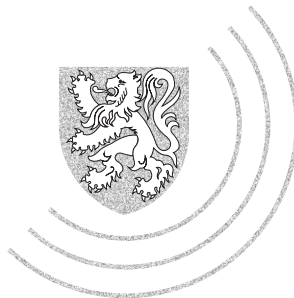


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2003-2004

24 november 2003

VERZOEKSCHRIFT

over het bouwen en uitbaten van Vlaamse ziekenhuizen in Brussel

VERSLAG

**namens de Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand
uitgebracht door mevrouw Brigitte Grouwels en de heer André Moreau**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : de heer Luk Van Nieuwenhuysen.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, mevrouw Brigitte Grouwels, de heren Walter Vandenbossche, Eric Van Rompuy ;

mevrouw Dominique Guns, de heren André Moreau, Stefaan Platteau, Francis Vermeiren ;

de heren Dominiek Lootens-Stael, Joris Van Hauthem, Luk Van Nieuwenhuysen ;

de heer Leo Peeters, mevrouw Anne Van Asbroeck ;

de heer Eloi Glorieux ;

de heer Etienne Van Vaerenbergh.

Plaatsvervangers :

de heren Ludwig Caluwé, Jan Laurys, mevrouw Trees Merckx-Van Goey, de heer Luc Van den Brande ;

de heren Jozef Browaeys, André Denys, mevrouw Claudine De Schepper, de heer Bob Verstraete ;

mevrouw Hilde De Lobel, de heren Roland Van Goethem, Karim Van Overmeire ;

de heren Marcel Logist, Bruno Tobback ;

N... ;

de heer Dirk De Cock.

INHOUD

	Blz.
I. PROCEDURE EN ONDERWERP VAN HET VERZOEKSCHRIFT	5
II. HOORZITTING MET DE HOOFDINDIENER VAN HET VERZOEKSCHRIFT ...	5
III. TOELICHTING DOOR DE HEER GUY VANHENGEL, VLAAMS MINISTER VAN SPORT EN HOOFDSTEDELIJKE AANGELEGENHEDEN	10
1. Situatieschets	10
1.1. Bevoegdheidsverdeling en financiering	10
1.2. Uitzonderingen op de gemeenschapsbevoegdheden	10
1.2.1. De organieke wetgeving	10
1.2.2. De financiering van de exploitatie van de verzorgingsinstellingen wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving	11
1.2.3. De ziekte- en invaliditeitsverzekering	11
1.2.4. De basisregels betreffende de programmatie	11
1.2.5. De basisregels met betrekking tot de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur	11
1.2.6. De nationale erkenningsnormen, uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bovenvermelde bevoegdheden	11
1.2.7. De bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis, overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen	11
1.2.8. Besluit	11
1.3. Het ziekenhuisaanbod in Brussel	12
1.4. De minimale vertegenwoordiging van de Nederlandstaligen in de beheersorga- nen van de openbare ziekenhuizen	12
1.5. De taalwetgeving in de ziekenhuizen	13
1.5.1. De taalwetgeving en de universitaire en privé-ziekenhuizen	13
1.5.2. De taalwetgeving en de openbare ziekenhuizen	13
1.5.3. De taalwetgeving en de dringende medische hulpverlening	13
1.6. De klachten- en controlerende instanties	14
1.7. Vragen en klachten over Brusselse verzorgingsinstellingen sinds 1999	14
1.7.1. Bij de Taalwetwijzer	14
1.7.2. Bij de vice-gouverneur	15
1.7.3. Bij de VCT	15
1.7.4. Conclusie	15
2. Haalbaarheids- en opportuniteitsonderzoek van het verzoekschrift	15
2.1. Haalbaarheid	15
2.1.1. Financieel	15
2.1.1.1. Berekening van bouw en uitrusting	16
2.1.1.2. Financiële kost voor de 'koop' van bedden	16
2.1.1.3. Besluit	16
2.1.2. Economisch en juridisch	17
2.2. Opportuniteit	17
2.2.1. Maatschappelijke en politieke context	17

2.2.2. Taal als criterium bij de keuze van een ziekenhuis	18
2.2.3. Ontevredenheid over taal is het hoogst bij spoedopname	18
2.2.4. Personeel	19
2.2.5. Andere initiatieven en prioriteiten	19
2.2.6. Draagvlak in het Vlaams-Brusselse werkveld	20
3. Standpunt van de Vlaamse regering	20
IV. BESPREKING OP 29 APRIL 2003	22
1. Algemeen	22
2. Taal als criterium bij de keuze van een ziekenhuis	24
3. Oprichting van een nieuw Vlaams ziekenhuis	25
4. Bestaande regelgeving	26
5. Opvang van patiënten van buiten Brussel	26
6. Medische antennes en virtueel zorgnetwerk/ziekenhuis	26
7. Behandeling van klachten	26
8. Klantenbestand – Nederlandstalig karakter van een ziekenhuis	27
9. Hoorzitting en werkbezoek	27
V. HOORZITTING	27
VI. VOORTZETTING VAN DE BESPREKING OP 14 OKTOBER 2003	28
VII. CONCLUSIE	28
BIJLAGEN	31
– Tekst collectief verzoekschrift (bijlage 1)	33
– Standpunt van de Vlaamse regering(bijlage 2)	34
– Ziekenhuizen Brussels Hoofdstedelijk Gewest – Herkomst van de patiënten naar gewest (bijlage 3)	54
– Hoorzitting – vergadering van 24 juni 2003 (bijlage 4)	55

DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand heeft op 1 en 29 april, 24 juni, 14 oktober en 18 november 2003 een collectief verzoekschrift van 26 februari 2003, over het bouwen en uitbaten van Vlaamse ziekenhuizen in Brussel behandeld.

I. PROCEDURE EN ONDERWERP VAN HET VERZOEKSCHRIFT

Op 26 februari 2003 werd door de Vlaamse Volksbeweging Brussel bij de Voorzitter van het Vlaams Parlement een collectief verzoekschrift ingediend over het bouwen en uitbaten van Vlaamse ziekenhuizen in Brussel. Het collectief verzoekschrift werd door 22.044 personen ondertekend.

In het verzoekschrift vragen de initiatiefnemers aan de Vlaamse regering geld vrij te maken om in Brussel een Vlaams ziekenhuis te bouwen en uit te baten (verzoekschrift nr. 45 (2002-2003) – bijlage 1).

De Voorzitter van het Vlaams Parlement heeft het verzoekschrift op 10 maart 2003 ontvankelijk verklaard en heeft het voor verdere behandeling doorverwezen naar de Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand.

De Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand heeft het collectief verzoekschrift behandeld op 1 en 29 april, 24 juni, 14 oktober en 18 november 2003.

Op 1 april 2003 vond in de Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand een hoorzitting plaats met de hoofdindieners van het verzoekschrift. De commissie besliste om het standpunt van de Vlaamse regering te vragen. Op 29 april 2003 gaf de heer Guy Vanhengel, Vlaams minister van Sport en Hoofdstedelijke Aangelegenheden, toelichting bij het standpunt van de Vlaamse regering. Op 24 juni 2003 vond een hoorzitting plaats met vertegenwoordigers uit de sector. Op 10 oktober 2003 was er een bezoek van de commissie aan het Academisch Ziekenhuis van de VUB in Jette. Op 14 oktober en op 18 november 2003 werd de bespreking voortgezet in commissie. Vervolgens heeft de commissie, na beraadslaging, een conclusie geformuleerd op 18 november 2003.

II. HOORZITTING MET DE HOOFDINDIENER VAN HET VERZOEKSCHRIFT

Overeenkomstig artikel 4 van het verzoekschriftendecreet van 6 juli 2001 heeft de eerste ondertekenaar van een collectief verzoekschrift het recht om gehoord te worden. De hoorzitting met de heer Stijn Debruyne, eerste ondertekenaar van het verzoekschrift, vond plaats op 1 april 2003. Overeenkomstig artikel 5 van het verzoekschriftendecreet liet de heer Stijn Debruyne zich bijstaan door de heer Robrecht Vermeulen.

De heer Stijn Debruyne, eerste ondertekenaar van het verzoekschrift : Ik dank de commissieleden voor de gelegenheid die we krijgen om ons verzoekschrift toe te lichten. In dit verzoekschrift vragen wij om geld vrij te maken voor één of meer Vlaamse ziekenhuizen in Brussel, om zo een einde te maken aan de taalproblemen in de zogenaamde bicommunautaire ziekenhuizen.

We willen onze uiteenzetting graag beginnen met het tonen van beelden uit de Panorama-reportage 'Flamand ou dément' van Dirk Mampaey, die werd uitgezonden op 16 november 1996.

Er worden beelden getoond van vier patiënten die getuigen dat zij in Brusselse ziekenhuizen werden geholpen door dokters en verpleegkundigen die geen woord Nederlands begrepen, wat in dergelijke situaties voor heel wat moeilijkheden kan zorgen. Een Nederlandstalige verpleegster en dokter getuigen dat het Franstalige personeel het helemaal geen probleem vindt om Nederlandsonkundig te zijn. Of zoals een hoofdverpleegster al lachend zei : "flamand ou dément, c'est la même chose".

De heer Robrecht Vermeulen : De titel van het verzoekschrift luidt : Vlaamse ziekenhuizen in Brussel, een alternatief voor het falende tweetalige ziekenhuisconcept. Het kwam tot stand na de vaststelling dat alle pogingen mislukt zijn om de Nederlandstaligen in Brussel ziekenzorg in het Nederlands aan te bieden.

In 1962 werd een taalwetgeving van kracht waardoor de openbare ziekenhuizen tweetalig moesten worden. De openbare ziekenhuizen kregen tien jaar de tijd om zich aan te passen aan de nieuwe taalwet. Dit is niet gelukt. Zelfs na veertig jaar kunnen we in deze ziekenhuizen geen noemenswaardige

ge verbetering vaststellen. De wettelijke verplichtingen voor privé-instellingen en openbare ziekenhuizen verschillen, maar toch is de situatie er vergelijkbaar.

Het Brusselse ziekenhuisaanbod is groot en gediïversifieerd. Er zijn maar liefst negen openbare ziekenhuizen met 2.246 bedden, 10 privé-ziekenhuizen met 2.605 bedden en 3 universitaire ziekenhuizen met 2.445 bedden. Daarnaast zijn er nog 23 gespecialiseerde ziekenhuizen. Dit levert een totaal op van 43 ziekenhuizen en 9.178 bedden, wat wil zeggen 9,6 bedden per duizend inwoners. Dit is 30 percent meer dan het Belgische gemiddelde.

De heer Stijn Debruyne : De taalregeling in de Brusselse ziekenhuizen is verschillend naargelang het type ziekenhuis. In de openbare ziekenhuizen is ze veel strenger dan in de private ziekenhuizen.

In de openbare ziekenhuizen moet niet alleen de dienstverlening maar ook het personeel tweetalig zijn. Dit geldt ook voor contractuelen, gelegenhedenmedewerkers en stagiairs. Uitzondering hierop vormen het vakpersoneel en de werklieden.

Vijfentwintig percent van het personeel moet Nederlandstalig zijn, vanaf de graad van afdelingschef zelfs 50 percent. De dienstverlening moet voor iedere patiënt in zijn eigen taal of in de taal van de huisarts gebeuren. Er is een administratief toezicht op de toepassing van deze taalwetgeving.

In de private tweetalige ziekenhuizen is alleen een tweetalige dienstverlening vereist. Dit wil zeggen dat het personeel niet tweetalig moet zijn. Hierop is echter geen administratief toezicht voorzien.

In private eentalige ziekenhuizen is in principe geen tweetalige dienstverlening gegarandeerd, met uitzondering van de spoed- en de MUG-diensten.

De heer Robrecht Vermeulen : De taalregeling stemt zelden overeen met de praktijk. De taalwet van 1962 heeft dit niet kunnen verhelpen.

De video die u te zien kreeg dateert van 1996, maar is nu nog actueel. Er zijn tal van voorbeelden bekend waarbij mensen geen adequate en snelle behandeling krijgen omwille van taalproblemen. In het ergste geval worden Nederlandstalige patiënten geweigerd, zelfs als ze acute problemen hebben.

Het personeel is vaak Nederlandsonkundig. Hoewel 30 percent van de patiënten Nederlandstalig is, geldt dit slechts voor 7,5 percent van de artsen.

Nochtans is er geen gebrek aan Nederlandstalige kandidaten ; alleen worden ze vaak niet aanvaard, zelfs als ze de beste bleken bij de aanwervingsexamens. En wat helpt het als de Raad van State die Nederlandstalige kandidaten achteraf gelijk geeft, als ze intussen al lang aan de slag zijn op een andere plaats ?

De werksfeer en de medische cultuur zijn overwegend Franstalig. De communicatie met de cliënt en de huisarts is vaak in het Frans. Ook dossiers, ontslagbrieven en facturen zijn in het Frans opgesteld.

Er is ook een probleem met de MUG-diensten van de universitaire ziekenhuizen St. Luc en Erasme. In principe moeten die, hoewel dat vaak niet het geval is, tweetalig zijn. Maar zelfs als dat zo is komen de patiënten willens nillens terecht in een Franstalig ziekenhuis.

De heer Stijn Debruyne : Vlaamse ziekenhuizen in Brussel zijn een noodzakelijk alternatief. Het raakt immers de gehele Vlaamse gemeenschap. Dertig percent van de patiënten van de Brusselse ziekenhuizen zijn Nederlandstalig. Bovendien staan de Brusselse ziekenhuizen in voor de verzorging van bijna 10 procent van alle Vlaamse patiënten.

Het is duidelijk dat de "oplossingen" uit het verleden niet hielpen. Telkens opnieuw stuit men op pertinente onwil : de Franstaligen willen hun machtspositie duidelijk niet prijsgeven.

Ook de oplossing van een "virtueel ziekenhuis" volstaat niet. Wel zou ze een meerwaarde kunnen betekenen : ze is snel operationeel en vraagt een zeer beperkte financiële investering. Hoewel het meest prangende probleem, de directe communicatie tussen arts en patiënt, hierdoor wel zou beperkt worden is die oplossing ruim onvoldoende. Ze kan patiënten wel doorverwijzen naar het bestaande Nederlandstalige aanbod binnen de Brusselse ziekenhuizen, maar dat lost de grote hiaten in dat aanbod niet op. Patiënten die meerdere onderzoeken willen doorlopen zullen zich, om volledig in de eigen taal te worden bediend, meermaals moeten verplaatsen tussen ziekenhuizen. Dat is niet altijd realistisch. In het virtueel ziekenhuis staat de huisarts centraal, maar vele Brusselse patiënten hebben geen huisarts. Ten slotte is het taalprobleem in de ziekenhuizen veel ruimer dan enkel het taalprobleem van de specialisten : het gaat om een totaliteit aan dienstverlening. Daaraan verhelpt het virtueel ziekenhuis niet.

Het opzetten van Vlaamse ziekenhuizen in Brussel is zeker een haalbaar initiatief, en dit om verschei-

dene redenen. Allereerst beschikt de Vlaamse overheid over de benodigde bevoegdheden om dit te verwezenlijken. De nodige wetten zijn aanwezig om inzake persoonsgebonden aangelegenheden in Brussel in te grijpen.

Een splitsing van de ziekenhuizen past bovendien in de federale of confederale Belgische logica.

Het is niet noodzakelijk een nieuw ziekenhuis te bouwen, aangezien de meeste bestaande ziekenhuizen virtueel failliet zijn. Men kan eventueel een overnamebod doen om de controle over een bestaand ziekenhuis te bekomen. Ook is een hechtere samenwerking met de universitaire ziekenhuizen een mogelijkheid die reeds veel problemen zou oplossen.

De financiering van deze plannen zou langs het Vlaams Brusselfonds kunnen gaan. Het Vlaams regeerakkoord heeft een doelpubliek van ongeveer 300.000 Brusselaars voor ogen. En dit op het vlak van cultuur, onderwijs en gezondheidszorg. Het fonds, dat voortvloeit uit het aanvullende regeerakkoord, past in die logica. Voor de financiering van Vlaamse ziekenhuizen in Brussel denken we in de eerste plaats aan dit fonds. Er kan ook gezocht worden naar alternatieve financiering.

Vlaamse ziekenhuizen in Brussel zouden een duidelijke meerwaarde betekenen voor de stad en de Vlamingen. De cliënt zou niet meer met taalproblemen geconfronteerd worden en men zou werk kunnen maken van een integraal gezondheidsbeleid dat in schril contrast staat met het Brussels non-beleid dat men nu kan waarnemen. Bovendien zou Vlaanderen door dit initiatief waar voor zijn geld krijgen. 70 percent van de totale RIZIV-bijdragen komen immers uit Vlaanderen, dus is het logisch dat een deel van dit geld zou besteed worden aan Vlaamse patiënten.

Het oprichten van Vlaamse ziekenhuizen in Brussel zou het aantrekken van Nederlandstalig personeel vergemakkelijken en zou de werksfeer minder taalvijandig maken. Men zou een eigen loonpolitiek kunnen voeren in de betreffende ziekenhuizen.

Belangrijk is dat deze ziekenhuizen open zouden staan voor anderstaligen. Het is geenszins de bedoeling enkel Vlaamse patiënten te verplegen.

Graag zou ik willen benadrukken dat ongeveer 22.000 Vlamingen dit verzoekschrift ondertekenden. Zij allen vragen dat de Vlaamse overheid haar

bevoegdheden zou gebruiken om deze problemen op te lossen.

De heer Sven Gatz : U beweerde dat 30 percent van de patiënten in Brusselse ziekenhuizen Nederlandstalige Vlamingen zijn. Kan u dit staven met concrete gegevens ?

Een tweede vraag betreft het overnemen van bestaande ziekenhuizen. Hoe had u zich dit praktisch voorgesteld ?

Mevrouw Brigitte Grouwels : Aan hoeveel nieuwe ziekenhuizen had u gedacht ? Er is in Brussel reeds een enorme concentratie aanwezig, en men zou zelfs kunnen spreken over een teveel aan ziekenhuizen. Bovendien zou ik graag weten of u ons een idee kan geven van de middelen die nodig zouden zijn om uw plan uit te voeren. Het oprichten van een ziekenhuis is namelijk een zware investering.

U heeft gezegd dat artsen verplicht zijn in communicatie met de patiënt de taal van de huisarts te gebruiken. Kan u een referentie geven waaruit blijkt of dit al dan niet wettelijk is vastgesteld ?

Verder zou ik graag willen weten hoe de situatie in de praktijk is omtrent medische urgentiediensten. Deze zouden verplicht tweetalig moeten zijn, maar ik vraag me af of er zich soms problemen stellen.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : Misschien zouden de ziekenhuizen zelf enkele inspanningen kunnen leveren en samenwerkingsakkoorden afsluiten met andere ziekenhuizen in Vlaanderen. Een voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen Asse en Aalst. Hoe staat u daar tegenover ?

Historisch gezien is er een hechte band tussen Halle-Vilvoorde en Brussel op vlak van medische voorzieningen. Zijn er voor deze gemeenten andere opties mogelijk ?

De taalpolitiek die in Brussel wordt gevoerd, wordt nu vaak naar Vlaanderen geëxporteerd. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de urgentiediensten. In Halle-Vilvoorde moet iedereen het Nederlands machtig zijn, en kan men geen eentalig Franse diensten tolereren. Momenteel wordt de export vanuit Brussel naar eentalig Nederlands gebied wel erg groot.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen : Ik wens toe te voegen aan de opmerking van de heer Gatz dat die 30 percent Nederlandstalige patiënten waarover sprake was, ons werd voorgespiegeld door een document dat wij hebben gekregen in november. Ver-

schillende Nederlandstalige Brusselaars trekken echter naar ziekenhuizen buiten de Rand, dus ik vraag me af of het potentieel aantal patiënten van Vlaamse ziekenhuizen in Brussel hoger zou kunnen liggen dan die vooropgestelde 30 percent ?

De heer Jan Loones : Ik wens mijn sympathie uit te spreken voor de indieners van het verzoekschrift namens de N-VA. Kregen zij steun vanuit de meerderheid ? Ik dacht dat enkele leden van de VU&ID en vooral vanuit Spirit hun steun hadden uitgesproken. Wat verwacht u dat de politieke verantwoordelijken zullen doen met uw verzoekschrift ?

De heer Stijn Debruyne : Uit cijfers van 1998 blijkt dat ongeveer 30 percent van de patiënten in Brussel Nederlandstalig is. Het totaal aantal patiënten in Brusselse ziekenhuizen dat uit Brussel afkomstig is, bedraagt 63,5 percent. Hiervan is ongeveer een vijfde Nederlandstalig. Bij deze groep moet men dan de 19 percent Nederlandstalige patiënten rekenen die uit het Vlaams Gewest afkomstig zijn.

De heer Robrecht Vermeulen : De overname van ziekenhuizen is een erg technische kwestie die nog uitgebreid onderzocht moet worden.

Een nieuw ziekenhuis heeft als voordeel dat men meteen met een volledig Vlaamse ploeg kan beginnen, terwijl men bij de overname van een noodlijdend Franstalig ziekenhuis – andere zijn immers voorlopig niet te koop – ook het Franstalige personeel mee moet overnemen. Bovendien heeft men bij de overname van een ziekenhuis in moeilijkheden ook nog eens saneringskosten.

Voorts is de ligging van groot belang. Het leegstaande militaire ziekenhuis lijkt op het eerste gezicht een goed idee, maar in feite is het niet goed gelegen, tussen de Vlaamse ziekenhuizen van Vilvoorde en Jette in. Het is wenselijk een nieuw Vlaams ziekenhuis in te planten op een plaats waar er nog geen voldoende aanbod is.

Men zal ook moeten rekening houden met de ziekenhuisprogrammering, want een wijziging van die wet zal zeer moeilijk zijn. Men kan natuurlijk ook bestaande bedden en erkenningen kopen en nieuw inrichten. Het komt erop aan al deze mogelijkheden uit te werken.

De heer Stijn Debruyne : Hoeveel Vlaamse ziekenhuizen moeten er bijkomen ? Een erbij naast het bestaande VUB-ziekenhuis zou al een mooi begin zijn, maar geen eindpunt. Idealiter moet er immers een volledig en geografisch goed verspreid zieken-

huisaanbod komen voor alle Nederlandstalige patiënten in de Brusselse ziekenhuizen. Daarbij gaan ook wij uit van de dertig-percentregel. Dat betekent dat het nieuwe Vlaamse ziekenhuisaanbod even groot moet zijn als 30 percent van de Brusselse bedden vandaag. Die Brusselse moeten misschien wel worden verminderd.

De heer Robrecht Vermeulen : Een nieuw ziekenhuis oprichten is inderdaad duur – men spreekt over 50 miljoen euro – maar het is een investering op lange termijn, die wordt afgeschreven over een periode van 30 jaar. De belangrijkste kosten zijn de werkingskosten, die voor een deel voor rekening van Volksgezondheid zijn en voor een deel voor het RIZIV. Een groot deel van de afschrijvingskosten zijn vervat in de werkingstoelage en worden dus vanuit de federale overheid terugbetaald. Men moet natuurlijk wel over geld beschikken voor het opstarten. Daarvoor zijn voldoende middelen voorhanden in het Vlaams Brusselfonds. Voor de overname van reeds erkende bedden moet men rekenen op 80.000 euro. Men mag ook niet vergeten dat de Vlaamse belastingbetaler nu al betaalt voor de werkingskosten van de slechte verzorging in de Franstalige ziekenhuizen.

MUG en urgentiediensten moeten tweetalig zijn. Dat blijkt onder meer uit de vaste adviespraktijk van de Vaste Commissie van Taaltoezicht. De patiënt heeft hier immers geen vrije keuze en bovendien gaat het om een openbare dienst. Zij zijn dus verplicht de taal van de patiënt te spreken. Aangezien de urgentiedienst tegenwoordig verleend wordt door de Brusselse brandweer, is die tweetaligheid thans niet verzekerd. Zij moeten patiënten die zich buiten Brussel bevinden naar een goed uitgerust ziekenhuis brengen en daarbij worden onvermijdelijk gewestgrenzen overschreden.

De heer Stijn Debruyne : Over de wisselwerking tussen de ziekenhuizen in Halle-Vilvoorde en die in Brussel werd tijdens deze antwoorden al heel wat gezegd. Volstaat dat voor de heer Etienne Van Vaerenbergh ?

De heer Robrecht Vermeulen : Ik kan daar nog aan toevoegen dat wij akkoord gaan met een fusie zoals die van de ziekenhuizen in Aalst en Asse. Dat laatste is een antenne geworden van het eerste. Maar ook tegen samenwerking tussen Nederlandstalige ziekenhuizen in Brussel en Vlaamse ziekenhuizen buiten Brussel hebben wij geen bezwaren. Het is juist wenselijk om rekening te houden met het bestaande aanbod in Halle-Vilvoorde. Alleen is het zo dat de samenwerking goed moet zijn en niet zoals de overeenkomsten tussen OCMW's buiten

en binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vandaag, waarin de Vlamingen betalen voor een slechte dienstverlening.

De heer Stijn Debruyne : Tegenover de heer Jan Loones kan ik bevestigen dat wij wel degelijk gesteund werden door leden en mandatarissen van Spirit, die het verzoekschrift mee hebben ondertekend. Wat onze verwachtingen betreft, volstaat het voor ons niet om een verslag te maken van deze hoorzitting. Het probleem is ernstig. De taalwetgeving wordt niet nageleefd en wij beschikken zowel over de bevoegdheid als de middelen om daaraan iets te doen. In elk geval moet de Vlaamse regering – eventueel via een parlementaire omweg – de zaak aanpakken.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Bestaan er cijfers over de verwijzing door Vlaamse huisartsen in Brussel naar ziekenhuizen buiten het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ? Die situatie lijkt mij heel reëel. Hebben de verzoekers ook nagegaan hoe de federale en Vlaamse belangen zich verhouden in deze kwestie ?

De heer André Moreau : Met de eventuele overname van erkende ziekenhuisbedden gaan ook heel wat ontslagen gepaard. Het gaat daarbij vaak om statutaire personeelsleden, wat het alleen maar moeilijker maakt.

De heer Robrecht Vermeulen : Het is inderdaad zo dat niet alleen heel wat patiënten uit het Vlaamse Gewest naar Brusselse ziekenhuizen trekken, maar ook omgekeerd. Er is niets mis met deze wisselwerking. Cijfermateriaal of studies daarover heb ik echter niet.

De heer Stijn Debruyne : De Vlaamse overheid is bevoegd voor de zorgenverstrekking in en buiten verpleeginrichtingen en voor de preventieve geneeskunde. Wel blijft de federale overheid bevoegd voor onder meer de werkingstoelagen en de programmering van de ziekenhuizen en voor de ziekten en invaliditeitsverzekering. Bij een volgende staats-hervorming krijgen de gemeenschappen misschien wel nog meer bevoegdheden op dit vlak toegewezen.

Bij de overname van een virtueel failliet ziekenhuis kunnen we proberen een regeling uit te werken voor het personeel dat niet wil blijven werken in een eentalig Vlaams ziekenhuis of onvoldoende Nederlands kent. Dit personeel kan worden overgeplaatst naar andere Franstalige ziekenhuizen in Brussel.

De heer Robrecht Vermeulen : Ik zie niet goed in hoe we openbare ziekenhuizen kunnen overnemen. Zij zouden eventueel hun erkenning kunnen verkopen en hun personeel reëffecteren, maar dat lijkt me niet evident. Dit probleem kan mee bepalend zijn voor de keuze tussen het overnemen van ziekenhuizen in problemen of het oprichten van nieuwe ziekenhuizen.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Wat zal de impact zijn van de komst van de Nederlandstalige ziekenhuizen op de situatie in de zogenaamd tweetalige ziekenhuizen ?

De heer Stijn Debruyne : Er zijn twee mogelijkheden. Of de bicommunautaire ziekenhuizen zijn van mening dat ze nog minder moeite moeten doen om tweetalig te zijn, of ze gaan net extra hun best doen om toch nog Nederlandstalige patiënten aan te trekken. Intussen is het echter een feit dat de bicommunautaire ziekenhuizen in de praktijk eentalig zijn.

De heer Stefaan Platteau : De komst van het VUB-ziekenhuis heeft alvast geen positief effect gehad op de situatie in de andere Brusselse ziekenhuizen.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : We mogen inderdaad onze ogen niet sluiten voor de realiteit en uit deze realiteit moeten we onze conclusies trekken. De lokale verantwoordelijken in Halle-Vilvoorde zijn terecht boos op de federale overheid, die een beleid voert dat een goede behandeling van de patiënten uit hun streek onmogelijk maakt. Denk maar aan de organisatie van de 100-diensten. Als een patiënt daardoor te laat zal worden geholpen, zullen het immers de lokale overheden zijn die met de vinger worden gewezen. Het gaat hier voor de zoveelste keer om een falen van de federale overheid.

De heer Jan Loones : Kunnen de bicommunautaire ziekenhuizen niet tot handelen worden aangezet met de dreiging dat hen anders hun tweetalige statuut zal worden ontnomen ?

De heer Stijn Debruyne : Dat is een nieuw idee. Om zo'n sanctie te kunnen geven, moeten alle gemeenschappen daar natuurlijk wel hun goedkeuring aan geven.

De heer Robrecht Vermeulen : Sinds 1962 werden al heel wat bedreigingen geuit, maar zonder resultaat. Het intrekken van de Vlaamse erkenning zou ook leiden tot het schrappen van de Vlaamse subsidies. Gedurende veertig jaar is men er niet in ge-

slaagd iets te bereiken, dus ik zou niet weten waarom dat nu ineens anders zou gaan.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : U bent ongetwijfeld op de hoogte van de actie in de Raad van Europa over het taalgebruik in de ziekenhuizen. Hoe staat u daartegenover ?

De heer Stijn Debruyne : Dat is een actie van een andere groep mensen. Zij beoogt ook andere dingen. De twee zaken staan los van elkaar.

De heer Stefaan Platteau, waarnemend voorzitter : Omdat ik vele jaren in Brussel gewoond heb weet ik heel goed waarover de sprekers het hebben. Er moet inderdaad eindelijk iets veranderen. Of dit plan ook zal kunnen verwezenlijkt worden zal de toekomst uitwijzen. Enerzijds moet het financieel haalbaar zijn ; anderzijds moet ook de politieke wil om dit voorstel te realiseren aanwezig zijn. Mevrouw Brigitte Grouwels heeft gelijk als ze stelt dat een haalbaarheidsstudie moet uitgevoerd worden. En we zullen slaande argumenten moeten kunnen aanbrengen.

Ik wil de sprekers danken voor hun uiteenzetting en hen feliciteren voor de moed en de volharding waarmee ze dit probleem aanpakken.

III. TOELICHTING DOOR DE HEER GUY VANHENGEL, VLAAMS MINISTER VAN SPORT EN HOOFDSTEDELIJKE AANGELEGENHEDEN

Na een korte gedachtewisseling, volgend op de toelichting door de eerste ondertekenaar van het verzoekschrift, besliste de commissie om het standpunt van de Vlaamse regering te vragen.

Op 29 april 2003 werd het standpunt van de Vlaamse regering aangaande het collectief verzoekschrift toegelicht door minister Guy Vanhengel in de Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand (bijlage 2). De minister gaf een toelichting van de toepasselijke wetgeving, om vervolgens in te gaan op de opportuniteit en haalbaarheid van het verzoekschrift.

1. Situatieschets

1.1. Bevoegdheidsverdeling en financiering

De minister verklaart dat op grond van artikel 128 van de Grondwet de gemeenschappen bevoegd zijn voor de persoonsgebonden aangelegenheden,

zoals nader omschreven in artikel 5, § 1, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen (BWHI). Eén van de bevoegdheidsdomeinen betreft de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen. De BWHI wijst deze aangelegenheid principieel toe aan de gemeenschappen. Bijgevolg is de bouw van ziekenhuizen een gemeenschapsbevoegdheid (Advies Raad van State, 9 december 1982, *Parl. St.* VI. Parl. 1982-83, nr. 178/1).

De minister wijst er op dat de BWHI evenwel voorziet in een heleboel uitzonderingen die tot de federale bevoegdheden blijven behoren, waarmee de gemeenschappen rekening moeten houden. In de praktijk zijn deze uitzonderingen immers zeer belangrijk en omvangrijk.

1.2. Uitzonderingen op de gemeenschapsbevoegdheden

De minister somt de uitzonderingen op de gemeenschapsbevoegdheden op :

- de organieke wetgeving ;
- de financiering van de exploitatie van de verzorgingsinstellingen wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving ;
- de ziekte- en invaliditeitsverzekering ;
- de basisregels betreffende de programmatie ;
- de basisregels met betrekking tot de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur ;
- de nationale erkenningsnormen, uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bovenvermelde bevoegdheden ; en
- de bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen.

1.2.1. De organieke wetgeving

In eerste instantie verwijst de minister naar de organieke wetgeving. De organieke wetgeving behelst de basisregels en krachtlijnen inzake het ziekenhuisbeleid, het bepalen welke ziekenhuisdiensten in aanmerking komen voor het verrichten van bepaalde handelingen of het opnemen van bepaalde patiënten, het verder indelen van dergelijke soorten van diensten in functie van de intensiteit

van de zorgen die er worden verstrekt, het vaststellen van de normen voor de berekening van de subsidies en investeringen evenals de voorwaarden en de wijze waarop ze worden toegekend.

1.2.2. De financiering van de exploitatie van de verzorgingsinstellingen wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving

De minister stelt dat de financiering van ziekenhuizen (wat onder de ziekenhuiswetgeving valt), zoals vervat in de wet op de ziekenhuizen, in het bijzonder de financiering van de investeringen en van de werkingskosten, evenals de regeling van de tekorten van de openbare ziekenhuizen, via de federale regelgeving gebeurt. De minister wijst er op dat de gemeenschappen wel kunnen voorzien in extra middelen ter financiering van meerkosten die niet ten laste van de federale financiering kunnen worden gelegd. De 'basisfinanciering' van de exploitatie van een nieuw Vlaams ziekenhuis moet dus binnen het federale financieringsmechanisme passen en geschiedt via federale middelen.

1.2.3. De ziekte- en invaliditeitsverzekering

Ook de ziekte- en invaliditeitsverzekering en bijhorende financieringsmechanismen blijven een federale bevoegdheid.

1.2.4. De basisregels betreffende de programmatie

De minister wijst er op dat de federale overheid krachtens de organieke wet de bevoegdheid heeft om de normen te bepalen met betrekking tot het maximum aantal ziekenhuisbedden, dus ook in Brussel. Het gaat meer bepaald om de door de federale regering vastgestelde criteria, die van toepassing zijn voor de programmatie van de verschillende soorten van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten en de ziekenhuisgroeperingen met het oog op onder meer hun specialisatie, hun capaciteit, hun uitrusting en de coördinatie van hun installaties en van hun werkzaamheden. De programmatiecriteria zijn forfaitaire, rekenkundige regels bestemd om de behoeften te meten, rekening houdende met onder meer de bevolkingscijfers, de leeftijdsstructuur, de morbiditeit, de geografische spreiding, enzovoort. Krachtens deze bevoegdheid heeft de federale overheid bijvoorbeeld een normering met betrekking tot het maximum aantal ziekenhuisbedden uitgevaardigd. Het verlenen van plannings- en exploitatievergunningen (gemeenschapsbevoegdheid) moet dus volgens de minister steeds binnen het kader van deze programmatiecriteria gebeuren.

1.2.5. De basisregels met betrekking tot de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur

De minister haalt aan dat tevens het vaststellen van de basisregels inzake de financiering van de infrastructuur en de zware medische apparatuur tot de bevoegdheid van de federale overheid behoort. De financiering zelf wordt overgelaten aan de gemeenschappen.

1.2.6. De nationale erkenningsnormen, uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bovenvermelde bevoegdheden

De federale overheid is eveneens bevoegd om nationale erkenningsnormen uit te vaardigen die een weerslag hebben op bovenvermelde bevoegdheden. De gemeenschappen kunnen aanvullende erkenningsnormen uitvaardigen voor zover deze niet strijdig zijn met de nationale normen. De individuele beslissing tot erkenning (bijvoorbeeld de erkenning of niet-erkenning van een bepaalde concrete ziekenhuisdienst) behoort eveneens toe aan de gemeenschappen. De uitvoeringsbevoegdheid is dus exclusief in handen van de gemeenschappen evenals de controle daarop.

1.2.7. De bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis, overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen

De federale overheid heeft de volle bevoegdheid voor het bepalen van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis.

1.2.8. Besluit

Na het overlopen van voormelde bevoegdheidsverdeling, stelt de minister dat men tot de conclusie moet komen dat de bevoegdheidsverdeling wat betreft ziekenhuizen zeker niet altijd even duidelijk is en aanleiding kan geven tot vele discussies. Immers wat is juist 'organieke wetgeving' ? Wat zijn 'krachtlijnen' of 'basisregelen' ?

De minister is van oordeel dat de juridische appreciatie leidt tot de conclusie dat de belangrijke normerende bevoegdheid in vele gevallen berust bij de federale overheid, en dat de gemeenschappen veelal enkel belast zijn met de toepassing van de federale normen. Op het vlak van de financiering van de zorgverstrekking ligt het zwaartepunt overduidelijk bij de federale overheid. De federale overheid komt tussen in de financiering van de ziekenhuizen via de verplichte ziekte- en invaliditeitsver-

zekering en de financiering van de werkingskosten. De gemeenschappen staan enkel in voor het verlenen van investeringssubsidies, en dan nog met naleving van federaal bepaalde investeringssubsidies en van federaal bepaalde regels. Binnen de Vlaamse Gemeenschap gebeurt het verlenen van investeringssubsidies thans door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA). Het VIPA werd opgericht door het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden. Het thans geldende uitvoeringsbesluit voor de verzorgingsinstellingen is het besluit van de Vlaamse regering van 8 juni 1999 tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en de bouwtechnische normen voor de verzorgingsinstellingen.

1.3. Het ziekenhuisaanbod in Brussel

Minister Guy Vanhengel verklaart dat er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 13 Algemene Ziekenhuizen (7.180 bedden), 10 Chronische Ziekenhuizen (818 bedden) en 10 Psychiatrische Ziekenhuizen (1.073 bedden) zijn. Van de Algemene Ziekenhuizen, werd er 1 erkend door de Vlaamse Gemeenschap (Academisch Ziekenhuis van de VUB in Jette), 2 door de Franse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie en 10 door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, waarvan 5 publieke en 5 private.

Alle publieke ziekenhuizen hebben zich verenigd in de IRIS-koepel die het bestuur en het algemeen beheer verzekert van de ziekenhuisactiviteiten die worden uitgeoefend door de lokale verenigingen. Dit omvat de algemene bevoegdheid voor de coördinatie en de integratie van het door de lokale verenigingen te volgen beleid en de bevoegdheid van controle en eventueel vervanging om de uitvoering van dit beleid te waarborgen, inzonderheid op financieel en begrotingsvlak, inzake programmering en organisatie van de medische activiteiten en in de sectoren logistiek en investeringen (ordonnantie van 20 december 2002 tot wijziging van hoofdstuk XIIbis van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Op een totaal van 7.180 bedden zijn er 679 monocommunautaire Nederlandstalige bedden.

1.4. De minimale vertegenwoordiging van de Nederlandstaligen in de beheersorganen van de openbare ziekenhuizen

De minister stelt dat een van de pijnpunten in het beheer van de Brusselse ziekenhuizen altijd de aanwezigheid van Nederlandstaligen in het beheer van de ziekenhuizen was. Volgens de minister was er evenwel de laatste jaren een gunstige evolutie.

De minimale vertegenwoordiging van de Nederlandstaligen in de publieke ziekenhuizen is geregeld in de statuten van de IRIS-koepel en van de lokale verenigingen.

Bij de oprichting van de IRIS-koepel (1995) werd een vertegenwoordiging voorzien van "minstens zes leden die tot de Nederlandse taalgroep behoren" op een totaal van 40 leden in de Algemene Vergadering, en van "minstens vijf leden die behoren tot de Nederlandse taalgroep" op een totaal van 28 leden in de Raad van Bestuur. In het ontwerp van nieuwe statuten die midden 2003 zullen worden goedgekeurd, wordt het aantal leden in de Algemene Vergadering verhoogd tot 46, waarvan minstens 7 Nederlandstaligen, en het aantal leden in de Raad van Bestuur tot 36 leden, waarvan minstens 6 Nederlandstaligen.

Oorspronkelijk (in 1995) was slechts één Nederlandstalige voorzien in de Algemene Vergadering en de Raad van Bestuur van elk van de negen lokale verenigingen. Naar aanleiding van de fusies werd in het Regeerakkoord van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ('Prioriteiten van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie', 1999) een paragraaf opgenomen die stelt: "Van zodra de plaatselijke ziekenhuisverenigingen supralokale verenigingen worden, zal de vertegenwoordiging van de twee gemeenschappen in de organen van de verenigingen zo dicht mogelijk met die in de IRIS-koepelstructuur moeten overeenstemmen, met eerbied voor de gemeentelijke autonomie".

In de niet-gefusioneerde ziekenhuizen vindt men dan ook slechts één Nederlandstalige in de Algemene Vergadering en de Raad van Bestuur (St. Pieter, Bordet en het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF) – bovendien veelal toegevoegd), terwijl de vertegenwoordiging beduidend groter is in de gefusioneerde ziekenhuizen Brugmann en IRIS-Ziekenhuizen Zuid (IZZ). IZZ

telt overigens meer Nederlandstaligen dan statutair bepaald : in de Algemene Vergadering zetelen zes Nederlandstaligen terwijl er statutair vijf zijn voorzien, in de Raad van Beheer zijn vier Nederlandstaligen opgenomen terwijl de statuten er drie voorzien.

1.5. De taalwetgeving in de ziekenhuizen

1.5.1. De taalwetgeving en de universitaire en privé- ziekenhuizen

Minister Guy Vanhengel verklaart dat de taalwetgeving (namelijk de gecoördineerde wetten van 18 juli 1966 op het gebruik van de talen in bestuurszaken) in beginsel niet van toepassing is op de universitaire en de privé-ziekenhuizen, ongeacht hun mono- of bicommunautair statuut. De taalwetgeving is in beginsel enkel van toepassing op de bicommunautaire openbare ziekenhuizen, niet op de universitaire en private ziekenhuizen, zelfs als ze een bicommunautair statuut hebben (zoals bijvoorbeeld Sint-Jan, Europaziekenhuis, Cavell en Rabelais of Sint-Anna die private bicommunautaire ziekenhuizen zijn, waarbij er van uitgegaan wordt dat ze een tweetalige dienstverlening moeten ontwikkelen, omdat het bicommunautaire instellingen zijn, die echter niet onder de toepassing van de taalwetgeving vallen). De ziekenhuizen Sint-Pieter, Brugmann, IRIS-ziekenhuizen Zuid, Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola vallen wel onder de toepassing van de taalwetgeving.

Alle bi-communautaire ziekenhuizen worden vanzelfsprekend wel verondersteld om in een tweetalige dienstverlening te voorzien, aangezien ze krachtens hun bicommunautair statuut geacht worden zich tot de beide taalgemeenschappen te richten. De minister benadrukt dat deze tweetaligheid echter niet voortvloeit uit de taalwetgeving en dus niet wettelijk afdwingbaar is. Bovendien worden zij in hun taalgebruik niet gecontroleerd door één van de toezichtsorganen.

De privé-ziekenhuizen zijn volgens de adviezen van de Vaste Commissie voor Taaltoezicht (VCT) in twee gevallen wel onderworpen aan de gecoördineerde wetten : 1) met betrekking tot hun spoeddiensten en 2) met betrekking tot de Medische Urgentiegroepen (MUG's) die aan deze ziekenhuizen verbonden zijn (Vaste Commissie voor Taaltoezicht, advies 27.240 van 4 juli 1996). De adviezen van de VCT zijn echter niet juridisch afdwingbaar. De adviezen ter zake worden in de praktijk niet altijd toegepast.

Hoewel de private ziekenhuizen buiten de twee bovengenoemde gevallen niet gebonden zijn aan de taalwetgeving, blijken volgens de minister een aantal universitaire ziekenhuizen en private instellingen een goede reputatie te genieten op het vlak van meertaligheid. Zowel Nederlands- als Franstaligen worden in hun taal geholpen. Deze ziekenhuizen komen hierbij tegemoet aan de meertalige en multiculturele realiteit van de hoofdstad en de tendens van professionalisering van het aanbod en commercialisering van de communicatie.

1.5.2. De taalwetgeving en de openbare ziekenhuizen

De minister verklaart dat de openbare ziekenhuizen automatisch bicommunautair zijn en de taalwetgeving in bestuurszaken moeten volgen. Bijgevolg zijn ze verplicht tweetalig. Ze moeten daarom Nederlandstalige patiënten, indien ze dat wensen, in hun taal bedienen en alle documenten en briefwisseling in het Nederlands geven.

Afhankelijk van hun functie, dienen de personeelsleden van de verzorgingsinstellingen die in contact komen met het publiek, daartoe over de nodige kennis van de beide landstalen te beschikken.

1.5.3. De taalwetgeving en de dringende medische hulpverlening

De spoeddiensten en de MUG's van de privé-ziekenhuizen zijn niet onderworpen aan de wettelijke tweetaligheidsvereiste. Evenwel is de VCT van oordeel dat dit wel het geval zou moeten zijn. Hier moet volgens de minister dan ook het nodige regelgevende werk verricht worden.

Ook de Brusselse brandweerdiensten (Hoofdstedelijke dienst voor brandweer en dringende medische hulp, afgekort : BHDBDMH) verlenen in spoedgevallen medische bijstand.

De brandweer bestond vroeger uit gemeentelijke korpsen, die onder het taalstatuut van de lagere besturen vielen. Dat betekende dat de brandweertaligheidsdienstverlening moesten verzorgen door zelf individueel tweetalig te zijn. Toen de gemeentelijke korpsen een gewestelijke dienst werden, zijn ze ook van taalstatuut gewijzigd.

Als diensten die afhangen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, zijn zij, voor wat de taalwetgeving betreft, onderworpen aan de regeling van de taalwetgeving in bestuurszaken die van toepassing is op de centrale diensten. Binnen deze diensten

geldt het beginsel van de tweetalige dienstverlening met eentalige ambtenaren (brandweermanen). Deze ambtenaren maken elk deel uit van een Nederlands, Frans of tweetalig (voor de hogere rangen) taalkader. Zij moeten in groep of minstens taalgemengd optreden om de tweetaligheid te kunnen garanderen, wat problemen geeft op het vlak van de functionering en van de werking op het terrein. Dit geeft immers problemen op het terrein ; een brandweerwagen of hulpdienstenwagen met twee bemanningsleden aan boord, waarvan de ene perfect eentalig Franstalig is en de andere perfect eentalig Nederlandstalig, die beide niet de andere taal kennen, kunnen bij de uitvoering van hun werk niet met elkaar communiceren. Gelukkig zijn de meesten die bij de brandweer werkzaam zijn, nog aangeworven onder de oude regeling en zijn ze dus tweetalig of voldoende tweetalig om met elkaar te kunnen communiceren. Op lange termijn kan dit volgens minister Guy Vanhengel effectief voor moeilijkheden zorgen. Het zou wenselijk zijn dat daarom op termijn het taalregime wordt gewijzigd en terug wordt gegaan naar de tweetalige dienstverlening door tweetalige ambtenaren (brandweerlieden). Volgens de minister is de brandweer daar trouwens in overgrote meerderheid vragende partij voor. Dit vergt echter een ingreep in de federale wetgeving ; de Vlaamse Gemeenschap is niet bevoegd om er verandering in aan te brengen. Dit dossier moet aangekaart worden bij de federale overheid.

Deze taalkaders garanderen dat een zeker aantal betrekkingen wordt voorbehouden aan personeelsleden van de beide taalgroepen (bescherming van de ambtenaar) en moeten ervoor zorgen dat er voldoende personeel voorhanden is om de dienstverlening in overeenstemming met de taalwetten te kunnen verzorgen.

1.6. De klachten- en controlerende instanties

Minister Guy Vanhengel stelt dat in eerste instantie klachten rechtstreeks aan de instelling of bevoegde overheid kunnen worden overgemaakt.

Voor informatie over de taalwetgeving en advies of begeleiding bij het formuleren van een klacht, heeft de Vlaamse Gemeenschap twee steunpunten opgericht : het Taalloket van VZW De Rand en de Taalwetwijzer bij de administratie Kanselarij en Voorlichting. Het Taalloket van VZW De Rand is niet onmiddellijk een loket waar de Brusselaars zich gemakkelijk tot zullen richten, maar is voornamelijk bestemd voor inwoners uit de Vlaamse Rand.

In de negentien Brusselse gemeenten, ziet de vice-gouverneur van het administratief arrondissement Brussel-Hoofdstad erop toe dat de lokale diensten de taalwetten respecteren. Men kan er ook klachten indienen. De vice-gouverneur kan een niet-bindend advies geven en als ombudsman optreden om tot een oplossing te komen die voor alle partijen bevredigend is. Wanneer er geen compromis mogelijk is, kan de vice-gouverneur een klacht voor onderzoek overmaken aan de Vaste Commissie voor Taaltoezicht. Aan de betrokken administratieve overheid kan hij een bindende termijn voor antwoord opleggen.

De Vaste Commissie voor Taaltoezicht onderzoekt klachten over de toepassing van de taalwetgeving in bestuurszaken. Na onderzoek van de klacht, formuleert de VCT een advies. Die adviezen hebben een groot moreel gezag maar zijn juridisch niet bindend.

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie vervult het administratief toezicht op de bicommunautaire instellingen. Zij kan een aanwerving of benoeming die in strijd is met de taalwetgeving vernietigen. Dit kan enkel wanneer beide bevoegde ministers, één van elke taalrol, deze beslissing ondertekenen.

1.7. Vragen en klachten over Brusselse verzorgingsinstellingen sinds 1999

De opvang van Nederlandstaligen in de Brusselse ziekenhuizen, en in het bijzonder in de openbare ziekenhuizen, zorgt volgens de minister onmiskenbaar voor moeilijkheden. Toch ontvingen de klachteninstanties hierover slechts een gering aantal klachten.

1.7.1 Bij de Taalwetwijzer

Sedert de oprichting van de Taalwetwijzer in het najaar van 2001, ontving het Steunpunt Taalwetgeving van de Vlaamse Gemeenschap 8 vragen en klachten die te maken hebben met een gebrekkige kennis van het Nederlands in de Brusselse gezondheidszorg.

Twee van deze klachten handelen over het Franstalig karakter van het Erasmusziekenhuis : antwoordapparaat, onthaal, dossier en facturatie zijn allemaal in het Frans. Aangezien het over een ziekenhuis van de Franse Gemeenschap gaat, zijn de klachten niet gegrond. Twee vragen handelden over de afdwingbaarheid van tweetaligheid in private instellingen. Opnieuw zijn deze klachten vol-

gens de taalwetgeving ongegrond. Over de openbare ziekenhuizen ontving de Taalwetwijzer in totaal vier oproepen. Twee klachten over Franstalige facturen en medische verslaggeving waren gegrond. Twee vragen handelden over het Frans als voertaal bij personeelsvergaderingen en over Nederlands-onkundige juryleden bij het sollicitatiegesprek van een Nederlandstalig personeelslid.

1.7.2 *Bij de vice-gouverneur*

De meest recente evaluatie van het taaltoezicht op de gemeentebesturen en OCMW's van de vice-gouverneur dateert van maart 2000 en beslaat de periode van 1995-1999. Hierin worden de cijfergegevens omtrent de openbare gezondheidsinstellingen niet afzonderlijk behandeld. Sedertdien maakte de vice-gouverneur geen gegevens meer bekend. De minister vermoedt dat dit het gevolg is van een tekort aan relevante cijfers.

1.7.3 *Bij de VCT*

De minister vermeldt dat in 1999 twee klachten over privé-ziekenhuizen ongegrond werden bevonden. Drie klachten over Nederlandsonkundig personeel, over een Franstalige factuur aan een Nederlandstalige patiënt en over Franstalige afrekeningsnota's aan een Nederlandstalige geneesheer waren gegrond.

In 2000 werden drie klachten gegrond bevonden. Een Nederlandstalige patiënt in een privé-ziekenhuis werd na een spoedopname door de MUG ten onrechte in het Frans verzorgd en behandeld. In het tweetalig streekblad Vlan publiceerde een openbaar ziekenhuis een personeelsadvertentie enkel in het Frans. Kennis van de tweede taal werd niet als vereiste voor de aanwerving vermeld.

In 2001 diende een Vlaams OCMW een klacht in over Nederlandsonkundige gesprekspartners in contacten met bicommunautaire ziekenhuizen. Voor twee openbare instellingen was die klacht gerechtvaardigd, voor de overige ziekenhuizen, die privé-instellingen waren, was die niet gegrond.

1.7.4 *Conclusie*

De minister is de mening toegedaan dat het geringe aantal formele klachten in verhouding tot het enorme aantal medische handelingen die in de Brusselse ziekenhuizen worden verricht, niet hoeft te verbazen. Een patiënt die hulp vraagt, voelt zich sterk afhankelijk van zijn zorgverlener. Hij zal die

relatie onder geen beding willen schaden, door die zorgverlener met een klacht tegen de haren in te strijken.

Aan de andere kant is het volgens de minister ook niet altijd, omdat de regels van de wet niet worden nageleefd en niet iedereen over een tweetaligheidsbrevet beschikt, dat die de andere taal niet voldoende taal machtig is/zou zijn, om zich te behelpen en op een aanvaardbare, correcte, hoffelijke en klantgerichte manier met patiënten om te gaan.

De minister verklaart dat in ieder geval de klachten in aantal zeer beperkt zijn in verhouding tot het totaal aantal medische handelingen die in alle Brusselse ziekenhuizen verricht worden. Objectief gezien is het een bijzonder beperkt aantal klachten.

2. **Haalbaarheids- en opportuiniteitsonderzoek van het verzoekschrift**

Vervolgens gaat minister Guy Vanhengel in op de haalbaarheid en de opportuniteit van de vraag van het collectief verzoekschrift om een of meerdere bijkomende monocommunautaire Vlaamse ziekenhuizen in Brussel op te richten.

2.1 **Haalbaarheid**

2.1.1. *Financieel*

De minister stelt dat het ramen van de reële kosten voor de bouw en exploitatie van een ziekenhuis een zeer ingewikkelde berekening is, die afhankelijk is van de omvang van de diensten, de soort van diensten, enzovoort. De reële kosten van uitrusting en meubilair zijn ook uitermate moeilijk te voorspellen. De minister deelt mee dat de afdeling Gezondheidsvoorzieningen van de administratie Gezondheidszorg van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap niettemin een ruwe berekening van de mogelijke kostprijs van een nieuw Vlaams ziekenhuis in Brussel heeft gemaakt.

Bij de bouw van een nieuw ziekenhuis, kan de Vlaamse Gemeenschap de bouwkosten vergoeden. Het VIPA subsidieert maximum 60 percent van de totale kosten. 40 percent wordt in het ziekenhuisbudget afgeschreven, verspreid over een aantal jaren en ten laste van de federale budgetten.

De Vlaams regering heeft het VIPA-budget, beschikbaar voor subsidies voor bouw en verbouwing in Vlaamse ziekenhuizen beduidend verminderd.

In 2000 was er 5,041 miljard frank budget, in 2003 nog 74,028 miljoen euro (of 2,986 miljard frank). Er zijn veel meer aanvragen dan het budget toelaat in te willigen.

2.1.1.1. Berekening van bouw en uitrusting

Alle overheidstussenkomsten zijn volgens de minister beperkt tot een juridisch vastgelegd maximaal subsidieerbaar bedrag per bed. De minister stelt dat het algemeen geweten is dat dit maximum de reële kosten onderschat. In oktober 2000 werd door de Algemene Technische Dienst van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap berekend dat de reële kosten minstens voor 15 percent onderschat zijn. Dit maximum is trouwens, net zoals de subsidiebedragen die de gemeenschappen per bed of per m² kunnen betalen, vastgelegd in federale uitvoeringsbesluiten van de ziekenhuiswet.

Om niettemin een idee te geven van de omvang van de kosten, voor een ziekenhuis met ongeveer 320 klassieke hospitalisatiebedden en 30 bedden daghospitalisatie, is door de administratie een raming gemaakt op basis van de gegevens uit een recent bouwdossier voor een nieuw ziekenhuis in Kortrijk (berekening van april 2002) :

Berekening van het maximum subsidieerbaar bedrag, zoals nu juridisch omschreven, en dan verhoogd met 15%

320 bedden	€ 57.015.511
30 daghospitalisatie	€ 4.957.870
nierdialyse en radiotherapie	€ 12.394.676
verhoging 15 %	€ 11.155.209
TOTAAL	€ 85.523.266

De minister stelt dat weliswaar niet berekend is in hoeverre nu het maximum subsidieerbaar bedrag echt afwijkt van de reële kost. In het vooropgestelde bedrag zijn nog niet inbegrepen : energiebesparende maatregelen en een aantal milieu- en veiligheidseisen.

Voor de 40 percent die via het federale ziekenhuisbudget wordt betaald, moeten er uiteraard belangrijke leningen worden afgesloten, in afwachting van de terugbetaling. De bouw van een nieuw ziekenhuis neemt gemakkelijk 7 à 8 jaar in beslag.

2.1.1.2. Financiële kost voor de 'koop' van bedden

De federale regels bepalen volgens de minister dat de ingebruikname van nieuwe bedden niet alleen moet passen in de programmatie, maar ook moet gepaard gaan met de buitengebruikstelling van reeds bestaande en erkende bedden. Zo is een officiële markt ontstaan van aan- en verkoop van bedden. In recente dossiers in Vlaanderen zijn per acuut bed bedragen betaald tussen 89.242 euro en 94.199 euro. Dit geeft voor 320 bedden een bijkomende kost van 28.557.334 à 30.143.853 euro.

Hierbij dient aldus de minister echter opgemerkt dat de verwachting is dat het nieuwe financieringssysteem dat de federale overheid sinds juli 2002 heeft in voege gebracht een weerslag zal hebben op deze 'verkooprijzen'. De federale overheid betaalt immers sindsdien slechts een werkingsbudget voor bedden waarvoor bewezen is dat ze bezet waren door patiënten met diagnoses die ziekenhuisopname van bepaalde duur rechtvaardigen. Dit zijn de zogenaamde 'verantwoorde bedden'. Voor erkende maar niet verantwoorde bedden die 'verkocht' worden, geeft het federale niveau geen enkel werkingsbudget aan het kopende ziekenhuis.

De prijs van niet-verantwoorde bedden zal dus volgens de minister vermoedelijk dalen, en de prijs van verantwoorde bedden zal stijgen. Een ziekenhuis heeft er geen belang bij om haar 'verantwoorde bedden' te verkopen, want dan komt het zelf in de problemen. De minister stelt dat het zinloos is om een nieuw ziekenhuis volledig te vullen met 'niet-verantwoorde bedden' want het zal geen werkingsbudget krijgen van het federale niveau. De vraag stelt zich volgens de minister ook of de bi- of monocommunautaire, Franstalige Brusselse ziekenhuizen bereid zouden zijn bedden te verkopen wanneer ze weten dat die bestemd zijn voor een bijkomend nieuw Vlaams ziekenhuis.

2.1.1.3. Besluit

Samengevat kan de kostprijs van de bouw van een ziekenhuis geschat worden op 114.080.600 euro (4.601.999.996 frank). Wanneer het VIPA het maximum-subsidieerbaar bedrag van 85.523.266 euro ten laste neemt, overschrijdt dit reeds het beschikbare budget van 2003 met ongeveer 1.500.000 euro.

De minister haalt aan dat in het verzoekschrift het Vlaams Brusselfonds wordt voorgesteld als bijkomende financieringsbron. Volgens het verzoekschrift zouden deze middelen kunnen worden aangewend voor de koop van bedden aan 28.557.334

euro à 30.143.853 euro. De minister verklaart echter dat in 2003 in totaal het kleiner bedrag van 4.958.000 euro staat ingeschreven in het Vlaams Brusselfonds, waarvan reeds een groot gedeelte is voorbestemd voor andere initiatieven (onder meer bouw van een woon- en zorgcentrum voor bejaarden in Brussel, gratis openbaar vervoer voor studenten aan de Nederlandstalige hogere onderwijsinstellingen), zoals vermeld in de beleidsbrief Hoofdstedelijke Aangelegenheden 2003.

De gevraagde middelen die nodig zijn om een Vlaams ziekenhuis in Brussel op te richten ten overstaan van de beschikbare middelen van het Vlaams Brusselfonds waarnaar in het collectief verzoekschrift wordt verwezen, lopen dus mank volgens de minister. Er zijn immers niet de nodige middelen voor.

2.1.2. Economisch en juridisch

Ook juridisch zijn er volgens de minister bezwaren. Om een economisch leefbaar ziekenhuis uit te baten, zijn een minimum van 250 bedden en van een aantal medisch technische diensten noodzakelijk. Analyses leren dat verpleegeenheden doorgaans verlieslatend zijn, en gedeeltelijk gecompenseerd kunnen worden door een winst op zware medisch-technische diensten.

Zware medisch-technische diensten zijn afzonderlijk geprogrammeerd door de federale overheid. Indien de Vlaamse overheid een Vlaams ziekenhuis in Brussel met deze diensten wil uitbouwen in Brussel, zullen de Vlaamse ziekenhuizen uit het Vlaamse Gewest dergelijke diensten (of ook gewone bedden) moeten afstaan in het voordeel van een regio die hierin reeds overbediend zou zijn. Het vrijmaken van deze bedden in Brussel vergt echter de schrapping van een gelijk aantal bedden elders in Vlaanderen. Ook de Brusselse ziekenhuizen zouden hun capaciteit kunnen afstaan, maar het is volgens de minister weinig waarschijnlijk dat zij daartoe bereid zijn.

Bedden uitbaten die niet 'verantwoord bezet' geraken is economisch niet leefbaar. Daarbij rijst de vraag of er voldoende verwijzers zijn die hun patiënten naar het eventuele nieuw Vlaams ziekenhuis in Brussel zullen sturen? De minister stelt dat dit moeilijk te voorspellen is. Het eerste criterium voor de verwijzing is immers doorgaans de reputatie en perceptie over de kwaliteit van de dienst. Taalkennis is een daaraan ondergeschikt criterium.

De programmatieregels zijn bepaald door de federale overheid. Het aanbod van acute bedden in het

Brussels Hoofdstedelijk Gewest overstijgt op dit ogenblik reeds het geprogrammeerde aantal. Volgens de cijfers van 1 oktober 2000 van de Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Dienst Gezondheid, blijkt er een overaanbod van 2.466 bedden te zijn (wat 53 percent boven het aantal geprogrammeerde bedden is).

2.2. Opportuniteit

2.2.1. Maatschappelijke en politieke context

De minister verklaart dat het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit Brussel van bij de start een succesverhaal was met haar aandacht voor haar Vlaamse karakter. Het is nog steeds het enige monocommunautair Nederlandstalige algemeen ziekenhuis in Brussel. De Vlaamse Brusselaar of andere Nederlandstalige patiënten worden er in hun taal behandeld. Tegelijk gaat het ziekenhuis er prat op dat iedereen er terecht kan, ongeacht taal, nationaliteit en gezondheid. Het AZ-VUB beschikt over 679 ziekenhuisbedden en is goed voor jaarlijks 25.000 gehospitaliseerden. Het AZ-VUB ging van start in 1977. De redenen voor de oprichting van een monocommunautair ziekenhuis zijn terug te vinden in de toenmalige bevolkingssamenstelling én in de politieke en maatschappelijke positie van de Nederlandstalige bevolking in Brussel.

De Brusselse bevolkingssamenstelling was in de jaren zeventig nog niet zo uitgesproken multicultureel als vandaag en de Europese functie van Brussel nog niet in die mate ontwikkeld. Na de jaren zeventig zouden er nog grote groepen allochtone inwoners in Brussel komen wonen. De stadsvlucht van autochtone Franstalige en Nederlandstalige Brusselaars zou sterk toenemen in de jaren tachtig en negentig. Als statistieken aantonen dat vandaag meer dan 27 percent van de huidige Brusselse bevolking een andere nationaliteit heeft, dan was dat in 1977 nog lang zo uitgesproken niet. Het aantal autochtone Franstalige en Nederlandstalige Brusselaars bepaalde in de zeventiger jaren volgens de minister dan ook veel meer het uitzicht en het maatschappelijk leven van Brussel. De tegenstelling Frans/Nederlands was toen veel meer een punt. De oprichting van een monocommunautair Nederlandstalig ziekenhuis was in die tijd dan ook een logische politieke keuze. Vandaag lijkt die keuze minder opportuun volgens de minister.

Recent onderzoek aan de VUB over de positie en het gebruik van het Nederlands in Brussel wijzen

bovendien op enkele andere interessante karakteristieken van de Brusselse bevolking. Uit statistisch onderzoek bleek immers dat bijna 10 percent van de ondervraagden een ééntalig Nederlandse taalachtergrond heeft. Iets minder dan 50 percent van de Brusselse bevolking komt uit een ééntalig Frans gezin. Meer dan 10 percent van de Brusselse bevolking kent een traditioneel tweetalige Franstalige/Nederlandstalige achtergrond. Iets minder dan 10 percent van de respondenten komt uit een gezin waar het Nederlands of het Frans wordt gecombineerd met een andere taal. Maar liefst 20 percent van de ondervraagden komen uit een gezin waar het Frans noch het Nederlands gebruikt wordt. Ook uit deze cijfers blijkt volgens de minister dat het taalgebruik en de taalidentiteit bij de Brusselse bevolking niet van die aard is om zware investeringen in een monocommunautair ziekenhuis te verantwoorden.

De minister verklaart dat het vanuit politiek oogpunt meer opportuun lijkt om inspanningen te doen om het huidig zorgaanbod beter tweetalig te maken. De Brusselse bevolking is immers werkelijk veel heterogener samengesteld. De minister stelt dat het dan ook, gezien de sociaaldemografische evolutie in Brussel, vanuit politiek oogpunt meer opportuun lijkt inspanningen te doen om het huidig zorgaanbod beter tweetalig te maken dan de creatie van een nieuw monocommunautair Vlaams ziekenhuis in Brussel.

2.2.2. Taal als criterium bij de keuze van een ziekenhuis

Een vlotte en open communicatie schept vertrouwen en is volgens de minister een voorwaarde tot een optimale gezondheidszorg. Ontevredenheid van patiënten over de communicatie met het ziekenhuis, beperkt zich dan ook niet tot klachten over een gebrekkige kennis van de eigen taal maar slaat ook op een gebrek aan contact en overleg, laattijdige verslaggeving, en dergelijke. Het meest recente onderzoek naar de kwaliteit van de communicatie tussen patiënten en hun verzorger of instelling van juni 2000 wijst uit dat de huisarts een belangrijke rol speelt bij de keuze voor een ziekenhuis. Dit voorkomt taalproblemen.

Bovendien is volgens de minister niet de taal maar wel de reputatie van de specialist of instelling en de kwaliteit die zij bieden het eerste criterium bij de keuze. De minister stelt dat taal zelden op de eerste plaats staat als criterium bij de keuze van zorgverstrekkers. Wanneer de patiënten op zoek gaan naar de gepaste verzorging gaan zij in eerste instantie op zoek naar kwaliteit van de zorgverstreker,

ker, wat belangrijker is dan de taal waarin de medische zorgen worden verstrekt.

In de studie van dokter Peers voor de Van Helmont-gilde werd trouwens aangegeven dat alhoewel zorgverstrekker en patiënt perfect dezelfde taal kennen, de communicatie soms veel slechter kan verlopen dan bij patiënt en zorgverstrekker die beide een andere taal spreken/kennen, maar die tot een veel betere communicatie komen.

2.2.3. Ontevredenheid over taal is het hoogst bij spoedopname

De minister stelt dat ontevredenheid over taal uiteraard stijgt wanneer een patiënt geen vrije keuze heeft, bij opname via de spoeddiensten, de dienst 100 of de Medische Urgentiegroepen. In de andere gevallen heeft men veelal immers nog tijd om zelf een keuze te maken die het best aansluit bij de eigen wensen. Bij spoedopnames in eender welk ziekenhuis in Brussel, ongeacht het statuut, is het absoluut van belang dat de tweetaligheid absoluut verzekerd wordt.

Op initiatief van de Vlaamse regering, heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC) op 30 mei 2001 beslist om een werkgroep op te starten om de taalproblematiek in de Brusselse gezondheidszorg onder de loep te nemen. Op voorstel van deze werkgroep, belastte de IMC de federale minister van Volksgezondheid met de opdracht via een wijziging van het KB houdende de vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende de aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel, de tweetalige dienstverlening van de dringende zorgen te garanderen.

De wijziging van artikel 7 quater van het KB van 2 april 1965 hield in dat iedere persoon die zich aan boord van een MUG-dienst bevindt, de taal spreekt van het gebied waarnaar men uitrukt. Aan deze beslissing werd tot op heden nog steeds geen uitvoering gegeven. De minister verklaart dat herhaaldelijke briefwisseling met de federale minister bevoegd voor volksgezondheid, geen vooruitgang heeft kunnen bewerkstelligen in deze zaak. Bij het ontbinden van het federaal parlement, lag het ontwerp-KB voor advies bij de Vaste Commissie voor Taaltoezicht.

In de praktijk is de taalregeling voor de Brusselse Hoofdstedelijke Dienst voor Brandweer en Dringende Medische Hulpverlening onwerkbaar en brengt deze situatie de dringende medische hulpverlening in gevaar. Telkens opnieuw worden de vastgestelde taalkaders voor de Raad van State ge-

contesteerd. De taalwetgeving in bestuurszaken bepaalt niet op welke manier het 'werkvolume' voor iedere taalgroep moet berekend worden en men is het telkenmale oneens over de vooropgestelde criteria. Daarenboven bemoeilijkt de eentaligheid van de ambtenaren een vlotte communicatie. Dat laatste is volgens de minister nochtans een essentiële vereiste voor een vlotte communicatie binnen een spoedgevallendienst. Regelmatig zijn er trouwens klachten van patiënten over de Nederlandsonkundigheid van het interventieteam. De minister verklaart dat het daarom aangewezen is om af te stappen van het vereiste van de taalkaders en een bepaalde vorm van tweetaligheid van de ambtenaar in te voeren.

2.2.4. *Personeel*

De welzijns- en gezondheidssector signaleert reeds geruime tijd dat het steeds moeilijker wordt om gekwalificeerd verzorgend personeel te vinden. Dit is volgens de minister geen exclusief Brussels probleem ; ook de andere gewesten en zelfs de andere Europese landen kampen met een tekort aan verzorgenden. De oorzaken hiervoor zijn veelvuldig en complex : een negatief imago van het zorgberoep, een matige verloning, harde arbeidsomstandigheden, weinig doorgroeimogelijkheden, en dergelijke. De context van de grootstad zorgt in Brussel voor extra nadelen : een meertalige omgeving, een gebrek aan mobiliteit, een onveiligheidsgevoel, een grotere sociale problematiek, en dergelijke.

De komst van een extra ziekenhuis, kan de concurrentie tussen de verschillende ziekenhuizen om (tweetalig) personeel te vinden nog verhogen, zowel binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest als tussen Brussel en Vlaanderen. Volgens de minister bestaat de vrees dat dit ziekenhuis het personeel uit de andere instellingen zal wegtrekken, waardoor de spreiding van het huidige Nederlandstalig aanbod in gevaar komt en hierdoor het probleem in de andere instellingen alleen maar groter wordt.

2.2.5. *Andere initiatieven en prioriteiten*

De minister erkent dat de problematiek van een gebrekkige Nederlandstalige dienstverlening in de Brusselse verzorgingsinstellingen sinds vele jaren de gemoederen raakt. Verschillende organisaties en overheden ontwikkelen op dit ogenblik initiatieven om de problemen in de Brusselse gezondheidszorg in kaart te brengen en voorstellen tot oplossing te formuleren.

Om aan het personeelsgebrek tegemoet te komen, ontwikkelde Pro Medicis Brussel initiatieven om Nederlandskundige medici en paramedici aan te trekken. De voorbije jaren hebben zij reeds positieve resultaten bereikt. De Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad (BWR) zal met Baanbrekend Brussel een soortgelijk aanbod creëren voor de welzijnssector. Beide diensten worden geïntegreerd in een cel werkpromotie in de BWR die tot doel heeft de vraag naar Nederlandskundig personeel in deze sectoren in kaart te brengen en initiatieven te ontwikkelen om aan deze vraag te kunnen voldoen.

De minister merkt op dat de beperkte zichtbaarheid van Nederlandskundige zorgverstrekkers in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zich niet beperkt tot de ziekenhuissector. Ook de zelfstandige beoefenaars van zorgberoepen en de (para)medici uit de ambulante sector zijn te weinig gekend. De vraag om een Vlaams ziekenhuis te bouwen brengt hierin geen verbetering en biedt slechts een fragmentaire oplossing voor de problemen in de eerstelijnszorg.

De Doktersgild Van Helmont pleit daarom voor een betere geïntegreerde zorgverlening en een samenwerking tussen Brussel en de Vlaamse Rand om het Nederlandskundig zorgaanbod te vermeerderen en beter zichtbaar te maken. In het kader van het Vlaams Brusselfonds diende de vereniging, in samenwerking met de Brusselse Huisartsenkring, een subsidieaanvraag in voor een haalbaarheidsstudie omtrent het opstarten van een virtueel Vlaams zorgnetwerk of ziekenhuis in Brussel en de Rand. Dit virtueel zorgnetwerk verzamelt alle Nederlandskundige zorgverleners uit de ambulante sector en de gezondheidsinstellingen in een geïnformateerde databank en stelt al die gegevens ter beschikking van deze (para)medici. De huisarts krijgt hierin een centrale rol toebedeeld.

Niet alleen bij de keuze van gespecialiseerde zorg is de rol van de huisarts cruciaal. Hij kan ook de instap naar de spoeddiensten verkleinen.

Hoewel er in Brussel een overaanbod van artsen zou zijn, ligt het bezoek aan de huisarts in de hoofdstad 10 percent onder het landelijk gemiddelde. Tegelijk is er een overconsumptie van de spoedgevallendiensten (per 100 Brusselaars zijn er jaarlijks 27 contacten met spoed, tegen 17 voor België). Dit heeft ook te maken met de sociale problematiek : 45 percent van de gezinnen in Brussel heeft problemen met het betalen van medische kosten, 1 gezin op 5 stelt bezoek aan een arts of aankoop van geneesmiddelen uit omdat ze in geldnood zit-

ten. De Brusselse Huisartsenkring waarborgt met beperkte middelen al meer dan 20 jaar de Nederlandstalige wachtdienst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Hoewel een versterking van de werking broodnodig is, laat een structurele financiering door de federale overheid nog steeds op zich wachten. De Vlaamse minister bevoegd voor de Hoofdstedelijke Aangelegenheden heeft zich reeds geëngageerd om de infrastructuur en het informatica-netwerk te vernieuwen met middelen uit het Vlaams Brusselfonds.

Om de tweetaligheid in haar instellingen te verbeteren, kent de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een aantal financiële stimuli toe voor vormingsinitiatieven omtrent het onthaal en voor taalcursussen. Sinds 1994 kent het Verenigd College een subsidie toe aan de algemene ziekenhuizen die vormingsinitiatieven nemen teneinde de kwaliteit van het onthaal (onthaal, talenkennis en begrip van vreemde culturen) van de patiënten te verbeteren. Dit initiatief werd later uitgebreid naar de psychiatrische en chronische ziekenhuizen en PVT's. De financiële bijdrage is beperkt tot een plafond van 10,83 euro per ziekenhuisbed en mag maximum de helft van de kosten dekken. Voor het jaar 2003 bedraagt het maximumbedrag 68.029,65 euro, waarvan 43,7 percent voor de publieke sector. Voor de organisatie en/of financiering van taalcursussen kunnen de openbare ziekenhuizen in beginsel een beroep doen op de middelen die voorzien zijn op de basisallocaties "Vormingen", die samen 74.000 euro bedragen.

2.2.6. *Draagvlak in het Vlaams-Brusselse werkveld*

De minister heeft, naar aanleiding van de elementen die op de hoorzitting met de hoofdindieners werden aangebracht, aan een aantal Vlaams-Brusselse partners uit het Vlaams-Brusselse werkveld hun standpunt gevraagd.

De Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad, een functioneel coördinatieorgaan voor de Brusselse welzijns- en gezondheidszorg, erkend door de Vlaamse Gemeenschapscommissie, neemt een genuanceerd en voorwaardelijk standpunt in : een overleg- en consultatieronde met andere verzorgingsinstellingen en initiatieven is nodig en het virtueel zorgnetwerk is een prioriteit die op korte termijn kan worden gerealiseerd. Wanneer hierna de nood aan een eigen Vlaams ziekenhuis nog wordt gevoeld, kan een haalbaarheidsstudie een antwoord bieden op vragen omtrent kostprijs, personeelsinvulling, positionering ten opzichte van andere instellingen. De BWR drukt hierbij nog de bezorgdheid uit dat een Vlaams ziekenhuis geenszins

mag betekenen dat niet meer wordt gewerkt aan een betere toegankelijkheid voor Nederlandstaligen van de bicommunautaire voorzieningen.

De Brusselse Huisartsenkring sluit zich aan bij de visie van de Doktersgild Van Helmont, een vereniging van geneesheer-specialisten uit Brussel en de Rand. Beide organisaties steunen het verzoekschrift maar onder voorwaarden. Een Vlaams ziekenhuis kan complementair zijn aan het virtueel zorgnetwerk dat prioriteit geniet maar de technische en juridische aspecten die hieraan zijn verbonden, dienen eerst grondig te worden bestudeerd door experts ter zake.

Pro Medicis Brussel, een project dat tot doel heeft het aanbod van tweetalige zorgverstrekkers in het Brussel Hoofdstedelijk Gewest te verhogen, wijst op de verdeelde meningen bij haar bestuursleden (artsen en specialisten). Daarnaast vestigt zij de aandacht op de hoge financiële kostprijs en organisatorische moeilijkheden die gepaard gaan met het hele opzet van een eigen Vlaams ziekenhuis.

De minister verklaart dat alle partners principieel niet gekant zijn tegen een Vlaams ziekenhuis maar dat ze de andere, hoger vermelde, initiatieven als prioriteit naar voor schuiven. Op het eerste zicht lijkt immers het standpunt/voorstel zoals geformuleerd in het collectief verzoekschrift bijzonder aantrekkelijk en is het op het eerste gezicht een oplossing voor de problematiek, maar op basis van hun terreinkennis beseffen zij dat dit wellicht niet de meest interessante investering is. Zij pleiten eerder voor andere oplossingen, zoals het virtueel zorgnetwerk.

3. **Standpunt van de Vlaamse regering**

De minister verklaart dat de inplanting van een bijkomend monocommunautair Vlaams ziekenhuis in Brussel op het eerste zicht een aantrekkelijk idee lijkt. In de jaren 1970 heeft dat idee zijn toepassing gekend op een meer dan bevredigende wijze. Op het einde van de jaren 1970 paste de Vlaamse regering dit voorstel met succes toe. Het AZ-VUB Brussel vestigde op korte tijd een gedegen reputatie van kwaliteitsvolle gezondheidszorg die openstaat voor alle bevolkingsgroepen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en omgeving. De omgevingsfactoren verschilden toen echter sterk van de huidige situatie : de bevolkingssamenstelling was namelijk minder heterogeen en de positie van de Nederlandstaligen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest was minder sterk verankerd in het politieke en maatschappelijke leven.

Momenteel zijn er volgens de minister echter te veel praktische bezwaren om nu op het idee verder in te gaan.

De minister stelt dat bij nader inzicht het voorstel ook op heel wat praktische bezwaren stuit : er is het probleem van de bevoegdheidsverdeling, van de programmatie en van het reeds bestaande aanbod van ziekenhuisbedden en de kosten :

- 1° de ingewikkelde bevoegdheidsverdeling en financieringsmechanismen betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, heeft tot gevolg dat de Vlaamse regering hierin geen unilaterale beslissing kan nemen. De federale programmatie en wetgeving beperkt sterk de bewegingsruimte van de gemeenschappen in deze materi ;
- 2° het aanbod aan ziekenhuisbedden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest overstijgt op dit ogenblik in belangrijke mate de programmatie. Indien het huidige aantal bedden toch zou worden uitgebreid, zou de exploitatie ervan niet worden gefinancierd en bijgevolg verlieslatend zijn ;
- 3° het alternatief, namelijk de overname van de toegekende bedden, de infrastructuur en het personeel van een bestaand bicommunautair ziekenhuis, is geen garantie voor een betere toegankelijkheid in het Nederlands van dit ziekenhuis. Het alternatief dat er zou kunnen in bestaan om een bestaand privaat bicommunautair ziekenhuis over te kopen (in plaats van een nieuw te bouwen ziekenhuis), lijkt aantrekkelijk maar lost niets op. De interne werking, de zorgverstrekkers en het cliënteel blijven immers behouden. Het is niet omdat het eigenaarsstatuut verandert, dat de hele werking van een ziekenhuis wordt veranderd, noch dat het cliënteel van een ziekenhuis wijzigt. De kosten voor de oprichting zou ertoe leiden dat er een zware hypotheek wordt gelegd voor de rest van Vlaanderen en voor de bestaande en in ontwikkeling zijnde initiatieven ;
- 4° de kosten voor de oprichting van een Vlaams ziekenhuis bedragen ruwweg 114.000.000 euro. Dit zou een zware hypotheek leggen op de midelen uit het VIPA en het Vlaams Brusselfonds voor de komende jaren en geen ruimte meer laten voor nieuwe initiatieven en de prioriteiten die het werkveld en de Vlaamse minister van Hoofdstedelijke Aangelegenheden reeds naar voor hadden geschoven.

De minister concludeert dat juridisch, economisch en financieel de oprichting van een Vlaams ziekenhuis dus niet haalbaar is.

Een bijkomend Vlaams ziekenhuis oprichten is volgens de minister ook niet wenselijk omdat het aan de gestelde problematiek geen afdoend antwoord biedt :

- 1° de gebrekkige kennis van het Nederlands stelt zich het scherpst in acute situaties zoals bij spoedopnames. De oprichting van een nieuw ziekenhuis lost de problemen bij de spoedopnames niet op. De MUG's en spoeddiensten zijn reeds toegewezen aan de bestaande ziekenhuizen. Een bijkomend Vlaams ziekenhuis heeft hierop geen invloed ;
- 2° Brussel telt ongeveer 9000 ziekenhuisbedden, waarvan 679 'Nederlandstalige' in het AZ-VUB. Een bijkomend Vlaams ziekenhuis kan maximum 320 bedden opleveren. Tegenover het totaal aantal ziekenhuisbedden in Brussel zal het toevoegen van een 320 bijkomende bedden niet veel verhelpen en eerder een druppeltje op een hete plaat zijn. De geografische spreiding en het aantal zogenaamde 'Nederlandstalige' bedden blijft daardoor beperkt en dit zal het soms gebrekkige onthaal in de bicommunautaire ziekenhuizen niet verbeteren ;
- 3° een goede communicatie is een belangrijke voorwaarde om tot een kwaliteitsvolle zorg te komen. Toch is taal voor patiënten niet het doorslaggevende argument in de keuze voor een ziekenhuis, andere kwaliteitscriteria genieten voorrang ;
- 4° de gevraagde investering van de Vlaamse regering staat niet in verhouding tot het probleem.

De minister verklaart dat de oprichting van een Vlaams ziekenhuis in Brussel eveneens niet opportuun is.

De minister is evenwel van oordeel dat de gesignaleerde problematiek ernstig is en dat de betrokken instellingen en overheden dienen werk te maken van een aantal initiatieven die wel een verandering tot stand kunnen brengen :

- 1° een degelijke klachtenbehandeling en begeleiding wanneer een patiënt niet tevreden is over zijn relatie met zijn zorgverstrekker ; de Vlaamse regering wil verder inspanningen leveren voor een verdere uitbouw van een kwalitatieve klachtenbehandeling en -begeleiding. Daarvoor

zijn reeds de nodige initiatieven ontwikkeld, zoals de oprichting van de taaklachtendienst en de contacten (correspondentie) met de federaal bevoegde minister om vooruitgang te boeken in de juridische dossiers om dit alles beter te regelen ;

- 2° een ondersteuning van de Vlaamse huisartsen die een cruciale rol spelen bij de doorverwijzing ; met de middelen van het Vlaams Brusselfonds moet werk gemaakt worden van een betere ondersteuning van de Vlaamse huisartsen die een cruciale rol spelen in de eerstelijnsgezondheidszorg. De Brusselse Huisartsenkring is een twintigtal jaren geleden opgericht, maar is door Nederlandstalige nieuwkomers in het Brusselse onvoldoende of niet gekend. De Vlaamse regering zorgt er voor dat de huisvesting van de oproepcentrale en de infrastructuur zo goed en comfortabel mogelijk is en dat hun werking bekend wordt gemaakt ;
- 3° de bevordering van de tweetaligheid in het bestaande aanbod, niet alleen bij de verzorgenden maar ook in de beleidsstructuren ; er moet ook verder gewerkt worden aan het bevorderen van het tweetalige aanbod en meer specifiek het bevorderen van de tweetaligheid in het bestaande aanbod. De initiatieven die genomen worden voor taalopleidingen zijn zeer belangrijk, en daar levert de Vlaamse overheid de nodige inspanningen voor ;
- 4° een sluitende taalregeling voor de spoeddiensten, de MUG's en de Brusselse brandweer, met name de 100-dienst ; voornamelijk bij de vorming van de nieuwe federale regering moet daar worden op aangedrongen ;
- 5° vernieuwende initiatieven, zoals zorgprogramma's, toegankelijke databanken en hulpmiddelen bij doorverwijzing zoals beschreven in het voorstel van een virtueel zorgnetwerk ; er is nog enige discussie daaromtrent. Voor de Vlaamse regering is het vooral belangrijk om het Vlaamse zorgaanbod in kaart te brengen. Dokter Peers zou verder willen gaan door een heleboel kwaliteitsparameters in de databank op te nemen.

IV. BESPREKING OP 29 APRIL 2003

In de vergadering van 29 april 2003 werd, na de toelichting door minister Guy Vanhengel, het standpunt van de Vlaamse regering besproken.

1. Algemeen

De heer *Dominiek Lootens-Stael* stelt dat al 20 jaar lang gevraagd wordt naar een sluitende taalregeling. Spreker betreurt dat de politiek verantwoordelijken hun verantwoordelijkheid terzake niet opnemen en dat er nog steeds geen vooruitgang is geboekt.

De heer Dominiek Lootens-Stael heeft sterk de indruk dat de Vlaamse regering eerst een bepaald negatief standpunt heeft geponeerd, en dan nadien verwoed alle mogelijke argumenten, het ene argument al wat zinniger dan het nadere, is gaan bijeen zoeken om toch maar dat standpunt te schragen. Nergens in de nota van de Vlaamse regering worden positieve elementen aangedragen. Het AZ-VUB wordt weliswaar als een succes geboekstaafd, maar er wordt in de nota benadrukt dat dit om een verwezenlijking van de jaren 1970 gaat.

De heer *Sven Gatz* volgt in grote mate de nota van de minister. Globaal genomen gaat de heer Gatz akkoord met de conclusie van de minister en met de te nemen concrete actiepunten.

De spreker vraagt met aandrang ervoor te waken het hele dossier niet te overschatten maar ook zeer zeker niet te minimaliseren. In het collectief bewustzijn van veel Vlamingen in Brussel leeft er toch het gevoel dat er iets schort op het vlak van de gezondheidszorg wat betreft de taal. Men mag immers niet uit het oog verliezen dat vaak ook de perceptie een rol speelt. Zelfs al wordt men correct behandeld in een ziekenhuis of door een andere zorgverstrekker, dan nog leeft of sluimert minstens soms wel de opvatting dat men minder goed is behandeld wegens het taalverschil. Er blijft dan soms een enigszins wrang en onbevredigd gevoel, al is dat dan slechts subjectief en valt er het ziekenhuis of de zorgverstrekker niets te verwijten. Er komen dan weliswaar geen klachten, maar echter blijft er een onbevredigd gevoel.

De heer *Jan Loones* benadrukt dat Brussel een stad is waar alle Vlamingen zich in alle omstandigheden moeten thuis voelen. Daarom moeten Vlamingen in eigen taal geholpen kunnen worden, gezien het tweetalig statuut van Brussel. Niet alleen de kwaliteit van de dienstverlening is belangrijk, maar dit moet kunnen gebeuren in de eigen taal. Er moet zeker nagegaan worden welke middelen de Vlaamse Gemeenschap ter beschikking staan om dienstverlening in de eigen taal en gelijke behandeling voor Vlamingen in Brussel af te dwingen.

De politieke wil moet aanwezig zijn om dit te kunnen realiseren. Zo moet op medisch vlak en ten aanzien van de gezondheidssector mogelijk zijn wat op cultureel vlak wel mogelijk is. Voor culturele centra heeft men immers wel geld veil en is er dus wel geld beschikbaar. Organisatorisch en financieel moet dat ook mogelijk zijn op het vlak van de medische dienstverlening.

De titel van een artikel in de Financieel Economische Tijd van 24 april 2003 ("Vlaamse regering tegen Vlaams ziekenhuis in Brussel"), was schokkend voor de heer Jan Loones. Gelukkig zijn er evenwel nog andere, meer genuanceerde en onderbouwde argumenten in de nota van de Vlaamse regering. Deze problematiek mag geenszins zonder verdere studies afgesloten worden. Dit onderwerp moet nog verder uitgediept worden.

Mevrouw *Brigitte Grouwels* heeft als ze het standpunt van de Vlaamse regering aanhoort de indruk dat de nota precies over het buitenland gaat, terwijl het betrekking heeft op de hoofdstad. Het gaat om de ziekenhuizen en gezondheidszorg in Brussel, waar men in de eigen taal terecht zou moeten kunnen voor een kwalitatieve dienstverlening. Ze benadrukt de evidentie van het recht op een kwalitatieve gezondheidszorg in eigen taal. Men heeft het niet over een ander land, maar over eigen land.

Het standpunt van de minister biedt jammer genoeg geen enkel toekomstperspectief. Het gaat niet louter om de oprichting van een nieuw Vlaams ziekenhuis. Immers alle pistes moeten samen bekeken worden, dus bijvoorbeeld ook de spoedgevallen-diensten en het virtueel ziekenhuis. Het probleem van de gezondheidszorg in Brussel voor Nederlandstaligen, met name de gebrekkige opvang in de eigen taal, moet globaal bekeken worden. De minister heeft slechts de haalbaarheid van de oprichting van een Vlaams ziekenhuis onderzocht. Mevrouw *Brigitte Grouwels* wijst er op dat er nog mogelijke denkpistes zijn. Ook de andere mogelijkheden zoals overname of de creatie van nieuwe afdelingen in bestaande ziekenhuizen of akkoorden tussen de Vlaamse Gemeenschap en de ziekenhuizen moeten onderzocht worden qua haalbaarheid. Het is meer dan de moeite waard om verder onderzoek hierover te doen.

Men moet er ook rekening mee houden dat Brusselse ziekenhuizen ook veel mensen uit de Vlaamse Rand opvangen.

De spreker haalt de ambitie van het Vlaams Parlement voor een kwalitatieve gezondheidszorg aan. Dit moet ook gelden voor Brussel. Ze wijst op

de noodzaak van homogene bevoegdheidspakketten op institutioneel vlak. Het is betreurenswaardig dat er echter zelfs niet de minste poging wordt ondernomen om te pleiten voor nieuwe en duidelijk afgebakende bevoegdheden. Mevrouw *Brigitte Grouwels* pleit daarom voor een pro-actief beleid inzake een Vlaams beleid gezondheidszorg.

Wat betreft de spoedgevallen en het virtueel ziekenhuis, is ook mevrouw *Brigitte Grouwels* voorstander van de voorstellen. Dit is een goede aanvulling op de gezondheidszorg in Brussel.

De heer *Etienne Van Vaerenbergh* herinnert er aan dat dit probleem reeds geruime tijd aansleept. Het verzoekschrift heeft het voordeel dat het de problematiek op de parlementaire agenda plaatst. De nota van de Vlaamse regering is helaas echter nogal pessimistisch van toon.

De suggesties op het einde van de nota komen de heer *Etienne Van Vaerenbergh* bekend voor. Het zijn de klassieke oplossingen, die regelmatig aan bod komen. Er kan in ieder geval vastgesteld worden dat de taalwetgeving en de afdwingbaarheid ervan falen. Hij dringt er daarom op aan deze problematiek van de tweetaligheid, of beter van het gebrek eraan en over de afdwingbaarheid van de taalwetgeving te onderhandelen/aan te kaarten bij de komende federale regeringsonderhandelingen. Anders zijn geen veranderingen mogelijk en blijft het probleem aanslepen.

De heer *André Moreau* neemt in verband met de opportuniteitsvraag aan dat het in de huidige omstandigheden financieel moeilijk is om nog een nieuw Vlaams ziekenhuis in Brussel te realiseren. Het is trouwens momenteel erg moeilijk om voldoende gekwalificeerd medisch personeel aan te trekken. De verkiezingsprogramma's van de meeste of alle Vlaamse partijen pleiten voor een verdere splitsing van de gezondheidszorg. Dit zou in de toekomst moeten kunnen worden afgedwongen.

Het is een plicht voor de Vlaamse Gemeenschap om te zorgen voor een beter zorgaanbod, en dat er dus verholpen wordt aan het taalprobleem, voornamelijk bij de spoedgevallendiensten. Blijkbaar faalt het huidige toezicht en kan men zich dan ook vragen stellen bij de waarde ervan. Er is volgens de spreker daarom dan ook nood aan een concreet Vlaams actieplan terzake. In de toekomst moet er verandering komen. De problematiek verdient daarom verder onderzocht te worden en daarom vraagt het lid een hoorzitting met alle instellingen uit de nota van de Vlaamse regering. De Vlaamse regering moet alle financiële en menselijke midde-

len inzetten opdat de tweetaligheid zou worden bevorderd.

De heer *Luk Van Nieuwenhuysen* stelt vast dat de nota van de Vlaamse regering geen nieuwigheden bevat en louter een herhaling is van eerdere standpunten en antwoorden. De situatie werd vroeger steeds geminimaliseerd door de minister. Ondanks het standpunt van de minister is er volgens de heer *Luk Van Nieuwenhuysen* weinig vordering in het dossier en is er niets ten goede gewijzigd.

In feite wenst de Vlaamse regering blijkbaar niet op het verzoek in te gaan omdat het verzoek niet opportuun zou zijn. Verder haalt de Vlaamse regering dan in tweede orde een reeks van juridische en financiële argumenten aan om aan te tonen dat het ook niet doenbaar is. Volgens spreker is het best mogelijk om het aantal zogenaamd tweetalige bedden te reduceren. Er zijn immers tweetalige bedden die dat slechts in naam zijn en dus slechts in principe ter beschikking zijn van Nederlandstaligen, die er in de praktijk echter nooit gebruik van kunnen maken.

Elk jaar gaan er miljoenen euro naar Brussel-Hoofdstad voor de hoofdstedelijke functie. Een deel van dat geld zou moeten toegekend worden aan de gezondheidszorg in Brussel. Misschien zou ook het Vlaams Brusselfonds, alhoewel het budget ervan misschien niet voldoende is, er voor kunnen worden aangewend.

Minister *Guy Vanhengel* weerlegt dat de nota van de Vlaamse regering is opgebouwd vanuit een soort van vooroordeel. Voor de gedegen nota is er vertrokken vanuit de vraag zoals geformuleerd in het verzoekschrift. Na een objectieve analyse van het probleem, is gezocht naar alle mogelijke elementen om te komen tot een objectief antwoord op de vraag of een Vlaams ziekenhuis kan en of dit een nuttige oplossing is voor het gestelde probleem. In de nota werd dan ook gezocht naar de meest adequate oplossing. Op eerste zicht lijkt dit niet de meest sympathieke oplossing.

De minister merkt op dat de titel van het persartikel het werk is van een redacteur van de krant, waarvoor de minister vanzelfsprekend geen verantwoordelijkheid kan dragen.

Minister *Guy Vanhengel* blijft van mening dat er echter een gigantische investering wordt gevraagd die niets aan de fundamentele problemen zal verhelpen. De minister benadrukt dat een slachtoffer naar aanleiding van een ongeval naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis zal worden gebracht of er op

eigen kracht naar toe zal gaan, ongeacht het feit of er elders in de stad een Vlaams ziekenhuis is gekomen. Het is niet omdat er een nieuw Vlaams ziekenhuis zou zijn dat alle problemen zouden zijn opgelost.

De grote investeringen belopen ruim 114 miljoen euro. De minister stelt dat de repercussie zou zijn dat andere noodzakelijke uitgaven zouden moeten worden geschrapt, wat ook niet zo maar zonder slag of stoot zal aanvaard worden.

Ten aanzien van de urgentiediensten, wijst de minister er ook op dat noch de Brusselse Hoofdstedelijke regering noch de Vlaamse regering bij machte zijn om de taalwetgeving te wijzigen. De taalwetgeving moet op dit vlak gewijzigd worden op federaal vlak.

De heer *Joris Van Hauthem* merkt op dat investeringen in de tweetaligheid van de hulpverleners niet zo veel kosten. De vraag naar een nieuw Vlaams ziekenhuis in Brussel is een reactie op het feit dat de bestaande taalwetgeving niet wordt toegepast.

Minister *Guy Vanhengel* repliceert dat een nieuw monocommunautair Vlaams ziekenhuis in Brussel niet de meest adequate oplossing zal zijn, omdat inderdaad niet alle problemen zullen opgelost zijn. Aangezien de Vlaamse overheid niet kan tussenkomen in bicommunautaire ziekenhuizen, stelt mevrouw *Brigitte Grouwels* voor dat de Vlaamse overheid zelf iets moet ondernemen op grond van de eigen bevoegdheid op het vlak van de gezondheidszorg. Daarom pleit ze voor een haalbaarheidsstudie van alle mogelijke varianten.

De minister benadrukt dat de Vlaamse overheid niet voor alle elementen bevoegd is om zelf te sturen in dit dossier.

2. Taal als criterium bij de keuze van een ziekenhuis

Volgens de heer *Dominiek Lootens-Stael* is het standpunt van de minister dat taal niet het voornaamste criterium is bij de keuze van een ziekenhuis, niet relevant.

Minister *Guy Vanhengel* repliceert dat dit standpunt met bijzonder veel nadruk naar voor werd gebracht op een colloquium van de Van Helmontgilde. Uit studiewerk blijkt dat men meestal opteert voor de beste arts en de beste verzorging en niet in functie van de taal. Een nieuw Vlaams zie-

kenhuis zal daar niets aan veranderen. De heer *Dominiek Lootens-Stael* benadrukt dat het een fundamenteel recht moet zijn om zelf te kunnen kiezen of men in zijn eigen taal wordt bediend in een ziekenhuis in Brussel.

Ook volgens de heer *Jan Loones* moet men omzichtig omspringen met de redenering dat taal niet het belangrijkste criterium mag zijn. Dat zou tot gevolg hebben dat geen enkele Vlaming die ook de Franse taal machtig is, nog bepaalde rechten op een Nederlandstalige behandeling kan laten gelden in Brussel. De spreker wijst op het basisrecht om in eigen taal bediend te worden.

Ook de heer *Luk Van Nieuwenhuysen* benadrukt dat de men de keuze moet krijgen om in eigen taal bediend te worden. De heer *Dominiek Lootens-Stael* stelt dat het een fundamenteel recht is om in de eigen moedertaal verzorgd te worden. Het lid heeft de sterke indruk dat allerlei mogelijke argumenten er gewoon worden bijgenomen om het standpunt van de minister en van de Vlaamse regering te ondersteunen.

Mevrouw *Brigitte Grouwels* benadrukt dat de taal niet ondergeschikt is. Vanzelfsprekend wil men voornamelijk een goede kwaliteitsvolle gezondheidszorg, maar de taal is en blijft ook een belangrijk gegeven. Beide mogen elkaar niet uitsluiten. Iedereen, elke Vlaming in Brussel of Vlaming die Brussel frequenteert wil dat iedereen correct behandeld word in de eigen taal. In het AZ-VUB wordt iedereen opgevangen in zijn eigen taal, welke dat ook is, en dat via interculturele bemiddeling. Dit is het uitgangspunt, ook van de indieners van het collectief verzoekschrift.

De heer *Luk Van Nieuwenhuysen* erkent dat de nood aan een goede medische dienstverlening buiten kijf staat, maar dat dit argument niet wegneemt dat men het recht heeft om in eigen taal verzorgd te worden door Nederlandstalige of tweetalige artsen, die het Nederlands machtig zijn. Er zijn ook concrete gevallen bekend van Nederlandstalige artsen of zorgverstrekkers die tweetalig zijn, maar die niet worden aangeworven omwille van het feit dat ze Nederlandstalig zijn.

3. Oprichting van een nieuw Vlaams ziekenhuis

De heer *Dominiek Lootens-Stael* stelt dat de oprichting van een nieuw Vlaams ziekenhuis in Brussel ook vandaag een succes zou zijn, zoals het AZ-VUB reeds ruim dertig jaar een succes is.

Minister *Guy Vanhengel* repliceert dat de omvorming van een bicommunautair ziekenhuis tot een Vlaams monocommunautair ziekenhuis niemand zal vooruit helpen, aangezien het niets aan de interne werking zal verhelpen.

De heer *Dominiek Lootens-Stael* repliceert dat het trouwens niet noodzakelijk om een strikt monocommunautair Vlaams ziekenhuis in Brussel moet gaan. Het AZ-VUB is niet strikt monocommunautair in die zin dat er niet alleen Nederlands wordt gesproken maar dat ook anderstaligen worden opgevangen in hun eigen taal.

De heer *Sven Gatz* veronderstelt dat een Vlaams ziekenhuis wel succes zou kennen in het Brusselse. Zijns inziens zou het zeker wel voldoende patiënten hebben. De spreker overloopt de twee mogelijke pistes voor een nieuw Vlaams ziekenhuis in Brussel : ofwel de bouw van een gloednieuw ziekenhuis of de overname van een bestaand Brussels ziekenhuis. De oprichting van een nieuw ziekenhuis is moeilijk zowel financieel als op het vlak van de sociale zekerheid en de organieke ziekenhuiswetgeving (programmatie van de ziekenhuisbedden). Waarschijnlijk is de oprichting van een nieuw ziekenhuis in Brussel dan ook jammer genoeg niet mogelijk. De overname van een bestaand ziekenhuis aan de andere kant is technisch zeer complex, zoals ook uit de nota van de Vlaamse regering blijkt. De vraag of dit dan wel te realiseren is, is dan ook reëel. De uitwerking van de andere voorgestelde pistes is ook interessant. Desalniettemin moet men alert blijven en openstaan voor eventuele opportuniteiten, moesten die zich ooit voordoen.

De heer *André Moreau* is van mening dat naast het bestaande Vlaams academisch ziekenhuis in Brussel, het AZ-VUB, een tweede Vlaams ziekenhuis ook moet mogelijk worden op middellange of lange termijn.

De heer *Luk Van Nieuwenhuysen* erkent dat de oprichting van het AZ-VUB geen directe gevolgen heeft gehad voor de tweetaligheid van andere ziekenhuizen in de omgeving. Dat is echter een reden te meer om te zorgen voor extra Nederlandstalige ziekenhuisbedden in Brussel. Een bijkomend Vlaams ziekenhuis verhelpt inderdaad ook niet de taalproblematiek van de spoedgevallen. Dat neemt niet weg dat aan beide problemen een oplossing moet worden gegeven. De meeste patiënten in ziekenhuizen komen er trouwens niet via de spoedgevallen terecht, maar gaan er op eigen initiatief naar toe voor medische verzorging.

4. Bestaande regelgeving

De heer *Dominiek Lootens-Stael* stelt dat de bestaande wetgeving geen belemmering mag zijn om wijzigingen aan te brengen. Regels kunnen en moeten indien nodig gewijzigd worden ; het is niet omdat regels nu zo zijn dat ze niet kunnen of moeten gewijzigd worden.

Ook de heer *Etienne Van Vaerenbergh* is de mening toegedaan dat de regelgeving kan en zelfs moet worden gewijzigd worden als dit nodig is.

5. Opvang van patiënten van buiten Brussel

Minister *Guy Vanhengel* stelt te blijven streven naar een verdere uitbouw van een degelijke tweetaligheid in Brussel in de medische dienstverlening. Ongeveer 30 percent van de patiënten in Brusselse ziekenhuizen komt trouwens van buiten Brussel, wat een niet onaanzienlijk percentage is. Dat wijst er volgens de minister toch op dat de taalsituatie in de Brusselse ziekenhuizen niet zo slecht is. Volgens de minister is de conclusie dan dat de Vlamingen niet ontevreden zijn over de dienstverlening in de Brusselse ziekenhuizen, want anders zouden ze wegblijven en beroep doen op ziekenhuizen die in het Vlaamse Gewest gelegen zijn (bijlage 3).

De heer *Luk van Nieuwenhuysen* en mevrouw *Brigitte Grouwels* repliceren dat dit mogelijkwerwijze komt omdat de patiënten naar een Brussels ziekenhuis worden doorverwezen. Omdat het de dokter is die doorverwijst, is dit volgens mevrouw Brigitte Grouwels dan ook geen geldig argument. Het percentage doorverwijzingen betekent niet dat er geen taalprobleem is en is bijgevolg een loos argument.

De heer *Dominiek Lootens-Stael* veronderstelt dat de 30 percent doorverwijzingen naar Brusselse ziekenhuizen niet alleen Nederlandstaligen betreft.

Volgens minister *Guy Vanhengel* is 77 percent van de patiënten in openbare ziekenhuizen afkomstig uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Van de 23 percent die niet afkomstig is uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, is 13 percent Franstalig en 10 percent Nederlandstalig. In de private ziekenhuizen is 73 percent van de patiënten afkomstig uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 27 percent van buiten het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waarvan 10 percent Franstalig en 17 percent Nederlandstalig. De minister merkt op dat een aantal private bicommunautaire ziekenhuizen in Brussel nog altijd een zeer Nederlandstalig karakter heeft. In de universitaire ziekenhuizen is liefst 59 percent

van de patiënten afkomstig van buiten het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gezien het speciaal karakter, de ligging aan de rand van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de landelijke opdracht. 30 percent is Franstalig en 29 percent Nederlandstalig.

Mevrouw *Brigitte Grouwels* benadrukt dat mensen meer in het Nederlands willen behandeld worden in Brusselse ziekenhuizen. Het is een element van de kwaliteit in de gezondheidszorg.

De heer *Etienne Van Vaerenbergh* stelt dat een deel van de inwoners uit de Vlaamse Rand aangewezen zijn op de Brusselse ziekenhuizen. Ze proberen echter, en dat meer en meer, naar Aalst of naar het AZ-VUB te trekken. Dat duidt er op dat ze in hun eigen taal willen behandeld worden.

6. Medische antennes en virtueel zorgnetwerk/ziekenhuis

De heer *Jan Loones* oppert ook de mogelijkheid van uitbouw van zogenaamde medische antennes via de werking van het AZ-VUB, waarbij er elders in Brussel een medische dienstverlening wordt uitgebouwd. De spreker dringt er op aan dit verder zou onderzocht worden. Volgens de heer Loones is een virtueel ziekenhuis of zorgnetwerk slechts een partiële oplossing. Veel patiënten hebben geen huisarts en voor sommige onderzoeken moet men bij meerdere artsen zijn. Het taalprobleem beperkt zich niet tot de artsen, maar heeft ook betrekking op specialisten-medicijnen, kinesisten, psychologen, verpleegkundigen, administratie, directie, en dergelijke.

De heer *Luk Van Nieuwenhuysen* meent dat een virtueel ziekenhuis slechts een goede aanvulling is, maar geen volwaardige oplossing biedt voor het aangekaarte probleem.

De heer *Sven Gatz* verklaart voorstander te zijn van dergelijke initiatieven.

7. Behandeling van klachten

Wat betreft de klachtenbehandeling, stelt mevrouw *Brigitte Grouwels* dat ze er van uitging dat via de Interministeriële Conferentie geregeld was dat er een klachtenmeldpunt zou opgericht worden. Dergelijk meldpunt werd door de voormalige bevoegde Vlaamse minister Bert Anciaux als een verworven zaak voorgesteld.

Minister *Guy Vanhengel* antwoordt dat minister Anciaux, voormalig Vlaams minister bevoegd voor Brussel, steeds heeft gestreefd naar de oprichting van een federaal meldpunt dienaangaande. Dit zou een van de meldpunten worden. Men wenste te komen tot een definitieve regeling, maar er is helaas niets definitiefs uit de bus gekomen. Het protocol waar de Vlaamse regering eensgezind achter stond is nooit ondertekend door de andere regeringen.

De minister wijst er op dat er nogal wat meld- en klachtenpunten zijn, maar dat desalniettemin er erg weinig geregistreerde klachten zijn. Het aantal geregistreerde klachten is niet in overeenstemming met wat leeft onder een groot aantal mensen. Er zijn weliswaar misschien gevallen waar men met een zeker wrang gevoel achterblijft na een behandeling omdat iets niet volledig verlopen is zoals men dat eigenlijk gewenst had, maar niet iedereen voelt zich aangespoord tot het indienen van klachten. De vermenigvuldiging van het aantal klachtenbureaus levert niet perse een vermenigvuldiging van het aantal klachten op. De andere regeringen zagen daarom waarschijnlijk ook niet meteen het nut in van een nieuw federaal klachtenmeldpunt.

Mevrouw *Brigitte Grouwels* wijst er op dat patiënten, gezien hun afhankelijke positie ten overstaan van de behandelende arts of paramedicus niet gemakkelijk zullen klagen. Een Vlaming zal trouwens ook niet gemakkelijk een klacht neerleggen. Ze zullen eerder niet meer naar deze zorgverstrekker gaan. De klachtendiensten zijn ook niet voldoende gekend.

De heer *Luk Van Nieuwenhuysen* merkt op dat het feit dat er weinig geregistreerde klachten zijn, niet betekent dat er geen wrevel is of klachten over de gebrekkige opvang. Daarom pleit de spreker voor een degelijke klachtenbehandeling. In de toekomst zullen er nog minder klachten komen, niet omdat er geen klachten zijn maar door de gebrekkige klachtenbehandeling en door het feit dat de mogelijkheden onvoldoende gekend zijn. Zolang men moet vaststellen dat er naar aanleiding van een klacht geen gevolg aan kan worden gegeven en dat men de naleving van de taalwetgeving niet kan afdwingen, zullen veel mensen, alhoewel ze een werkelijke klacht hebben, niet de moeite nemen om een klacht in te dienen omdat het toch niets oplevert. De spreker vreest dat er dan ook geen nieuwe klachten zullen worden ingediend, wat geenszins betekent dat er geen klachten zijn over de gebrekkige opvang.

8. Klantenbestand – Nederlandstalig karakter van een ziekenhuis

Als een ziekenhuis bij overname Vlaams wordt, zullen er volgens de heer *Luk Van Nieuwenhuysen* automatisch Nederlandstalige patiënten komen. Het is volgens hem niet meer dan logisch dat er een ander patiëntenbestand zal worden opgebouwd. Het klantenbestand zal verder vanzelfsprekend afhankelijk zijn van de ligging van het ziekenhuis. Op plaatsen waar veel Vlamingen wonen zal dergelijk ziekenhuis vanzelfsprekend meer Nederlandstaligen aantrekken dan elders in Brussel.

9. Hoorzitting en werkbezoek

Op de vergadering van 29 april werd, naar aanleiding van de toelichting door de minister en de bespreking, door de leden voorgesteld een hoorzitting te houden met de betrokken actoren en een werkbezoek te organiseren aan een aantal ziekenhuizen. Mevrouw *Brigitte Grouwels* vraagt zich af of hoorzittingen iets wezenlijks kunnen veranderen aan het standpunt van de Vlaamse regering. De heer *Luk Van Nieuwenhuysen* suggereert dat een voorstel van resolutie vanuit het Vlaams Parlement kan komen. De heer *André Moreau* herinnert er aan dat de Vlaamse regering haar standpunt verder kan verfijnen en eventueel zelfs bijsturen op basis van de verdere afhandeling van het dossier in commissie.

V. HOORZITTING

Op 24 juni 2003 was er een hoorzitting met verschillende actoren uit de betrokken sector (zie bijlage 4).

De sprekers waren :

- de heer Erik Loosen, voorzitter, Brusselse Huisartsenkring ;
- de heren Jan Snacken, voorzitter, en Luc D'Hooghe, penningmeester, Pro Medicis Brussel ;
- de heren Eric Verrept, voorzitter, en Hendrik Van den Bussche, coördinator Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad ; en
- de heer André Lermiaux, oud-bestuurslid, adviseur Vlaams Geneeskundigenverbond.

VI. VOORTZETTING VAN DE BESPREKING OP 14 OKTOBER 2003

Na het standpunt van de Vlaamse regering te hebben gehoord op 29 april, de hoorzitting met de sector op 24 juni 2003 en het werkbezoek aan het AZ-VUB te Jette op 10 oktober 2003, volgde in de commissie een tweede bespreking op 14 oktober.

De heer *Sven Gatz* is van oordeel dat er binnen bepaalde grenzen op een positieve manier moet worden geantwoord op het verzoekschrift. Er kan in bepaalde mate aan de verzuchtingen tegemoet gekomen worden. Hij verwijst dienaangaande ook naar de bespreking in commissie op 9 oktober 2003 in het kader van de vragen om uitleg over een bijkomend Vlaams ziekenhuis in Brussel en over het taalgebruik bij de Brusselse MUG-spoedgevallendiensten (*Hand. VI. Parl. 2003-2004, nr. C-23*). Aansluitend op de verklaringen van minister-president Bart Somers, pleit de heer *Sven Gatz* voor investeringen in bijkomende Vlaamse gezondheidsinfrastructuur in Brussel, zoals bijvoorbeeld een gezondheidscentrum, polikliniek, of dagcentrum. De spreker wijst ook op het belang van de verdere ontwikkeling en uitbouw van het zogenaamde virtueel ziekenhuis. Ook mag de bicommunautaire denkpiste niet verlaten worden. Nederlandstalige patiënten mogen immers niet aan hun lot worden overgelaten in openbare ziekenhuizen in Brussel. Ook om strategische reden mag men niet terugplooiën op louter de eigen instellingen, maar moet men beetje bij beetje terug terrein winnen in de bicommunautaire tweetalige sector. Hij stelt voor om samen een gemeenschappelijke conclusie in te dienen.

Mevrouw *Brigitte Grouwels* is eveneens voorstander van een verdere uitbouw van het Nederlandstalig zorgnetwerk in Brussel. Ze is ook gewonnen voor een positief antwoord op het verzoekschrift. Het commissielid benadrukt dat door middel van een haalbaarheidsstudie onderzoek gedaan moet worden naar de maximale uitbouw van het Vlaamse gezondheidsnetwerk in Brussel, wat ruimer is dan hetgeen wordt gevraagd in het verzoekschrift. Ze denkt daarbij aan onder meer poliklinieken en zorgcentra. Ook het virtueel ziekenhuis of zorgnetwerk vormt daarin een belangrijk gegeven. Het is de bedoeling om op die manier te komen tot een globaal Brussels netwerk, dat alle domeinen bestrijkt. Het onderzoek naar de eventuele bouw van een nieuw Vlaams ziekenhuis of overname van een bestaand ziekenhuis zal deel uitmaken van dat haalbaarheidsonderzoek met betrekking tot het Brusselse gezondheidsnetwerk.

Het commissielid is de mening toegedaan dat er in de conclusie van de commissie trouwens ook aandacht moet gaan naar andere elementen, zoals bijvoorbeeld de tweetaligheid van de MUG's en de spoeddiensten, de blijvende actieve ondersteuning van de verenigingen van Nederlandstalige medici en zorgverstrekkers en de toegankelijkheid en bereikbaarheid van het bestaande Nederlandstalige ziekenhuis.

Ook de heer *Luk Van Nieuwenhuysen* benadrukt dat het in wezen in het verzoekschrift gaat over het comfort van de Nederlandstalige patiënten in Brussel en de verbetering daarvan. Daarom moet inderdaad de discussie opengetrokken worden en moeten alle elementen in aanmerking kunnen komen. Hij is van mening dat de mogelijkheid van de oprichting van een nieuw, tweede, Vlaams ziekenhuis in Brussel moet open blijven.

Ook de heer *Stefaan Platteau* wijst op het belang van een goede bereikbaarheid van het AZ-VUB. Hij merkt op dat het AZ-VUB, zoals mocht blijken bij het werkbezoek, geen vragende partij is voor een tweede Vlaams ziekenhuis in Brussel. Het AZ dringt echter wel aan op de uitbouw van een goed functionerend netwerk en het comfort van de Nederlandstalige patiënt.

De heer *Eloi Glorieux* stelt dat er nadruk moet gelegd worden op de taaltoegankelijkheid van alle openbare ziekenhuizen in Brussel. Het commissielid verklaart zich te kunnen vinden in het standpunt van de heer *Gatz*.

VII. CONCLUSIE

Op 18 november 2003 heeft de Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand unaniem met 10 stemmen een besluit aangenomen,

rekening houdende met :

- het standpunt van de indieners van het collectief verzoekschrift ;
- het standpunt van de Vlaamse regering, zoals verwoord door de Vlaamse minister van Hoofdstedelijke Aangelegenheden op 29 april 2003 ;
- de uiteenzettingen en standpunten van de Brusselse Huisartsenkring, Pro Medicis Brussel, het Vlaams Geneeskundigenverbond, de Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad en de directie van het AZ-VUB ;

- de verklaringen van de minister-president terzake op 9 oktober 2003 ; en
- het werkbezoek aan het AZ van de VUB te Jette en
- de onbeantwoorde aanvraag voor een werkbezoek aan de Irisziekenhuizen.

De commissie heeft de volgende aandachtspunten weerhouden :

- dat er reeds een zeer groot aanbod aan ziekenhuisbedden bestaat te Brussel, die zich echter hoofdzakelijk bevinden in bicommunautaire instellingen waar het correcte tweetalige onthaal van de patiënt in de feiten onvoldoende gewaarborgd is ;
- dat bicommunautaire ziekenhuizen die aan Nederlandstalige patiënten geen onthaal en verzorging in het Nederlands waarborgen de facto niet openstaan voor alle Brusselaars, en a fortiori niet voor alle inwoners van het land, en derhalve niet hun rol vervullen, wat onaanvaardbaar is ;
- dat het eigen Vlaamse zorgnetwerk te Brussel en Halle-Vilvoorde onvoldoende uitgebouwd is ;
- dat de indieners van het verzoekschrift derhalve uiting geven aan een terechte bekommernis van vele Vlamingen, zowel in de hoofdstad als daarbuiten ;
- dat uit de hoorzittingen is gebleken dat er zich te Brussel een feitelijk netwerk van geëngageerde en dynamische Nederlandstalige medici en zorgverstrekkers ontwikkeld heeft, dat vragen de partij is voor de uitbouw van een Nederlandstalig virtueel zorgnetwerk en van één of meer lokale Nederlandstalige zorgcentra ;
- dat uit de hoorzittingen is gebleken dat er geen éénsgezindheid bestaat onder de Nederlandstalige actoren op het Brusselse terrein omtrent de wenselijkheid van de uitbouw van bijkomende Vlaamse ziekenhuizen ;
- dat uit de hoorzittingen en het terreinbezoek verder nog gebleken is dat er zich een bijzondere problematiek stelt in verband met de spoeddiensten en de MUG's ; en
- dat uit het terreinbezoek aan het AZ-VUB te Jette nogmaals gebleken is dat unicommunautaire Vlaamse instellingen er perfect kunnen in slagen om op een open wijze te werken en een correct en kwalitatief onthaal kunnen verzekeren voor Franstaligen en anderstaligen.

Om die reden vraagt de Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand aan de Vlaamse regering :

- een haalbaarheidsstudie te laten uitvoeren omtrent de uitbouw van het Vlaamse gezondheidszorgnetwerk te Brussel, waarin alle noden en mogelijkheden in kaart gebracht worden, en waarin onder meer de meerwaarde en de haalbaarheid onderzocht worden van de bouw van een nieuw Vlaams ziekenhuis, de overname van een bestaand ziekenhuis, de uitbouw van verscheidene lokale Nederlandstalige zorgcentra en de investering in poliklinieken en dagklinieken ;
- in ieder geval de spoedige realisatie van een Nederlandstalig virtueel zorgnetwerk mogelijk te maken ;
- op korte termijn werk te maken van de uitbouw van ten minste één lokaal Vlaams zorgcentrum in de hoofdstad ;
- het in gebreke blijven van de Brusselse bicommunautaire ziekenhuizen inzake tweetaligheid te blijven agenderen in het overlegcomité en in de bilaterale contacten met de Brusselse regering en aan te dringen op spoedige maatregelen om deze toestand te corrigeren ;
- er bij de federale regering op aan te dringen om onverwijld te voorzien in een afdwingbare regeling die de wettelijke tweetaligheid van alle spoeddiensten en MUG's in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad en de Nederlandstaligheid van de spoeddiensten en MUG's in Halle-Vilvoorde verzekert ;
- haar ondersteuning te verlenen aan de verenigingen van Nederlandstalige medici en zorgverstrekkers die een actieve bijdrage leveren tot het vrijwaren van de belangen van de Nederlandstalige patiënten te Brussel ;
- de bereikbaarheid van het AZ-VUB te Jette, zowel vanuit Vlaams-Brabant als vanuit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, te onderzoeken ;

ken en hieromtrent de nodige initiatieven te nemen.

De verslaggevers,

De voorzitter,

Brigitte
GROUWELS

Luk
VAN NIEUWENHUYSEN

André
MOREAU

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Aan de heer Norbert De Batselier, voorzitter van het Vlaams Parlement**COLLECTIEF VERZOEKSCHRIFT:****VLAAMSE REGERING MOET VLAAMSE ZIEKENHUIZEN BOUWEN IN BRUSSEL**

Een acuut gebrek aan tweetaligheid in de Brusselse ziekenhuissector, zorgt ervoor dat een ziekenhuisopname in de hoofdstad voor een Nederlandstalige patiënt vaak geen sinecure is. Een goede communicatie tussen de patiënt en het verplegende personeel en de artsen is een fundamenteel onderdeel van een goede zorgverlening. Wanneer dit op de helling geplaatst wordt, verkrijgt men niet alleen een situatie die voor de patiënt bijzonder onaangenaam is, maar ook een situatie die voor de patiënt (levens)gevaarlijk kan worden. Hoe kan men immers deskundig een diagnose opstellen wanneer men niet in staat is om op een normale manier met de patiënt te converseren?

Het pijnpunt is een oud zeer en ondanks de wettelijke verplichting tot tweetaligheid die op het overgrote deel van de ziekenhuizen - niet op de universitaire ziekenhuizen (St.-Luc (UCL), Erasmus (ULB), AZ (VUB)) - van toepassing is, kan nog steeds geen beterschap ontwaard worden. De voogdij over deze ziekenhuizen berust bij de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, maar deze voogdij wordt al sedert jaar en dag gesaboteerd door het Franstalig collegelid. In de vorige regeerperiode werd getracht om via driemaandelijks rapportering en vervolgens via een 'taalhoffelijkheidsakkoord' beterschap te brengen. Dit 'taalhoffelijkheidsakkoord' is echter op zichzelf reeds onwettig, en is hoe dan ook dode letter gebleven voor wat betreft het voogdijtoezicht.

Het gaat hier om een onaanvaardbare situatie die principieel verwerpelijk is, alleen brengt zo een verontwaardiging nog geen oplossingen voor het terrein aan. De ondertekenaars van dit collectief verzoekschrift reiken het Vlaams parlement bij deze een oplossing aan.

Het is de Vlaamse regering toegestaan om binnen het kader van haar gemeenschapsbevoegdheden initiatieven op het vlak van gezondheidszorg te ontplooien - ook in Brussel. Anders gezegd: het euvel van de Brusselse gezondheidszorg kan verholpen worden door de implementatie van één of meer Vlaamse ziekenhuizen in Brussel. Als gevolg van de afschaffing van het kijk- en luistergeld die aanvankelijk enkel in het Vlaams gewest plaats vond, werd een compensatoir Brusselfonds van om en bij de 10 miljoen EUR opgericht. Waarom worden deze of andere gelden niet aangewend om de uitbouw van een of meer Vlaamse ziekenhuizen te financieren? Kan men zich een betere compensatie voor de Brusselse Vlamingen inbeelden?

De initiatiefnemers van dit collectief verzoekschrift beseffen dat voor een dergelijk beleid een maatschappelijk draagvlak nodig is. Als ondertekenaar steun ik hun verzoek aan het Vlaams parlement om geld vrij te maken voor de bouw en uitbating van Vlaamse ziekenhuizen in Brussel.

Ondertekend,

Naam:	Voornaam:	Volledig adres:	Handtekening:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Terugsturen naar ons secretariaat: David Vits, Frankenstraat 57, 1040 Brussel

BIJLAGE 2



VLAAMSE REGERING

Vlaamse minister van Sport en Hoofdstedelijke Aangelegenheden

Standpunt van de Vlaamse regering (dd 25 april 2003) over het collectief verzoekschrift 'Vlaamse regering moet Vlaamse ziekenhuizen bouwen in Brussel'**Inleiding****1. Situatieschets**

- 1.1 Bevoegdheidsverdeling en financiering
- 1.2 Uitzonderingen op de gemeenschapsbevoegdheden
- 1.3 Het ziekenhuisaanbod in Brussel
- 1.4 De minimale vertegenwoordiging van de Nederlandstaligen in de beleidsorganen
- 1.5 De taalwetgeving in de ziekenhuizen
- 1.6 De klachten- en controlerende instanties
- 1.7 Vragen en klachten over Brusselse verzorgingsinstellingen sinds 1999

2. Haalbaarheids- en opportuniteitsonderzoek van het verzoekschrift

- 2.1 Haalbaarheid
- 2.2 Opportuniteit

3. Ontwerp van standpuntbepaling**Inleiding**

Op 1 april 2003 vond in de commissie Brussel en de Vlaamse Rand een hoorzitting plaats naar aanleiding van een collectief verzoekschrift dat werd ingediend door de Vlaamse Volksbeweging Brussel. De initiatiefnemers vragen hierin aan de Vlaamse regering geld vrij te maken om in Brussel een Vlaams ziekenhuis te bouwen en uit te baten. 22.044 personen onderschreven dit verzoekschrift.

Op 29 april e.k. zal de Vlaamse minister, bevoegd voor Hoofdstedelijke Aangelegenheden, op vraag van het Vlaams parlement het standpunt van de Vlaamse regering hieromtrent toelichten.

1. Situatieschets**1.1 Bevoegdheidsverdeling en financiering**

Volgens art. 128 GW zijn de gemeenschappen bevoegd voor de persoonsgebonden aangelegenheden, zoals nader omschreven in art. 5, §1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen (BWHI). Eén van de bevoegdheidsdomeinen betreft de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen. De BWHI wijst deze aangelegenheid principieel toe aan de gemeenschappen. De bouw van ziekenhuizen is bijgevolg een gemeenschapsbevoegdheid¹. De BWHI voorziet evenwel in een heleboel uitzonderingen die tot de federale bevoegdheden blijven behoren en waarmee de gemeenschappen rekening moeten houden. In de praktijk zijn deze uitzonderingen zeer belangrijk en omvangrijk.

¹ Advies Raad van State, 9 december 1982, *Parl.St.* VI.P. 1982-83, nr. 178/001

1.2 Uitzonderingen op de gemeenschapsbevoegdheden

1.2.1 De organieke wetgeving

De organieke wetgeving behelst de basisregels en krachtlijnen inzake het ziekenhuisbeleid, het bepalen welke ziekenhuisdiensten in aanmerking komen voor het verrichten van bepaalde handelingen of het opnemen van bepaalde patiënten, het verder indelen van dergelijke soorten van diensten in functie van de intensiteit van de zorgen die er worden verstrekt, het vaststellen van de normen voor de berekening van de subsidies en investeringen evenals de voorwaarden en de wijze waarop ze worden toegekend. Het begrip 'organieke wetgeving' valt niet eenduidig te definiëren en wordt casuïstisch ingevuld door de rechtspraak van het Arbitragehof en de jurisprudentie van de Raad van State. Volgens VANSTEENKISTE valt de notie 'organieke wetgeving' voor de Raad vrijwel samen met de notie 'regelgeving' met betrekking tot de verzorgingsinstellingen².

1.2.2 De financiering van de exploitatie van de verzorgingsinstellingen wanneer deze geregeld is door de organieke wetgeving

De financiering van ziekenhuizen (die onder de ziekenhuiswetgeving vallen), zoals vervat in de wet op de ziekenhuizen, in het bijzonder de financiering van de investeringen en van de werkingskosten, evenals de regeling van de tekorten van de openbare ziekenhuizen, gebeurt via federale regelgeving. De gemeenschappen kunnen wel voorzien in extra middelen ter financiering van meerkosten die niet ten laste van de federale financiering kunnen worden gelegd. De 'basisfinanciering' van de exploitatie van een nieuw Vlaams ziekenhuis moet dus binnen het federale financieringsmechanisme passen en geschiedt via federale middelen.

1.2.3 De ziekte- en invaliditeitsverzekering

De ziekte- en invaliditeitsverzekering en bijhorende financieringsmechanismen blijven een federale bevoegdheid.

1.2.4 De basisregelen betreffende de programmatie

Het gaat meer bepaald om de door de Koning vastgestelde criteria, die van toepassing zijn voor de programmatie van de verschillende soorten van ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, de ziekenhuisgroeperingen met het oog op onder meer hun specialisatie, hun capaciteit, hun uitrusting en de coördinatie van hun installaties en van hun werkzaamheden. De programmatiecriteria zijn forfaitaire, rekenkundige regels bestemd om de behoeften te meten, rekening houdende met onder meer de bevolkingscijfers, de leeftijdsstructuur, de morbiditeit, de geografische spreiding, enzovoort. Krachtens deze bevoegdheid heeft de federale overheid bijvoorbeeld een normering met betrekking tot het maximum aantal ziekenhuisbedden uitgevaardigd. Het verlenen van plannings- en exploitatievergunningen (gemeenschapsbevoegdheid) moet steeds binnen het kader van deze programmatiecriteria gebeuren.

1.2.5 De basisregelen m.b.t. de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische apparatuur

Het vaststellen van de basisregelen inzake de financiering van de infrastructuur en de zware medische apparatuur behoort tot de bevoegdheid

² Vansteenkiste, S., Het gezondheidsbeleid. In Van Haegendoren G. en Seutin B. (ed), *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, deel 10, Brugge, Die Keure, 2001, 78

van de federale overheid. De financiering zelf wordt overgelaten aan de gemeenschappen.

1.2.6 De nationale erkenningsnormen, uitsluitend voor zover deze een weerslag kunnen hebben op de bovenvermelde bevoegdheden

De federale overheid is bevoegd om nationale erkenningsnormen uit te vaardigen die een weerslag hebben op bovenvermelde bevoegdheden. De gemeenschappen kunnen aanvullende erkenningsnormen uitvaardigen voor zover deze niet strijdig zijn met de nationale normen. De individuele beslissing tot erkenning (bijvoorbeeld de erkenning of niet-erkenning van een bepaalde concrete ziekenhuisdienst) behoort eveneens toe aan de gemeenschappen. De uitvoeringsbevoegdheid is dus exclusief in handen van de gemeenschappen evenals de controle daarop.

1.2.7 De bepaling van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen

De federale overheid heeft de volle bevoegdheid voor het bepalen van de voorwaarden voor en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis.

1.2.8 Besluit

Na het overlopen van voormelde bevoegdheidsverdeling moeten we tot het besluit komen dat de bevoegdheidsverdeling wat betreft ziekenhuizen zeker niet altijd even duidelijk is en kan aanleiding geven tot vele discussies. Wat is immers juist 'organieke wetgeving'? Wat zijn 'krachtlijnen' of 'basisregelen'?

Daarnaast blijkt dat de belangrijke normerende bevoegdheid in vele gevallen berust bij de federale overheid, en dat de gemeenschappen veelal enkel belast zijn met de toepassing van de federale normen.

Op het vlak van de financiering van de zorgenverstrekking ligt het zwaartepunt overduidelijk bij de federale overheid. De federale overheid komt tussen in de financiering van de ziekenhuizen via de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en de financiering van de werkingskosten. De gemeenschappen staan enkel in voor het verlenen van investeringssubsidies, en dan nog met naleving van federaal bepaalde investeringssubsidies en van federaal bepaalde regels. Binnen de Vlaamse Gemeenschap gebeurt het verlenen van investeringssubsidies thans door het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA). Het VIPA werd opgericht door het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden. Het thans geldende uitvoeringsbesluit voor de verzorgingsinstellingen is het besluit van de Vlaamse regering van 8 juni 1999 tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en de bouwtechnische normen voor de verzorgingsinstellingen.

1.3 Het ziekenhuisaanbod in Brussel

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest beschikt over 13 Algemene Ziekenhuizen (7.180 bedden), 10 Chronische Ziekenhuizen (818 bedden) en 10 Psychiatrische Ziekenhuizen (1.073 bedden). Van de Algemene Ziekenhuizen, werd er 1 erkend door de Vlaamse Gemeenschap, 2 door de Franse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie en 10 door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, waarvan 5 publieke en 5 private. Alle publieke ziekenhuizen hebben zich verenigd in de Iriskoepel die het bestuur en het algemeen beheer verzekert van de ziekenhuisactiviteiten die worden uitgeoefend door de lokale verenigingen. Dit omvat de algemene bevoegdheid voor de coördinatie en de integratie van het door de lokale verenigingen te

volgen beleid en de bevoegdheid van controle en eventueel vervanging om de uitvoering van dit beleid te waarborgen, inzonderheid op financieel en begrotingsvlak, inzake programmering en organisatie van de medische activiteiten en in de sectoren logistiek en investeringen³.

Binnen het bestek van deze nota wordt met de term 'ziekenhuis' enkel een Algemeen Ziekenhuis bedoeld.

³ Ordonnantie van 20 december 2002 tot wijziging van Hoofdstuk XIIbis van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, BS 29.01.2003

PUBLIEKE SECTOR	PRIVATE SECTOR											
	St. Pieter	Bordet	Brugman	IRIS- Zuid	HUDERF	TOTAAL	St. Jan	Europa	Cavell	Rabelais	St. Anna	TOTAAL
A	30		30	30		90,0	30	70		30	37	167
K	3				18	21,0	10					10
C	143		155	225	40	563,0	112		216	60	149	537
D	111		179	254		544,0	122		60	65	80	327
H*		154	34	75		263,0	12	472	197	56	31	768
I						,0						0
E	40			32	90	162,0	19	15	15	25	26	100
G	24		132	102		258,0	24	100	24	48	72	268
L	30					30,0						0
M	40		25	69		134,0	24	39	54	54	43	214
NIC	15				20	35,0			15			15
S	6		137	30		173,0		20		36		56
TOTAAL	442	154	692	817	168	2273,0	353	716	581	374	438	2462,0

NIET- UNIVERSITAIR	UNIVER- SITAIR VUB	ULB	UCL	TOTAAL	ALGEMEEN TOTAAL
A 257,0	30	70	20	120,0	377,0
K 31,0		15		15,0	46,0
C 1100,0	269	362	354	985,0	2085,0
D 871,0	203	311	369	883,0	1754,0
H* 1031,0				,0	1031,0
I ,0	36	39		75,0	75,0
E 262,0	57		99	156,0	418,0
G 526,0	29	34		63,0	589,0
L 30,0				,0	30,0
M 348,0	40	27	36	103,0	451,0
NIC 50,0	15	15	15	45,0	95,0
S 229,0				,0	229,0
4735,0	679	873	893	2445,0	7180,0

A Neuropsychiatrie (observatie en behandeling)
K Neuropsychiatrie voor kinderen
C Diagnose en heelkundige behandeling
D Diagnose en geneeskundige behandeling
H* Gemengde hospitalisatie
 C + D
I Intensieve verzorging
E Kindergeneeskunde
G Geriatrie
L Besmettelijke aandoeningen
M Kraamkliniek
NIC Intensieve neonatale zorg
S **S1** Cardiopulmonaire aandoeningen
S2 Locomotorische aandoeningen
S3 Neurologische aandoeningen
S4 Palliatieve zorg
S5 Chronische polypathologieën
S6 Psychogeriatrische aandoeningen

CHRONISCHE ZIEKENHUIZEN

	Publiek	Privé	Totaal
S	285	333	618
G	146	54	200
Totaal	431	387	818

PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN

	Publiek	Privé	Totaal
A	123	459	582
K	15	69	84
T		407	407
Totaal	138	935	1073,0

ZIEKENHUIZEN

	Algemeen	Chronisch	Psychiatrie	Totaal
Vlaamse Gemeenschap	1	*	0	1
Bicommunautair	5	4	1	10
Publiek	5	4	6	15
Privaat	10	8	7	25
Totaal				
Franse Gemeenschap/COCOF	2	*	2	6
TOTAAL	13	10	10	33

BEDDEN

	Algemeen	Chronisch	Psychiatrie	Totaal
Vlaamse Gemeenschap	679	9,5	*	44
Bicommunautair	2273,0	31,7	431,0	138,0
Publiek	2462,0	34,3	210,0	797,0
Privaat	4735,0	65,9	641,0	935,0
Totaal				
Franse Gemeenschap/COCOF	1766,0	24,6	*	94,0
TOTAAL	7180,0	100,0	818,0	1073,0

* universitair

1.4 De minimale vertegenwoordiging van de Nederlandstaligen in de beheersorganen van de openbare ziekenhuizen

De minimale vertegenwoordiging van de Nederlandstaligen in de publieke ziekenhuizen is geregeld in de statuten van de IRIS-koepel en van de lokale verenigingen.

Bij de oprichting van de IRIS-koepel (1995) werd een vertegenwoordiging voorzien van "minstens zes leden die tot de Nederlandse taalgroep behoren" op een totaal van 40 leden in de Algemene Vergadering, en van "minstens vijf leden die behoren tot de Nederlandse taalgroep" op een totaal van 28 leden in de Raad van Bestuur. In het ontwerp van nieuwe statuten die midden 2003 zullen worden goedgekeurd, wordt het aantal leden in de Algemene Vergadering verhoogd tot 46, waarvan minstens 7 Nederlandstaligen, en het aantal leden in de Raad van Bestuur tot 36 leden, waarvan minstens 6 Nederlandstaligen.

Oorspronkelijk (1995) was slechts één Nederlandstalige voorzien in de Algemene Vergadering en de Raad van Bestuur van elk van de negen lokale verenigingen. Naar aanleiding van de fusies werd in het Regeerakkoord van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ('Prioriteiten van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie', 1999) een paragraaf opgenomen die stelt: "Van zodra de plaatselijke ziekenhuisverenigingen supralokale verenigingen worden, zal de vertegenwoordiging van de twee gemeenschappen in de organen van de verenigingen zo dicht mogelijk met die in de IRIS-koepelstructuur moeten overeenstemmen, met eerbied voor de gemeentelijke autonomie"

In de niet-gefusioneerde ziekenhuizen vindt men dan ook slechts één Nederlandstalige in de Algemene Vergadering en de Raad van Bestuur (St. Pieter, Bordet en het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola (UKZKF) - bovendien veelal toegevoegd), terwijl de vertegenwoordiging beduidend groter is in de gefusioneerde ziekenhuizen Brugmann en Iris Ziekenhuizen Zuid (IZZ). IZZ telt overigens meer Nederlandstaligen dan statutair bepaald: in de Algemene Vergadering zetelen zes Nederlandstaligen terwijl er statutair vijf zijn voorzien, in de Raad van Beheer zijn vier Nederlandstaligen opgenomen terwijl de statuten er drie voorzien.

	AV			RVB		
	TOT	NL	%	TOT	NL	%
<i>IRISKOEPSEL</i>	40	6	15.0	28	5	17.9
	46	7	15.2	36	6	16.7
<i>ZIEKENHUIZEN</i>						
ST. PIETER	18	1	5.6	11	1	9.1
BORDET	17 + 1	1	5.6	12 + 1	1	7.7
UKZKF	18 + 1	1	5.3	11 + 1	1	8.3
BRUGMANN	42	6	14.3	22	3	13.6
IZZ	32	6	18.8	18	4	22.2
TOTAAL ZH	127 + 2	15	11.6	71 + 2	10	13.7

Tabel 2. Aantal Nederlandstalige vertegenwoordigers in de beheersorganen van de openbare ziekenhuizen en de IRIS-koepel

1.5 De taalwetgeving in de ziekenhuizen⁴

1.5.1 De taalwetgeving en de universitaire en privé-ziekenhuizen

De taalwetgeving is in beginsel niet van toepassing op de universitaire en de privé-ziekenhuizen, ongeacht hun mono- of bicommunautair statuut. De bicommunautaire ziekenhuizen worden vanzelfsprekend wel verondersteld om in een tweetalige dienstverlening te voorzien, aangezien ze krachtens hun bicommunautair statuut geacht worden van zich tot de beide taalgemeenschappen te richten. Deze tweetaligheid vloeit echter niet voort uit de taalwetgeving (i.c. de gecoördineerde wetten van 18 juli 1966 op het gebruik van de talen in bestuurszaken) en is dus niet wettelijk afdwingbaar. Bovendien worden zij in hun taalgebruik niet gecontroleerd door één van de onderstaande toezichtsorganen

De privé-ziekenhuizen zijn volgens de adviezen Vaste Commissie voor Taaltoezicht (VCT) in twee gevallen wel onderworpen aan de gecoördineerde wetten: 1) m.b.t. hun spoeddiensten en 2) m.b.t. de Medische Urgentiegroepen (MUG's) die aan deze ziekenhuizen verbonden zijn⁵. De adviezen van de VCT zijn echter niet juridisch afdwingbaar. De adviezen ter zake worden in de praktijk niet toegepast.

Hoewel ze buiten de twee bovengenoemde gevallen niet gebonden zijn aan de taalwetgeving, blijkt dat een aantal universitaire ziekenhuizen en private instellingen een goede reputatie genieten op gebied van meertaligheid. Zowel Nederlands- als Franstaligen worden in hun taal geholpen. Deze ziekenhuizen komen hierbij tegemoet aan de meertalige en multiculturele realiteit van de hoofdstad en de tendens van professionalisering van het aanbod en commercialisering van de communicatie.

1.5.2 De taalwetgeving en de openbare ziekenhuizen

De openbare ziekenhuizen zijn automatisch bicommunautair en moeten de taalwetgeving bestuurszaken volgen. Ze zijn dus verplicht tweetalig. Ze moeten daarom Nederlandstalige patiënten, indien ze dat wensen, in hun taal bedienen en alle documenten en briefwisseling in het Nederlands geven.

Afhankelijk van hun functie, dienen de personeelsleden van de verzorgingsinstellingen die in contact komen met het publiek, daartoe over de nodige kennis van de beide landstalen te beschikken.

1.5.2 De taalwetgeving en de dringende medische hulpverlening

Zoals hierboven reeds vermeld zijn de spoeddiensten en de MUG's van de privé-ziekenhuizen niet onderworpen aan de wettelijke tweetaligheidsvereiste maar is de VCT van oordeel dat dit wel het geval zou moeten zijn.

Ook de Brusselse brandweerdiensten (Hoofdstedelijke dienst voor brandweer en dringende medische hulp, hierna afgekort: DBDMH) verlenen in spoedgevallen medische bijstand. Als diensten die afhangen van het Gewest, zijn zij, voor wat de taalwetgeving betreft, onderworpen aan de regeling van de SWT die van toepassing is op de centrale diensten. Binnen deze diensten geldt het beginsel van de tweetalige dienstverlening met eentalige ambtenaren. Deze ambtenaren maken elk deel uit van een Nederlands, Frans of tweetalig (voor de hogere rangen) taalkader. Deze taalkaders garanderen dat een zeker aantal betrekkingen wordt voorbehouden aan personeelsleden van de

⁴ Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, *De Taalwetwijzer. Welke taal wanneer?*

⁵ Vaste Commissie voor Taaltoezicht, *Advies 27.240 van 4 juli 1996*

beide taalgroepen (bescherming van de ambtenaar) en moeten ervoor zorgen dat er voldoende personeel voorhanden is om de dienstverlening in overeenstemming met de taalwetten te kunnen verzorgen.

1.6 De klachten- en controlerende instanties

In eerste instantie kunnen klachten rechtstreeks aan de instelling of bevoegde overheid worden overgemaakt.

Voor informatie over de taalwetgeving en advies of begeleiding bij het formuleren van een klacht, heeft de Vlaamse Gemeenschap twee steunpunten opgericht: het Taalloket van vzw de Rand en de Taalwetwijzer bij de Administratie Kanselarij en Voorlichting.

In de negentien Brusselse gemeenten, ziet de vice-gouverneur van het administratief arrondissement Brussel-hoofdstad erop toe dat de lokale diensten de taalwetten respecteren. De vice-gouverneur kan een niet-bindend advies geven en als ombudsman optreden om tot een oplossing te komen die voor alle partijen bevredigend is. Wanneer er geen compromis mogelijk is, kan de vice-gouverneur een klacht voor onderzoek overmaken aan de Vaste Commissie voor Taaltoezicht. Aan de betrokken administratieve overheid kan hij een bindende termijn voor antwoord opleggen.

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie vervult het administratief toezicht op de bicommunautaire instellingen. Zij kan een aanwerving of benoeming die in strijd is met de taalwetgeving vernietigen. Dit kan enkel wanneer beide bevoegde ministers, één van elke taalrol, deze beslissing ondertekenen.

De Vaste commissie voor Taaltoezicht (VCT) onderzoekt klachten over de toepassing van de Taalwetgeving Bestuurszaken. Na onderzoek van de klacht, formuleert de VCT een advies. Die adviezen hebben een groot moreel gezag maar zijn juridisch niet bindend.

1.7 Vragen en klachten over Brusselse verzorgingsinstellingen sinds 1999

Het is onmiskenbaar zo dat de opvang van Nederlandstaligen in de Brusselse ziekenhuizen, en in het bijzonder in de openbare ziekenhuizen, voor moeilijkheden zorgt. Toch ontvingen de klachteninstanties hierover slechts een gering aantal klachten.

1.7.1 Bij de Taalwetwijzer

Sedert de oprichting van de Taalwetwijzer in het najaar van 2001, ontving dit Steunpunt Taalwetgeving van de Vlaamse Gemeenschap 8 vragen en klachten die te maken hebben met een gebrekkige kennis van het Nederlands in de Brusselse gezondheidszorg. Twee van deze klachten handelen over het Franstalig karakter van het Erasmusziekenhuis: antwoordapparaat, onthaal, dossier en facturatie zijn allen in het Frans opgesteld. Aangezien het over een ziekenhuis van de Franse Gemeenschap gaat, zijn de klachten niet gegrond.

Twee vragen handelden over de afdwingbaarheid van tweetaligheid in private instellingen. Opnieuw zijn deze klachten volgens de taalwetgeving ongegrond.

Over de openbare ziekenhuizen ontving de Taalwetwijzer in totaal vier oproepen. Twee klachten over Franstalige facturen en medische verslaggeving waren gegrond. Twee vragen handelden over het Frans als voertaal bij personeelsvergaderingen en over Nederlands onkundige juryleden bij het sollicitatiegesprek van een Nederlandstalig personeelslid.

1.7.2 Bij de vice-gouverneur

De meest recente evaluatie van het taaltoezicht op de gemeentebesturen en OCMW's van de vice-gouverneur dateert van maart 2000 en beslaat de periode van 1995 – 1999. Hierin worden de cijfergegevens omtrent de openbare gezondheidsinstellingen niet afzonderlijk behandeld. Sedertdien maakte de vice-gouverneur geen gegevens meer bekend.

1.7.3 Bij de VCT

In 1999 werden twee klachten over privé-ziekenhuizen ongegrond bevonden. Drie klachten over Nederlands onkundig personeel, over een Franstalige factuur aan een Nederlandstalige patiënt en over Franstalige afrekeningsnota's aan een Nederlandstalige geneesheer waren gegrond. In 2000 werden drie klachten gegrond bevonden. Een Nederlandstalige patiënt in een privé-ziekenhuis werd na een spoedopname door de MUG ten onrechte in het Frans verzorgd en behandeld. In het tweetalig streekblad Vlan publiceerde een openbaar ziekenhuis een personeelsadvertentie enkel in het Frans. Kennis van de tweede taal werd niet als vereiste voor de aanwerving vermeld.

In 2001 diende een Vlaams OCMW een klacht in over Nederlandsonkundige gesprekspartners in contacten met bicommunautaire ziekenhuizen. Voor twee openbare instellingen was die klacht gerechtvaardigd, voor de overige ziekenhuizen, die privé-instellingen waren, was die niet gegrond.

Het geringe aantal formele klachten in verhouding tot het enorme aantal medische handelingen die in de Brusselse ziekenhuizen worden verricht, hoeft echter niet te verbazen. Een patiënt die hulp vraagt, voelt zich sterk afhankelijk van zijn zorgverlener. Hij zal die relatie onder geen beding willen schaden, door die zorgverlener met een klacht tegen de haren in te strijken.

2. Haalbaarheids- en opportuniteitsonderzoek van het verzoekschrift

2.1 Haalbaarheid

2.1.1 Financieel

De reële kosten voor de bouw en exploitatie van een ziekenhuis ramen is een zeer ingewikkelde berekening, afhankelijk van de omvang van de diensten, de soort van diensten, enz. De reële kosten van uitrusting en meubilair zijn ook uitermate moeilijk te voorspellen. De Afdeling Gezondheidsvoorzieningen van de Administratie Welzijn, Gezondheid en Cultuur maakte niettemin een ruwe berekening van de mogelijke kostprijs.

Bij de bouw van een nieuw ziekenhuis, kan de Vlaamse Gemeenschap de bouwkosten vergoeden. Het VIPA subsidieert maximum 60% van de totale kosten. 40 % wordt in het ziekenhuisbudget afgeschreven, verspreid over een aantal jaren en ten laste van de federale budgetten.

De Vlaams regering heeft het VIPA-budget, beschikbaar voor subsidies voor bouw en verbouwing in Vlaamse ziekenhuizen beduidend verminderd. In 2000 was er 5,041 miljard Bef budget, in 2003 nog 74,028 miljoen euro of 2,986 miljard Bef. Er zijn veel meer aanvragen dan het budget toelaat in te willigen.

2.1.1.1 Berekening van bouw en uitrusting

Alle overheidstussenkomsten zijn beperkt tot een juridisch vastgelegd maximaal subsidieerbaar bedrag per bed. Het is algemeen geweten dat dit maximum de reële kosten onderschat. In oktober 2000 werd door de Algemene Technische Dienst van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap berekend

dat de reële kosten minstens voor 15% onderschat zijn. Dit maximum is trouwens, (net zoals de subsidiebedragen die de gemeenschappen per bed of per m² kunnen betalen) vastgelegd in federale uitvoeringsbesluiten van de ziekenhuiswet.

Om niettemin een idee te geven van de omvang van de kosten, kan voor een ziekenhuis met ongeveer 320 klassieke hospitalisatiebedden en 30 bedden daghospitalisatie, de volgende raming worden gemaakt⁶.

Berekening van het maximum subsidieerbaar bedrag, zoals nu juridisch omschreven, en dan verhoogd met 15%

320 bedden	57.015.511 €
30 daghospitalisatie	4.957.870 €
nierdialyse en radiotherapie	12.394.676 €
verhoging 15 %	11.155.209 €
TOTAAL	85.523.266 €

In hoeverre nu het maximum subsidieerbaar bedrag echt afwijkt van de reële kost, is niet berekend. In dit bedrag zijn nog niet inbegrepen: energiebesparende maatregelen en een aantal milieu- en veiligheidseisen. Voor de 40 % die via het federale ziekenhuisbudget wordt betaald, moeten er uiteraard belangrijke leningen worden afgesloten, in afwachting van de terugbetaling.

De bouw van een nieuw ziekenhuis neemt gemakkelijk 7 à 8 jaar in beslag.

2.1.1.2 Financiële kost voor de 'koop' van bedden

De federale regels bepalen dat de ingebruikname van nieuwe bedden niet alleen moet passen in de programmatie, maar ook moet gepaard gaan met de buitengebruik stelling van reeds bestaande en erkende bedden. Zo is een officiële markt ontstaan van aan- en verkoop van bedden. In recente dossiers in Vlaanderen zijn per acuut bed bedragen betaald tussen 89.242 € à 94.199 €. Dit geeft voor 320 bedden een bijkomende kost van 28.557.334 à 30.143.853 €.

Hierbij dient echter opgemerkt dat de verwachting is dat het nieuwe financieringssysteem dat de federale overheid sinds juli 2002 heeft in voege gebracht een weerslag zal hebben op deze 'verkooprijzen'. De federale overheid betaalt immers sindsdien slechts een werkingsbudget voor bedden waarvoor bewezen is dat ze bezet waren door patiënten met diagnoses die ziekenhuisopname van bepaalde duur rechtvaardigen. Dit zijn de zogenaamde 'verantwoorde bedden'. Voor erkende maar niet verantwoorde bedden die 'verkocht' worden, geeft het federale niveau geen enkel werkingsbudget aan het kopende ziekenhuis.

De prijs van niet-verantwoorde bedden zal dus vermoedelijk dalen, en de prijs van verantwoorde bedden zal stijgen. Een ziekenhuis heeft er geen belang bij om haar 'verantwoorde bedden' te verkopen, want dan komt het zelf in de problemen. Een nieuw ziekenhuis volledig vullen met 'niet-verantwoorde bedden' is zinloos, want zal geen werkingsbudget krijgen van federaal. De vraag stelt zich ook of de bi- of monocommunautaire, Franstalige Brusselse ziekenhuizen bereid zouden zijn bedden te verkopen wanneer ze weten dat die bestemd zijn voor een bijkomend nieuw Vlaams ziekenhuis.

⁶ Afgeleid uit een recent bouw dossier voor een nieuw ziekenhuis in Kortrijk, berekening van april 2002

2.1.1.3 Besluit

Samengevat kan de kostprijs van de bouw van een ziekenhuis geschat worden op 114.080.600 € (4.601.999.996 bef). Wanneer het VIPA het maximum-subsidieerbaar bedrag van 85.523.266 € ten laste neemt, overschrijdt dit reeds het beschikbare budget van 2003 met ongeveer 1.500.000 €. Als bijkomende financieringsbron stelt het verzoekschrift het Vlaams-Brusselfonds voor. Deze middelen zouden kunnen aangewend worden voor de koop van bedden aan 28.557.334 € à 30.143.853 €. In 2003 staat in totaal 4.958.000 € ingeschreven in het Vlaams-Brusselfonds. Hiervan is reeds een groot gedeelte voorbestemd voor andere initiatieven (woon- en zorgcentrum, gratis openbaar vervoer voor studenten aan de Nederlandstalige hoger onderwijsinstellingen,...), zoals vermeld in de beleidsbrief Hoofdstedelijke Aangelegenheden 2003.

2.1.2 Economisch en juridisch

Om een economisch leefbaar ziekenhuis uit te baten, zijn een minimum van 250 bedden en van een aantal medisch technische diensten noodzakelijk. Analyses leren dat verpleegeenheden doorgaans verlieslatend zijn, en gedeeltelijk gecompenseerd kunnen worden door een winst op zware medisch-technische diensten.

Zware medisch-technische diensten zijn afzonderlijk geprogrammeerd door de federale overheid. Indien de Vlaamse overheid een Vlaams ziekenhuis in Brussel met deze diensten wil uitbouwen in Brussel, zullen de Vlaamse ziekenhuizen uit het Vlaams gewest dergelijke diensten (of ook gewone bedden) moeten afstaan in het voordeel van een regio die hierin reeds overbiedend zou zijn. Ook de Brusselse ziekenhuizen zouden hun capaciteit kunnen afstaan maar het is weinig waarschijnlijk dat zij daartoe bereid zijn.

Bedden uitbaten die niet 'verantwoord bezet' geraken is economisch niet leefbaar (cfr 2.1.1.4). Daarbij rijst de vraag of er voldoende verwijzers zijn die hun patiënten naar het eventuele nieuw Vlaams ziekenhuis sturen? Dit is moeilijk te voorspellen. Het eerste criterium voor de verwijzing zijn immers doorgaans de reputatie en perceptie over de kwaliteit van de dienst. Taalkennis is een daaraan ondergeschikt criterium (cfr 2.2.2).

De programmatieregels zijn bepaald door de federale overheid. Het aanbod van acute bedden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest overstijgt op dit ogenblik reeds het geprogrammeerde aantal⁷.

Nemen we de situatie per 1 oktober, en we vergelijken:

- enkel voor de acute bedden (C, D, C+D, H, I, M, E, N, L, G, A en K) in algemene ziekenhuizen (universitaire en niet-universitaire samen)
 - de programmatie berekend op het aantal inwoners (c.q. geboorten of bejaarden) van (in) het Brussels Hoofdstedelijk Gewest – samen 4.652 bedden
 - met het effectief aantal bedden gesitueerd op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest – samen 7.118 bedden
- dan is er een overaanbod van 2.466 bedden (53% boven het aantal geprogrammeerde bedden). Dit 'overaanbod' zou er vanzelfsprekend helemaal anders uitzien indien men het effectief aantal bedden in de voormalige provincie Brabant (Vlaams en Waals Brabant plus het BHG) zou vergelijken met de programmatie op basis van de bevolking (c.q. geboorten of bejaarden) in die geografische omschrijving.

⁷ Cijfers 01/10/2000, Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Dienst Gezondheid

Dit wijst er ook al op dat het bij de toekenning van bedden per regio om een uitermate politiek gevoelige materie gaat. Ter illustratie kan verwezen worden naar een discussie in 2001 over de programmatie van de PET-scanners, waarin de Brusselse overheid eiste dat Vlaanderen een PET-scanner uit haar Vlaamse programmatie zou afstaan aan de Brusselse bicommunautaire ziekenhuizen, omdat deze een bepaald percentage Vlamingen (woonachtig in Vlaanderen) onder hun patiëntenbestand tellen.

Door dit Vlaamse initiatief zou deze hele discussie kunnen heropend worden.

2.2 Opportuniteit

2.2.1 Maatschappelijk en politieke context

Met haar aandacht voor haar Vlaamse karakter, was het academisch ziekenhuis van de Vrije Universiteit Brussel van bij de start een succesverhaal. Het is nog steeds het enige monocommunautair Nederlandstalige algemeen ziekenhuis in Brussel. De Vlaamse Brusselaar of andere Nederlandstalige patiënten worden er in hun taal behandeld. Tegelijk gaat het ziekenhuis er prat op dat iedereen er terecht kan, ongeacht taal, nationaliteit en gezondheid. Het AZ-VUB beschikt over 679 ziekenhuisbedden en is goed voor jaarlijks 25.000 gehospitaliseerden.

Het AZ-VUB ging van start in 1977. De redenen voor de oprichting van een monocommunautair ziekenhuis zijn terug te vinden in de toenmalige bevolkingssamenstelling én in de politieke en maatschappelijke positie van de Nederlandstalige bevolking in Brussel. De Brusselse bevolkingssamenstelling was in de jaren zeventig nog niet zo uitgesproken multicultureel als vandaag, de Europese functie van Brussel nog niet in die mate ontwikkeld. Na de jaren zeventig zouden er nog grote groepen allochtone inwoners in Brussel komen wonen. De stadsvlucht van autochtone Franstalige en Nederlandstalige Brusselaars zou sterk toenemen in de jaren tachtig en negentig. Als statistieken⁸ aantonen dat vandaag meer dan 27% van de huidige Brusselse bevolking een andere nationaliteit heeft, dan was dat in 1977 nog lang zo uitgesproken niet. Het aantal autochtone Franstalige en Nederlandstalige Brusselaars bepaalde in de zeventiger jaren dan ook veel meer het uitzicht en het maatschappelijk leven van Brussel. De tegenstelling Frans / Nederlands was toen veel meer een punt. De oprichting van een monocommunautair Nederlandstalig ziekenhuis was in die tijd een logische politieke keuze. Vandaag lijkt die keuze minder opportuun.

Recent onderzoek aan de VUB⁹ over de positie en het gebruik van het Nederlands in Brussel wijzen bovendien op enkele andere interessante karakteristieken van de Brusselse bevolking. Uit statistisch onderzoek bleek immers dat bijna 10% van de ondervraagden een ééntalig Nederlandse taalachtergrond heeft. Iets minder dan 50% van de Brusselse bevolking komt uit een ééntalig Frans gezin. Meer dan 10% van de Brusselse bevolking kent een traditioneel tweetalige F/N achtergrond. Iets minder dan 10% van de respondenten komt uit een gezin waar het Nederlands of het Frans wordt gecombineerd met een andere taal. En maar liefst 20% van de ondervraagden komen uit een gezin waar het Frans noch het Nederlands gebruikt wordt. Ook uit deze cijfers blijkt dat het taalgebruik en de taalidentiteit bij de Brusselse bevolking niet van die aard is om zware investeringen in een monocommunautair ziekenhuis te verantwoorden. Vanuit politiek oogpunt lijkt het meer opportuun om inspanningen te doen om het huidig zorgaanbod beter tweetalig te maken.

⁸ *Bevolking en huishoudens, buitenlandse bevolking op 01/01/2001*, Nationaal Instituut voor de Statistiek, Ministerie van Economische Zaken, jaarboek 2001

⁹ Janssens, R., *Taalgebruik in Brussel, Taalverhoudingen, taalverschuivingen, en taalidentiteit in een meertalige stad*, Brusselse Thema's, Brussel, VUB Press,

2.2.2 Taal als criterium bij de keuze van een ziekenhuis

Een vlotte en open communicatie schept vertrouwen en is een voorwaarde tot een optimale gezondheidszorg. Ontevredenheid van patiënten over de communicatie met het ziekenhuis, beperkt zich niet dan ook niet tot een gebrekkige kennis van de eigen taal maar slaat ook op een gebrek aan contact en overleg, laattijdige verslaggeving,... Het meest recente onderzoek naar de kwaliteit van de communicatie tussen patiënten en hun verzorger of instelling¹⁰, wijst uit dat de huisarts een belangrijke rol speelt bij de keuze voor een ziekenhuis. Dit voorkomt taalproblemen. Bovendien is niet de taal maar wel de reputatie van de specialist of instelling en de kwaliteit die zij beiden het eerste criterium bij de keuze.

2.2.3 Ontevredenheid over taal is het hoogst bij spoedopname

De ontevredenheid over taal stijgt wanneer een patiënt geen vrije keuze heeft, bij opname via de spoeddiensten, de dienst 100 of de Medische Urgentiegroepen.

Op initiatief van de Vlaamse regering, besliste de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (IMC) van 30 mei 2001 een werkgroep op te starten om de taalproblematiek in de Brusselse gezondheidszorg onder de loep te nemen. Op voorstel van deze werkgroep, belastte de IMC de federale minister van Volksgezondheid met de opdracht via een wijziging van het KB houdende de vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende de aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel, de tweetalige dienstverlening van de dringende zorgen te garanderen. De wijziging van artikel 7 quater van het KB van 2 april 1965 hield in dat iedere persoon die zich aan boord van een MUG-dienst bevindt, de taal spreekt van het gebied waarnaar men uitrukt. Aan deze beslissing werd tot op heden nog steeds geen uitvoering gegeven. Herhaaldelijke briefwisseling met minister Tavernier kon geen vooruitgang bewerkstelligen in deze zaak. Bij het ontbinden van het federaal parlement, lag het ontwerp-KB voor advies bij de Vaste Commissie voor Taaltoezicht.

In de praktijk is de taalregeling voor de BHDBDMH onwerkbaar en brengt deze situatie de dringende medische hulpverlening in gevaar. Telkens opnieuw worden de vastgestelde taalkaders voor de Raad van State gecontesteerd – de SWT bepaalt niet op welke manier het 'werkvolume' voor iedere taalgroep moet berekend worden en men is het telkenmale oneens over de vooropgestelde criteria. Daarenboven bemoeilijkt de eentaligheid van de ambtenaren een vlotte communicatie. Dat laatste is nochtans een essentiële vereiste voor een vlotte communicatie binnen een spoedgevallendienst. Meer nog, regelmatig duiken klachten van patiënten op over de Nederlands onkundigheid van het interventieteam. Het is daarom aangewezen om af te stappen van het vereiste van de taalkaders en een bepaalde vorm van tweetaligheid van de ambtenaar in te voeren.

2.2.4 Personeel

De welzijns- en gezondheidssector signaleert reeds geruime tijd dat het steeds moeilijker wordt om gekwalificeerd verzorgend personeel te vinden. Dit is geen exclusief Brussels probleem, ook de andere gewesten en zelfs de andere Europese landen kampen met een tekort aan verzorgenden. De oorzaken hiervoor zijn veelvuldig en complex: een negatief imago van het zorgberoep, een matige verloning, harde arbeidsomstandigheden, weinig doorgroeimogelijkheden, ... De context van de grootstad zorgt in Brussel voor

¹⁰ Verkouter, M., *Kwaliteit van de communicatie in de contacten van de patiënten en van de huisartsen met de Brusselse verzorgingsinstellingen*, Eindrapport juni 2000

extra nadelen: een meertalige omgeving, een gebrek aan mobiliteit, een onveiligheidsgevoel, een grotere sociale problematiek, ...

De komst van een extra ziekenhuis, kan de concurrentie tussen de verschillende ziekenhuizen om (tweetalig) personeel te vinden nog verhogen, zowel binnen het Brussels Hoofdstedelijk gewest als tussen Brussel en Vlaanderen. De vrees bestaat dat dit ziekenhuis het personeel uit de andere instellingen zal wegtrekken en dat hierdoor de spreiding van het huidige Nederlandstalig aanbod in gevaar komt.

2.2.5 Andere initiatieven en prioriteiten

De problematiek van een gebrekkige Nederlandstalige dienstverlening in de Brusselse verzorgingsinstellingen raakt sinds vele jaren de gemoederen. Verschillende organisaties en overheden, ontwikkelen op dit ogenblik initiatieven om de problemen in de Brusselse gezondheidszorg in kaart te brengen en voorstellen tot oplossing te formuleren.

Om aan het personeelsgebrek tegemoet te komen, ontwikkelde Pro Medicis Brussel initiatieven om Nederlandskundige medici en paramedici aan te trekken. De Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad (BWR) zal met Baanbrekend Brussel een soortgelijk aanbod creëren voor de welzijnssector. Beide diensten worden geïntegreerd in een cel werkpromotie in de BWR die tot doel heeft de vraag naar Nederlandskundig personeel in deze sectoren in kaart te brengen en initiatieven te ontwikkelen om aan deze vraag te kunnen voldoen.

De beperkte zichtbaarheid van Nederlandskundige zorgverstrekkers in het BHG beperkt zich niet tot de ziekenhuissector. Ook de zelfstandige beoefenaars van zorgberoepen en de (para)medici uit de ambulante sector zijn te weinig gekend. De vraag om een Vlaams ziekenhuis te bouwen brengt hierin geen verbetering en biedt slechts een fragmentaire oplossing voor de problemen in de eerstelijnszorg.

De Doktersgild van Helmont pleit daarom voor een betere geïntegreerde zorgverlening en een samenwerking tussen Brussel en de Vlaamse Rand om het Nederlandskundig zorgaanbod te vermeerderen en beter zichtbaar te maken. In het kader van het Vlaams-Brusselfonds diende de vereniging, in samenwerking met de Brusselse Huisartsenkring, een subsidieaanvraag in voor een haalbaarheidsstudie omtrent het opstarten van een virtueel Vlaams zorgnetwerk in Brussel en de Rand. Dit virtueel zorgnetwerk verzamelt alle Nederlandskundige zorgverleners uit de ambulante sector en de gezondheidsinstellingen in een geïnformatiseerde databank en stelt die gegevens ter beschikking van deze (para)medici. De huisarts krijgt hierin een centrale rol toebedeeld.

Niet alleen bij de keuze van gespecialiseerde zorg is de rol van de huisarts cruciaal. Hij kan ook de instap naar de spoeddiensten verkleinen. Hoewel er in Brussel een overaanbod van artsen zou zijn, ligt het bezoek aan de huisarts in de hoofdstad 10% onder het landelijk gemiddelde. Tegelijk is er een overconsumptie van de spoedgevallendiensten (per 100 Brusselaars zijn er jaarlijks 27 contacten met spoed, tegen 17 voor België). Dit heeft ook te maken met de sociale problematiek: 45% van de gezinnen in Brussel heeft problemen met het betalen van medische kosten, 1 gezin op 5 stelt bezoek aan een arts of aankoop van geneesmiddelen uit omdat ze in geldnood zitten. De Brusselse Huisartsenkring waarborgt met beperkte middelen al meer dan 20 jaar de Nederlandstalige wachtdienst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Hoewel een versterking van de werking broodnodig is, laat een structurele financiering door de federale overheid nog steeds op zich wachten. De Vlaamse minister van Hoofdstedelijke Aangelegenheden heeft zich reeds geëngageerd om de infrastructuur en het informaticanetwerk te vernieuwen met middelen uit het Vlaams-Brusselfonds.

Om de tweetaligheid in haar instellingen te verbeteren, kent de GGC een aantal financiële stimuli toe voor vormingsinitiatieven omtrent het onthaal en voor taalcursussen. Sinds 1994 kent het Verenigd College een subsidie toe aan de algemene ziekenhuizen die vormingsinitiatieven nemen teneinde de kwaliteit van het onthaal (onthaal, talenkennis en begrip van vreemde culturen) van de patiënten te verbeteren. Dit initiatief werd later uitgebreid naar de psychiatrische en chronische ziekenhuizen en PVT's. De financiële bijdrage is beperkt tot een plafond van 10,83 € per ziekenhuisbed en mag maximum de helft van de kosten dekken. Voor het jaar 2003 bedraagt het maximumbedrag 68.029,65 €, waarvan 43.7% voor de publieke sector. Voor de organisatie en/of financiering van taalcursussen kunnen de openbare ziekenhuizen in beginsel een beroep doen op de middelen die voorzien zijn op de basisallocaties "Vormingen", die samen 74.000 € bedragen.

2.2.6 Draagvlak in het Vlaams-Brusselse werkveld

Naar aanleiding van de elementen die op de hoorzitting werden aangebracht, werd aan een aantal Vlaams-Brusselse partners uit het Vlaamse Brusselse werkveld hun standpunt gevraagd.

De Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad (BWR), een functioneel coördinatieorgaan voor de Brusselse welzijns- en gezondheidszorg, erkend door de Vlaamse Gemeenschapscommissie, neemt een genuanceerd en voorwaardelijk standpunt in: een overleg- en consultatieronde met andere verzorgingsinstellingen en initiatieven is nodig en het virtueel zorgnetwerk is een prioriteit die op korte termijn kan worden gerealiseerd. Wanneer hierna de nood aan een eigen Vlaams ziekenhuis nog wordt gevoeld, kan een haalbaarheidsstudie een antwoord bieden op vragen omtrent kostprijs, personeelsinvulling, positionering ten opzichte van andere instellingen. De BWR drukt hierbij nog de bezorgdheid uit dat een Vlaams ziekenhuis geenszins mag betekenen dat niet meer wordt gewerkt aan een betere toegankelijkheid voor Nederlandstaligen van de bicommunautaire voorzieningen.

De Brusselse Huisartsenkring sluit zich aan bij de visie van de Doktersgild Van Helmont, een vereniging van geneesheer-specialisten uit Brussel en de Rand. Beide organisaties steunen het verzoekschrift maar onder voorwaarden. Een Vlaams ziekenhuis kan complementair zijn aan het virtueel zorgnetwerk dat prioriteit geniet maar de technische en juridische aspecten die hieraan zijn verbonden, dienen eerst grondig te worden bestudeerd door experts ter zake.

Pro Medicis Brussel, een project dat tot doel heeft het aanbod van tweetalige zorgverstrekkers in het Brussel Hoofdstedelijk Gewest te verhogen, wijst op de verdeelde meningen bij haar bestuursleden (artsen en specialisten). Daarnaast vestigt zij de aandacht op de hoge financiële kostprijs en organisatorische moeilijkheden die gepaard gaan met het hele opzet van een eigen Vlaams ziekenhuis.

Alle partners zijn principieel niet gekant tegen een Vlaams ziekenhuis maar schuiven de hoger vermelde initiatieven als prioriteit naar voor.

3. Standpunt van de Vlaamse regering

De inplanting van een bijkomend monocommunautair Vlaams ziekenhuis in Brussel, lijkt in eerste instantie een aantrekkelijk idee. Reeds op het einde van de jaren '70 paste de Vlaamse regering dit voorstel toe en met succes. Het AZ-VUB Brussel vestigde op korte tijd een gedegen reputatie van kwaliteitsvolle gezondheidszorg die openstaat voor alle bevolkingsgroepen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en omgeving. De omgevingsfactoren verschilden toen echter sterk van de huidige situatie: de bevolkingssamenstelling was minder heterogeen en de positie van de Nederlandstaligen in het BHG was minder sterk verankerd in het politieke en maatschappelijke leven.

Bij nader inzicht stuit het voorstel ook op heel wat praktische bezwaren.

1. De ingewikkelde bevoegdheidsverdeling en financieringsmechanismen betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, heeft tot gevolg dat de Vlaamse regering hierin geen unilaterale beslissing kan nemen. De federale programmatie en wetgeving beperkt sterk de bewegingsruimte van de gemeenschappen in deze materie.
2. Het aanbod aan ziekenhuisbedden in het Brussel Hoofdstedelijk Gewest overstijgt op dit ogenblik in belangrijke mate de programmatie. Indien het huidige aantal bedden toch zou worden uitgebreid, zou de exploitatie ervan niet worden gefinancierd en bijgevolg verlieslatend zijn.
3. Het alternatief, namelijk de overname van de toegekende bedden, de infrastructuur en het personeel van een bestaand bicommunautair ziekenhuis, is geen garantie voor een betere toegankelijkheid in het Nederlands van dit ziekenhuis. De interne werking, de zorgverstrekkers en het cliënteel blijven immers behouden.
4. De kosten voor de oprichting van een Vlaams ziekenhuis bedragen ruwweg 114.000.000 €. Dit zou een zware hypotheek leggen op de middelen uit het VIPA en het Vlaams-Brusselfonds voor de komende jaren en geen ruimte meer laten voor nieuwe initiatieven en de prioriteiten die het werkveld en de Vlaamse minister van Hoofdstedelijke Aangelegenheden reeds naar voor hadden geschoven.

Juridisch, economisch en financieel is de oprichting van een Vlaams ziekenhuis dus niet haalbaar.

Een bijkomend Vlaams ziekenhuis oprichten is ook niet wenselijk omdat het aan de gestelde problematiek geen afdoend antwoord biedt.

1. De gebrekkige kennis van het Nederlands stelt zich het scherpst in acute situaties zoals bij spoedopnames. De MUG's en spoeddiensten zijn reeds toegewezen aan de bestaande ziekenhuizen. Een bijkomend Vlaams ziekenhuis heeft hierop geen invloed.
2. Brussel telt ongeveer 9000 ziekenhuisbedden, waarvan 679 'Nederlandstalige' in het AZ-VUB. Een bijkomend Vlaams ziekenhuis kan maximum 320 bedden opleveren. De geografische spreiding en het aantal zogenaamde 'Nederlandstalige' bedden blijft daardoor beperkt en dit zal het soms gebrekkige onthaal in de bicommunautaire ziekenhuizen niet verbeteren.
3. Een goede communicatie is een belangrijke voorwaarde om tot een kwaliteitsvolle zorg te komen. Toch is taal voor patiënten niet het doorslaggevende argument in de keuze voor een ziekenhuis, andere kwaliteitscriteria genieten voorrang.
4. De gevraagde investering van de Vlaamse regering staat niet in verhouding tot het probleem.

De oprichting van een Vlaams ziekenhuis in Brussel is dus niet opportuun.

De gesignaleerde problematiek is evenwel ernstig en de betrokken instellingen en overheden dienen werk te maken van een aantal initiatieven die wel een verandering tot stand kunnen brengen:

1. Een degelijke klachtenbehandeling en begeleiding wanneer een patiënt niet tevreden is over zijn relatie met zijn zorgverstrekker;
2. een ondersteuning van de Vlaamse huisartsen die een cruciale rol spelen bij de doorverwijzing;
3. de bevordering van de tweetaligheid in het bestaande aanbod, niet alleen bij de verzorgenden maar ook in de beleidsstructuren;
4. een sluitende taalregeling voor de spoeddiensten, de MUG's en de Brusselse brandweer, met name de 100-dienst;
5. vernieuwende initiatieven, zoals zorgprogramma's, toegankelijke databanken en hulpmiddelen bij doorverwijzing zoals beschreven in het voorstel van een virtueel zorgnetwerk.

Guy VANHENGEL

Vlaams minister van Sport en Hoofdstedelijke Aangelegenheden

BIJLAGE 3

ZIEKENHUIZEN BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST							
HERKOMST VAN DE PATIENTEN NAAR GEWEST							
	Totaal	Brussels Gewest		Waals Gewest		Vlaams Gewest	
Openbare ZH	76.723	58.864	77%	9.947	13%	7.912	10%
Private ZH	84.888	61.762	73%	8.626	10%	14.500	17%
Universitaire ZH	80.664	33.184	41%	23.826	30%	23.654	29%
TOTAAL	242.275	153.810	63%	42.399	18%	46.066	19%

BIJLAGE 4

COMMISSIE VOOR BRUSSEL EN DE VLAAMSE RAND

VERGADERING VAN DINSDAG 24 JUNI 2003

HOORZITTING

VERZOEKSCHRIFT VAN DE HEER STIJN DEBRUYNE OVER HET BOUWEN EN UITBATEN VAN VLAAMSE ZIEKENHUIZEN IN BRUSSEL

De heer Luk Van Nieuwenhuysen, voorzitter : Naar aanleiding van het collectief verzoekschrift over de mogelijke oprichting van een bijkomend Nederlandstalig ziekenhuis in Brussel hebben we enige tijd geleden de verzoekers gehoord. Het standpunt van de Vlaamse regering is dat het momenteel niet opportuun is om met een dergelijk initiatief te starten vanwege juridische, economische en financiële redenen. De regering is wel gewonnen voor een aantal initiatieven, zoals onder meer een degelijke klachtenbehandeling, de ondersteuning van Nederlandstalige huisartsen en een sluitende taalregeling voor de spoeddiensten. De commissie acht het evenwel nuttig om te luisteren naar een aantal mensen die dagelijks met de problemen worden geconfronteerd, over hun ervaringen en hun standpunt over de oprichting van een Nederlandstalig ziekenhuis.

1. Uiteenzetting door de heer Erik Loosen, voorzitter, Brusselse Huisartsenkring

De heer Erik Loosen : De Brusselse Huisartsenkring heeft de vraag om een nieuw Vlaams ziekenhuis in Brussel bestudeerd en er uitgebreid over gediscussieerd. Brusselse huisartsen voelen zich daarbij immers enorm betrokken. Ons standpunt is genuanceerd. We zijn niet tegen de oprichting van een nieuw Vlaams ziekenhuis, maar onze prioriteit is een virtueel zorgnetwerk. Als daaruit blijkt dat er behoefte is aan een nieuw Vlaams ziekenhuis, staan we daar volledig achter.

In Brussel bestaat al een Vlaams ziekenhuis, met name de VUB, dat goed functioneert. Als het de bedoeling is dat een andere zuil een ander ziekenhuis van een andere kleur opricht, dan hebben de huisartsen daar geen enkele boodschap aan. Verder doen een aantal kleinere, vooral katholieke, ziekenhuizen, zoals bijvoorbeeld Sint-Jan en Sint-Elisabeth, al zeer grote inspanningen om meer in het Nederlands te werken. Dat vraagt heel wat inzet van de artsen. Die inspanningen mogen niet over het hoofd worden gezien. Ten slotte rijzen heel wat vragen over de haalbaarheid van een dergelijk Vlaams ziekenhuis. Uit uitvoerige studies van onder meer Pro Medicis blijkt dat het zeer moeilijk is om Nederlandstaligen in Brussel aan te trekken. We vrezen dat het resultaat van een nieuw Vlaams ziekenhuis zal zijn dat er een leegloop is van Nederlandstaligen in de kleinere (Franstalige) ziekenhuizen zodat die helemaal gaan verfransen.

We pleiten ervoor dat eerst en vooral de eerste lijn meer ondersteuning krijgt, bijvoorbeeld een secretariaat van Vlaamse wachtdienst of een eerstelijns hulp voor verplegers en verpleegsters.

De Brusselse Huisartsenkring groepeerde de Vlaamse Wachtdienst Brussel, de Brusselse Huisartsen vzw en Pro Medicis. Dat laatste is een nevenproject van de Brusselse Huisartsenkring, waarvoor we instaan.

Het standpunt van het doktersgild Van Helmont is gelijklopend, maar heeft andere accenten. Ook zij menen dat een virtueel zorgnetwerk een prioriteit is en dat het bestaande Nederlandstalige ziekenhuis van de VUB verder moet ondersteund worden. Zij geloven evenwel ook sterker in de idee van een bijkomend Vlaams ziekenhuis in Brussel.

2. Uiteenzetting door de heren Jan Snacken, voorzitter, en Luc D'Hooghe, penningmeester, Pro Medicis Brussel

De heer Jan Snacken : Pro Medicis is geen groep van gelijkgezinden. Het is wel een verzameling van mensen uit het veld die proberen om Nederlandstalige zorgverstrekkers die zich in Brussel willen vestigen, in contact te brengen met de juiste mensen.

Naast die makelaarsfunctie, voeren wij ook promotiecampagnes bij studenten geneeskunde van niet-Brusselse faculteiten. Pro Medicis bestaat daarom vooral uit mensen die deuren kunnen openen in de verschillende geledingen van het zorgaanbod.

Onze vereniging werd ruim vier jaar geleden opgericht door de advieswerkgroep Gezondheidszorg van de VGC. Thans worden wij ook gesubsidieerd door het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, afdeling Brusselse Aangelegenheden. Wij proberen de volgende vragen te beantwoorden : waarom komen zo weinig Vlaamse zorgverstrekkers naar Brussel ? Waarom zijn er bij diegenen die komen, zo veel die weer vertrekken ?

Een eerste motief is : onbekend is onbemind. De VUB heeft een kleine medische faculteit, vergeleken met Gent en Leuven. Zij is niet bij machte om voldoende artsen te leveren die zich als student al in Brussel inleefden en er wortel schoten. De studenten van elders zien er tegen op om naar Brussel te komen. Brussel is voor velen een spookbeeld, een symbool van verschrikking. Daar komt nog bij dat instellingen veeleer geneigd zijn om mensen in dienst te nemen die zij reeds kennen. Dat is geen nepotisme, maar eerder een onuitgesproken factor van collegialiteit. Vertrouwen is zeer belangrijk in de arts-arts- en in de arts-patiënt-relatie. Men neemt het liefst mensen op in wie reeds een hoge mate van vertrouwen bestaat. Dat betekent dat men er ofwel stage moet gelopen hebben, ofwel over warme aanbevelingen vanwege bekende collegae moet beschikken. Een van onze acties is niet toevallig : stageplaatsen creëren.

Het tweede motief is het lagere netto-inkomen in Brussel in vergelijking met Vlaanderen en zeker met Nederland en Luxemburg. De vastgoedinvestering voor een private praktijk is immers hoger en bovendien verliezen de artsen meer tijd in het verkeer en bij het zoeken naar een parkeerplaats. Er is ook veel meer concurrentie, vanwege een voornamelijk Franstalig aanbod. Gezien de spreiding van de Nederlandstalige patiënten hebben de meeste Nederlandstalige artsen een belangrijk Franstalig patiënteel nodig om rond te komen. Daarvoor moeten zij concurreren met de reeds overvloedige Franstalige artsen. Sociaal zwakkeren in Brussel zijn ook heel wat minder trouw aan hun huisarts dan in Vlaanderen. De jaarlijkse uitstroom van artsen naar de omringende landen, waar een andere medische cultuur en een betere beloning bestaan, toont het probleem duidelijk aan.

Huisarts wordt men ten vroegste op zijn 27^{ste}. Specialisten zijn 30 of 31 wanneer zij afstuderen. Op dat moment heeft de overgrote meerderheid al affectieve en/of familiale banden gesmeed. Dat betekent dat men niet alleen de arts maar ook zijn partner en eventueel verdere familieleden moet overtuigen om naar het Brusselse Gewest te verhuizen.

De communicatie met collega's die dezelfde patiënt behandelen is in de hedendaagse geneeskunde van kapitaal belang. Dat betekent in de Brusselse praktijk dat de arts ook de vaak sterk afwijkende Franstalige termen moet kennen. Een *musculus serratus anterior* heet in het Frans *le grand dentelé* en een *perniciose anemie van Addison* wordt *la maladie de Biermer*. Opleiding in Franstalig medisch jargon is nodig.

Daarnaast beschikken heel wat Nederlandstalige artsen niet over het zelfvertrouwen om hun plaats af te dwingen in een milieu dat gebeurlijk, zij het minder dan vroeger, Nederlandstaligen minacht. Er valt nog veel te verbeteren aan de relaties met het Franstalige werkveld.

De conclusie is dat hoe vroeger men stage loopt in Brussel, hoe groter de kans dat men verlangt daar te werken en dat men daar ook in slaagt.

Wat zijn de resultaten van Pro Medicis ? Enkele tientallen artsen, zowel huisartsen als kandidaat-specialisten, werden, op basis van hun profiel en dat van de instellingen, met elkaar in contact gebracht. Een dozijn van deze artsen hebben een betrekking gevonden, die ze waarschijnlijk niet gehad hadden zonder onze bemiddeling. Er zijn natuurlijk ook nog andere artsen die zonder onze bemiddeling een betrekking hebben gevonden. Intussen is een van de specialisten, alsook een aantal huisartsen, opnieuw vertrokken uit Brussel. Het ging immers niet.

Wanneer iemand uit Vlaanderen vertrekt, kan dit te maken hebben met een fusie. Het is onze taak niet om te onderzoeken waarom een arts uit een bepaalde instelling moet verdwijnen. Misschien heeft het te maken met moeilijke collegiale relaties. Wanneer deze arts terug naar Brussel komt, is de kans groot dat dit

probleem zich zal herhalen. Het zijn niet altijd de best renderende artsen uit Vlaanderen die in Brussel een tweede carrière zoeken en hier dan de grootste carrière zullen verwezenlijken.

Een totaal ander resultaat dat Pro Medicis bereikte, heeft betrekking op het verhoogde aanbod aan stageplaatsen. Van de federale minister bekwamen we dat de stageplaatsen voor huisartsen die in opleiding zijn te Brussel werden verdubbeld. Ik wil hierbij een kanttekening maken. Brussel werd tot Vlaams-Brabant gerekend. Er werd een programma uitgetekend op basis van het aantal Nederlandstaligen uit Brussel en Vlaams-Brabant. Wanneer men echter het aantal stageplaatsen was gaan toekennen, was men Brussel in feite vergeten.

Het aantal plaatsen werd verdubbeld van vier naar acht of negen. Van de vier bijgecreëerde plekken zijn er drie effectief bezet. Momenteel zijn er zes of zeven huisartsen in opleiding. Vroeger ging het echter maar over vier artsen.

Een aantal van deze artsen zullen terugkeren naar Vlaanderen. We hopen echter dat er ook een aantal zullen blijven.

In de ziekenhuizen hebben we stageplaatsen voor studenten uit Leuven en Gent bedongen. Deze stageplaatsen bestonden voordien niet. Het eerste jaar waren de studenten weinig nieuwsgierig. Deze nieuwsgierigen hebben echter voor goede publiciteit gezorgd. We zien dat elk jaar het aantal studenten dat stage wil doen in de Brusselse ziekenhuizen toeneemt. Wij doen nog steeds inspanningen. De ex-stagiairs doen echter ook inspanningen voor ons.

Bij dit alles moet nog gezegd worden dat alle stages plaatsvinden in diensten die ook specialisten opleiden. Dit betekent dat als er iemand wil specialiseren, hij zijn plaatsje al kan opwarmen op die dienst. Wanneer hij bijvoorbeeld, vanuit zijn faculteit, al drie van de vijf jaar kan vinden, is de kans groter dat de stagedienst bereid zal gevonden worden om de bijkomende twee jaar ook aan hem toe te kennen. In de nabije toekomst kan men evenwel verwachten dat, procentueel gezien, het aantal Nederlandstalige stagairs-specialisten in opleiding niet zal verhogen in vergelijking tot het aanbod. Vanaf volgend jaar moet men immers ook rekening houden met de gevolgen van de numerus clausus. Men kan er dus van op aan dat het globaal aantal studenten die huisarts of specialist zal worden, zal dalen. Hierdoor zal de aantrekkelijkheid van Brussel uiteraard verminderen. Een aantal Vlaamse ziekenhuizen zullen uiteraard ook de concurrentieslag aangaan om de laatste stagairs, die niet opgeslorpt worden door de academische ziekenhuizen, aan te trekken.

De heer Luc D'Hooghe : Ik zou kunnen spreken in naam van zowel de Brusselse Huisartsenkring, als erevoorzitter, als van Pro Medicis Brussel. Ik wil echter voornamelijk spreken in naam van de werkgroep die twee jaar geleden het communicatieonderzoek heeft uitgevoerd. Voordien heeft deze groep trouwens al, onder meer met het VKB, een aantal acties ondernomen.

Vooral met de werkgroep die samengesteld is uit onderzoekers van de KUB en de VUB en artsen van de Van Helmontgilde en mensen van de Brusselse Welzijnsraad heb ik frequent een onderhoud. Momenteel contacteren we elkaar regelmatig in verband met de begeleiding van de petitie bij de Raad van Europa.

Waarom werd de vraag naar een Vlaams ziekenhuis ooit gesteld? Waarschijnlijk is dit vanwege de communautaire apathie van Vlaanderen ten opzichte van Brussel. Het taalhoffelijkheidsakkoord was een toegeving. Gelukkig werd dit akkoord teruggefloten. Ook de beloftes rond de urgentiegeneskunde werden niet ingelost. Voormalig minister Anciaux heeft nog een interministeriële conferentie samengeroepen over dit onderwerp. Deze conferentie blijft nog steeds zonder gevolg. Zowel Vlaams minister Vogels als de federale minister hebben niets gedaan. Voor de Rand rond Brussel zorgde federaal minister Vandenbroucke voor een MUG. Deze MUG is echter te Geraardsbergen gestationeerd. Voor de Brusselaars maakt deze MUG echter geen verschil.

Ook de uitspraken van een voormalig minister zorgden voor heel wat commotie. In een persartikel verklaarde hij dat een 'Vlaming te Brussel beter verzorgd wordt door een arts die geen Nederlands kent dan door een germanist'. Door dergelijke zaken blijft het ongenoegen voortwoekeren.

Anderzijds is het woord bicommunautair nog steeds niet gedefinieerd. Bicommunautair is alles wat niet uni-communautair is. Het begrip wordt echter niet ingevuld. In die zin kan men ook nooit bepalen welke voorwaarden er achter het woord bicommunautair schuilen. Een definitie en de verplichting om te voldoen aan de definitie dringt zich dan ook op. In dat geval zouden veel ziekenhuizen waarschijnlijk uni-communautair Franstalig en in mindere mate unicommunautair Nederlandstalig worden. Het probleem zou alvast ten dele opgelost worden.

Anderzijds is er ook het ongenoegen van de patiënten. Uit het in 1993 gevoerde onderzoek van de KUL en VUB bleek al dat een derde van de patiënten naar het Frans moest overschakelen, wilde men zich begripbaar maken. Een ander derde was absoluut niet tevreden.

Het in 1998 gehouden symposium van de VKB heeft nogmaals aangetoond waar de pijnpunten zaten. Op het vlak van de psychiatrie is Brussel een grote woestijn. Intussen is er aan dit probleem wel een en ander verholpen, maar voornamelijk in de ambulante sector.

Uit het communicatie-onderzoek van 1999 bleek het belang van de huisartsen en de doorverwijzing van de patiënten om problemen te voorkomen. Ook in dit geval was een derde van de patiënten niet tevreden. Indien de arts Nederlandstalige patiënten poogt door te verwijzen naar Nederlandstalige specialisten, komen we nog in situaties terecht waarbij patiënten niet verder in hun taal kunnen worden geholpen bij interne doorverwijzingen.

Men moet ook rekening houden met het ongenoegen van de artsen. Het St.-Elisabethziekenhuis is toch gekend als een ziekenhuis dat het goed wil doen. Gedurende de laatste tien jaar vertrokken er toch 31 Nederlandstalige artsen. Wat gebeurt daar ? Zijn al deze artsen zo'n slechte mensen ? Hebben ze zo'n slechte relatie met hun collega's ? Heeft het ook te maken met een bepaalde sfeer of mentaliteit ? Veel hospi, weinig taal is nog steeds een bestaand gegeven.

Wat zijn de oplossingen ? We hebben al getracht om zelf oplossingen te formuleren. Op korte termijn wordt men geconfronteerd met het virtueel zorgnetwerk. Dit kan een snelle start zijn. Het vraagt echter heel veel van de patiënten. Dit zal dan ook niet dé oplossing zijn. Pro Medicis Brussel kan enkel voorkomen dat er verdere outflow is. Men zal het al heel moeilijk hebben om de artsen in Brussel te houden. Voor de andere sectoren moet men dus uitbreiden naar Baanbrekend Brussel toe. Verder richt Pro Medicis zich nu ook tot de verpleegkundigen. Al wat gezondheid is, ressorteert onder Pro Medicis. Alles wat onder welzijn een plaats vindt, gaat naar Baanbrekend Brussel. Beide organisaties moeten echter blijven samenwerken, wat nu zal gerealiseerd worden binnen de Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad. Ten slotte moet Vlaanderen ook blijvende steun verlenen.

Op lange termijn kan aan andere oplossingen worden gedacht, zoals de oprichting van een medisch centrum voor huisartsen of een dagziekenhuis. Een haalbaarheidsstudie lijkt aangewezen om na te gaan wat de diverse mogelijkheden zijn. Deze studie zou tevens een drukkingsmiddel kunnen zijn om niet langer toe te moeten geven aan de negatieve druk die al dertig jaar wordt uitgeoefend.

De Vlaamse regering heeft een aantal oplossingen naar voren geschoven. Een betere klachtenverwerking lijkt me echter een doekje voor het bloeden. De klachten worden al jarenlang verwerkt. Ikzelf heb gedurende jaren systematisch klachten ingediend. Wat zal er met deze klachten gebeuren ? Ze worden zelfs weggelachen door onze eigen ministers.

De ondersteuning van de Brusselse huisartsen is inderdaad aangewezen. We moeten ervoor zorgen dat het aantal Nederlandstalige huisartsen hetzelfde blijft. Meer huisartsen lijkt moeilijk te realiseren. Duo-praktijken zouden hierbij een belangrijke rol kunnen spelen.

De bevordering van de tweetalige zorg in de ziekenhuizen en het beleid is zeer belangrijk. Het beleid is daarbij doorslaggevend : zolang het beleid niet verandert, zal ook in de praktijk niets veranderen. De ondersteuning van Pro Medicis Brussel (gezondheid) en Baanbrekend Brussel (welzijn) is zeer belangrijk voor de bevordering van deze tweetalige zorg. Er moet ook dringend een oplossing komen voor de urgentiediensten en het virtuele zorgnetwerk moet verder worden ondersteund. Intussen blijft een haalbaarheidsstudie aangewezen, om na te gaan wat we op lange termijn nog kunnen doen.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen : U pleit in de eerste plaats voor het uitvoeren van een haalbaarheidsstudie ?

De heer Luc D'Hooghe : Het zou een belangrijke tussenstap zijn.

3. Uiteenzetting door de heren Eric Verrept, voorzitter en Hendrik Van den Bussche, coördinator Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad

De heer Eric Verrept : Het standpunt van de Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad werd ingenomen na ruime consultatie van de leden en in overleg met een aantal van de vorige sprekers. Een adviserende stuurgroep die binnen de raad het inhoudelijke beleid voert, heeft ons standpunt goedgekeurd. Wij sluiten ons voor 90 percent aan bij de Brusselse Huisartsenkring en Pro Medicis.

Het lijkt ons wenselijk om de lopende initiatieven te inventariseren en evalueren vooraleer een definitief standpunt in te nemen over de wenselijkheid van een bijkomend Nederlandstalig ziekenhuis in Brussel. Ik denk aan het virtuele Nederlandstalige zorgnetwerk, het onderzoek van de klachten bij de Raad van Europa, de resultaten van het project van Pro Medicis en het initiatief van minister Vandenbroucke inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Alle partijen moeten hierbij worden betrokken, zoals het universitaire ziekenhuis van de VUB in Jette en mogelijke initiatieven in de Rand.

Het virtuele Nederlandstalige zorgnetwerk blijft ook voor ons een prioriteit. Op basis hiervan kunnen wellicht veel noden of vragen worden ingelost. Als het toch nodig zou blijken om een tweede Nederlandstalig ziekenhuis uit te bouwen, moet een oplossing worden gevonden voor een aantal knelpunten. Zo zou het nieuwe ziekenhuis geen concurrentiepositie mogen innemen tegenover andere bestaande ziekenhuizen en moet een ideologische opdeling worden vermeden.

Andere knelpunten zijn de kostprijs van de uitbouw van een Nederlandstalig ziekenhuis en de moeilijke zoektocht naar personeel. De uitbouw van een Nederlandstalig ziekenhuis en van een virtueel Nederlandstalig zorgnetwerk wordt best niet enkel vanuit de Brusselse regio ingevuld, maar vanuit een geïntegreerde zorg voor Brussel en omgeving.

Deze uitbouw mag ook geen reden zijn om af te zien van de blijvende eis om in de bicommunautaire voorzieningen de tweetaligheid te realiseren. De taal is een essentieel element van een kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg. Ook de eventuele uitbouw van een bijkomend Nederlandstalig zorgaanbod mag geen vorm van apartheid creëren voor de andere minderheden en taalgemeenschappen in Brussel.

Tot slot blijkt uit de consultatie van onze leden duidelijk dat de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de huisartsen in Brussel van essentieel belang zijn. Door een gebrek aan toegankelijkheid wordt nu soms misbruik gemaakt van de urgentiediensten. In sommige Brusselse regio's zijn nauwelijks nog Nederlandstalige huisartsen actief, wat ook geldt voor de thuisverpleegkundigen en sommige paramedische beroepen.

De heer Hendrik Van den Bussche : Er is geen tekort aan diensten bij de ziekenhuizen, maar de vacatures geraken moeilijk ingevuld. Uit een bevraging bij diverse zorgsectoren vorig jaar blijkt dat een vijfde van de 1.300 functies vacant was of tijdens het voorbije jaar vrijkwam. In de praktijk blijken heel wat mensen een eerste werkervaring op te doen in Brussel om daarna dichter bij hun woonplaats te gaan wonen en in een minder complexe situatie te werken.

4. Uiteenzetting door de heer André Lermينياux, oud-bestuurslid, adviseur, van het Vlaams Geneeskundigenverbond

De heer André Lermينياux : Het Vlaams Geneeskundigenverbond steunt dit verzoekschrift. Het VGV hield al in 1972 een studiedag over de taaltoestanden in de geneeskundigensector. De taalwetten zijn nu al veertig jaar van kracht en is er nog maar weinig veranderd. Wij staan dus volledig achter de vraag naar een of meerdere Nederlandstalige ziekenhuizen in Brussel.

Wat is een Vlaams ziekenhuis ? Dit ziekenhuis zou niet enkel toegankelijk zijn voor Vlamingen of Nederlandstaligen, maar voor iedereen. Het beheer van het ziekenhuis moet wel in handen zijn van de Vlaamse overheid en Vlaamse personen. Er moet een duidelijk Vlaamse sfeer hangen. Waarom blijven Vlaamse dokters immers zo weinig in Brussel ? Ik ben zelf geneesheer in Drogenbos en weet nog goed hoe een collega-geneesheer dertig jaar geleden over me sprak als ‘ce petit docteur flamand’. Die situatie is vandaag nog niet veranderd. Je moet een echte held zijn om in een Franstalig of tweetalig ziekenhuis in Brussel te willen werken. De heer D’Hooghe zei al dat in een bepaald ziekenhuis 31 geneesheren zijn verdwenen. Hetzelfde geldt voor de verpleegkundigen.

Maar het is niet omdat het beheer in Vlaamse handen zou zijn, dat anderen er niet terecht zouden kunnen. Minister Guy Vanhengel zegt dat er niet voldoende Vlamingen zijn om een Nederlandstalig ziekenhuis goed te laten werken, maar volgens ons komt maar liefst 30 percent van de Brusselse bevolking in aanmerking voor verzorging in een Nederlandstalig ziekenhuis. Dit ziekenhuis moet immers ook openstaan voor vreemdelingen en allochtonen.

Wij zijn van mening dat de Vlaamse overheid dit ziekenhuis moet oprichten en dit niet mag overlaten aan de afdeling van een of ander academisch ziekenhuis. We willen immers elke verzuiling tegengaan. De Vlaamse overheid beschikt over voldoende bevoegdheden en de andere bevoegdheden moet ze maar afdwingen. Het is voldoende dat de politieke wil voorhanden is.

Op de vraag naar de plaats en de kostprijs van dit ziekenhuis kunnen wij als huisartsen geen antwoord bieden. Een haalbaarheidsstudie lijkt hiervoor aangewezen. Men zegt dat een Vlaams ziekenhuis 114 miljoen euro zou kosten, maar de Vlaamse overheid zou deze som niet ineens moeten ophoesten. Een ziekenhuis is een investering die over dertig jaar wordt afgeschreven. Bovendien zit de afschrijving in de werkingskosten, die op dit moment voor 70 percent worden betaald door de Vlamingen. Laat dit geld naar dat Vlaamse ziekenhuis gaan, zodat Vlaanderen dit ziekenhuis afbetaalt en het een echt Vlaams ziekenhuis is. Het geld zou goed besteed zijn en transfers naar Wallonië worden vermeden.

We steunen het project van een virtueel Nederlandstalig zorgnetwerk ten volle. Dat is een haalbaar initiatief, dat op zeer korte termijn functioneel kan worden. Een voordeel is ook dat men een beroep kan doen op mensen uit het zorgnetwerk om te werken in het nieuw op te richten ziekenhuis.

Laat ons niet bang zijn om vooruit te denken en niet gaan uitzoeken hoe haalbaar een bijkomend ziekenhuis in Brussel is, maar wel hoe dat ziekenhuis kan worden gerealiseerd.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen : Niemand is tegen een nieuw ziekenhuis, maar er zijn wel vragen over de wenselijkheid en haalbaarheid. Als het ziekenhuis er komt, is het belangrijk dat er een aantal voorwaarden aan worden verbonden. Niemand is tegen het concept van een virtueel zorgnetwerk als een eerste stap. Verder ziet iedereen het nut in van initiatieven om studenten, personeel en dergelijke meer naar Brussel aan te trekken. De creatie van een Vlaamse polikliniek of eendagsziekenhuizen kunnen een tussenstap zijn.

5. Vragen van de leden en antwoord van de sprekers

De heer Walter Vandenbossche : De stelling is dat een Vlaams ziekenhuis het effect van communicerende vaten met zich mee zou brengen, namelijk dat het een patiëntenbestand zou weghalen van de bicommunautaire of Franstalige ziekenhuizen. Ik heb niemand het argument met betrekking tot de centrumfunctie van Brussel horen ontwikkelen. Niemand is ingegaan op de delokalisering en decentralisering van de centrumfunctie van Brussel naar Vlaanderen. Bent u het ermee eens dat het systeem van de communicerende vaten een belangrijk neveneffect zou zijn ? Ziet u geen toekomst in het herstellen van de centrumfunctie van Brussel ? Een nieuw Vlaams ziekenhuis dient toch een dergelijke rol te vervullen.

Mevrouw Brigitte Grouwels : De heer Loosen stelt dat een aantal kleinere ziekenhuizen inspanningen doen voor Nederlandstaligen. Kunt u daarvan voorbeelden geven ?

Een van de belangrijkste realisaties van Pro Medicis is het creëren van meer stageplaatsen voor Vlaamse artsen zodat ze in een vroeg stadium met Brussel vertrouwd geraken. Waar hebt u die stageplaatsen kunnen realiseren ? De OCMW-ziekenhuizen in Brussel, bijvoorbeeld het Sint-Pietersziekenhuis, hadden een afspraak om VUB-stagiairs op te nemen. Dat is niet gebeurd bij gebrek aan stagiairs vanuit de VUB ; de medische faculteit is tamelijk klein. Men heeft gepleit om ook stagiairs uit andere faculteiten te halen. Waar zijn de stagiairs kunnen worden geplaatst ? Is er openheid ? Wat zijn de moeilijkheden ?

De heer Etienne Van Vaerenbergh : Het is zeer belangrijk om op korte tijd veel informatie te krijgen. De commissie dient aan de regering voor te stellen om een studie te maken over de wijze waarop we het Nederlandstalige medische aanbod in Brussel kunnen vergroten. Dat dient geleidelijk te gebeuren, want anders lopen we elkaar voor de voeten. Als we vooruit kunnen gaan, zijn we op de goede weg.

De heer Jan Snacken : De geneeskunde evolueert. Een aantal medische handelingen kunnen pas kwaliteitsvol zijn als de arts er voldoende van uitvoert per week, maand of jaar. Er zijn kritische massa's om kwaliteit tegenover de bevolking te verzekeren. De vraag is tot welk niveau van hyperspecialisatie men een aanbod wil bieden. Als het alleen gaat om de tweedelijnszorg, dan volstaat een ziekenhuis van 250 tot 300 bedden. Als men hart- of levertransplantaties of neurochirurgie wil doen, dan heeft men een groot ziekenhuis en een netwerk van duizenden artsen nodig.

Ik werk al twintig jaar in de bicommunautaire Brusselse ziekenhuizen. Geen enkele Vlaamse faculteit is in alle disciplines in staat om een volledig curriculum aan opleidingen te verzekeren. Voor de meeste specialisaties is er een samenwerking van de vier Vlaamse faculteiten. Als men een heel specialistisch aanbod wil uitbouwen, moet men komen tot één centrum voor heel Vlaanderen. Dat kost heel veel geld en het grootste deel van de bevolking heeft dat niet nodig.

Daarnaast is er een stijging van het aantal chronische patiënten. Een diabetespatiënt kan bijvoorbeeld een auto-ongeluk krijgen. Dan zijn er artsen nodig om de opgelopen verwondingen te kunnen behandelen, terwijl de suikerziekte een rol blijft spelen. Het komt er niet meer op aan patiënten te behandelen met een medisch probleem, maar men heeft afdelingen nodig waar artsen met heel verschillende specialismen bereid zijn om in een team samen te werken rond een patiënt (en dus ook dezelfde taal spreken). Ik merk die evolutie elke dag. De financiering op federaal vlak gebeurt nog altijd in termen van mono-pathologie behandeld door mono-specialisten of huisartsen. Er is geen financiering voor gesprekken van huisartsen met hyperspecialisten over de manier waarop de behandeling het welzijn en de gezondheid van de patiënt ten goede kan komen. Het ideaal is dat men ruimer denkt dan de manier waarop de geneeskunde momenteel wordt georganiseerd.

De eerste harttransplantatie in België werd uitgevoerd door Primo in Brugmann, Brussel, waar er toen drie assistenten werkten. De ene assistent is professor hartchirurgie in Gent geworden ; de tweede is diensthoofd van de dienst hartheelkunde in Aalst geworden en de andere is hartchirurg in het AZ-VUB en in Brugmann. Geen enkel Brussels ziekenhuis was in staat om de arts die professor is geworden in Gent, te verleiden.

De heer Walter Vandenbossche : De medische logica is anders dan de politieke.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : Men moet rekening houden met twee realiteiten en die proberen te verzoenen.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Het verzorgingsnetwerk komt daar toch al aan tegemoet ? Het brengt immers de Nederlandstalige zorgverstrekkers samen.

De heer Jan Snacken : Dat hangt af van de specificiteit van de informatie die wordt verzameld. In monopathologische gevallen is er geen probleem, maar als tegelijk bijvoorbeeld in het geval van een maagzweer een gastro-enteroloog en een liaisonpsychiater nodig zijn, wordt het aantal mogelijkheden tot hospitalisatie voor de Nederlandstalige patiënt gereduceerd tot één. Naarmate de specificiteit toeneemt, kan het aantal tot nul dalen. In dat geval moet men gaan doorverwijzen van ziekenhuis naar ziekenhuis.

De heer Luc D'Hooghe : Als één structuur het wel goed doet, dan veroorzaakt die concurrentie. Dat heeft de VUB gemerkt door betere verzorging in de eigen taal van de patiënt aan te bieden. De Vlaamse Wacht-dienst voor Huisartsen deed hetzelfde en wordt thans ook door iedereen erkend als voorbeeld door zijn goede dienstverlening.

Wat de centrumfunctie betreft, is het niet wenselijk dat het Vlaamse ziekenhuis het zoveelste derdelijnsziekenhuis wordt. Het moet actief zijn in de tweede lijn. Het heeft het voordeel ten opzichte van het verzorgingsnetwerk dat men intern kan doorverwijzen. Thans worden Nederlandstalige patiënten doorverwezen naar St-Luc of Erasme. Initieel zal er wellicht sprake zijn van enige drainage van Nederlandstalige patiënten uit de bicommunautaire ziekenhuizen van goede wil. Maar die zullen uiteindelijk ook hun best blijven doen om de goed betalende Vlaamse patiënt te behouden.

De heer Loosen : Het is mogelijk om de vervlaamsing te stimuleren. Onze huisartsenvereniging verstrekt een adressenbestand van Nederlandstalige huisartsen aan farmaceutische firma's als die in ruil Nederlands-talige medisch afgevaardigden sturen. Een tweede stap is de organisatie van manifestaties op plaatsen als de Warande.

De heer Jan Snacken : Wij onderhandelen binnen de Iriskoepel over de stageplaatsen in de OCMW-ziekenhuizen. Wij vragen daarin de garantie dat de studenten al hun dossiers in het Nederlands kunnen opstellen. Die kwam er tot nu toe niet formeel vanwege de koepel, maar er is wel een *gentleman's agreement* vanwege de Nederlandstalige stagemeesters die dat op persoonlijke verantwoordelijkheid kunnen toestaan. De taalwetten schrijven voor dat dossiers moeten opgesteld zijn in de taal van de patiënt, maar de studenten hebben dan weer een andere taalkundige verplichting tegenover hun universiteit.

Op dit moment zijn er een twaalfstal stagediensten. Die kunnen elk meerdere stagiairs in dienst nemen. Wij kunnen jaarlijks de precieze cijfers in een verslag meedelen. Maar het is wellicht zo dat het aanbod slechts heel gedeeltelijk kan ingevuld worden door het dalende aantal studenten als gevolg van de numerus clausus. Het ingangsexamen heeft een zodanig afschrikkend effect gehad dat er al vanaf de eerste kandidatuur onvoldoende studenten zijn. Wie afstudeert, wordt dan nog eens belaagd door buitenlandse headhunters.

De heer Luc D'Hooghe : Terwijl in Vlaanderen een numerus fixus bestaat, is in Franstalig België de mogelijkheid ingevoerd om na een aantal jaar een examen af te leggen en dan eventueel een andere keuze te maken. Maar ook dat is weggevallen.

Alle poorten staan nu open. Brussel wordt overrompeld door Franstalige artsen die geen werk vinden in Wallonië. Als ze door de nieuwe regeling geen erkenning krijgen, importeren ze die uit Frankrijk op grond van de Europese regelgeving. Bovendien doen de Vlaamse medische faculteiten hun uiterste best om hun schaarse studenten bij zich te houden voor stages.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Ik vernam in de commissie Onderwijs dat men niet zinnens is de ingangsexamens af te schaffen.

De heer Luc D'Hooghe : Dat hoeft ook niet. De federale overheid moet er wel voor zorgen dat de eindstreep voor beide gemeenschappen gelijk is, welke keuze men ook maakt.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen : Ik heb onlangs ook nog gehoord dat er moeilijkheden zouden bestaan in de thuisverpleging. In de sector van de thuisverpleging zou het Nederlandstalig aanbod veel te beperkt zijn. Verder zouden een aantal Brusselse OCMW-ziekenhuizen Nederlandstalige kandidaten weren. Heeft men hier ervaring mee ?

De heer Hendrik Van den Bussche : Ik kan deze laatste vraag niet positief beantwoorden. De tekorten voor de programmatie-uitbouw werden nog niet volledig weggewerkt. Dit gebeurt niet omdat er geen initiatiefnemers zijn maar omdat de omstandigheden waarin dit moet gebeuren niet gunstig zijn. Deze omstandigheden zijn te Brussel anders dan in Vlaanderen. In Vlaanderen kan men, op lokaal niveau, voor lokale dienstencentra veel meer rekenen op een gemeente. In Brussel ligt dit heel wat moeilijker.

Om de programmatie in te vullen, heeft men ook voldoende personeel nodig. In Brussel slagen een aantal diensten er niet in om de uren, die beschikbaar zijn voor de programmatie, in te vullen omdat men te kampen heeft met een personeelsgebrek. In Brussel slaagt men er blijkbaar niet in om voldoende personeel te vinden.

De heer Luc D'Hooghe : Mevrouw Charlotte Pauwelijs levert prachtig werk voor Pro Medicis Brussel, afdeling verpleegkundigen. Zij is er, binnen een heel korte tijdspanne, in geslaagd om Vlaamse ziekenhuizen de kans te geven om in Brussel stage te laten lopen. Vandaag komt er nog een Roeselaarse school kijken naar een stageplaats. Door stagairs naar Brussel te lokken, laten we zien dat Brussel zo slecht nog niet is. Op termijn zullen we dan misschien toch een aantal tekorten kunnen invullen. Brussel is nog steeds onbekend en dus onbemind. Dat is de oorzaak van alles.

Heel veel OCMW-ziekenhuizen werken, voor de thuiszorg, enkel samen met Franstalige diensten, de zogenaamde CSD. Deze ziekenhuizen hebben dus geen verbintenissen met Nederlandstalige diensten. Bijgevolg kennen ze ook de Nederlandstalige dienstverlening niet. Zij kennen noch het Brussels Overlegplatform Thuiszorg (BOT), noch de Dienst Geestelijke Gezondheidszorg Brussel. Zij kennen enkel de Franstalige sector. Op het gebied van samenwerking zorgt dit dus voor heel wat problemen. Alle Nederlandstalige patiënten die een beroep doen op de dienstverlening van OCMW-ziekenhuizen, komen sowieso terecht bij de CSD. Oorspronkelijk werd de CSD zelfs nog gesubsidieerd vanuit Parijs.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen : Houdt u hier geen onrechtstreeks pleidooi voor de oprichting van een Vlaams ziekenhuis. Men probeert misschien wel om zoveel mogelijk stagairs kennis te laten maken met de Brusselse werkomstandigheden. Ik heb echter begrepen dat de cultuur die er in een aantal Brusselse ziekenhuizen heerst heel wat mensen afstoot. Is het gevolg niet dat men misschien wel stagairs naar Brussel kan lokken maar dat deze stagairs hier zeker niet permanent willen blijven ? Is dit niet contra-productief ? Houdt men geen pleidooi om ervoor te zorgen dat men de stage in een Vlaams ziekenhuis kan laten plaatsvinden ?

De heer Luc D'Hooghe : De haalbaarheidsstudie zal een antwoord bieden op deze vraag. Voor mij persoonlijk moet dit Vlaamse ziekenhuis er niet onmiddellijk komen. Ik stel dit duidelijk. We moeten wel een aantal andere stappen nemen zoals de steunverlening aan Pro Medicis Brussel en Baanbrekend Brussel. Intussen moet men dan, binnen de haalbaarheidsstudie, nagaan op welke manier men kan verder werken. Heeft men voorlopig niet voldoende met een goed uitgebouwde polikliniek zoals het MCH van Leuven ? Indien er dan nog tekorten zijn, kunnen we misschien overgaan tot de oprichting van een Vlaams ziekenhuis. Tussentappen, zoals die van de ééndagskliniek, vragen echter niet veel inspanning.

De heer André Lermينياux : Brusselse ziekenhuizen hebben ook een zeer grote rol voor de Vlaamse rand rond Brussel. Ik denk hierbij aan de Zuidrand. Voor de Zuidrand bestaan er wel ziekenhuizen in Halle, Vilvoorde en Asse. Dit is alles. De Vlamingen uit Beersel en Meise zijn voor het overige aangewezen op Brusselse ziekenhuizen. In de meeste van deze ziekenhuizen kunnen deze Vlamingen niet terecht in hun eigen taal. Er bestaat toch een enorm potentieel voor een Vlaams ziekenhuis ?

Ik wil ook nog een opmerking maken over de Dienst 100. In Drogenbos worden alle patiënten opgenomen in Erasme. Er bestaat geen keuzevrijheid. Patiënten van Linkebeek brengt men naar St.-Elisabeth. Dit gebeurt zelfs voor patiënten uit Lennik. Een groot deel van het Pajottenland is voor de wachtdiensten afhankelijk van de diensten van Halle. De patiënten worden echter naar Erasme gevoerd voor verzorging. Dit zijn anomalieën waar iets moet aan gebeuren. De patiënt heeft immers helemaal geen keuzevrijheid. Een patiënt kan ik voor een dienst naar een bepaald ziekenhuis sturen. Wanneer diezelfde patiënt echter een hartinfarct krijgt, zal hij door de Dienst 100 naar een vooraf bepaald ziekenhuis vervoerd worden.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen : Voor dit laatste probleem bestaat er in ieder geval al een ontwerp van KB voor de erkenning van de MUG-diensten bij de Vaste Commissie voor Taaltoezicht.

De heer André Lermينياux : De taalvoorwaarde geldt voor de mensen die de MUG-diensten bemannen. Als men in Erasme terecht komt, kan men echter geen Vlaamse arts eisen. Men heeft geen keuzevrijheid.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : Met de MUG-diensten exporteert men echter de Brusselse taalwetgeving naar Vlaanderen. Men stelt in dat ontwerp KB dat in een MUG-dienst minstens één iemand Nederlands moet kennen. Dit interesseert me niet. In Vlaanderen moet iedereen immers Nederlands kennen.

In nevendiensten zoals de verpleegkundigen en gezinshulp zijn er te Brussel blijkbaar onvoldoende mensen die in deze diensten willen komen werken. Eens men toch men mensen gevonden heeft die in deze diensten willen komen werken, wordt men geconfronteerd met probleem van de cliëntenwerving. Men is immers niet bekend bij de Franstaligen. Men moet zich te Brussel openstellen naar alle taalgroepen. Het zal dus nog een aantal jaar duren vooraleer er een soort spanningsveld ontstaat tussen een volledige invulling van het kader en de mogelijkheid om iedereen aan het werk te kunnen houden.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Als men niet onmiddellijk een bijkomende Nederlandstalige dienstverlening kan uitbouwen, moet men onderzoeken op welke manier kleinere entiteiten zoals de dagziekenhuizen en poliklinieken kunnen omgevormd worden tot een groot Nederlandstalig ziekenhuis. Het bestaande aanbod van de bicommunautaire ziekenhuizen moet intussen verbeterd worden. In een nota verklaarde de voormalige minister Vanhengel dat de spoeddiensten van de ziekenhuizen alvast perfect tweetalig zouden moeten zijn. Op korte termijn vond ik dit alvast een voortreffelijk voorstel.

Ik ben er wel van overtuigd dat in feite alle ziekenhuizen tweetalig dienen te zijn. Wee de Nederlandstalige patiënt die onvoldoende Frans kent en die 's nachts moet behandeld worden in een eentalig, Franstalig ziekenhuis. Is het mogelijk om ziekenhuisdiensten te herorganiseren ? Kan men er, via herorganisatie, voor zorgen dat mensen op een correcte manier, in hun taal worden behandeld ? Hoe ziet u dit alles ? De toestand moet verbeteren.

De heer André Lermينياux : De meeste Franstaligen willen gewoonweg geen Nederlandstaligen verstaan. Franstaligen kennen, na verloop van tijd, toch voldoende Nederlandstalige begrippen ? Het ligt gewoon aan de mentaliteit.

Wil men de druk opvoeren, is er enkel het financiële drukmiddel. Wanneer de Franstaligen vaststellen dat hun cliënteel afneemt omwille van dienstverlening, zullen ze wel inspanningen leveren. De Franstaligen hebben dit al meer dan 40 jaar niet gedaan omdat de Vlaamse artsen patiënten blijven verwijzen naar Franstalige ziekenhuisartsen en de Vlamingen nog steeds naar Franstalige ziekenhuizen gaan. Onlangs schreven 200 patiënten een klachtenbrief naar de directie van het St.-Elisabethziekenhuis. Hierop volgde enkel de laconieke mededeling dat men zich verontschuldigde voor het ongemak. Enkel wanneer er een alternatief zal bestaan, zal de toestand wijzigen. Men moet de Franstaligen laten voelen dat de Vlamingen klaarstaan met goede geneeskunde met oog voor de taal van de patiënt. Ook de sfeer tussen een Vlaams en Franstalig ziekenhuis kan echter totaal anders zijn. Dit is zeer belangrijk.

De heer Luc D'Hooghe : Het is ook zeer belangrijk dat men het begrip 'bicommunautair' gaat definiëren. Dit is niet alleen belangrijk voor de geneeskunde maar ook voor de zorgverzekering. Als Vlaanderen straks zorgverzekering toelaat voor de huidige bicommunautaire diensten, geeft het gewoon geld voor Franstalige verenigingen en OCMW's.

Zolang de term bicommunautair niet ingevuld is en er voorwaarden aan verbonden worden, staan de Vlamingen nergens. Eens de term gedefinieerd is zullen een aantal ziekenhuizen onmiddellijk unicommunitair worden. Ofwel zullen ze, bij financieel voordeel, echt bicommunautair worden.

Mevrouw Brigitte Grouwels : Enkele sprekers stellen dat het Nederlandstalige ziekenhuis geen prioriteit is in tegenstelling tot het virtueel zorgnetwerk. Zal dit zorgnetwerk de door mij geschetste problematiek kunnen oplossen ?

De heer Erik Loosen : We willen een zorgnetwerk en niet alleen een ziekenhuis. De eerstelijnszorg moet hier nauwer bij betrokken worden. Dit zorgnetwerk zal de nood duidelijk aantonen. Het is een zeer complex probleem waaruit zal blijken dat bepaalde diensten zeer goed functioneren in Vlaanderen terwijl andere diensten elders goed zullen functioneren. Indien we dit alles in een virtueel zorgnetwerk kunnen samenbrengen, kunnen we misschien soelaas bieden voor een aantal noden.

Indien dit virtueel zorgnetwerk toch geen oplossing biedt, dan kan men nog altijd voor een Vlaams ziekenhuis opteren. Het virtueel zorgnetwerk kan misschien aantonen dat er echt een behoefte is aan een Vlaams ziekenhuis. Haalbaarheidsstudies zijn hieromtrent zeker nuttig. Het virtueel zorgnetwerk kan dit precies aantonen.

De heer André Lermينياux : Ik zou ervoor willen pleiten snel werk te maken van het virtuele zorgnetwerk. We mogen niet wachten op de resultaten van dit netwerk om met een haalbaarheidsstudie te beginnen. We mogen niet nog eens drie jaar verliezen. Specialisten moeten nagaan op welke manier de komst van een Vlaams ziekenhuis haalbaar is.

Mevrouw Brigitte Grouwels : De regering heeft gezegd dat er geen sprake is van een haalbaarheidsstudie naar een Vlaams ziekenhuis in Brussel. Misschien kunnen we wel vragen om een haalbaarheidsstudie over de tussenstappen die duidelijk moeten worden gezet. Ik denk dan aan het dagziekenhuis of een polikliniek.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen : De commissie beslist autonoom welke aanbevelingen ze wil doen.

De heer André Lermينياux : De uitvoering van een haalbaarheidsstudie zou geen verloren geld of energie zijn. We moeten proberen te vermijden dat we hier over drie jaar vertellen dat het zorgnetwerk wel goed functioneert, maar dat Vlaamse patiënten nog niet goed kunnen worden geholpen. Ze weten dan misschien wel waar ze Nederlandstalige specialisten kunnen vinden, maar zullen zich vaak nog heel veel moeten verplaatsen om geholpen te kunnen worden. Een centralisatie van de diensten zou daarvoor een oplossing bieden. De haalbaarheidsstudie zal trouwens ook belang hebben voor de uitbouw van het zorgnetwerk.

De heer Etienne Van Vaerenbergh : Ik wil nog even ingaan op de tactiek. Om concrete resultaten te boeken, moet er een correct samenspel zijn tussen de actoren op het veld en de politici. Deze Vlaamse regering heeft een bepaalde stelling ingenomen en het is niet waarschijnlijk dat ze haar houding tijdens het volgende jaar nog zal wijzigen. Misschien kunnen we wel vragen om aandacht te besteden aan de tussenstappen die nodig zijn om eventueel tot een Vlaams ziekenhuis te kunnen komen.

De heer André Lermينياux : Intussen blijken alle sprekers het toch eens te zijn over het feit dat een Vlaams ziekenhuis in Brussel nodig is.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen : Heel wat sprekers hebben dit sterk genuanceerd.

De heer Eric Verrept : Inderdaad. Een aantal tussenstappen moeten eerst nog worden gezet. Ik denk aan het virtuele zorgnetwerk en de bijkomende ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarna kunnen we nagaan of een Vlaams ziekenhuis echt nodig is.

De heer Stefaan Platteau : De commissieleden moeten deze hoorzitting duidelijk omzetten in concrete acties. We zullen ons daar zeker over beraden. Praten alleen heeft geen zin.

De sprekers hechten duidelijk veel belang aan de tussenstappen die nog moeten worden gezet om uiteindelijk te kunnen komen tot nog een Vlaams ziekenhuis in Brussel. Ik was mezelf niet bewust van het belang van deze tussenstappen. De sprekers zijn duidelijk voorstander van een pragmatische en stapsgewijze aanpak. We mogen niet te hoog mikken.

De mensen uit de Rand zouden op dit moment niet in een Nederlandstalig ziekenhuis terecht kunnen. Ik stel echter vast dat de kwaliteit van de geleverde geneeskunde vaak een doorslaggevende rol speelt. Zo is het ziekenhuis van Aalst gerenommeerd voor cardiologie, wat als gevolg heeft dat steeds meer mensen uit de Rand naar Aalst gaan en het ziekenhuis van Aalst een belangrijke concurrent wordt voor het Academische Ziekenhuis in Jette. Het ziekenhuis van Aalst heeft zich trouwens verbonden met het ziekenhuis van Asse, dat daardoor ook meer patiënten zal aantrekken. Een ander voorbeeld is de wereldreputatie van de afdeling genealogie, subspecialisatie fertiliteit aan het Academische Ziekenhuis van Jette, waardoor ook heel wat buitenlanders er komen. Een specialisatie in een bepaalde richting kan ervoor zorgen dat een bepaald ziekenhuis een sterkere positie bekleedt.

De heer Eric Loosen : We hebben niet gezegd dat we uiteindelijk allemaal naar een nieuw Vlaams ziekenhuis willen.

De heer Stefaan Platteau : Dat heb ik niet gezegd. Ik heb net gewezen op het belang van de tussenstappen.

De heer Erik Loosen : Wij willen duidelijk de nadruk leggen op het belang van de betrokkenheid van de eerstelijnszorg die moet doorverwijzen naar het ziekenhuis. Het moet dus duidelijk gaan om een zorgnetwerk, en niet alleen om een ziekenhuis.

De heer Jan Snacken : Pro Medicis is tot de conclusie gekomen dat de verdeling van macht, en dus de aanpak die we leveren, heel anders is in ziekenhuizen met hiërarchisch gestructureerde diensten dan in ziekenhuizen die werken met zelfstandige artsen. Ik ken ziekenhuizen met een sterke hiërarchie waar 90 percent van de artsen Franstalig was, die binnen een paar jaar na de komst van een Nederlandstalig diensthoofd flink wat meer Nederlandstalige artsen telden. De verklaring daarvoor is het proactief optreden van dat Nederlandstalige diensthoofd. Als dit een algemeen gegeven zou blijken te zijn, zou dit kunnen leiden tot een financieringsmethode waarbij diensthoofden onder druk worden gezet om op x-aantal jaren x-aantal Nederlandstalige artsen aan te trekken.

In een ziekenhuis waar er geen diensthoofden zijn en er alleen zelfstandigen werken, gaat men reageren tegen diegene die zich als diensthoofd opwerpt. De bedrijfsculturen van ziekenhuizen zijn heel verschillend en als men daarop wil inspelen, moet men dat op een heel specifieke manier doen.

De heer Luc D'Hooghe : Vlaanderen mag en zou iets meer moeten doen dan alleen maar een aantal kleine initiatieven te subsidiëren. De laksheid van Vlaanderen maakt dat bepaalde partijen het ongenoegen misbruiken en het thema overnemen. Op die manier wordt van een sociaal probleem een communautair probleem gemaakt, en wordt het thema misbruikt.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen : Het sociale en het communautaire liggen in dit land vaak kort bijeen.

De heer André Moreau : Minister Guy Vanhengel heeft duidelijk beklemtoond dat hij volledig achter een virtueel netwerk stond en ook de uitbouw van tussenstappen, zoals een polikliniek en andere structuren.

Mevrouw Brigitte Grouwels stelde dat er onder deze regering niets meer zal gebeuren. Politiek is evenwel een zeer dynamisch gegeven en standpunten kunnen snel veranderen. Afhankelijk van de beschikbare middelen moeten er keuzes worden gemaakt. De regering is niet tegen de uitbouw van een Vlaams ziekenhuis, op voorwaarde dat er voldoende geld is.

Ik ben er voorstander van dat de uitbreiding van de medische infrastructuur geleidelijk moet gebeuren, maar we moeten bij onze doelstelling blijven. Ik blijf geloven in de mogelijkheden en de wil van de Vlaamse Gemeenschap om deze zaak verder uit te bouwen. Ik ben tegen twijfelaars. Vlaamse patiënten hebben het recht om in hun taal te worden opgevangen en behandeld.

De heer Jan Snacken : Hoe kan men tweetaligheid stimuleren ? In de meeste functies is er maar één arts van wacht. Als men een Nederlands- en Franstalig aanbod wil realiseren, zullen er twee artsen van wacht moeten zijn. Dat geldt ook voor de verpleegkundigen.

Er zijn een aantal zaken mogelijk, maar die kosten geld. Ofwel moet men tweetalige mensen vinden, die in staat zijn om patiënten in de twee talen te ontvangen ofwel werkt men met twee specialisten naast elkaar. De goedkoopste oplossing is het werken met tweetaligen. Dan kan men beginnen rekenen. Wat kosten twee specialisten van wacht ? Hoe hoog kan de tweetaligheidspremie zijn ?

Een tweetaligheidspremie, die bijvoorbeeld overeenkomt met dertig tot veertig percent van het salaris, maakt het aantrekkelijk om de andere taal te gaan studeren. Momenteel bedraagt de tweetaligheidspremie in de Iris-ziekenhuizen ongeveer 200 euro bruto per maand. Voor dat bedrag zijn er weinigen die de inspanning leveren om het examen af te leggen. Bovendien volstaat het dat men het examen heeft afgelegd om levenslang recht te hebben op een tweetaligheidspremie, zelfs als men nadien weigert om nog een woord Nederlands te spreken.

Als een tweetaligheidspremie gekoppeld wordt aan andere voorwaarden dan alleen maar het afleggen van het examen (bijvoorbeeld een dossier in de taal van de patiënt opmaken), dan is het mogelijk om op korte termijn Franstalige artsen te vinden, die bereid zouden zijn het examen af te leggen en iets bij te verdienen. De premie dient dan wel voldoende hoog te zijn.

Het is logisch dat een Nederlandstalige zorgverstrekker, die heel vlot Frans spreekt, een premie heeft die wordt betaald door de Franse Gemeenschap en dat de Vlaamse Gemeenschap betaalt voor de Franstalige die vlot Nederlands spreekt. Uiteindelijk heeft de Franse Gemeenschap er belang bij dat een Nederlandstalige specialist van wacht Frans spreekt. Vlamingen hebben er belang bij dat een Franstalige specialist van wacht goed Nederlands spreekt. Ofwel dient men anders te redeneren : Vlamingen hebben er belang bij dat de specialist een Vlaming is en Franstaligen bij een Franstalige specialist. Uit die twee opties dient men keuze te maken.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen, voorzitter : Ik dank de sprekers voor hun gewaardeerde bijdrage aan deze hoorzitting. Op basis van de informatie kunnen we besluiten formuleren over het verzoekschrift.
