat liever toespitsen op een betere centralisering van de complexe zorg, die een multidisciplinaire en doorgedreven expertise vereist. Het is die logica die ik in bepaalde moeilijke dossiers heb gevolgd, zoals de cardiologie, met diensten die een doorgedreven basiszorg aanbieden en in een netwerk samenwerken. Men moet bovendien ook rekening houden met de patiënten die niet per se in het ziekenhuis thuishoren, maar die daar blijven tot men een aangepaste onthaalstructuur heeft gevonden. En tot slot moet men de alternatieven voor de ziekenhuisopname bestuderen, met name de thuisverpleging.

Om nu tot het geval Brussel te komen: het is nogal riskant om cijfers van een gewest te hanteren dat tegelijk de hoofdstad van een land en van Europa is. We mogen ook niet uit het oog verliezen dat er hier nog andere factoren een rol spelen, zoals de aantrekkelijkheid van de ziekenhuizen, in het bijzonder voor de twee Brabantse provincies en de pendelaars, of de aanwezigheid van drie academische ziekenhuizen (waarbij de vestiging van de academische pools ook van het hoofdstedelijk statuut van Brussel afhangt). Men moet met die factoren rekening houden om die specifieke situatie te beoordelen.

In antwoord op uw tweede vraag:

Op dit ogenblik is men in het Brusselse gewest op een belangrijk gebied van de

huisartsengeneeskunde een fundamentele hervorming aan het voorbereiden, en meer bepaald op het gebied van de door de huisartsenkringen ingerichte wachtdiensten. Het RIZIV financiert dat project, en de Nederlandstalige en de Franstalige huisartsenkringen organiseren het. Het project voert een eenvormig oproepnummer in, en betreft de verschillende Brusselse huisartsenwachtposten en de artsen van beide taalrollen bij de werking ervan. Het project past in het "wachtdienstenplan" dat ik op 20 november 2013 heb voorgesteld.

Ik vestig overigens de aandacht op de gevolgen van de zesde staats hervorming, waarvan de wetteksten momenteel worden voorbereid en die onder andere verduidelijken dat de bevoegdheid voor "de organisatie van de eerstelijnszorg en de steun aan de gezondheidsberoepen van de eerste lijn" naar de deelstaten wordt overgeheveld.

In antwoord op uw derde vraag:

Het overleg tussen de verschillende voor volksgezondheid bevoegde ministers gebeurt via de interministeriële Conferentie. Ik denk dat mijn collega's mij niet zullen afvallen indien ik meen dat het om één van de domeinen gaat waar het overleg het verst staat en iedereen voldoening schenkt. Ingevolge de bevoegdhedenoverdracht zal dat overleg nog een grotere rol spelen, en in het bijzonder met betrekking tot de mogelijkheid om overeenkomsten te sluiten over de asymmetrische reconversies. Het is een instrument waarmee we het zorgaanbod beter op de specificiteiten van de verschillende gewesten en gemeenschappen zullen kunnen afstemmen.

Laurette Onkelinx