

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

2 juni 2015

**DE HERVORMING VAN DE
ZIEKENHUISFINANCIERING**

GEDACHTEWISSELING

**met de minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid over de krachtlijnen van
de hervorming van de ziekenhuisfinanciering**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW Catherine **FONCK** EN
M. Jan **VERCAMMEN**

Zie:

Doc 54 **0903/ (2014/2015):**
001: Hoorzittingen.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

2 juin 2015

**LA REFORME DU FINANCEMENT
DES HOPITAUX**

ÉCHANGE DE VUES

**avec la ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique sur les lignes de force de la
réforme du financement hospitalier**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET
DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MME Catherine **FONCK** ET
M. Jan **VERCAMMEN**

Voir:

Doc 54 **0903/ (2014/2015):**
001: Auditions.

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Muriel Gerken

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA	Renate Hufkens, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel, Jan Vercammen
PS	André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR	Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry
CD&V	Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld	Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a	Maya Detiège
Ecolo-Groen	Muriel Gerken
cdH	Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Jean-Marc Delizée, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel, Stéphanie Thoron
Sarah Claerhout, Franky Demon, Nahima Lanjri
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Frank Wilrycx
Monica De Coninck, Karin Jiroflée
Anne Dedry, Evita Willaert
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:

FDF	Véronique Caprasse
-----	--------------------

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GOI	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
FDF	:	Fédéralistes Démocrates Francophones
PP	:	Parti Populaire

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV:	Beknopt Verslag
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN:	Plenum
COM:	Commissievergadering
MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN:	Séance plénière
COM:	Réunion de commission
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel.: 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél.: 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel : publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

INHOUD	Blz.
I. Inleidende uiteenzettingen	5
A. Krachtlijnen van het Plan van Aanpak	5
1. Algemeen opzet	5
2. Federaal regeerakkoord	6
a) Heroriëntering van de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap	6
b) Aanpassing van de regels inzake ziekenhuisfinanciering	7
c) Link met andere hervormingen	7
3. Plan van aanpak	7
4. Tien hoofdboodschappen	8
a) De hervorming beoogt meer zorgkwaliteit en meer efficiëntie, maar geen besparingen	8
b) Het is de bedoeling de sterke punten van het huidige systeem te bewaren en de zwakke punten weg te werken	9
c) “Het ziekenhuis” wordt herijkt en toegesneden op de hedendaagse patiënt	9
d) De uitgewerkte financiering zorgt voor een correcte vergoeding van verantwoorde zorg voor de patiënt, en zet aan tot efficiëntie	10
e) De zorgkwaliteit wordt beloond	11
f) De financiering van de specifieke opdrachten wordt transparant gemaakt	12
g) De arts, sleutelfiguur in de ziekenhuiswerking, behoudt zijn inspraak in het integrale honorarium	12
h) Het financieringssysteem wordt vereenvoudigd en de registratielasten worden verlicht	12
i) Er zal gericht en geleidelijk te werk worden gegaan	13
j) De hervorming zal plaatsvinden met alle betrokkenen	13
B. Technisch onderdeel	14
1. Context	14
2. Heroriëntering van de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap	15
a) Basisbegrippen	15
b) Doelstellingen en uitdagingen	17
c) Nieuw ziekenhuisconcept	17
d) Netwerkconcept	18
e) Evolutie van de “nodige” ziekenhuisbedden	19
f) Transitie	21
g) Bestuursmodel	22
3. Hervorming van de ziekenhuisfinanciering	22
a) Basisprincipes	22
b) Financieringsclusters	23
c) Afzonderlijke financiering voor specifieke taken en opdrachten	28
d) Proefprojecten	28
e) Bevordering van de kwaliteit	29
f) Kortetermijnhervormingen	29
4. Governance-structuur van het project	31
a) Algemeen	31
b) Conceptualisatiefase	31
c) Implementatiefase	32

SOMMAIRE	Pages
I. Exposés introductifs	5
A. Traits généraux du Plan d'approche	5
1. Philosophie générale	5
2. Accord de gouvernement fédéral	6
a) Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé	6
b) Adaptation des règles de financement de l'hôpital	7
c) Lien avec d'autres réformes	7
3. Plan d'approche	7
4. Dix messages principaux	8
a) La réforme vise une meilleure qualité des soins et une meilleure efficacité et non des économies	8
b) Il s'agit de conserver les points forts du système actuel et d'éliminer les points faibles de ce système	9
c) L'hôpital est réinventé, à la mesure du patient d'aujourd'hui	9
d) Un financement est développé qui rétribue correctement les soins justifiés pour le patient et qui incite à l'efficacité	10
e) La qualité des soins est récompensée	11
f) Le financement des missions spécifiques est rendu transparent	12
g) Le médecin, acteur-clé dans le fonctionnement de l'hôpital, conserve son mot à dire sur l'honoraire complet	12
h) Le système de financement est simplifié et les charges d'enregistrement sont réduites	12
i) Il sera procédé de manière ciblée et progressive	13
j) La réforme aura lieu avec tous les intéressés	13
B. Volet technique	14
1. Contexte	15
2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé	15
a) Notions de base	15
b) Objectifs et défi	17
c) Nouveau concept d'hôpital	17
d) Concept de réseau	18
e) Evolution des lits d'hôpital nécessaires	19
f) Transition	21
g) Modèle de gouvernance	22
3. Réforme du financement des hôpitaux	22
a) Principes de base	22
b) “Clusters” de financement	23
c) Financement distinct pour les fonctions et missions spécifiques	28
d) Projets pilotes	28
e) Stimulation de la qualité	29
f) Réformes à court terme	29
4. Structure de gouvernance du projet	31
a) Généralités	31
b) Phase de conceptualisation	31
c) Phase de mise en place	32

II. Gedachtewisseling	32
A. Algemene beoordeling	32
B. Belangrijkste boodschappen	37
1. Efficiëntie nastreven in plaats van besparingen	37
2. Eerlijke vergoeding van de verantwoorde zorg	39
3. Heruitvinding van het ziekenhuis en netwerkvorming	40
4. Belonen van kwaliteitsvolle zorg	44
5. Specifieke taken	45
6. Vereenvoudiging van het systeem en vermindering van de registratielasten	46
C. Technische aspecten	47
1. Financieringsclusters	47
2. Forfaitarisering	49
3. Institutionele bevoegdheidsverdeling	50
4. Innovatie	50
5. Informatisering	50
D. Procedure	51
1. Overleg en communicatie	51
2. Evaluatie van de proefprojecten en aanbevelingen	53
3. Tijdschema	53

II. Échange de vues	32
A. Évaluation générale	32
B. Messages principaux	37
1. Objectif d'efficacité plutôt que d'économie	37
2. Rétribution correcte des soins justifiés	39
3. Réinvention de l'hôpital et constitution de réseaux	40
4. Récompense de la qualité des soins	44
5. Missions spécifiques	45
6. Simplification du système et réduction des charges d'enregistrement	46
C. Aspects techniques	47
1. "Clusters" de financement	47
2. Forfaitarisation	49
3. Répartition institutionnelle des compétences ..	50
4. Innovation	50
5. Informatisation	50
D. Procédure	51
1. Concertation et communication	51
2. Évaluation des projets pilotes et recommandations	53
3. Échéancier	53

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft op 27 januari 2015 een eerste vergadering gewijd aan hoorzittingen over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (DOC 54 0903/001). Die dag werden vertegenwoordigers van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg gehoord.

Tijdens haar vergadering van 28 april 2015 heeft uw commissie een gedachtewisseling gehouden met mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, over de krachtlijnen van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Die krachtlijnen zijn gebundeld in een “Plan van Aanpak Hervorming Ziekenhuisfinanciering”¹. Mevrouw Katrien Kesteloot, deeltijds expert beleidscel en deeltijds gewoon hoogleraar aan de KU Leuven, is ook toelichting komen geven over de technische aspecten van het dossier.

Uw commissie zal andere vergaderingen wijden aan de *follow-up* van deze hervorming.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTINGEN

A. Krachtlijnen van het Plan van Aanpak

1. Algemeen opzet

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat, overeenkomstig het federaal regeerakkoord, de regering streeft naar een gezondheidszorg die kwaliteitsvol, toegankelijk en betaalbaar is, zowel voor de patiënt als voor de overheid. Zo staat de patiënt centraal. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering past in die logica.

De patiëntenbehoeften zijn gewijzigd. De vergrijzing van de bevolking heeft een toename van het aantal chronische aandoening en tot gevolg. De technologieën evolueren om gelijke tred te houden met die toename. Uit de MAHA-studie (“*Model for Automatic Hospital Analyses*”) van 2014 blijkt echter dat steeds meer ziekenhuizen het jaar met een tekort afsluiten. Twee op vijf ziekenhuizen vertonen op dit ogenblik negatieve resultaten.

¹ Beschikbaar:
— in het Nederlands onder: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/ziekenhuisfinanciering_hervorming.pdf;
— in het Frans onder: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/hopitaux_reforme_financement.pdf.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré une première réunion, le 27 janvier 2015, à des auditions sur la réforme du financement des hôpitaux (DOC 54 0903/001). À cette occasion, elle a entendu des représentants de l’INAMI, du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et du Centre fédéral d’expertise des soins de santé.

Lors de sa réunion du 28 avril 2015, votre commission a procédé à un échange de vues avec Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, sur les lignes de force de la réforme du financement hospitalier. Ces lignes de force sont regroupées dans un “Plan d’approche réforme du financement des hôpitaux”¹. Mme Katrien Kesteloot, experte à temps partiel de la cellule stratégique et professeur ordinaire à temps partiel à la KU Leuven, a également fourni des éclaircissements sur le volet technique.

Votre commission consacrera d’autres réunions au suivi de cette réforme.

I. — EXPOSÉS INTRODUCTIFS

A. Traits généraux du Plan d’approche

1. Philosophie générale

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique qu’en conformité avec l’accord de gouvernement fédéral, le gouvernement recherche des soins de santé de qualité, accessibles et finançables, tant pour le patient que pour l’autorité. Ainsi, le patient se situe au centre des préoccupations. La réforme du financement hospitalier partage cette philosophie.

Les besoins des patients ont évolué. En raison du vieillissement de la population, les affections chroniques augmentent. Les technologies évoluent pour répondre à cette augmentation. Cependant, l’étude MAHA (“*Model for Automatic Hospital Analyses*”) de 2014 démontre que de plus en plus d’hôpitaux terminent l’année en déficit. Actuellement, deux hôpitaux sur cinq présentent des résultats négatifs.

¹ Disponible:
— en français, sur: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/hopitaux_reforme_financement.pdf;
— en néerlandais, sur: http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/ziekenhuisfinanciering_hervorming.pdf.

Om de gezondheidszorg voor de patiënt betaalbaar te houden, moet de federale regering maatregelen nemen om de financiering van de ziekenhuisinstellingen te hervormen. Die hervorming moet een kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg garanderen. Tegelijk moet ze de patiënt sparen. Daartoe gaat de hervorming niet gepaard met een vermindering van de financiering door de overheid.

Om die doelstellingen te bereiken, wensen de bedenkers van de hervorming een aantal structurele maatregelen te nemen, gebundeld in een stabiel meerjarenperspectief. Onderliggend worden daarbij ook de criteria van een *evidence-based medicine* gehanteerd. De ziekenhuisfinanciering zal tevens transparanter worden. Tezelfdertijd streven bedenkers van de hervorming naar een administratieve vereenvoudiging. De minister verwijst in dat verband naar de verschillende, verwarende verplichtingen inzake gegevensregistratie die voor de ziekenhuizen gelden.

2. Federaal regeerakkoord

Het federaal regeerakkoord trekt de krijtlijnen voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (DOC 54 0020/001, blz. 86-87). De regering gaat uit van de patiëntenbehoeften, die gewijzigd zijn. Die hervorming is voor de regering van bijzonder belang. Ze behelst twee onderdelen: de heroriëntering van de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap en de aanpassing van de regels inzake ziekenhuisfinanciering.

a) Heroriëntering van de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap

De hervorming beoogt een werking op basis van klinische netwerken tussen ziekenhuizen. Daartoe zal de samenwerking tussen academische, gespecialiseerde en basisziekenhuizen worden gestimuleerd. De patiëntenzorg zal zijn beslag krijgen in samenwerkingsprotocollen en -akkoorden tussen ziekenhuisstructuren. De patiënt zal de voor hem aangewezen zorg vinden binnen een academisch, gespecialiseerd en basisziekenhuisnetwerk.

De samenwerking moet een transmuraal aspect hebben, in die zin dat ook extramurale zorgverleners erbij moeten worden betrokken. De minister doelt hierbij op de eerstelijnszorg, de verplegers, de thuisverplegers enzovoort.

De hervorming is erop gericht gespecialiseerde centra tot stand te brengen met een concentratie van dure, moeilijke en zeldzame behandelingen en technologie. Voorts zijn onnodige en onnodig lange ziekenhuisopnames voortaan uit den boze. De hervorming zal

Pour garantir le maintien de l'accessibilité financière des soins de santé pour le patient, le gouvernement fédéral doit prendre des mesures pour réformer le financement des institutions hospitalières. Cette réforme doit garantir des soins de santé de qualité et accessibles. Elle doit aussi épargner le patient. Dans cette optique, la réforme ne s'opère pas par une réduction du financement public.

Afin d'atteindre ces objectifs, les auteurs de la réforme entendent mettre sur pied un ensemble de mesures structurelles, regroupées dans une perspective pluriannuelle stable. En filigrane figurent les critères d'une médecine fondée sur les preuves. Le financement des hôpitaux sera également rendu plus transparent. Concomitamment, les auteurs de la réforme poursuivent un but de simplification administrative. La ministre cite à cet égard les différentes obligations éparses d'enregistrement d'informations qui reposent sur les hôpitaux.

2. Accord de gouvernement fédéral

L'accord de gouvernement fédéral prévoit le cadre de la réforme du financement hospitalier (DOC 54 0020/001, p. 86-87). Le gouvernement prend pour base les besoins des patients, qui ont évolué. Cette réforme représente pour le gouvernement une importance spécifique. Deux volets la compose: la réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé et l'adaptation des règles de financement de l'hôpital.

a) Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé

La réforme vise un fonctionnement sur la base de réseaux cliniques entre hôpitaux. À cet effet, la collaboration entre les hôpitaux universitaires, spécialisés et de base sera stimulée. Les soins aux patients seront prodigués selon des protocoles de coopération et des accords de collaboration entre structures hospitalières. Le patient trouvera le soin le plus adapté au sein d'un réseau universitaire, spécialisé et de base.

La collaboration doit avoir un aspect transmurale, en ce sens qu'elle doit également porter sur des prestataires de soins extramuraux. La ministre vise ici la première ligne, les prestataires de soins infirmiers, les prestataires de soins à domicile, etc.

L'objectif de la réforme est de bénéficier de centres spécialisés, où se concentrent les traitements et technologies onéreux, difficiles et rares. Il consiste également à éviter les hospitalisations inutiles ou inutilement longues. La réforme passera nécessairement par une

noodzakelijkerwijs gepaard gaan met een reconversie van bedden in andere zorgvoorzieningen en met een al dan niet residentiële of transmurale opvang.

b) *Aanpassing van de regels inzake ziekenhuisfinanciering*

De hervorming beoogt een correcte financiering van de werkingskosten van het ziekenhuis. Van een dergelijke correcte financiering is al jaren geen sprake.

De ziekenhuisfinanciering zal voortaan minder structuur- en prestatiegedreven zijn maar zal meer aandacht hebben voor kwaliteit en resultaten. De financiering zal aangepast zijn aan de wijzigende behoeften. Er wordt gestreefd naar een beheersing van de registratielasten en -kosten. Er komt een gemengd systeem van financiering, in die zin dat een deel van de financiering prospectief zal verlopen en standaardiseerbare zorg zal omvatten. Het principe van een honorarium per medische prestatie voor de artsen blijft behouden. Het bestaand systeem van afhoudingen op de artsenhonoraria zal daarentegen worden hervormd. De hervorming beoogt bovendien een gegarandeerde deelname van de artsen in het medisch beheer van het ziekenhuis. Specifieke activiteiten zoals opleiding en onderzoek zullen een aparte financiering krijgen.

c) *Link met andere hervormingen*

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is verweven met andere hervormingen die in het federaal regeerakkoord zijn aangekondigd: herziening van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en herziening van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. De samenhang tussen die hervormingen en de hervorming die hier wordt toegelicht, zal door een *task force* worden gecontroleerd.

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering houdt ook verband met andere beleidsinitiatieven: geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België, Actieplan e-Gezondheid, initiatieven voor administratieve vereenvoudiging enzovoort.

3. *Plan van aanpak*

Het "Plan van Aanpak Hervorming Ziekenhuis financiering" is opgesteld op basis van het regeerakkoord. Andere bronnen waren consultatierondes door:

reconversion de lits dans d'autres établissements de soins et par une prise en charge transmurale, qu'elle soit résidentielle ou non.

b) *Adaptation des règles de financement de l'hôpital*

La réforme poursuit l'objectif d'une couverture correcte des frais de fonctionnement de l'hôpital. Cette couverture correcte n'est plus assurée depuis plusieurs années.

Le financement des hôpitaux accordera désormais moins la priorité aux structures et aux prestations. Plus d'attention sera accordée à la qualité des soins et aux résultats. Le financement sera adapté aux besoins. Ceux-ci évoluent. Les frais et les charges d'enregistrement seront maîtrisés. Un système mixte de financement sera institué, en ce sens qu'une partie du financement sera de caractère prospectif et concernera des soins standardisables. Le principe d'un honoraire médical par prestation pour les médecins est maintenu. Le système existant des retenues sur les honoraires des médecins sera par contre revu. La réforme vise en outre à garantir la participation des médecins à la gestion médicale des structures hospitalières. Des activités spécifiques comme, par exemple, la formation et la recherche, recevront un financement séparé.

c) *Lien avec d'autres réformes*

La réforme du financement hospitalier présente des liens avec d'autres réformes annoncées par l'accord de gouvernement fédéral: révision de la nomenclature des soins de santé et révision de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. La cohérence entre ces autres réformes et celle qui est ici exposée sera contrôlée par une *task-force*.

La réforme du financement hospitalier présente également des liens avec d'autres initiatives politiques: Vision intégrée des soins pour les maladies chroniques en Belgique, Plan d'action eSanté, initiatives de simplification administrative, etc.

3. *Plan d'approche*

Le Plan d'approche "Réforme du financement des hôpitaux" a été rédigé en se fondant sur l'accord de gouvernement. Ont également constitué des sources, des tours de consultation:

— het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg bij het opstellen van zijn rapport (zie DOC 54 0903/001) en bij de opeenvolgende return aan informatie na de publicatie van het rapport;

— de minister met vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, de artsen en de ziekenfondsen.

De hervorming van de financiering van de ziekenhuizen, die een specifieke omvang heeft, zal slechts stapsgewijs kunnen worden uitgevoerd. Die hervorming lijkt op een boomdiagram met een veelvoud aan takken. Talrijke tussentijdse evaluaties zullen nodig zijn. Om de vooropgestelde doelstelling te halen, wordt de hervorming in werkpakketten opgedeeld.

Elk aldus omschreven werkpakket wordt door één of verschillende (administratieve of wetenschappelijke) coördinatoren gevolgd. De samenstelling van dat team hangt af van de aard van de werkpakketten. De minister geeft als voorbeeld de omschrijving van de drie “financieringsclusters” (naar gelang van de aard van de zorg; hoog-, medium- en laagvariabele zorg), die gevolgd zullen worden door een team dat anders zal zijn samengesteld dan het team dat het werk rond de spoeddiensten volgt.

Het Plan van Aanpak zal aan de hand van proefprojecten werken. Er zullen projectoproepen worden gelanceerd. Zo zal de sector haar meerwaarde kunnen doen gelden. Die projecten zullen worden getoetst. Als de evaluatie gunstig is, kan het proefproject structureel worden. Als de evaluatie negatief is, wordt het proefproject stopgezet.

Er wordt een *governancestructuur* ingevoerd. Permanent overleg met alle actoren is onontbeerlijk. Op federaal niveau zal het overleg door een *ad hoc*-overleggroep worden gevoerd. Bilaterale overlegmomenten worden eveneens gepland. De bedenkers van de hervorming moedigen een *bottom-up* benadering aan, gaande van de basis naar de top. De deelstaten zullen in geen geval terzijde worden gelaten. Zij zullen betrokken worden bij de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

4. Tien hoofdboodschappen

a) *De hervorming beoogt meer zorgkwaliteit en meer efficiëntie, maar geen besparingen*

De bedenkers van de hervorming streven naar een intelligente aanwending van de middelen. Besparingen zijn geen doel op zich. Er is vooral geen sprake van personeelsvermindering. Integendeel, de minister meent

— ceux que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a menés dans le cadre de la constitution de son rapport (voir DOC 54 0903/001) et dans le cadre des retours d'informations consécutifs à sa publication;

— ceux que la ministre a menés avec les représentants des hôpitaux, des médecins et des mutualités.

La réforme du financement des hôpitaux, qui présente une ampleur spécifique, ne pourra s'opérer que par étapes. Cette réforme présente l'aspect d'une arborescence, avec de multiples branches. De nombreuses évaluations intermédiaires seront nécessaires. Pour atteindre l'objectif fixé, les auteurs de la réforme ont divisé le travail en paquets de mesures.

Chacun des paquets de mesures ainsi défini est suivi par un ou plusieurs coordinateurs (soit administratifs, soit scientifiques). La composition de l'équipe de suivi dépend de la nature des paquets de mesures. La ministre donne pour exemple la définition des trois “clusters” de financement (selon la nature des soins; basse, moyenne et haute variabilités), qui sera suivie par une équipe dont la nature sera nécessairement différente de celle qui suivra les travaux afférents aux services d'urgence.

Le Plan d'approche prévoit de travailler sur la base de projets pilotes. Des appels à projets seront ainsi lancés. Ainsi le secteur pourra-t-il apporter sa plus-value. Ces projets seront évalués. Si l'évaluation est favorable, le projet pilote concerné pourra être rendu structurel. Si l'évaluation est négative il est mis fin au projet pilote.

Une structure de gouvernance est instituée. Une concertation permanente avec tous les acteurs est indispensable. Au niveau fédéral, la concertation sera opérée par un groupe de travail *ad hoc*. Des moments de concertation bilatérale seront en outre prévus. Les auteurs de la réforme promeuvent une approche de type “*bottom up*”, soit depuis la base vers le sommet. Les entités fédérées ne seront nullement ignorées. Elles seront associées dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique.

4. Dix messages principaux

a) *La réforme vise une meilleure qualité des soins et une meilleure efficacité et non des économies*

Les auteurs de la réforme poursuivent l'objectif d'affecter de manière intelligente les moyens. Faire des économies n'est pas le but recherché. Surtout, aucune réduction du personnel n'est envisagée. Au contraire,

dat de zorgsector een van de zeldzame sectoren is waar meer personeel mogelijk is.

De hervorming schakelt dus over op een andere investering van de middelen, die tot nu toe niet optimaal worden aangewend. Daartoe moet een herallocatie van de middelen en het personeel worden overwogen in de ziekenhuizen zelf, tussen de ziekenhuizen en buiten de ziekenhuizen. Zo plant men ongebruikte ziekenhuisbedden geleidelijk af te schaffen, de verblijfsduur te verkorten, zorg uit te besteden, onnodige duplicatie van onderzoeken tegen te gaan en te voorkomen dat onnodig veel technologische middelen worden aangeschaft.

b) Het is de bedoeling de sterke punten van het huidige systeem te bewaren en de zwakke punten weg te werken

De minister presenteert een tabel waarin de gekende sterke en zwakke punten van het huidige financieringsstelsel van de ziekenhuizen zijn opgenomen:

Sterke punten	Zwakke punten
Brede toegankelijkheid	Structurele onderfinanciering van verantwoorde zorg
Ruim zorgaanbod	Complexiteit van de financierings-systemen
Grote nabijheid	Administratieve last voor de ziekenhuizen, de verstrekkers en de overheid
Geen significante wachtlijsten	Efficiënte middeleninzet wordt niet gestimuleerd
Hoge gepercipieerde kwaliteit (maar kwaliteit ≠ nabijheid)	Sterk prestatiegedreven zorg, Zorg en kwaliteit worden niet beloond
Betaalbare zorg	Kwaliteit wordt niet beloond
Sterke betrokkenheid van de zorginrichtingen en de zorgverstrekkers	Fragmentatie van de zorg en de financiering, silo's

Sommige sterke punten van het bestaande systeem zijn evenwel voor kritiek vatbaar. Het is bijvoorbeeld niet omdat de zorg binnen handbereik ligt, dat ze ook kwaliteitsvol is. In de huidige stand van zaken wordt de zorgkwaliteit onvoldoende beloond.

c) “Het ziekenhuis” wordt herijkt en toegesneden op de hedendaagse patiënt

Een ziekenhuis mag niet langer worden beschouwd als louter een “beddenhuis”. Het is een medisch-technologisch expertisecentrum, met diverse diagnose- en behandelplatformen, waarin de patiënt een centrale rol speelt.

Het ziekenhuis wordt het knooppunt van meerdere transmurale netwerken van klinische zorg en staat centraal in een systeem waarin de patiënt de beste zorg krijgt, toegesneden op zijn situatie. Die regeling omvat de behandeling in het ziekenhuis, de thuiszorg en de

la ministre estime que le secteur des soins est l'un des rares où une croissance du personnel est possible.

La réforme procède donc à un changement d'investissement des moyens, affectés à ce jour de manière non optimale. Pour ce faire, une réallocation des moyens et des personnes doit être envisagée au sein des hôpitaux, entre hôpitaux et en-dehors des hôpitaux. Ainsi, il est projeté de supprimer progressivement les lits hospitaliers non utilisés, d'écourter la durée de séjour, de transférer des soins en-dehors de l'hôpital, d'éviter la duplication inutile d'examen et de lutter contre la multiplication des outils technologiques.

b) Il s'agit de conserver les points forts du système actuel et d'éliminer les points faibles de ce système

La ministre présente un tableau qui reprend les points forts et les points faibles reconnus au système actuel de financement hospitalier:

Points forts	Points faibles
Grande accessibilité	Sous-financement structurel des soins justifiés
Vaste offre de soins	Complexité des systèmes de financement
Grande proximité	Charge administrative pour les hôpitaux, les prestataires et les autorités
Pas de listes d'attente significatives	N'encourage pas à une affectation efficiente des moyens
Qualité élevée perçue (mais qualité ≠ proximité)	Très centré sur les prestations, Soins et qualité ne sont pas récompensés
Soins accessibles financièrement	La qualité n'est pas récompensée
Forte implication des établissements et prestataires de soins	Fragmentation des soins et du financement, silos

Certains points forts reconnus dans le système actuel ne sont pour autant pas exempts de critiques. Ainsi, ce n'est pas parce qu'il existe une grande proximité des soins qu'ils sont pour autant de bonne qualité. La qualité des soins est à ce stade insuffisamment récompensée.

c) L'hôpital est réinventé, à la mesure du patient d'aujourd'hui

L'hôpital ne saurait plus être considéré simplement comme une maison avec des lits. L'hôpital est un centre d'expertise médico-technologique, disposant de plusieurs plates-formes de diagnostic et de traitement. Le patient y occupe un rôle central.

Au carrefour de plusieurs réseaux transmuraux de soins cliniques, l'hôpital est au centre d'un dispositif au sein duquel le patient reçoit les meilleurs soins, adaptés à sa situation. Le dispositif associe le traitement à l'hôpital, le traitement à domicile et la prise en charge

behandeling in een zorgcentrum. Centraal binnen het netwerk staan de basisziekenhuizen, de referentieziekenhuizen en de universitaire ziekenhuizen.

De concentratie en de verdeling van de pathologiegroepen, waarvoor de zorgactoren taakafspraken maken, worden *evidence-based* en steeds in het belang van de patiënt doorgevoerd. Dure technologie moet worden toegewezen op het niveau van het netwerk, en niet meer op het niveau van elk ziekenhuis afzonderlijk, zoals thans het geval is.

De bedenkers van de hervorming willen de netwerken doen groeien van de basis naar de top (*“bottom up”*) door het ondernemerschap te bevorderen. De overheid zal de spelregels bepalen en zal optreden bij eventuele disfuncties. De normen gelden tevens voor de extramurale praktijken, die zullen moeten voldoen aan dezelfde normen en vereisten op het stuk van infrastructuur, personeel, continuïteit en kwaliteit.

Er zijn samenwerkingsovereenkomsten vereist die de ziekenhuismuren te buiten gaan. Zo zullen dergelijke overeenkomsten moeten worden gesloten met de extramurale eerstelijnszorg en de rusthuizen.

d) De uitgewerkte financiering zorgt voor een correcte vergoeding van verantwoorde zorg voor de patiënt, en zet aan tot efficiëntie

De bedenkers van de hervorming willen de echte kostprijs van de verantwoorde zorg voor de patiënt correct financieren. Daartoe wordt in drie “financieringsclusters” voorzien:

1° de laagvariabele zorg: die zorg heeft betrekking op prestaties die niet of nauwelijks variëren van patiënt tot patiënt. Er is een hoge mate van standaardisering. Elk ziekenhuis rekent voor dergelijke prestaties ongeveer dezelfde kosten aan. De voor het ziekenhuis vereiste financiering kan bij voorbaat worden bepaald. Volgens de minister is deze zorg bijvoorbeeld bedoeld voor jonge patiënten die geen comorbiditeit vertonen en die worden behandeld voor een meniscusresectie of die een blindedarmoperatie ondergaan.

2° de mediumvariabele zorg: in dit geval is de behandeling minder gestandaardiseerd. De patiënt loopt een risico aan het begin van zijn behandeling. Volgens de minister behoren de meeste patiënten tot deze categorie. Voor hen wordt de gesloten nationale enveloppe behouden. Het budget wordt onder de ziekenhuizen verdeeld op grond van het aantal en de aard van de behandelde patiënten, alsook op grond van de zorgzwaarte. De

dans un centre de soins. Au centre du réseau figurent les hôpitaux de base, les hôpitaux de référence et les hôpitaux universitaires.

La concentration et la répartition des groupes de pathologies, qui constituent les objets des accords sur la répartition des tâches entre acteurs des soins, s’opéreront sur la base de données probantes et toujours dans l’intérêt du patient. Les technologies onéreuses doivent être attribuées au niveau des réseaux, et non plus comme actuellement au niveau de chaque hôpital pris isolément.

En promouvant l’esprit d’entreprise, les auteurs de la réforme entendent faire grandir les réseaux depuis la base vers le sommet (*“bottom up”*). Les autorités définiront le cadre normatif et interviendront dans l’hypothèse d’un dysfonctionnement. Les normes vaudront aussi pour les pratiques extramurales. Celles-ci devront répondre aux mêmes normes et aux mêmes exigences en matière d’infrastructure, de personnel, de continuité et de qualité.

Des accords de coopération qui ne s’arrêtent pas aux murs des hôpitaux seront nécessaires. Ainsi, de tels accords devront être conclus avec la première ligne extramurale ou avec les maisons de repos.

d) Le financement développé rétribue correctement les soins justifiés pour le patient et incite à l’efficience

Les auteurs de la réforme entendent financer correctement le coût réel des soins justifiés pour le patient. Pour y arriver, trois “clusters” de financement sont institués:

1° les soins à basse variabilité: ceux-ci visent des interventions présentant peu ou pas de variation entre patients. La standardisation est forte. Chaque hôpital compte pour de telles interventions à peu près le même coût. Une détermination préalable du financement nécessaire pour l’hôpital est possible. La ministre vise ici par exemple des patients jeunes ne présentant pas de comorbidité, pris en charge pour une résection du ménisque ou une opération caecale.

2° les soins à moyenne variabilité: la standardisation des réponses est ici moins forte. La situation du patient au début de sa prise en charge présente un risque. Pour la ministre, la plupart des patients rentreront dans cette catégorie. Ici, la logique d’une enveloppe nationale fermée est maintenue. Cette enveloppe est distribuée entre hôpitaux en fonction du nombre et de la nature des patients pris en charge, ainsi que de la lourdeur

minister haalt in dit verband het voorbeeld aan van de plaatsing van een heupprothese bij een reeds oudere patiënt met diabetes of ademhalingsstoornissen.

3° de hoogvariabele zorg: deze zorg is zeer gespecialiseerd en verregaand onvoorspelbaar. De behandeling is zeer complex en bestaat uit diverse stappen, die elk deelaspecten omvatten. In dit geval wordt de financiering gebaseerd op de daadwerkelijk verleende verantwoordende zorg. Als voorbeeld verwijst de minister naar zeldzame kankeroperaties, bepaalde transplantaties, hartoperaties enzovoort.

Om de ziekenhuizen te belonen voor de samenwerking en de efficiënte inzet van de middelen, worden twee instrumenten in uitzicht gesteld:

1° “*shared savings*” (gedeelde besparingen): dankzij de samenwerking tussen ziekenhuizen of netwerken kan de zorg beter worden georganiseerd. Het schaafeffect maakt besparingen mogelijk, waarna de uitgespaarde middelen voor andere investeringen kunnen worden aangewend. In dat verband haalt de minister het voorbeeld aan van zeven ziekenhuizen in het Antwerpse, die zijn overgegaan tot de gezamenlijke aankoop en het gezamenlijk gebruik van spitstechnologische apparatuur voor de behandeling van prostaatkanker. Elk betrokken ziekenhuis moet slechts een zevende van de kosten voor de aankoop en het onderhoud betalen;

2° de “*bundled payments*” (gebundelde financiering): er wordt gestreefd naar een efficiëntere verdeling van de beschikbare middelen over alle betrokken zorgverleners. Verschillende financieringsvormen hebben betrekking op een zorgtraject dat de ziekenhuismuren te buiten gaat. Aldus worden de overige zorgvormen beter geïntegreerd. De minister verwijst in dat verband naar het kindergorgtraject, waarbij de kraamkliniek samenwerkt met de kinderthuiszorgactoren.

e) De zorgkwaliteit wordt beloond

De bedenkers van de hervorming willen de zorgkwaliteit belonen. In het begin zal omzichtig tewerk worden gegaan. In het buitenland worden *best practices* gehanteerd, die aangeven dat *pay for performance* een zinvolle hefboom kan zijn. Het is echter aangewezen die werkwijze stapsgewijs in te stellen.

In een eerste fase zal slechts een deel van het budget worden aangewend om de zorgkwaliteit te belonen (1 tot 2 %). De beloning zal worden toegekend op basis van indicatoren die worden gedragen door de actoren in het veld en die hun nut hebben bewezen. De minister zal de noodzakelijke administratieve vereenvoudiging daarbij

des soins. La ministre cite ici le cas de la pose d’une prothèse de la hanche chez un patient déjà relativement âgé, diabétique ou présentant des troubles de la respiration.

3° les soins à haute variabilité: il s’agit de soins très spécialisés. Le degré d’imprévisibilité est ici très important. L’intervention est très compliquée: plusieurs phases, chacune étant divisée en plusieurs parties. Le financement sera ici fondé sur les soins justifiés réellement accordés. La ministre évoque ainsi des opérations oncologiques rares, certaines transplantations, des chirurgies cardiaques, etc.

Pour récompenser la collaboration et l’affectation efficiente des moyens, deux outils sont envisagés:

1° les “*shared savings*” (ou partage des économies): par la collaboration entre hôpitaux ou entre réseaux, les soins peuvent être mieux organisés. Par l’effet d’échelle, une économie peut être réalisée. Cette économie peut alors être utilisée pour d’autres investissements. La ministre renvoie par exemple à sept hôpitaux de la région anversoise, qui ont acheté ensemble et utilisent ensemble un appareillage technologique de pointe pour le traitement du cancer de la prostate. Chaque hôpital concerné ne doit intervenir qu’à concurrence d’un septième dans les coûts d’achat et d’entretien.

2° les “*bundled payments*” (ou financements couplés): une répartition plus efficace des moyens disponibles entre tous les prestataires de soins impliqués est recherchée. Différents financements sont relatifs à un trajet de soins, au-delà des murs des hôpitaux. Les autres formes de soins sont ainsi davantage intégrées. La ministre cite le cas du trajet de soins pédiatriques, qui associe la maternité aux acteurs des soins pédiatriques à domicile.

e) La qualité des soins est récompensée

Les auteurs de la réforme entendent récompenser la qualité des soins. Au départ, ils procéderont de manière prudente. De bonnes pratiques existent en la matière à l’étranger. Il s’en déduit que la récompense de la performance constitue un levier utile, mais aussi qu’une procédure par étapes est judicieuse.

Dans une première phase, une partie seulement du budget sera consacrée à la récompense de la qualité des soins: 1 à 2 %. La récompense s’opérera sur la base d’indicateurs acceptés par les acteurs de terrain et qui ont prouvé leur utilité. La ministre restera attentive à l’impératif de simplification administrative. Elle ne

niet uit het oog verliezen, aangezien ze de registratie administratief niet extra zwaar wil maken. Elk van de drie “financieringsclusters” kan worden beloond voor het aanbieden van kwaliteitsvolle zorg.

f) De financiering van de specifieke opdrachten wordt transparant gemaakt

De transparantie heeft betrekking op de financiering van specifieke opdrachten, zoals:

- de inachtneming van sommige sociale factoren zoals het patiëntenprofiel;
- de academische opdrachten van de universitaire ziekenhuizen;
- de zware medische apparatuur;
- de spoedgevallendiensten;
- innovatie.

g) De arts, sleutelfiguur in de ziekenhuiswerking, behoudt zijn inspraak in het integrale honorarium

Opdat de arts inspraak behoudt in het integrale honorarium, zal dat honorarium transparanter worden gemaakt door het in twee delen op te splitsen:

- het beroepsgedeelte, dat betrekking heeft op het intellectuele en technische optreden van de arts;
- het gedeelte in verband met de praktijkkosten, dat de kosten behelst in verband met de omstandigheid dat men in een ziekenhuis werkt (infrastructuur, apparatuur enzovoort).

Er wordt onderzocht hoe en in welke omstandigheden het mogelijk is op termijn het gedeelte betreffende de praktijkkosten te koppelen aan de financieringsstromen van het ziekenhuis. Als voorwaarde voor een dergelijke koppeling geldt dat de arts de garantie krijgt dat hij inspraak heeft en dat hij verantwoordelijkheid draagt voor het geneeskundig beheer van het ziekenhuis.

h) Het financieringssysteem wordt vereenvoudigd en de registratielasten worden verlicht

Ter vereenvoudiging van het financieringssysteem worden drie “clusters” ingesteld. Die groepen worden duidelijk bepaald. Geleidelijk zullen verschillende financieringsstromen worden opgenomen (zoals het budget voor de financiële middelen, het dagziekenhuis, de geneesmiddelen enzovoort).

voudrait pas créer de charge administrative d'enregistrement supplémentaire. La récompense de la qualité concernera chacun des trois “clusters” de financement.

f) Le financement des missions spécifiques est rendu transparent

La transparence concerne le financement de missions spécifiques, telles que:

- la prise en considération de certains facteurs sociaux comme le profil du patient;
- des missions académiques des hôpitaux universitaires;
- l'appareillage médical lourd;
- les services des urgences;
- l'innovation.

g) Le médecin, acteur-clef dans le fonctionnement de l'hôpital, conserve son mot à dire sur l'honoraire complet

Afin que le médecin conserve son mot à dire sur l'honoraire complet, cet honoraire sera rendu plus transparent, en le scindant en deux parties:

- la partie professionnelle, qui couvre l'intervention intellectuelle et technique du médecin;
- la partie relative aux coûts de la pratique, qui couvre les coûts liés au fait de travailler dans un hôpital (infrastructure, appareillage, etc.).

Il est examiné de quelle manière et dans quelles conditions il est possible de coupler, à terme, la partie relative aux coûts de la pratique aux flux de financement de l'hôpital. Une condition pour un tel couplage consiste à garantir au médecin son mot à dire et sa responsabilité dans la gestion médicale de l'hôpital.

h) Le système de financement est simplifié et les charges d'enregistrement sont réduites

En vue d'une simplification du système de financement, trois “clusters” sont institués. Ces groupes sont clairement définis. Progressivement, différents flux de financement seront intégrés (comme le budget des moyens financiers, l'hôpital de jour, les médicaments, etc.).

De registratielasten zullen opnieuw worden geëvalueerd op grond van de meerwaarde die elke registratie biedt. De ingezamelde informatie moet pertinent blijven en betrekking hebben op de doelstellingen van het ziekenhuisbeleid. De rationalisering moet onderling gebeuren tussen de verschillende federale besturen (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, het RIZIV enzovoort) en met de deelstaten (de deelstaten leggen ook de registratie op van heel wat gegevens).

Volgens een onderzoek van Zorgnet Vlaanderen zijn in de Belgische ziekenhuizen 800 voltijdse equivalenten aan verpleegkundigen belast met registratietaken, terwijl er een tekort aan verpleegkundigen heerst.

i) Er zal gericht en geleidelijk te werk worden gegaan

De bedenkers van de hervorming wensen een evolutie, geen revolutie. Het Plan van Aanpak stippelt een meerjarencader uit. De hervormingswerkzaamheden zullen het tijdsbestek van de regeerperiode overschrijden.

Naast de algemene krachtlijnen zal het geheel in beheersbare werkpakketten worden opgesplitst. In verband met de gefaseerde materiële uitvoering is al een concreet tijdpad uitgestippeld voor 2015 en 2016. Er is voorzien in proefprojecten en leermomenten.

j) De hervorming zal plaatsvinden met alle betrokkenen

De hervorming is het werk van velen. Het Plan van Aanpak is al het resultaat van overleg met tal van actoren.

Op federaal echelon zal de hervorming van de ziekenhuisfinanciering worden uitgevoerd door een *task force*, die zal toezien op de alomvattende cohesie tussen deze hervorming, de herziening van de nomenclatuur van de gezondheidszorg en de bijsturing van koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies. Een met een bureau toegeruste overleggroep voor de ziekenhuisfinanciering zal worden bijeengeroepen onder toezicht van de beleidschef van de minister, met vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, de artsen en de ziekenfondsen. Voorts zullen bilaterale harmonisatievergaderingen worden gehouden met andere betrokkenen: zorgkundigen, andere zorgverleners, overkoepelende patiëntenverenigingen, sociale partners, verzekeraars enzovoort.

Ook een aantal bij wet ingestelde traditionele adviesinstanties zal worden hervormd. In dat verband vermeldt

Les charges d'enregistrement seront réévaluées sur la base de la plus-value qu'apporte chaque enregistrement. Les informations collectées doivent rester pertinentes et concerner les objectifs de politique hospitalière. La rationalisation doit s'opérer entre les différentes administrations fédérales (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, INAMI, etc.), et avec les entités fédérées (celles-ci imposent également l'enregistrement de multiples données).

Selon une étude de *Zorgnet Vlaanderen*, 800 équivalents temps plein, en personnel infirmier, sont chargés de missions d'enregistrement dans les hôpitaux belges. Or, des pénuries d'infirmiers sont constatées.

i) Il sera procédé de manière ciblée et progressive

Les auteurs de la réforme veulent une évolution, non une révolution. Le Plan d'approche trace un cadre pluriannuel. Les travaux de réforme dépasseront les limites de la législature.

Outre les lignes de force globales, une division en paquets de mesures gérables aura lieu. Ces paquets seront mis en œuvre progressivement. En ce qui concerne la concrétisation par phase, un calendrier concret est déjà prévu pour 2015 et 2016. Des projets pilotes et des moments d'apprentissage sont prévus.

j) La réforme aura lieu avec tous les intéressés

La réforme est le travail de multiples personnes. Le Plan d'approche reflète déjà des concertations avec de multiples acteurs.

Au niveau fédéral, la réforme du financement des hôpitaux sera conduite par une *task-force*, qui veillera à la cohésion globale entre cette réforme, la révision de la nomenclature des soins de santé et la révision de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Un groupe de concertation sur le financement des hôpitaux, doté d'un bureau, sera réuni sous la supervision de la cellule stratégique de la ministre, avec des représentants des hôpitaux, des médecins et des mutualités. D'autre part, des réunions bilatérales d'harmonisation seront tenues avec d'autres intéressés: aides-soignants, autres prestataires, organisations faïtières de patients, partenaires sociaux, assureurs, etc.

Un certain nombre d'organes consultatifs classiques, institués par la loi, seront également réformés. La

de minister als voorbeelden de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) en de Multipartite Overlegstructuur.

Voorts zal met de deelstaten overleg worden gepleegd. Formeel zal dat overleg plaatshebben in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De minister werkt samen met de deelstaten aan de redactie van een gemeenschappelijke verklaring. Zij hoopt dat die gemeenschappelijke verklaring nog vóór de zomer van 2015 zal worden verspreid.

B. Technisch onderdeel

Mevrouw Katrien Kesteloot (KU Leuven) herinnert eraan dat het in dezen slechts de bedoeling is krachtlijnen voor te stellen voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. De tenuitvoerlegging van alle componenten van die hervorming zal immers enkele jaren in beslag nemen.

1. Context

De noodzaak een hervorming door te voeren, blijkt duidelijk uit de huidige zorgcontext, die wordt gekenmerkt door een toenemende zorgbehoefte.

Als gevolg van de vergrijzing wordt een stijging van de chronische aandoeningen en het aantal gevallen van multimorbiditeit (meervoudige aandoeningen) vastgesteld. Bij de zorgnoden verschuift het accent dan ook van *cure* naar *care*. Bovendien is er nood aan een betere coördinatie tussen de verschillende zorgprestaties (ambulant en binnen de voorzieningen) en tussen de verschillende zorglijnen. De patiënten zelf zijn actiever en mondiger wat de hen verstrekte zorg betreft. Zij vragen meer informatie en willen een actievere rol spelen. Tegelijkertijd gaat de medische technologie erop vooruit en is ze almaar beter afgestemd op de zorgnoden.

De budgettaire middelen om die gezondheidszorguitdagingen aan te gaan, stijgen evenwel amper. Het komt er dan ook op aan de beschikbare budgetten slimmer te gebruiken.

De bestaande ziekenhuisfinancieringsregels hebben bepaalde nadelen. Zij zijn bijzonder ingewikkeld, brengen te veel administratieve rompslomp mee (vaak in verband met gegevensinput) en ook de informatisering reikt nog niet ver genoeg. De financiering blijft hoofdzakelijk gericht op de prestaties, waardoor te grote zorgvolumes ontstaan. Dat prestatiegericht systeem voorkomt echter wachtlijsten en zorgt voor relatief lage eenheidsprijzen.

ministre cite à cet égard comme exemples le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) et la structure multipartite.

Une concertation aura également lieu avec les entités fédérées. Formellement, cette concertation se déroulera dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique. La ministre travaille avec les entités fédérées à la rédaction d'une déclaration commune. Elle espère que cette déclaration commune sera diffusée encore avant l'été 2015.

B. Volet technique

Mme Katrien Kesteloot (KU Leuven) rappelle qu'il ne s'agit ici que de proposer des lignes de force pour la réforme du financement hospitalier. La mise en œuvre de cette réforme dans toutes ses composantes prendra en effet quelques années.

1. Contexte

La nécessité d'une réforme est mise en évidence par le contexte actuel des soins, marqué par une croissance des besoins en soins.

En raison du vieillissement de la population, une augmentation est notée des pathologies chroniques et des multimorbidités (pathologies multiples). Les besoins passent ainsi du "*cure*" au "*care*". En outre, les soins doivent être mieux coordonnés entre les différentes formes de prestations de soins de santé (ambulatoires et au sein des institutions) et entre les différentes lignes. Les patients eux-mêmes sont plus actifs et s'expriment davantage au sujet des soins qui leur sont prodigués. Ils demandent plus d'informations et veulent jouer un rôle plus actif. Parallèlement, les technologies médicales s'affinent et répondent mieux aux besoins de soins.

Toutefois, les moyens pour répondre à ces enjeux sont soumis à une croissance limitée des soins de santé. Dès lors, il est nécessaire d'utiliser plus intelligemment les budgets disponibles.

Les règles actuelles du financement hospitalier présentent une série de désavantages. Très complexes, elles engendrent des charges administratives trop nombreuses (souvent liées à l'enregistrement de données), alors que l'informatisation est inadéquate. Le financement reste fortement axé sur les prestations, ce qui produit des volumes de soins trop importants. Toutefois, ce système lié aux prestations permet d'éviter des listes d'attente et de travailler avec des prix d'unité relativement bas.

De ziekenhuisfinanciering stimuleert te weinig tot een efficiënt gebruik van de middelen. Slechte zorgkwaliteit wordt financieel niet gestraft. De spreekster verwijst naar de ingrepen die noodzakelijk zijn als gevolg van een medische fout; de nakomende ingreep wordt op dezelfde manier gefinancierd als de oorspronkelijke ingreep. Goede zorgkwaliteit zou financieel moeten worden beloond. Zorgkwaliteit is meer dan alleen de nabijheid van de zorg.

Het budget van financiële middelen is structureel ondergefinancierd. Daarom wordt daar telkens via de honoraria een mouw aangepast.

Voorts is er een te grote versnippering van de ziekenhuisfinanciering over de daghospitalisatie en de klassieke ziekenhuisopname. Geneesmiddelen worden volgens andere voorwaarden terugbetaald dan het verblijf. Wat de honoraria betreft, wordt de intellectuele handeling ondergewaardeerd ten opzichte van de technische handeling. Ten slotte worden innovaties niet snel genoeg terugbetaald, wat het risico doet op ontstaan op een geneeskunde met twee snelheden.

De financiële situatie van een aantal ziekenhuisinstellingen wordt overigens almaar heikeler. In dat verband wordt verwezen naar de resultaten van het MAHA-onderzoek (*Model for Automatic Hospital Analyses*) uit 2014. De evolutie sinds 2012 wordt aldus in herinnering gebracht: van de 92 Belgische ziekenhuisinstellingen hadden er 23 een negatief bedrijfsresultaat. In 2013 is dat aantal opgelopen tot 40. De trend vertoont een jaarlijks toenemend aantal ziekenhuizen in deficit.

2. Heroriëntering van de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap

Uit de besprekingen met de ziekenhuiszorgactoren is al snel gebleken dat een hervorming van de financiering van die structuren slechts weinig zinvol zou zijn, als zij niet gepaard gaat met een heroriëntering van hun rol in het zorglandschap.

a) Basisbegrippen

1° Concentratie

Een basisbegrip bij de heroriëntering is dat de complexe zorg wordt geconcentreerd in een beperkt aantal ziekenhuizen, naar gelang van de specialisaties.

De bedenkers van de hervorming beogen een taakverdeling over de ziekenhuizen, die twee vormen kan aannemen: verwijs-/terugverwijsafspraken tussen ziekenhuizen per pathologiegroep (door bijvoorbeeld de

Le financement hospitalier ne stimule pas assez le déploiement efficace des ressources. La mauvaise qualité des soins n'est pas sanctionnée financièrement. L'intervenante cite ainsi le cas des interventions nécessitées par une faute médicale: cette intervention subséquente est financée de la même manière que l'intervention initiale. La bonne qualité des soins devrait être récompensée financièrement. La qualité des soins ne se réduit pas à la proximité des soins.

Le budget des moyens financiers est structurellement sous-financé. Pour cette raison, une intervention est chaque fois demandée par le truchement des honoraires.

Le financement hospitalier est également trop fragmenté, entre l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation classique. Les médicaments relèvent d'autres modalités de remboursement que le séjour. En ce qui concerne les honoraires, l'acte intellectuel est sous-évalué par rapport aux actes techniques. Enfin, les innovations ne sont pas remboursées assez rapidement, ce qui engendre un risque d'une médecine à deux vitesses.

La situation financière d'un certain nombre d'institutions hospitalières devient par ailleurs de plus en plus précaire. Il est renvoyé à cet égard aux résultats de l'étude MAHA (*"Model for Automatic Hospital Analyses"*) 2014. L'évolution depuis 2012 est ainsi rappelée: sur les 92 établissements hospitaliers belges, 23 présentaient un résultat courant négatif. En 2013, ce nombre est de 40. La tendance est que le nombre d'hôpitaux en déficit augmente annuellement.

2. Réorientation du rôle de l'hôpital dans le paysage des soins de santé

Les discussions avec les acteurs des soins hospitaliers ont rapidement mis en évidence qu'une réforme du financement de ces structures n'avait que peu de sens si elle n'était pas couplée à une réorientation de leur rôle dans le paysage des soins de santé.

a) Notions de base

1° Concentration

Une notion de base retenue dans la réorientation est la concentration des soins complexes dans un petit nombre d'hôpitaux en fonction des spécialisations.

Les auteurs de la réforme conçoivent une répartition des tâches entre les hôpitaux, qui peut prendre deux formes: des engagements de renvois de patients entre hôpitaux, par groupes de pathologies (par exemple en

diagnose los te koppelen van de behandeling), of overeenkomsten inzake de verdeling van pathologiegroepen, met inbegrip van taakherschikkingen (ontkoppeling van pathologie A, van pathologie B enzovoort). De hervorming houdt tevens in dat de taken zullen worden verdeeld over de universitaire en de algemene ziekenhuizen, alsook over verschillende universitaire ziekenhuizen. Bij die verdeling zal rekening worden gehouden met de al aanwezige competenties en knowhow.

Concentratie betekent niet dat de ziekenhuizen groter zullen worden. De bedenkers van de hervorming beogen geen stijging van het aantal bedden noch van het aantal toestellen in sommige ziekenhuisinstellingen. Overigens zullen de referentiecentra die op basis van de concentratie zullen worden bepaald, niet noodzakelijkerwijze universitaire ziekenhuizen zijn; dat kunnen evengoed algemene ziekenhuizen zijn.

De keuze tussen concentratie of spreiding zal worden gemaakt op basis van de criteria van *evidence-based* geneeskunde. Die criteria hangen af van de pathologie en de technologie. Daarbij wordt rekening gehouden met aspecten zoals de kritische massa, de kostprijs van de technologie, de prevalentie, de zorgcontinuïteit enzovoort.

Om de beoogde concentratie te bereiken, moet worden voorzien in ICT-ondersteuning. Aldus wordt voorkomen dat een zelfde aandoening meermaals wordt onderzocht, meer bepaald doordat de resultaten van het eerste onderzoek beschikbaar zullen worden gesteld voor alle ziekenhuizen. Voorts moet die ICT-technologie zorgen voor minder administratieve rompslomp en voor meer veiligheid voor de patiënt. Ingeval een patiënt allergisch is voor een bepaald geneesmiddel, zal die informatie beschikbaar zijn in alle Belgische ziekenhuizen.

2° Netwerk en samenwerking

Door netwerken samen te stellen zullen de ziekenhuizen een complementair zorgaanbod uitbouwen. De prikkel tot het aanbieden van alle diensten, functies en zorgprogramma's in elk ziekenhuis zal dus aldus worden verminderd.

De bedenkers van de hervorming onderscheiden drie soorten netwerken:

— voor klinische zorg: de patiënt of de zorgverlener begeeft zich naar de plaats waar de zorg wordt verstrekt (regionaal netwerk voor gespreide zorg en supra-regionaal netwerk voor geconcentreerde zorg);

dissociant le diagnostic du traitement), ou, des accords de répartition visant des groupes de pathologies et procédant à des réaménagements de tâches (en dissociant la pathologie A, la pathologie B, etc.). La réforme répartira également les tâches entre hôpitaux universitaires et généraux, et entre différents hôpitaux universitaires. Cette répartition sera fondée sur les compétences et l'expertise déjà présentes.

La concentration n'impliquera pas l'augmentation de la grandeur des hôpitaux. Les auteurs de la réforme ne désirent pas l'augmentation du nombre de lits et de l'appareillage dans certains établissements hospitaliers. Par ailleurs, les centres de référence désignés sur la base de la concentration ne seront pas nécessairement des hôpitaux universitaires. Il pourra s'agir d'hôpitaux généraux.

Le choix entre la concentration ou l'étalement sera opéré sur la base des critères d'une médecine fondée sur les preuves. Ces critères dépendent des pathologies et des technologies. Ils tiennent compte d'enjeux tels que la masse critique, le coût de la technologie, la prévalence, la continuité des soins, etc.

Pour atteindre la concentration voulue, un soutien doit être assuré par les technologies de l'information. Ces technologies doivent permettre d'éviter des examens multiples pour la même affection, en assurant une disponibilité des résultats de l'examen initial dans tous les établissements hospitaliers. Les mêmes technologies doivent assurer une réduction des charges administratives et offrir une sécurité accrue aux patients. Ainsi, si un patient est allergique à un médicament donné, cette information sera disponible dans tous les établissements de soins belges.

2° Réseau et collaboration

En constituant des réseaux, les hôpitaux développeront une offre de soins complémentaire. Les incitants à proposer tous services, fonctions et programmes dans chaque hôpital seront ainsi réduits.

Les auteurs de la réforme distinguent trois types de réseaux:

— pour les soins cliniques: soit le patient, soit le prestataire de soins se déplace au lieu où le soin est prodigué (réseau régional pour les soins dispersés; réseau suprarégional pour les soins concentrés);

— voor medisch-ondersteunende diensten: stalen en materialen worden overgebracht naar de plaats waar ze worden geanalyseerd of gebruikt (laboratorium, apotheek, dienst anatomopathologie enzovoort);

— voor ondersteunende diensten: hier gaat het er vooral om te profiteren van de uitwisseling van expertise en schaafeffecten (gezamenlijke aankoop, eenvormige methoden voor tarifiering en facturatie, uitschrijven van overheidsopdrachten, milieucontrole, preventie, voedselveiligheid enzovoort).

De samenwerking behelst de betrekkingen tussen de ziekenhuizen en andere zorgstructuren, in lokale transmurale (*cure of care*) ketens. De ziekenhuizen werken aldus samen met huisartsen, verstrekkers van thuiszorg, zorgcentra zoals rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen enzovoort. De samenwerking vindt plaats in overleg met de deelstaten.

3° Behoefteraming

Om de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap te heroriënteren, is het noodzakelijk de behoeften te ramen. De vereiste ziekenhuiscapaciteit moet worden ingeschat. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is al bezig met het uitvoeren van studies in die zin.

b) Doelstellingen en uitdagingen

Het doel van de bedenkers van de hervorming is om de infrastructuur bij de heroriëntering van de rol van de ziekenhuizen te optimaliseren. Het aantal *sites* waarop wordt gewerkt, moet worden verlaagd. Ook de capaciteit aan zware apparatuur moet worden verminderd. De onderhoudskosten worden aldus beperkt. De hervorming moet echter de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de patiënten waarborgen.

De middelen worden slimmer ingezet, in het belang van de patiënt. Er is echter geen sprake van afbouw van budgetten of zorgpersoneel.

Zo'n hervorming is een uitdaging in die zin dat een conformiteits-check moet plaatshebben met het beleid van de deelstaten. Als gevolg van de zesde staatshervorming zijn zij immers bevoegd voor sommige aspecten van de erkenningen en investeringen. De bedenkers van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering hopen dat op het vlak van de deelstaten geen besluit wordt genomen dat de hier geschetste hoofdlijnen in gevaar brengt.

— pour les services de soutien médical: les échantillons et les matériels se déplacent au lieu où ils sont analysés ou utilisés (laboratoire, pharmacie, service d'anatomopathologie, etc.);

— pour les services auxiliaires: il est ici surtout question de bénéficier de l'échange de l'expertise et d'effets d'échelle (groupements d'achat, modalités uniques de tarification et de facturation,ancements de marchés publics, contrôle de l'environnement, de la prévention, de la sécurité alimentaire, etc.).

La collaboration concerne les relations entre les hôpitaux et d'autres structures de soins, dans des chaînes locales transmurales, qu'elles soient de type "*cure*" ou "*care*". Les hôpitaux collaboreront ainsi avec les médecins généralistes, les prestataires de soins à domicile, les centres de soins tels que les maisons de repos et les maisons de repos et de soins, etc. La collaboration s'opérera en concertation avec les entités fédérées.

3° Estimation des besoins

Pour réorienter l'institution hospitalière dans le paysage des soins de santé, il est nécessaire que les besoins soient estimés. La capacité hospitalière requise doit être évaluée. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé est déjà occupé à procéder à des études en ce sens.

b) Objectifs et défi

L'objectif des auteurs de la réforme, dans la réorientation du rôle des hôpitaux, consiste à optimiser l'infrastructure. Le nombre de sites sur lesquels il est travaillé devrait être réduit. La capacité doit également être réduite en ce qui concerne l'appareillage lourd. Les coûts d'entretien sont ainsi restreints. Cependant, la réforme doit garantir l'accessibilité des soins de santé pour les patients.

Les moyens seront affectés de manière plus intelligente, dans l'intérêt du patient. Il n'est toutefois nullement question de réduire les budgets ou de réduire le personnel de soins.

Une telle réforme présente un défi, en ce sens qu'un contrôle de conformité devra avoir lieu avec les politiques des entités fédérées. Celles-ci sont en effet compétentes, en raison de la Sixième Réforme de l'État, dans certains aspects des agréments et des investissements. Les auteurs de la réforme du financement hospitalier espèrent qu'aucune décision ne sera prise au niveau des entités fédérées qui mettrait en péril les lignes de force ici tracées.

c) *Nieuw ziekenhuisconcept*

Tot nu toe werd het ziekenhuis opgevat als een “beddenhuis”. Het ziekenhuis evolueert echter in toenemende mate naar een medisch-technologisch expertisecentrum, met meerdere diagnostische en behandelingsplatformen.

Het ziekenhuis wordt ook in de wetgeving omschreven op basis van minimumvereisten, van erkende bedden en kwalificaties. Het begrip “ziekenhuis” werd bepaald door structuur en infrastructuur. In de toekomst moet men evolueren naar een ziekenhuisconcept waarbij de klemtoon ligt op het vervullen van opdrachten. Belangrijk moet zijn wát het ziekenhuis doet en niet waaruit het ziekenhuis is samengesteld. De ziekenhuisopdrachten kunnen bestaan uit zogenaamde proximale (basis)zorg en (gespecialiseerde) referentiezorg. Het ziekenhuis is ook het knooppunt in een transmuraal zorgnetwerk.

De jongste jaren worden almaar meer zorgactiviteiten die traditioneel binnen de muren van een ziekenhuisstructuur werden verricht, in een extramuraal kader uitgevoerd. Die activiteiten worden soms gegroepeerd onder de term “kabinetschirurgie”. De bedenkers van de hervorming achten het nodig voor die extramurale activiteiten dezelfde normen inzake infrastructuur en personeelsomkadering toe te passen. Dezelfde medische activiteiten zouden aldus beantwoorden aan dezelfde normen, qua erkenning of exploitatievergunning. De eisen inzake permanentie, continuïteit van de zorgverlening en deelname aan wachtdiensten zouden ook identiek zijn. Om de veiligheid van de patiënten te waarborgen moet de overheid elke vorm van “*cherry picking*”² ontmoedigen.

De idee dat voor de financiering van dergelijke extramurale activiteiten identieke nadere regels moeten gelden, vormt al de leidraad van een voorontwerp van wet inzake de praktijkvoering in de gezondheidszorg. Dat voorontwerp behelst een wijziging van koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is onlosmakelijk verbonden met de wijziging van dat koninklijk besluit.

d) *Netwerkconcept*

Er zal ook een netwerkconcept worden ingesteld. De opdracht van het netwerk is om de patiënt bepaalde zorg aan te bieden op netwerkniveau in plaats van in elk ziekenhuis dat lid is van een netwerk. Een vergunning zal bijvoorbeeld veeleer op netwerkniveau worden verleend dan op het niveau van het afzonderlijke ziekenhuis. Dat

² Alleen kiezen voor de positieve punten van een situatie en de lasten ervan uit de weg gaan.

c) *Nouveau concept d'hôpital*

Jusqu'à présent, l'hôpital était entendu comme un établissement comprenant des lits. Or, de plus en plus, l'hôpital évolue vers le modèle d'un centre d'expertise médico-technologique, disposant de plusieurs plateformes de diagnostic et de traitement.

De même, l'hôpital est également défini dans la législation à partir d'exigences minimales, de lits reconnus et de qualifications. Les structures et les infrastructures définissaient cette notion. Dans le futur, il faut évoluer vers un concept d'hôpital qui met l'accent sur la poursuite de missions. L'important doit devenir ce que l'hôpital fait, et non de quoi l'hôpital est constitué. Les missions de l'hôpital peuvent consister en soins de base, dits proximaux, et en soins de référence, spécialisés. L'hôpital constitue aussi le nœud d'un réseau de soins transmurale.

Ces dernières années, de plus en plus d'activités de soins traditionnellement exécutées dans les murs d'une structure hospitalière sont effectuées dans un cadre extramural. Ces activités sont parfois regroupées sous le vocable de “chirurgie de cabinet”. Les auteurs de la réforme estiment nécessaire d'appliquer à ces activités extramurales les mêmes normes en matière d'infrastructure et d'encadrement du personnel. Les mêmes activités médicales répondraient ainsi aux mêmes normes, pour l'agrément ou l'autorisation d'exploitation. Seraient également identiques, les exigences en ce qui concerne les permanences, la continuité de la dispense de soins et la participation aux services de garde. Pour garantir la sécurité des patients, les pouvoirs publics doivent décourager toute forme de “*cherry picking*”².

L'idée suivant laquelle le financement de telles activités extramurales serait identique dans ses modalités est déjà la philosophie qui sous-tend un avant-projet de loi portant sur la pratique des soins de santé. Cet avant-projet porte sur une modification de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. La réforme du financement des hôpitaux est intrinsèquement liée à la réforme de cet arrêté royal.

d) *Concept de réseau*

Un concept de réseau sera également institué. La mission d'un réseau consiste à proposer certains soins au patient au niveau du réseau plutôt qu'au niveau de chaque hôpital membre d'un réseau. Une autorisation sera par exemple accordée plutôt au niveau du réseau qu'au niveau de l'hôpital pris isolément. Ceci aura pour

² Ne sélectionner que les points positifs d'une situation, et éviter les charges.

heeft tot gevolg dat elk ziekenhuis afzonderlijk niet langer het hele zorgspectrum zal kunnen aanbieden. Dat zal daarentegen wel het geval zijn op netwerkniveau.

De bedenkers van de hervorming streven naar een vorm van financiering en budgettoekenning op basis van de door een netwerk aangeboden activiteiten, in plaats van de door een ziekenhuis aangeboden activiteiten. Bedoeling is de ziekenhuizen ertoe te stimuleren zich te groeperen zodra ze uitstippelen welke activiteiten ze wensen te ontplooiën.

Een netwerk hoeft niet enkel te bestaan uit ziekenhuizen, maar kan ook ziekenhuisdiensten behelzen. Ziekenhuizen kunnen lid zijn van één (lokaal of regionaal) netwerk of meerdere (supraregionale) netwerken, naar gelang van de groep van pathologieën en de te verlenen zorg.

Wat de formele organisatie van het netwerk betreft, zijn de – met name juridische – studies nog niet afgerond. Zo wordt bijvoorbeeld nagegaan in hoeverre een formele structuur met een eigen rechtspersoonlijkheid wenselijk zou zijn. Thans zijn de vormen van samenwerking tussen ziekenhuizen drieërlei: groepering, associatie of fusie. De vraag of één van die vormen moet verdwijnen, dan wel of een nieuwe vorm moet worden bedacht, wordt nog bestudeerd. Voorts streven de bedenkers van de hervorming ernaar te voorkomen dat de samenwerking bemoeilijkt wordt door belerende regelgeving, zoals de btw-plicht en de regels in verband met de detachering van personeel.

e) *Evolutie van de “nodige” ziekenhuisbedden*

De hervorming strekt ertoe de “lege” bedden af te bouwen en de verblijfsduur te verkorten. Internationale studies en Belgisch onderzoek tonen aan dat ons land een overschot heeft aan acute ziekenhuisbedden. Het aantal ziekenhuisopnames ligt ook hoger dan het gemiddelde, net als de verblijfsduur.

De spreekster stelt een eerste grafiek voor, die de evolutie over de jaren van het verschil tussen het aantal erkende bedden (in het rood) en het aantal verantwoorde bedden (in het blauw) laat zien:

conséquence que chaque hôpital pris isolément ne pourra plus offrir toute la palette des soins. Tel sera par contre le cas au sein du réseau.

Les auteurs de la réforme envisagent des modalités de financement et d’attribution d’un budget sur la base d’activités assurées par un réseau, plutôt que sur la base d’activités assurées par un hôpital. Il s’agirait de stimuler les hôpitaux dès la conception de leurs activités à se regrouper.

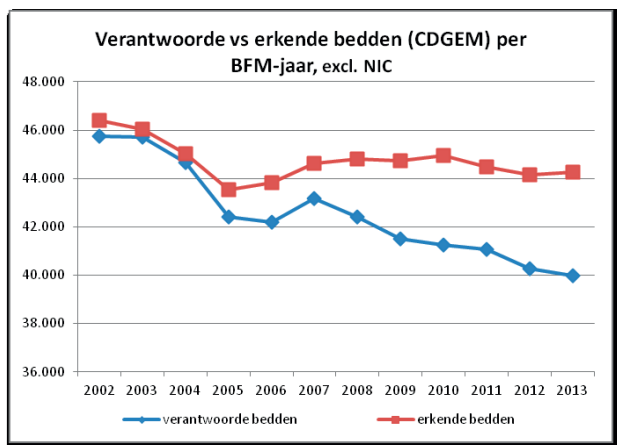
Les membres d’un réseau peuvent être non seulement des hôpitaux mais aussi des services hospitaliers. Des hôpitaux pourraient être membres d’un seul réseau (local ou régional) ou de plusieurs réseaux (suprarégionaux), selon le groupe de pathologies concerné et selon les soins à prodiguer.

En ce qui concerne l’organisation formelle du réseau, les études, notamment juridiques, sont encore en cours. Il est par exemple étudié dans quelle mesure une structure formelle disposant d’une personnalité juridique propre serait souhaitable. Actuellement, le regroupement d’hôpitaux s’opère selon l’une des trois formes du groupement, de l’association ou de la fusion. La question de savoir si l’une ou l’autre de ces formes doit disparaître, ou si une nouvelle forme doit être conçue, est encore analysée. D’autre part, les auteurs de la réforme entendent éviter que toute réglementation connexe ne complique la collaboration, comme par exemple, l’assujettissement à la TVA et les règles de détachement du personnel.

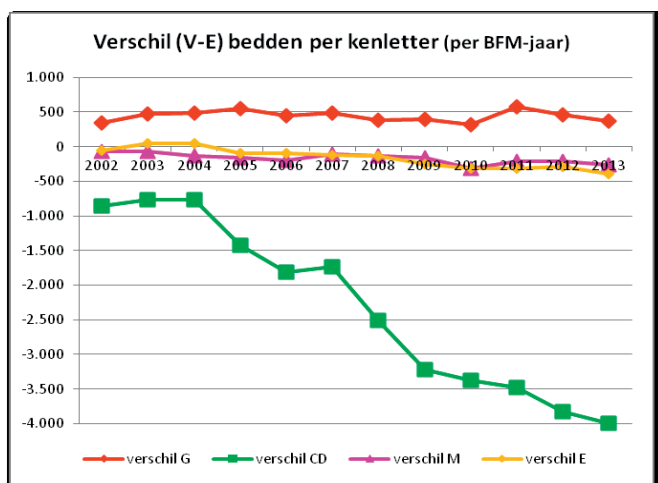
e) *Evolution des lits d’hôpital nécessaires*

La réforme vise à supprimer des lits inoccupés (“vides”) et à raccourcir la durée de séjour. Des études internationales et des recherches menées en Belgique démontrent qu’il existe en Belgique un excédent de lits d’hôpital aigus. Le nombre de prises en charge hospitalières est également plus élevé que la moyenne, de même que la durée de séjour.

L’intervenante présente un premier graphique, qui illustre l’évolution au cours des ans de la différence entre le nombre de lits reconnus (en rouge foncé) et le nombre de lits justifiés (en bleu foncé):



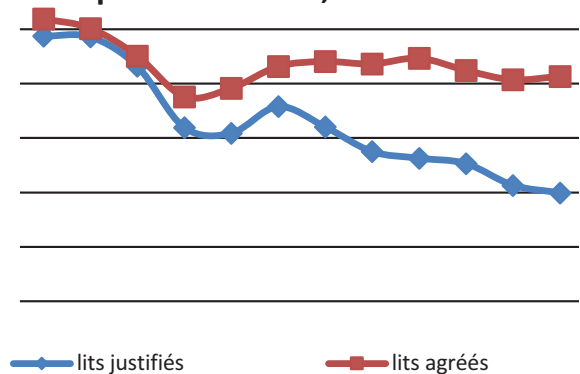
Deze grafiek toont aan dat het overschot aan ziekenhuisbedden in stijgende lijn gaat. Een tweede grafiek gaat dieper op die vaststelling in, door het verschil tussen het aantal verantwoorde bedden en het aantal erkende bedden (in het blauw op de eerste grafiek) op te splitsen volgens het type van ziekenhuisbed:



De groene lijn betreft voornamelijk de klassieke heekunde en de inwendige geneeskunde (opnamen volwassenen). Daar situeert zich het grootste overschot. Dit overschot bestaat ook maar is minder uitgesproken voor de pediatrie en de kraamklinieken (gele en roze lijnen in de bovenstaande grafiek). Alleen voor de geriatrie is er een beddentekort (rode lijn).

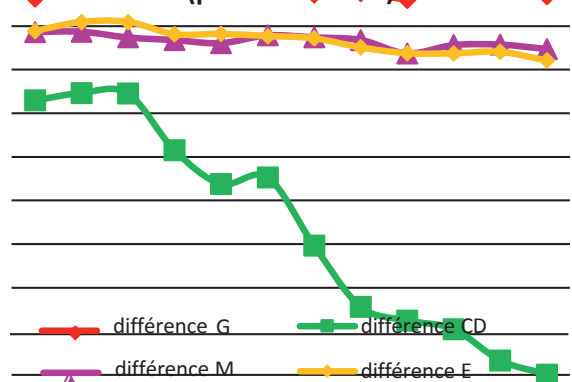
Deze grafieken tonen aan dat een reconversie van bepaalde ziekenhuisbedden nodig is. De reconversie van bedden zal ongetwijfeld de sluiting van sommige diensten of de reconversie ervan vereisen. Een echte hervorming van de ziekenhuisfinanciering kan niet volstaan met de sluiting van een heel beperkt aantal bedden in elk ziekenhuis.

Lits justifiés vs agréés (CDGEM) par année BFM, hors NIC



Ce graphique montre que l'excédent de lits hospitaliers va croissant. Un deuxième graphique affine ce constat en distinguant la différence entre le nombre de lits justifiés et le nombre de lits agréés (en bleu foncé dans le graphique précédent) suivant la catégorie de lit hospitalier:

Différence (J-A) lits par référence (par année BFM)



La ligne verte concerne principalement la chirurgie classique et la médecine interne (hospitalisation d'adultes). C'est là que se situe le plus grand excédent de lits. Cet excédent existe mais est moins marqué pour la pédiatrie et les maternités (lignes jaunes et roses dans le précédent graphique). Il n'existe de manque de lits que pour la gériatrie (ligne rouge).

Ces graphiques démontrent le besoin de reconverter certains lits hospitaliers. La reconversion de lits nécessitera certainement la fermeture de certains services ou la reconversion de ceux-ci. Une réforme réelle du financement des hôpitaux ne peut se satisfaire de la fermeture d'un très petit nombre de lits dans chaque hôpital.

f) *Transitie*

De instelling van het nieuw zorgorganisatiemodel zal met een overgangsfase gepaard gaan, waarin de ziekenhuizen stimuli krijgen. Daartoe moet in hefboomen worden voorzien. Deze kunnen verschillende vormen aannemen:

— toelatingen en financiering op het niveau van de netwerken, in plaats van de ziekenhuizen afzonderlijk;

— analoog systeem als voor de geestelijke gezondheidszorg, en meer bepaald voor de projecten op basis van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008;

— bedreconversies naar alternatieven, zoals chronische ziekenhuisbedden, hersteloorde, zorghotel, thuishospitalisatie enzovoort;

— bedafbouw met schadeloosstelling;

— proefprojecten rond “gebundelde financiering” (“*bundled payments*”).

De overgang moet tevens worden doorgevoerd in samenwerking met de deelstaten, die bevoegd blijven voor investeringsaspecten. Die investeringen fungeren als hefboomen voor de rationalisering. De door de deelstaten aangestuurde nieuwbouw- of renovatieprojecten zouden verenigbaar moeten blijven met de federale ziekenhuisfinancieringshervorming en het gezondheidszorglandschap tegen 2025. Er zullen samenwerkingsakkoorden moeten worden gesloten, die asymmetrisch kunnen zijn.

Om de overgang te verwezenlijken, zal in de mate van het mogelijke vanuit de basis worden gewerkt (“*bottom-up*”). Men zal uitgaan van door de sector aangereikte initiatieven en vrijwillige rationalisatie, binnen het bestaande regelgevend kader. De rationalisatie zal worden bewerkstelligd in een alomvattend kader, waarin specifieke regels zullen worden ingesteld om een netwerking te waarborgen die strookt met de doelstellingen van de bedenkers van de hervorming inzake programmatie en zorglandschap.

De omgekeerde werkwijze, waarbij hervormingen van bovenaf worden opgelegd (“*top-down*”-benadering), zal alleen worden gehanteerd waar nodig. Dergelijke overheidsinterventies mogen geen afbreuk doen aan de gezonde concurrentie tussen de actoren, noch aan het ondernemerschap.

f) *Transition*

L’installation du nouveau modèle d’organisation des soins nécessitera une phase de transition. Cette transition doit s’opérer en stimulant les hôpitaux. Des leviers doivent être envisagés à cet effet. Ceux-ci peuvent être de plusieurs ordres:

— autorisations et financements organisés au niveau des réseaux et non plus au niveau des hôpitaux pris isolément;

— système analogue aux soins de la santé mentale, et plus particulièrement aux projets menés sur la base de l’article 107 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins;

— reconversions de lits en alternatives, telles que lits d’hôpital chroniques, maisons de convalescence, hôtel de soins, hospitalisation à domicile, etc.;

— suppression de lits avec dédommagement;

— projets pilotes de financement couplé (“*bundled payments*”).

La transition doit également s’opérer en collaborant avec les entités fédérées restées compétentes pour des aspects de la matière des investissements. Ceux-ci constituent des leviers pour la rationalisation. Les projets de construction ou de rénovation menés par les entités fédérées devraient rester compatibles avec la réforme fédérale du financement hospitalier et le paysage des soins de santé à l’échéance de 2025. Des accords de coopération devront être conclus. Ils pourront être asymétriques.

L’approche retenue pour la transition consistera autant que possible de repartir de la base pour aller vers le sommet (*bottom-up*). Il sera reparti d’initiatives du secteur et de rationalisations volontaires, menées dans le cadre normatif actuel. La rationalisation s’opérera dans un cadre global, où des règles spécifiques seront instituées pour garantir un réseautage conforme aux objectifs des auteurs de la réforme en ce qui concerne la programmation et le paysage des soins.

L’approche inverse, selon laquelle les réformes sont imposées à partir du sommet (*top-down*) ne sera retenue que dans les cas où cela sera nécessaire. De telles interventions d’autorité ne devront nuire ni à la saine concurrence entre acteurs, ni à l’esprit d’entreprise.

g) *Bestuursmodel*

De bedenkers van de hervorming beogen tevens een nieuw bestuursmodel voor de ziekenhuizen in te stellen. Dat model moet rekening houden met de werking per netwerk; in dat verband moet nog worden bepaald in welke mate die werking zal worden weerspiegeld en vorm zal krijgen in de beheerstructuur van de ziekenhuizen. Zo moet worden nagegaan of de bevoegdheden, de werking en de samenstelling van de medische raad van de ziekenhuizen moeten worden aangepast. Bovendien wordt de mogelijkheid onderzocht of die medische raad adviesbevoegdheid moet krijgen in de netwerken.

Het blijft de bedoeling dat de artsen sterk worden betrokken blijven bij het transparante medisch beheer van de ziekenhuizen. Die betrokkenheid geldt in het kader van de identificatie van het praktijkkostendeel in de honoraria. Voorts moet nog worden nagegaan in welke mate het praktijkkostendeel kan worden gekoppeld met de andere financiële stromen.

3. *Hervorming van de ziekenhuisfinanciering*

a) *Basisprincipes*

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering beoogt de echte kostprijs van de verantwoorde gezondheidszorg correct te financieren en de efficiënte besteding van de financiële middelen te bevorderen. Kwaliteitsvolle zorg zal worden beloond.

Het nieuwe stelsel stoelt op drie “financieringsclusters”, met name voor de laagvariabele zorg, de mediumvariabele zorg en de hoogvariabele (niet-standaardiseerbare) zorg, naar gelang van de voorspelbaarheid van de kosten en de complexiteit van de zorg. De transparantie zal worden gewaarborgd door de kosten af te stemmen op elke pathologie. Om de onderfinanciering van het budget van de financiële middelen bij te sturen, zal de rol van het ziekenhuis in het gezondheidszorglandschap worden herijkt en wordt de transparantie verhoogd door het praktijkkostendeel van de honoraria van de ziekenhuisartsen te identificeren.

Voor een aantal specifieke functies en opdrachten zullen afzonderlijke, transparante financieringsregels worden opgelegd. Het ligt in de bedoeling te bewerkstelligen dat voor eenzelfde product overal dezelfde prijs wordt betaald, ongeacht de ziekenhuisstructuur waar die uniforme opdracht wordt uitgevoerd.

De ziekenhuishervorming beoogt de samenwerking, de coördinatie en de integratie te bevorderen via de verschillende financiële stromen in de ziekenhuizen, de beheersstructuur en de integratie tussen

g) *Modèle de gouvernance*

Les auteurs de la réforme envisagent également un modèle de gouvernance nouveau pour les hôpitaux. D’une part, ce modèle doit tenir compte du fonctionnement par réseau. Il doit encore être défini dans quelle mesure ce fonctionnement par réseau se reflétera et se formalisera dans la structure de gestion des hôpitaux. Par exemple, il doit être analysé si les compétences, le fonctionnement et la composition du conseil médical des hôpitaux doivent être adaptés. De plus, l’opportunité de confier une compétence d’avis au conseil médical au sein des réseaux est examinée.

L’implication forte des médecins dans la gestion médicale transparente des hôpitaux est toujours recherchée. Cette implication concernera l’identification de la partie liée aux coûts d’exploitation des hôpitaux dans les honoraires. Il doit encore être examiné dans quelle mesure une liaison peut être opérée entre la partie liée au fonctionnement et les autres flux financiers.

3. *Réforme du financement des hôpitaux*

a) *Principes de base*

La réforme du financement des hôpitaux vise à atteindre un financement correct du coût réel des soins de santé justifiés. Elle entend favoriser l’affectation efficace des ressources. La réforme récompensera la qualité.

Conceptuellement, le nouveau régime sera structuré autour de trois “clusters”, en fonction de la prévisibilité des coûts et de la complexité des soins: à basse variabilité, à moyenne variabilité et à haute variabilité (non standardisables). La transparence sera garantie par un coût adapté à chaque pathologie. L’adaptation du sous-financement du budget des moyens financiers s’opérera par la réorientation de l’hôpital dans le paysage des soins de santé et par la transparence qu’offrira l’identification de la partie afférente aux frais d’exploitation dans les honoraires des prestataires médicaux hospitaliers.

Un certain nombre de fonctions et de missions spécifiques seront soumises à des règles de financement distinctes et transparentes. L’objectif est d’atteindre un système où un seul prix est partout demandé pour un même produit, quelle que soit la structure hospitalière où cette mission uniforme est assurée.

La réforme du financement des hôpitaux entend favoriser la collaboration, la coordination et l’intégration. Celles-ci seront recherchées par le truchement de différents flux financiers dans les hôpitaux, de la structure

de ziekenhuisfinanciering en de financiering van andere zorgvormen ("*bundled payments*", of gebundelde financiering).

Er wordt gestreefd naar financiële stabiliteit. De ziekenhuizen wensen een meerjarenbegroting. Momenteel zijn besprekingen aan de gang om na te gaan of dat stabiele meerjarenfinancieringskader kan worden verbonden met de meerjarenplanning van de RIZIV-begroting. Financiële stabiliteit heeft echter het nadeel dat de financieringsregels niet snel kunnen inspelen op eventuele nieuwe behoeften of nieuwe technologieën.

In het licht van de institutionele verdeling van de bevoegdheden zal het beleid permanent worden afgestemd op het deelstatenbeleid.

b) "*Financieringsclusters*"

1° Drie categorieën

In deze fase hebben de bedenkers van de hervorming slechts een conceptueel kader voor de "financieringsclusters" uitgewerkt. Hoe elke "cluster" in de praktijk zal worden gedefinieerd, is momenteel nog een open vraag. In dit verband werd in drie categorieën voorzien. In aanvulling op de toelichting van de minister inzake de inhoud van de categorieën, verduidelijkt mevrouw Kesteloot hoe de financiering zal worden geregeld:

1° Aangaande de laagvariabele zorg: voor elke patiënt zal een eenvormige prijs worden bepaald, die zal worden vastgelegd op grond van de pathologiegroepen. Als de behandeling van de betrokken patiënt meer, dan wel minder kost dan die eenvormige prijs, neemt het ziekenhuis in het eerste geval die meerkosten voor zijn rekening, terwijl het verschil in het tweede geval mag houden. Het financieel risico ingevolge het aantal patiënten zou evenwel door de overheid worden gedragen, net zoals dat in de huidige financieringsregeling voor de honoraria het geval is.

2° Aangaande de mediumvariabele zorg: bij de financiering zou gedeeltelijk rekening worden gehouden met de variabiliteit van de patiëntenzorg, in zoverre die variabiliteit verantwoord is. Het financiële risico zou echter niet volledig mogen berusten bij de overheid. Dat risico zou dus over de ziekenhuizen worden gespreid. De overheid zou uitgaan van een gesloten, jaarlijks onder de ziekenhuizen verdeelde enveloppe, op grond van een verdeelsleutel volgens het aantal patiënten, pathologieën en de ernst van de zorg.

3° Aangaande de hoogvariabele zorg: het financiële risico van deze zorg zou meer bij de overheid dan bij de

de gestion et de l'intégration entre le financement de l'hôpital et celui d'autres formes de soins (financement couplé ou "*bundled payments*").

Un cadre financier stable est recherché. Les hôpitaux sont demandeurs d'un cadre budgétaire pluriannuel. Une discussion est en cours pour vérifier si ce cadre stable pluriannuel pourrait être couplé à la programmation pluriannuelle du budget de l'INAMI. La stabilité présente toutefois cet inconvénient de ne pas permettre d'évolution rapide des modalités de financement lorsqu'apparaissent de nouveaux besoins ou de nouvelles technologies.

Une harmonisation permanente aura lieu avec les politiques des entités fédérées, compte tenu de la répartition institutionnelle des compétences.

b) "*Clusters*" de financement

1° Trois catégories

À ce stade, les auteurs de la réforme n'ont développé qu'un cadre conceptuel autour des "clusters" de financement. La définition pratique de ce que chaque "cluster" recouvre est un chantier encore ouvert. Trois catégories ont ici été définies. Complémentairement aux explications de la ministre sur le contenu des catégories, Mme Kesteloot précise comment le financement sera organisé:

1° En ce qui concerne les soins à basse variabilité: un prix uniforme serait prévu pour chaque patient, sur la base des groupes de pathologie. Le risque d'un surcoût ou le gain d'un moindre coût dans la prise en charge d'un patient concerné serait à charge ou au bénéfice de l'hôpital. Le risque financier que revêt le nombre de patients serait par contre à charge de l'autorité, à l'image du système actuel de financement des honoraires.

2° En ce qui concerne les soins à moyenne variabilité: le financement tiendrait partiellement compte de la variabilité des soins aux patients, dans la mesure où cette variabilité est justifiée. Par contre, le risque financier ne saurait complètement reposer sur l'autorité. Ce risque serait donc réparti entre hôpitaux. L'autorité partirait d'une enveloppe fermée, distribuée annuellement entre hôpitaux, sur la base d'une clef de répartition en fonction du nombre de patients, de pathologies et de la gravité des soins.

3° En ce qui concerne les soins à haute variabilité: le risque financier de tels soins devrait reposer plus sur

ziekenhuizen moeten berusten. Zo niet zou een ziekenhuis dat weet dat een patiënt een te groot risico inhoudt vanwege de onvoorspelbaarheid van de financiering, geneigd kunnen zijn die patiënt te weigeren.

De indeling in drie categorieën is in overeenstemming met de internationale wetenschappelijke literatuur. Daarin worden de ziekenhuisorganisatiemodellen stelselmatig in twee modellen opgedeeld: dat van de toegevoegde waarde ("*value added model*"), dat ertoe strekt gestandaardiseerde zorg tegen een identieke prijs te bevorderen, tegenover dat van zorg op maat ("*solution shop model*"), dat op elke concrete situatie toegesneden oplossingen voorstaat. Het tweede model is economisch minder doeltreffend. Toch zouden de beide modellen gelijktijdig moeten worden gebruikt. Het is mogelijk ze binnen een zelfde ziekenhuisstructuur te combineren, mits ze niet met elkaar worden verward en ze twee afzonderlijke benaderingen blijven.

Met het oog op de concrete bepaling van de drie categorieën zal een grondige analyse van de beschikbare gegevens moeten plaatsvinden, in het bijzonder van de in het buitenland opgedane ervaringen. Diverse denkpijlen worden onderzocht. De mate van ernst zou kunnen worden gebaseerd op de APR-DRG's ("*All Patient Refined Diagnosis Related Groups*"). Ook de leeftijd zou als criterium kunnen gelden. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen de patiënten met een chronische of een acute aandoening. Bovendien zouden zorgprogramma's kunnen worden uitgewerkt.

De bedenkers van de hervorming zijn zich bewust van de risico's van "overcoding", namelijk zorg registreren als variabelere dan hij in werkelijkheid is. Hoe hoger de variabiliteit is, hoe minder immers het risico bij het ziekenhuis berust. Er moeten waarborgen worden uitgewerkt om een dergelijke scheeftrekking te voorkomen.

2° Detaillering van de clusters

— Laagvariabele zorg

1. De eerste fase van de nieuwe financiering van de laagvariabele zorg in de ziekenhuisfinanciering kan snel gebeuren.

In het huidige systeem bestaan er in het kader van de honoraria immers al referentiebedragen voor een dertigtal diagnosegroepen (heupprotheses, bevalling zonder complicaties, longontsteking enzovoort). Bij het systeem met referentiebedragen wordt gecontroleerd of sommige ziekenhuizen een te afwijkend profiel hebben en is in budgettaire sancties voorzien. Dat systeem heeft

l'autorité que sur les hôpitaux. Autrement, l'hôpital qui sait qu'un patient présente un risque trop élevé, dû à l'imprévisibilité du financement, pourrait être tenté de refuser ce patient.

La répartition en trois catégories est conforme à la littérature scientifique internationale. Celle-ci sépare schématiquement les modèles d'organisation des hôpitaux en deux modèles: celui de la valeur ajoutée ("*value added model*"), qui vise à favoriser des soins standardisés à un prix identique, et celui de la boutique sur-mesure ("*solution shop model*"), qui promeut des réponses adaptées à chaque situation concrète. Le second modèle est d'une moindre efficacité économique. Toutefois, les deux modèles devraient être simultanément utilisés. Il est possible de les combiner au sein d'une même structure hospitalière, pour autant qu'ils ne soient pas confondus et qu'ils restent deux voies distinctes.

En vue de la détermination concrète des trois catégories, une analyse approfondie des données disponibles, et spécialement des expériences étrangères, devra avoir lieu. Plusieurs pistes sont examinées. Le degré de gravité pourrait être fondé sur les APR-DRG ("*All Patient Refined Diagnosis Related Groups*"). L'âge pourrait également constituer un critère. Une distinction pourrait être opérée entre patients souffrant d'une affection chronique ou d'une affection aiguë. Des programmes de soins pourraient en outre être imaginés.

Les auteurs de la réforme sont conscients des risques de "surcodage", à savoir d'enregistrer un soin comme étant de variabilité supérieure à la réalité. En effet, plus haute est la variabilité, moins le risque repose sur l'hôpital. Des garanties doivent être imaginées pour éviter cet écueil.

2° Détail des clusters

— Soins à basse variabilité

1. La première phase du nouveau financement des soins à basse variabilité dans le financement hospitalier peut intervenir rapidement.

Le système actuel connaît en effet déjà et des montants de référence, dans le cadre des honoraires, pour une trentaine de groupes de diagnostic (prothèse de la hanche, accouchement sans complications, pneumonie, etc.). Dans le système des montants de référence, il est contrôlé si certains hôpitaux ont un profil trop différent et des sanctions de type budgétaire sont prévues. Ce

echter het nadeel dat het pas jaren nadat de referentiebedragen werden overschreden, een sanctie oplegt.

De eerste fase zal bestaan in de omvorming van de referentiebedragen tot een prospectief systeem. Van bij de aanvang zou het ziekenhuis weten op welk bedrag het recht heeft. Het ziekenhuis zou niet langer in het ongewisse verkeren omtrent een variabele, met name het honorariumgemiddelde dat zal dienen als berekeningsgrondslag voor de referentiebedragen.

Deze eerste fase vereist echter dat bij de aan de patiënten aangerekende bedragen wordt afgebakend wat onder het remgeld valt en wat onder de honorariumsupplementen ressorteert. Die twee posten worden immers per geneeskundige prestatie berekend. Ze zouden op een andere grondslag moeten worden georganiseerd, namelijk het verblijf. Tevens is de vraag hoe de patiënten in deze groep al kunnen geïdentificeerd worden tijdens het ziekenhuisverblijf, en niet op basis van de MZG-registratie. Momenteel wordt dergelijke informatie alleen opgenomen in de minimale klinische gegevens. Die gegevensbank wordt pas enkele maanden na de geregistreerde zorgverstrekkingen volledig aangevuld.

2. Een tweede fase zal erin bestaan de voor de eerste pathologiegroepen beschikbare gegevens uit te breiden tot andere pathologiegroepen. Bovendien zouden ook andere honoraria moeten worden opgenomen.

3. In een derde fase zullen andere financieringsstromen binnen de ziekenhuizen worden opgenomen.

Aldus wordt bijvoorbeeld het verblijf van de patiënt in het ziekenhuis dat momenteel hoofdzakelijk gefinancierd via BFM. Zo draagt elke patiënt bij tot een alomvattende jaarlijkse enveloppe. De derde fase zou de mogelijkheid kunnen bieden de als laagvariabele zorg beschouwde verzorging uit die enveloppe te lichten. In een eerste stadium zou het daarbij alleen gaan om het onderdeel B2³. In een tweede fase zouden alle onderdelen ook worden aangepast. Een verdere stap zou erin bestaan de geneesmiddelen op te nemen. Momenteel vormen die een afzonderlijke financieringsbron, die al gedeeltelijk forfaitair is gemaakt. Vervolgens zou ook het dagziekenhuis in aanmerking komen voor integratie, zodat er een sterkere prikkel tot verkorting van de verblijfsduur ontstaat.

³ In verband met de onderdelen van het BFM, zie reeds DOC 54 0903/001.

système présente toutefois le désavantage de générer une sanction plusieurs années après le dépassement des montants de référence.

La première phase consistera à transformer le système des montants de référence en système prospectif. Dès le départ, l'hôpital connaîtrait la somme à laquelle il a droit. L'hôpital ne serait plus soumis à une inconnue, à savoir la moyenne des honoraires qui servira de base au calcul des montants de référence.

Cette première phase nécessite cependant de délimiter dans les montants portés en compte aux patients le ticket modérateur et les suppléments d'honoraires. Ces deux postes sont en effet calculés par intervention médicale. Ils devraient être organisés sur une autre base, à savoir le séjour. À cela s'ajoute la question de savoir comment les patients de ce groupe pourraient déjà être identifiés en cours d'hospitalisation, et non sur la base du RHM. Actuellement, ce type d'informations n'est enregistré que dans le résumé clinique minimal. Cette base de données n'est finalisée que plusieurs mois après les prises en charge enregistrées.

2. Une deuxième phase consistera à élargir les données disponibles pour les premiers groupes de pathologies à d'autres. D'autres honoraires devraient en outre être intégrés.

3. Lors d'une troisième phase, d'autres flux de financement au sein des hôpitaux seront intégrés.

Par exemple, le séjour du patient à l'hôpital est actuellement financé principalement par le budget des moyens financiers (BMF). Chaque patient contribue ainsi à une enveloppe annuelle globale. La troisième phase permettrait de retirer de cette enveloppe les soins considérés comme étant à basse variabilité. Dans une première étape, seule la sous-partie B2 devrait être concernée³. Dans une deuxième étape, toutes les sous-parties seraient également adaptées. Une étape supplémentaire consisterait à intégrer les médicaments. Actuellement, ceux-ci constituent une source de financement à part, qui est déjà rendue partiellement forfaitaire. Ensuite, l'hôpital de jour serait également pris en considération pour l'intégration, ce qui encouragerait davantage la réduction de la durée d'hospitalisation.

³ Sur les sous-parties du BMF, voy. déjà DOC 54 0903/001.

Aan het eind van de derde fase zou één enkel bedrag per zorgverstrekking worden verkregen. Dat bedrag zou echter niet alles dekken. Zo zouden de investeringen niet gedekt zijn, aangezien daarvoor de deelstaten bevoegd zijn.

4. In een vierde fase zal werk worden gemaakt van meer transparantie inzake de honoraria. Het honorarium, dat volledig eigendom van de arts blijft, wordt opgedeeld in twee delen: een professioneel deel en een deel ter dekking van de werkingskosten van het ziekenhuis waar de arts zijn beroep uitoefent. Maximale transparantie inzake honoraria kan niet los worden gezien van de herziening van de nomenclatuur van de gezondheidszorgprestaties.

Voor de toekomst kan worden overwogen het deel “werkingskosten ziekenhuis” eventueel te koppelen aan de andere financieringsstromen van het ziekenhuis. Mocht dat het geval zijn, dat zouden de artsen altijd zeggenschap moeten behouden door te participeren in het beheer van het ziekenhuis.

5. In een vijfde en laatste fase zal een integratie tot stand worden gebracht tussen de zorg in het ziekenhuis en die welke buiten het ziekenhuis wordt verstrekt, in de vorm van *bundled payments*. De spreekster geeft daarbij postnatale zorg en ambulante revalidatie na een prothese-ingreep aan als voorbeeld.

— Mediumvariabele zorg

1. De hervorming zal er hier in eerste instantie in bestaan de vigerende financieringsregels en onderdelen van het BFM te vereenvoudigen. Die vereenvoudiging kan op verschillende manieren worden bewerkstelligd.

Momenteel wordt voor elke pathologie de verantwoordelijke verblijfsduur elk jaar opnieuw berekend. Die verantwoorde verblijfsduur zou verscheidene jaren kunnen gelden. De berekening ervan zou kunnen stoelen op internationale wetenschappelijke onderzoeken per pathologiegroep. Een andere vereenvoudiging zou erin bestaan het normpersoneel, dat momenteel opgenomen is in onderdeel B4 van het BFM, te integreren in de financiering van onderdeel B2. Evenzo zou onderdeel B9 kunnen worden geïntegreerd in onderdeel B2. De vereenvoudiging brengt voor het ziekenhuis een groter financieel risico mee. Om dat te verhelpen, zouden de ziekenhuizen meer vrijheid moeten krijgen bij het toewijzen van de middelen.

Tegelijk met de vereenvoudiging zou de registratielast voor de ziekenhuizen worden verminderd. Op korte termijn kunnen ongebruikte gegevens worden geschrapt en dubbelregistraties worden vermeden.

À la fin de la troisième étape, un montant unique par prise en charge serait obtenu. Par contre, ce montant ne couvrirait pas tout. Ainsi, les investissements ne seraient pas couverts, puisqu’il s’agit d’une compétence des entités fédérées.

4. À l’occasion d’une quatrième phase, la transparence des honoraires sera augmentée. Ces honoraires, qui restent la pleine propriété des médecins, sont divisés en deux parties, à savoir celle qui est professionnelle et celle qui recouvre les frais de fonctionnement de l’hôpital où le médecin exerce son art. La plus grande transparence des honoraires est indissociable de la révision de la nomenclature des prestations de santé.

Dans le futur, il peut être réfléchi à une liaison éventuelle de la partie “frais de fonctionnement de l’hôpital” aux autres flux de financement de l’hôpital. Si tel devait être le cas, les médecins devraient toujours conserver leur mot à dire au moyen d’une participation à la gestion de l’hôpital.

5. Dans une cinquième et dernière phase, une intégration sera organisée entre les soins entre les murs de l’hôpital et ceux qui sont assurés en-dehors, sous la forme de *“bundled payments”*. L’intervenante cite les exemples des soins postnataux et de la révalidation ambulatoire consécutive à la pose d’une prothèse.

— Soins à moyenne variabilité

1. La réforme consistera ici dans une première phase à simplifier les règles actuelles de financement et des éléments du budget des moyens financiers. La simplification peut prendre plusieurs formes.

Ainsi, actuellement, la durée de séjour justifiée par pathologie est recalculée chaque année. Cette durée de séjour justifiée pourrait valoir plusieurs années. Le calcul pourrait se fonder sur des études scientifiques internationales, par groupe de pathologie. Une autre simplification consisterait à intégrer la norme de personnel inscrite dans la sous-partie B4 du budget des moyens financiers dans le financement de la sous-partie B2. Le même travail d’intégration dans la sous-partie B2 pourrait s’appliquer à la sous-partie B9. La simplification présente un risque financier accru pour l’hôpital. Pour pallier cette conséquence, il faudrait veiller à donner aux hôpitaux plus de liberté dans l’allocation des ressources.

Parallèlement à la simplification, la charge d’enregistrement pour les hôpitaux serait réduite. À court terme, il est possible de supprimer des données non utilisées et d’obvier à des doubles enregistrements. À long terme,

Op lange termijn moet worden ingezet op meer geautomatiseerde registraties, bijvoorbeeld dankzij het elektronisch patiëntendossier of andere elektronische gezondheidstoepassingen.

Hierbij zou ook worden voorzien in een afzonderlijke financiering voor diensten die slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen worden verstrekt (bijvoorbeeld radiotherapie, PET-scan enzovoort).

2. In een tweede fase zouden de geneesmiddelen (op forfaitaire basis) en de dagziekenhuisopname worden geïntegreerd.

3. De derde fase omvat de identificatie van het deel “werkingskosten ziekenhuis” in de honoraria van de artsen.

4. In een vierde en laatste fase zou worden voorzien in incentives voor samenwerking met andere ziekenhuizen en zorgvormen, inclusief ambulante zorg.

— Hoogvariabele zorg

Hoogvariabele zorg heeft betrekking op een beperkt aantal patiënten, maar beslaat een groot deel van de ziekenhuiszorgkosten. In deze fase volgen de bedenkers van de ziekenhuishervorming twee denksporen:

1° Binnen de gesloten enveloppe van de ziekenhuisfinanciering zou *a priori* een deel worden afgezonderd voor alle kosten van de hoogvariabele zorg. Dat afgezonderd gedeelte zou vervolgens worden verdeeld over alle ziekenhuizen, op basis van het aantal en het type patiënten en activiteiten in dit hoogvariabele segment tijdens het voorlaatste jaar (t-2). Die oplossing biedt voor de overheid het voordeel van budgetzekerheid (gesloten enveloppe). Daarentegen houdt zij het gevaar in dat de ziekenhuizen, als gevolg van het toegenomen financiële risico, patiënten gaan selecteren.

2° De financiering zou worden opgebouwd rond zorgprogramma's. Alleen specifiek daartoe erkende ziekenhuisinstellingen zouden patiënten mogen opvangen die hoogvariabele zorg vereisen. Door de beperking in het aantal ziekenhuizen dat de hoogvariabele zorg mag opvangen, is het financiële risico voor de overheid weliswaar kleiner, maar niet helemaal verdwenen. Het risico op averechtse selectie is daarentegen veel minder groot.

Het tweede denkspoor lijkt de voorkeur te genieten, voor zover daadwerkelijk zorgprogramma's kunnen worden uitgetekend.

il faut concevoir plus d'enregistrements automatisés, par exemple grâce au dossier médical électronique du patient ou d'autres applications de santé électroniques.

Un financement distinct serait également prévu pour des services qui n'apparaissent que dans un nombre limité d'hôpitaux (par exemple, la radiothérapie, le PET-scan, etc.).

2. Dans une deuxième phase, les médicaments (sur une base forfaitaire) et l'hôpital de jour seraient intégrés.

3. La troisième phase concernerait l'identification de la partie “frais de fonctionnement de l'hôpital” dans les honoraires du médecin.

4. Dans une quatrième et dernière phase, des incitants seraient institués pour stimuler la collaboration avec d'autres hôpitaux et des formes de soins, y compris ambulatoires.

— Soins à haute variabilité

Les soins à haute variabilité concernent peu de patient mais une grande part des coûts des soins de santé hospitaliers. À ce stade, les auteurs de la réforme du financement hospitalier investiguent deux pistes de réflexion:

1° Au sein de l'enveloppe fermée du financement hospitalier, une partie serait dissociée *a priori* pour couvrir l'ensemble des soins à haute variabilité. Cette partie dissociée serait ensuite distribuée parmi l'ensemble des hôpitaux sur la base du nombre et du type de patients et d'activités dans ce segment extrêmement variable lors de la pénultième année (t-2). Cette solution permettrait d'offrir à l'autorité une sécurité budgétaire (enveloppe fermée). Par contre, elle présenterait le risque que, face à un risque financier accru, les hôpitaux sélectionnent des patients.

2° Le financement serait organisé autour de programmes de soins. Seules des institutions hospitalières spécifiquement reconnues à cet effet pourraient prendre en charge des patients nécessitant des soins à haute variabilité. La limitation du nombre d'hôpitaux pouvant accueillir les soins à haute variabilité permettrait de réduire, mais non d'écarter complètement, le risque budgétaire pour l'autorité. Par contre, le risque de sélection induite se présente nettement moins.

La deuxième piste paraît devoir être privilégiée, pour autant qu'il soit effectivement possible de tracer des programmes de soins.

c) *Afzonderlijke financiering voor specifieke taken en opdrachten*

Ziekenhuizen oefenen soms specifieke taken en opdrachten uit: sociale factoren, spoedgevallendiensten, academische opdrachten van de universitaire ziekenhuizen, innovatie, zware medische apparatuur enzovoort. Die taken en opdrachten zijn opgenomen in de bestaande financieringsregels, maar een en ander is niet transparant. Dat gebrek aan transparantie wekt argwaan. Derhalve wordt overwogen de specifieke taken en de specifieke opdrachten op te nemen in afzonderlijke begrotingsposten. Aldus zal duidelijker tot uiting komen dat de prijs van de ziekenhuiszorg per patiënt een uniforme prijs is.

d) *Proefprojecten*

De bedenkers van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering willen een evolutie, geen revolutie. De implementatie van de nieuwe regeling moet voorzichtig, pragmatisch en stapsgewijs verlopen. Daartoe lijken proefprojecten een goede oplossing. Daarnaast is de nood aan zorgcoördinatie en -integratie. Stimuli daartoe zouden worden gegeven door een financiering ("*bundled payments*"), binnen het ziekenhuis of tussen het ziekenhuis en andere zorgvoorzieningen, die via pilootprojecten kan uitgetoetst worden.

Om proefprojecten te kunnen uitvoeren, moet men geschikte juridische instrumenten ontwikkelen. In dat opzicht mag men zich baseren op artikel 107 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. Andere mogelijke instrumenten zijn de RIZIV-conventies en artikel 56 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Die inspiratiebronnen moeten aan de realiteit van de algemene ziekenhuizen worden aangepast.

Concrete voorstellen voor dergelijke proefprojecten zullen worden geanalyseerd. Er zijn al dergelijke voorstellen gedaan. Er zal ook actief worden gepolst naar suggesties bij *stakeholders*. De spreekster hoopt dat nog voor de zomer van 2015 een oproep tot het indienen van projecten zal worden gelanceerd. Een en ander moet budgetneutraal blijven. De selectie van de projecten zal geschieden op basis van de inhoud van de ingediende voorstellen, die wordt beoordeeld door wetenschappelijke en beleidsexperts. Het doel is om, zoals bij de projecten op grond van het voormelde artikel 107, budgettaire zekerheid gedurende maximum vier jaar te waarborgen. Aan het eind van het project heeft een evaluatie plaats.

c) *Financement distinct pour les fonctions et missions spécifiques*

Les hôpitaux exercent parfois des fonctions et des missions spécifiques: prise en charge de facteurs sociaux, service des urgences, missions académiques des hôpitaux universitaires, innovation, équipements médicaux lourds, etc. Ces fonctions et ces missions sont intégrées aux modalités actuelles de financement, mais sur une base peu transparente. Ce manque de transparence génère de la suspicion. Dès lors, il est envisagé de faire des fonctions et des missions spécifiques des postes budgétaires distincts. Ainsi apparaîtra-t-il clairement que le prix par patient de la prise en charge hospitalière est uniforme.

d) *Projets pilotes*

Les auteurs de la réforme du financement hospitalier initient une évolution, non une révolution. L'installation du nouveau régime doit être prudente, pragmatique et par étapes. Pour ce faire, des projets pilotes semblent constituer une bonne solution. À cela s'ajoute le besoin de coordination et d'intégration des soins. La stimulation s'opérerait par un financement couplé (les "*bundled payments*"), soit au sein de l'hôpital, soit entre l'hôpital et d'autres institutions de soins qui pourrait être mis à l'essai dans le cadre de projets pilotes.

Des instruments juridiques appropriés sont nécessaires pour mener des projets pilotes. Il est permis à ce titre de s'inspirer de l'article 107 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. D'autres instruments pourraient être les conventions INAMI et l'article 56 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Ces sources d'inspiration devront être adaptées à la réalité des hôpitaux généraux.

Les propositions concrètes en vue de tels projets pilotes seront analysées. De telles propositions ont déjà été formulées. Il sera aussi activement recherché auprès des parties prenantes si elles ont également de telles suggestions. L'intervenante espère qu'encore avant l'été 2015, un appel à projet sera lancé. Le cadre budgétaire devra rester neutre. La sélection des projets s'opérera sur la base du contenu des propositions soumises, évalué par des experts scientifiques et politiques. L'objectif est de garantir, à l'instar des projets menés sur la base de l'article 107 précité, une sécurité budgétaire pendant une durée déterminée de quatre ans maximum. Une évaluation aura lieu à la fin du projet.

e) *Bevordering van de kwaliteit*

Internationaal zijn er vele initiatieven gelanceerd om de ziekenhuisfinanciering te koppelen aan voorwaarden inzake kwaliteit. De bedenkers van de hervorming willen zich bij die trend aansluiten.

De buitenlandse ervaring leert dat het stimuleren van kwaliteit via “P4Q” een belangrijke hefboom voor een goed gezondheidsbeleid kan zijn, maar geen onverdeeld succes is. Een stapsgewijze pragmatische aanpak is dan ook al even onontbeerlijk. Extra verplichte registraties zijn uit den boze. In een eerste fase is het verstandig maar een beperkt deel van het budget op basis van kwaliteit of prestaties te herverdelen: 1 à 2 %. Als die eerste fase positieve effecten heeft, kan men beslissen om over te gaan tot een verruiming. Voor de spreekster is die regeling toepasbaar in de drie financieringsclusters.

Om de kwaliteit en de prestaties te beoordelen, moet men gebruik maken van bewezen nuttige indicatoren (die vrijwel uitsluitend door de zorg worden beïnvloed), met weinig manipulatiemogelijkheid. Die indicatoren moeten zo mogelijk ziekenhuisbreed zijn. Anders mogen zij ziektespecifiek zijn. Er moeten ook zo veel mogelijk *outcome*-metingen als basis worden genomen. Anders kan men kiezen voor intermediaire resultaatsindicatoren (bijvoorbeeld potentieel vermijdbare complicaties, “*never events*” of gebeurtenissen die nooit zouden mogen voorkomen) of procesindicatoren (bijvoorbeeld periodiek oog- en voetonderzoek bij diabetici, ontslaginformatie).

Tijdens de voorbereidende besprekingen werd het ICHOM-initiatief (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*) herhaaldelijk als veelbelovend bestempeld.

f) *Kortetermijnhervormingen*

Op korte termijn moet een administratieve vereenvoudiging plaatsvinden. Een kritische doorlichting van een reeks verplichte registraties bij de ziekenhuizen is nodig, vooral in het licht van hun noodzakelijkheid. Die inspanning inzake stroomlijning moet geschieden in overleg met de deelstaten. Reflectie is ook nodig aangaande de methodologie. Zo moet er bijvoorbeeld nieuw onderzoek komen naar de frequentie van de registraties en de relevantie voor alle ziekenhuizen.

e) *Stimulation de la qualité*

Au niveau international, de multiples initiatives ont été lancées afin de coupler le financement d’hôpitaux à des conditions de qualité. Les auteurs de la réforme veulent s’inscrire dans ce mouvement.

L’expérience dans d’autres États enseigne que la stimulation de la qualité selon l’approche P4Q peut constituer un levier important d’une bonne politique de santé; elle ne constitue toutefois pas un succès total. Une approche pragmatique et par étapes est donc ici aussi indispensable. Il convient d’éviter toute obligation supplémentaire d’enregistrement. Dans une première étape, la prudence commande de débiter par une part limitée du budget à redistribuer sur la base de la qualité ou de la performance: 1 à 2 %. Si cette première étape produit des effets positifs, un élargissement peut être décidé. Pour l’intervenante, ce système peut s’appliquer dans les trois “clusters” de financement.

Pour évaluer la qualité et la performance, il convient de retenir des indicateurs utiles et prouvés (qui sont quasi exclusivement influencés par les soins), avec peu de possibilités de manipulation. Ces indicateurs doivent se situer à l’échelle de l’hôpital, si possible. Sinon, ils peuvent être spécifiques à la maladie. Pour autant que possible, la mesure des résultats doit être prise comme base. À défaut, des indicateurs de résultats intermédiaires (par exemple, des complications potentiellement évitables, des “*never events*” ou événements qui ne devraient jamais subvenir) ou des indicateurs de processus (par exemple, examen périodique des yeux et des pieds des diabétiques, informations de sortie) peuvent être retenus.

Lors des discussions préparatoires, il a plusieurs fois été soutenu que l’initiative ICHOM (“*International Consortium for Health Outcomes Measurement*”) serait prometteuse.

f) *Réformes à court terme*

À court terme, une simplification administrative doit avoir lieu. Il convient de soumettre une série d’enregistrements obligatoires auprès des hôpitaux à un examen critique, surtout à la lumière de leur nécessité. Cet effort de rationalisation doit être mené en concertation avec les entités fédérées. La réflexion doit également porter sur la méthodologie. Par exemple, la périodicité des enregistrements et les hôpitaux concernés doivent être réexaminés.

Ten aanzien van de RIZIV-attesteringen (geneesmiddelen en implantaten) zal ook worden onderzocht in hoeverre administratieve vereenvoudiging mogelijk is.

De tweede hervorming op korte termijn betreft de spoedgevallendiensten. De spreekster pleit voor afgezonderde financiering, die dus niet in de prijs per patiënt zit vervat. Inzake organisatie is een betere samenwerking nodig tussen de spoeddiensten, met hun MUG- en PIT-functies, de huisartsen en de wachtposten, om de doorstroming van de patiënten te beheren, de continuïteit van de zorg te waarborgen en de veiligheid van de patiënten te verzekeren. Men kan overwegen om de exploitatie van de spoeddiensten niet langer aan de afzonderlijke ziekenhuizen toe te vertrouwen, maar aan de ziekenhuisnetwerken.

De financiering van de spoeddiensten zou de samenwerking tussen de belanghebbenden moeten bevorderen. Men zou die financiering daarom veeleer per geografisch gebied moeten organiseren, in plaats van op basis van de grootte van het ziekenhuis. Er is een nieuwe verdeelsleutel ontwikkeld, die rekening houdt met het aantal patiënten dat in die diensten wordt verzorgd. Die verdeelsleutel vormt een stimulans die de ziekenhuizen ertoe noopt alle patiënten in die diensten te aanvaarden. Een hervorming is noodzakelijk, via het budget van de financiële middelen.

De hervorming van de honoraria moet gepaard gaan met de herziening van de nomenclatuur van de gezondheidsverstrekingen. Het ereloon voor verstrekingen in een spoeddienst blijft tot nu toe gekoppeld aan de prestaties, terwijl een spoedafdeling precies een dienst is waar de permanentie en de continuïteit van de dienstverlening moeten prevaleren. Een meer geïntegreerde financiering is dus geboden.

Naast die hervormingen op korte termijn moet worden gewerkt om te komen tot meer transparantie over de kostprijs per pathologie. Er is meer informatie nodig over die kosten en de vrij te maken middelen. Met de transparantie wordt een betere tariefzetting voor laagvariabele zorg beoogd. Periodiek zal worden nagegaan of de financiering voldoende is ten opzichte van de kosten voor alle zorgvormen. De voorbije tien jaar is in het budget van de financiële middelen immers een onderfinanciering vastgesteld.

De transparantie heeft ook een documentaire functie. Enerzijds vereist het recht van de Europese Unie dat de kostprijs van diensten van algemeen economisch belang onderzocht wordt om te voorkomen dat er sprake is van enige onterecht verkregen subsidie. Anderzijds moet erop worden toegezien dat de kosten voor een

En ce qui concerne les attestations INAMI (médicaments et implants), il sera également examiné dans quelle mesure une simplification administrative peut avoir lieu.

La deuxième réforme à court terme concerne les services des urgences. L'intervenante plaide pour un financement distinct, qui ne figure donc pas dans le prix par patient. En ce qui concerne l'organisation, une meilleure collaboration est requise entre les services des urgences, les services SMUR, PIT et généralistes, ainsi que les postes de garde, afin de gérer les flux de patients, de garantir la continuité des soins et d'assurer la sécurité des patients. Il pourrait être envisagé de confier l'exploitation des services des urgences non plus aux hôpitaux pris isolément mais aux réseaux d'hôpitaux.

Le financement des services des urgences devrait favoriser la collaboration entre les acteurs. Il devrait s'organiser sur une base géographique plutôt que sur la base de la taille de l'hôpital. Une nouvelle clef de répartition a été élaborée, qui tient compte du nombre de patients pris en charge dans ces services. Cette clef de répartition constitue un incitant qui pousse les hôpitaux à accepter tous les patients dans ces services. Une réforme est donc nécessaire, passant par le budget des moyens financiers.

La réforme des honoraires constitue un chantier à mener de pair avec la révision de la nomenclature des prestations de santé. L'honoraire pour les prestations dans un service d'urgence reste à ce jour lié aux prestations, alors que les urgences sont justement un service où doit prévaloir la permanence et la continuité du service. Un financement plus intégré devrait être conçu.

En plus de ces réformes à court terme, un travail doit être mené afin d'aboutir à plus de transparence sur le coût par pathologie. Plus d'informations sont nécessaires sur ce coût et sur les moyens à libérer. La transparence vise à une meilleure fixation du tarif pour les soins à basse variabilité. Elle permet de vérifier périodiquement si le financement est suffisant par rapport au coût de toutes les formes de soins. En effet, ces dix dernières années, un sous-financement est apparu dans le budget des moyens financiers.

La transparence a également un rôle de documentation. D'une part, le droit de l'Union européenne requiert que le coût d'un service d'intérêt économique général soit analysé afin d'éviter que toute subvention induite n'intervienne. D'autre part, il faut éviter que les coûts ne diffèrent entre hôpitaux ou entre patients, à intervention

zelfde ingreep niet verschillen naar gelang van het ziekenhuis of de patiënt. De huidige regeling voorziet nu al deels in de mogelijkheid om bepaalde discrepanties te voorkomen, bijvoorbeeld op basis van de verantwoorde bedden. De kostprijs varieert echter niet alleen volgens de verblijfsduur, maar ook per verblijfsdag. Om dat te illustreren, haalt mevrouw Kesteloot voorbeelden aan uit de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

De bepaling van de transparante kostprijs per pathologie mag geen eenmalig project zijn, maar moet een systematisch bruikbare methodiek worden. Verscheidene reeds bestaande initiatieven kunnen als inspiratiebron dienen: de door de ULB ontwikkelde PACHA-methodologie (*projet d'analyse des coûts des hôpitaux associés*); studies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg en van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, met de samenwerking van diverse universitaire teams; het EuroDRG-project van de Europese Commissie enzovoort.

4. Governance-structuur van het project

a) Algemeen

De governance-structuur van het project zal anders zijn bij de uitstippeling van de nieuwe ziekenhuisfinanciering en bij de implementatie ervan.

De governance-structuur beoogt een optimale onderlinge afstemming van de verschillende federale overheidsdiensten (RIZIV, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg enzovoort). Er wordt naar gestreefd de gezondheidszorg onder te brengen in één enkele beheersstructuur, alsook te komen tot een transparante en efficiënte taakverdeling en samenwerking.

De door te voeren hervormingen omvatten ook de optimalisering van de bestaande adviesorganen in de ziekenhuissector, waaronder de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en de 'Multipartite'. Daarbij moet de erkenningsbevoegdheid van de deelstaten echter in acht worden genomen. Die adviesorganen moeten uitgaan van de inbreng van de *stakeholders* en zich laten leiden door een *evidence based medicine*.

b) Conceptualisatiefase

Het federaal regeerakkoord voorziet in de oprichting van een federale *task force*, die ervoor moet zorgen

identieke. Pour une part, le régime actuel permet déjà d'éviter certaines de ces disparités, par exemple sur la base des lits justifiés. Cependant, les coûts varient non seulement en fonction de la durée de séjour, mais aussi par journée de séjour à l'hôpital. Pour illustrer son propos, Mme Kesteloot reprend des exemples tirés de l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

La définition du coût transparent par pathologie ne doit pas constituer un projet unique, mais devenir une méthodologie utilisable de façon systématique. Des sources d'inspiration existent à cet effet: méthodologie PACHA (projet d'analyse des coûts des hôpitaux associés, développé par l'ULB); études du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, avec la collaboration de plusieurs équipes universitaires; projet EuroDRG initié par la Commission européenne, etc.

4. Structure de gouvernance du projet

a) Généralités

La structure de gouvernance du projet sera différente lors de la phase de conceptualisation du nouveau financement des hôpitaux et lors de la phase de mise en place.

La structure de gouvernance du projet vise une articulation optimale entre les différents services publics fédéraux (INAMI, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, etc.). L'intégration en un seul domaine de gestion des soins de santé est recherchée, de même qu'une répartition des tâches de collaboration transparente et efficace.

Une part des réformes à mettre en place concerne l'optimalisation des organes consultatifs actuellement actifs dans le secteur hospitalier: Conseil national des établissements hospitaliers, structure multipartite, etc. Les compétences des entités fédérées en matière d'agrément doivent toutefois être respectées. Ces organes consultatifs doivent travailler sur la base de l'apport des parties prenantes et dans le respect d'une médecine fondée sur les preuves.

b) Phase de conceptualisation

L'accord de gouvernement fédéral prévoit la mise en place d'une *task-force* fédérale. Celle-ci veillera à

dat de hervormingen van de ziekenhuisfinanciering, het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, alsook de nomenclatuur van de gezondheidszorg, onderling op elkaar worden afgestemd.

Wat specifiek de hervorming van de ziekenhuisfinanciering betreft, zal een federale overleggroep in het leven worden geroepen, die de voorstellen en projecten die worden uitgewerkt periodiek zal bestuderen en onderling afstemmen. Zo moet niet systematisch advies worden gevraagd aan de officiële adviesorganen, die elk voor een deel bevoegd zijn en uiteenlopend samengesteld zijn.

De federale overleggroep zal structureel samengesteld zijn uit drie groepen: vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, van de artsen en van de ziekenfondsen. De beleidscel van de minister zal de vergaderingen van de overleggroep voorzitten. Die overleggroep zal ook over een bureau beschikken.

De andere *stakeholders* worden bij de conceptualisatie van de nieuwe ziekenhuisfinanciering niet vergeten. Andere stakeholders zullen bij het overleg betrokken worden via bilaterale afstemming: verpleegkundigen, patiëntenverenigingen, de industrie, de sociale partners, verzekeraars enzovoort. De deelstaten zullen worden betrokken via de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

c) Implementatiefase

Bij de implementatie van de nieuwe ziekenhuisfinanciering zal het advies van de – eventueel hervormde – officiële adviesorganen worden gevraagd. Ook hier zal met de deelstaten worden overlegd in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

II. — GEDACHTEWISSELING

A. Algemene beoordeling

De heer Jan Vercammen (N-VA) steunt het Plan van Aanpak van de minister. Hij stelt vast dat de eerste reacties, die hij op een recent colloquium aan de VUB heeft opgevangen, positief zijn.

Het Plan van Aanpak van de minister is volgens het lid perfect in overeenstemming met het regeerakkoord. De toepassing van forfaits blijft beperkt. De hervorming raakt niet aan het onderscheid tussen de financiering

la cohérence globale des réformes du financement des hôpitaux, de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et de la nomenclature des prestations de santé.

Spécifiquement en ce qui concerne la réforme du financement des hôpitaux, un groupe de concertation fédéral sera institué. Les propositions et les projets en développements y seront périodiquement analysés et mis en concordance les uns avec les autres. Cette manière de procéder vise à éviter de devoir systématiquement demander conseil aux organismes consultatifs officiels, compétents chacun pour une partie et composés de manière disparate.

Le groupe de concertation fédéral sera composé de manière structurelle de trois groupes: des représentants des hôpitaux, des représentants des médecins et des représentants des mutualités. Ce groupe de concertation se réunira sous la direction de la cellule stratégique de la ministre. Un bureau de ce groupe sera également institué.

Lors de la conceptualisation du nouveau financement des hôpitaux, les autres parties prenantes ne seront pas oubliées. D'autres parties prenantes seront associées à cette concertation dans le cadre d'une coordination bilatérale: acteurs des soins infirmiers, associations représentatives des patients, industrie, partenaires sociaux, assureurs, etc. Les entités fédérées seront associées dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique.

c) Phase de mise en place

Lors de la mise en place du nouveau financement des hôpitaux, l'avis des organismes consultatifs officiels – réformés s'il échet – sera demandé. Les entités fédérées seront ici aussi associées dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique.

II. — ÉCHANGE DE VUES

A. Évaluation générale

M. Jan Vercammen (N-VA) soutient le Plan d'approche de la ministre. Le membre constate que les premiers échos, exprimés au cours d'un colloque récent organisé à la VUB, sont positifs.

Le Plan d'approche de la ministre est, pour l'intervenant, parfaitement conforme à l'accord de gouvernement. La forfaitarisation reste limitée. La réforme ne touche pas à la distinction entre le financement des

van de zorg en de financiering van de infrastructuur (gebouwen, apparatuur). Het lid is het er ook mee eens dat een deel van de financiering gelinkt wordt aan de kwaliteit van de zorg en dat inspanningen worden geleverd om tot een grotere specialisatie te komen, gekoppeld aan een betere samenwerking tussen de zorgactoren. Tot slot stelt de spreker het op prijs dat de rationalisering van de te besteden middelen een van de prioriteiten is van de minister.

De heer Alain Mathot (PS) stelt vast dat veel mensen zich hebben ingezet voor het Plan van Aanpak. Hij brengt in herinnering dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering van heel groot belang is.

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) waardeert de gedetailleerdheid van het Plan van Aanpak, hoewel sommige inhoudelijke aspecten voor haar nog onduidelijk zijn.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) vindt dat de minister de huidige toestand van de ziekenhuizen correct geanalyseerd heeft. De complexiteit van het systeem is voldoende in de verf gezet. Het gezondheidszorglandschap is voortdurend in beweging; zo verblijven patiënten minder lang in het ziekenhuis, terwijl hun zorgtraject complexer wordt. De financiering van de ziekenhuizen moet de evolutie in de zorgbehoeften weerspiegelen.

In het licht van de uitleg van de minister vindt de spreker dat het financieringssysteem van de ziekenhuizen vrij complex blijft; dit systeem zal slechts voor enkele "ingewijden" bevattelijk zijn. Het voordeel van het onderzoek van het Kenniscentrum voor Gezondheidszorg is dat het een vereenvoudiging voorstelt, ook al is de spreker het ten gronde niet eens met de opvattingen van de bedenkers van het onderzoek, met name over de forfaitarisering.

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) feliciteert alle mensen die hebben bijgedragen aan het opstellen van het Plan van Aanpak. Er wordt vooral aandacht besteed aan de patiënten. De gezondheidszorg moet kwalitatief hoogstaand en toegankelijk zijn, en betaalbaar blijven voor patiënt én overheid.

De heer Damien Thiéry (MR) staat achter het Plan van Aanpak. Hij stelt vast dat het om een gezamenlijk werk gaat, uitgevoerd door vele mensen. Het hervormingsproject is heel breed opgevat. Volgens de spreker kent het op dat vlak geen precedent. De urgentie was gerechtvaardigd door de moeilijke financiële situatie van steeds meer ziekenhuizen.

De spreker heeft tijdens de plenaire vergadering van 12 maart 2015 (CRIV 54 PLEN 034, blz. 32) een

soins et le financement des infrastructures (bâtiment, appareillage). Le membre approuve également qu'une part du financement soit liée à la qualité des soins et que des efforts soient fournis en vue d'une plus grande spécialisation, liée à une meilleure collaboration des acteurs des soins. Enfin, l'orateur apprécie que la rationalisation de l'allocation des moyens figurent parmi les priorités de la ministre.

M. Alain Mathot (PS) constate que le Plan d'action a mobilisé de nombreuses personnes et rappelle que la réforme du financement des hôpitaux présente une importance primordiale.

M. Anne Dedry (Ecolo-Groen) apprécie le caractère circonstancié du Plan d'action, même s'il lui reste certaines questions sur son contenu.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) estime que la ministre a procédé à une analyse correcte de la situation actuelle des hôpitaux. La complexité du système a été suffisamment mise en évidence. Le paysage des soins de santé est sans cesse mouvant. Ainsi, la durée de séjour à l'hôpital se réduit, tandis que le trajet de soins du patient se complexifie. Le financement des hôpitaux doit refléter l'évolution des besoins de soins.

L'intervenante estime, au vu des explications de la ministre, que le système de financement des hôpitaux reste assez complexe. Ce système ne restera connu que de quelques initiés. L'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé présentait cet avantage qu'elle procédait à une simplification, même si, sur le fond, Mme Muylle ne partageait pas la philosophie des auteurs de l'étude, spécialement sur la forfaitarisation.

Mme Ine Somers (Open Vld) félicite l'ensemble des personnes ayant contribué à la rédaction du Plan d'approche. L'attention est dirigée principalement vers les patients. Les soins de santé doivent rester de qualité, accessibles et finançables, pour le patient et pour l'autorité.

M. Damien Thiéry (MR) approuve le Plan d'approche et constate qu'il s'agit d'une œuvre collective, rédigée à plusieurs mains. Le projet de réforme est de grande ampleur. Pour l'intervenant, il ne compte pas de précédent en la matière. L'urgence était justifiée par la situation financière difficile d'un nombre croissant d'hôpitaux.

L'intervenant avait posé une question orale en séance plénière le 12 mars 2015 (CRIV 54 PLEN 034, p. 32).

mondelinge vraag aan de minister gesteld. In haar antwoord had de minister aangegeven dat ze een zeker aantal verworvenheden zou nakomen en in volledige overeenstemming met de sector zou werken. De heer Thiéry vindt dat het optreden van de minister aantoonde dat ze woord houdt. Het hervormingsproject gaat in op de bezorgdheden en de vragen van de stakeholders. Het principe van financiering per medische prestatie blijft behouden. Het systeem van afhouding op erelonen zal veranderen. De participatie van de artsen in het ziekenhuisbeheer zal gegarandeerd worden.

Voor de spreker is het hervormingsproject voor de financiering van ziekenhuizen objectief, in die zin dat het niet *a priori* een ziekenhuis of een categorie van ziekenhuizen bevoordeelt. Het project kan ook als gedurfd worden beschouwd, omdat het werk maakt van een langetermijnherstructurering van het ziekenhuislandschap.

Net als mevrouw Somers wijst de spreker erop dat het belangrijk is dat de patiënt centraal staat in de bezorgdheden. Het hoofddoel van de minister bestaat erin om, naast transparantie en vereenvoudiging, opnieuw en terecht uit te gaan van de centrale rol die de patiënten innemen.

Ook mevrouw Monica De Coninck (*sp.a*) feliciteert de minister. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is een heel belangrijk dossier voor de toekomst van de gezondheidszorg. Deze hervorming werd al lange tijd verwacht.

Het beheer van een ziekenhuis vergt veel capaciteiten van de beheerders: ze werken met hoogopgeleid personeel en met verstrekkers van uiteenlopende zorg, in een complexe en steeds evoluerende normatieve context, met een weinig transparante financiering, en tot slot krijgen ze te maken met angstige en steeds kritischer patiënten. Het is een echte uitdaging om tot een evenwicht te komen.

In 2002 werd de spreekster in Antwerpen geconfronteerd met een situatie waarin niet minder dan acht ziekenhuisstructuren naast elkaar bestonden en financiële problemen hadden. Mevrouw De Coninck haalt in dit verband het beeld aan van het "*burning platform*" (de keuze tussen een zekere ondergang en een waarschijnlijke ondergang). Er moesten keuzes gemaakt worden. De uitgewerkte oplossingen lijken op het algemene model uit de hier voorgestelde hervorming van de financiering: creëren van netwerken, specialisatie, aangepaste infrastructuur, nieuwe opvatting van de financiering enzovoort.

Volgens het lid werden die inspanningen toentertijd echter niet naar waarde geschat. Zo heeft de fusie geleid

Dans sa réponse, la ministre avait indiqué qu'elle respecterait un certain nombre d'acquis et qu'elle travaillerait en parfaite concertation avec le secteur. M. Thiéry estime que l'intervention de la ministre démontre qu'elle tient parole. Le projet de réforme répond aux préoccupations et aux demandes de parties prenantes. Le principe du financement par prestation médicale est maintenu. Le système de retenues sur les honoraires sera revu. La participation des médecins à la gestion hospitalière sera garantie.

Pour l'orateur, le projet de réforme du financement hospitalier présente un caractère objectif, en ce sens qu'il ne va pas *a priori* privilégier un hôpital ou une catégorie d'hôpitaux. Le projet peut également être qualifié d'audacieux, dans la mesure où il procède à une restructuration à long terme du paysage hospitalier.

Avec Mme Somers, l'intervenant souligne l'importance d'avoir mis le patient au centre des préoccupations. L'objectif principal de la ministre, outre la transparence et la simplification, consiste de manière judicieuse à repartir du rôle central des patients.

Mme Monica De Coninck (*sp.a*) félicite elle aussi la ministre. La réforme du financement hospitalier constitue un dossier d'importance primordiale pour l'avenir des soins de santé. Cette réforme était attendue depuis longtemps.

La gestion d'un hôpital nécessite plus d'une qualité. Le gestionnaire travaille avec un personnel hautement qualifié, des acteurs de soins multiples, un cadre normatif complexe et en constante évolution, un financement peu transparent et des patients angoissés, de plus en plus critiques. Parvenir à un équilibre constitue une vraie gageure.

À l'époque, en 2002, l'intervenante avait été confrontée à Anvers à une situation où pas moins de huit structures hospitalières coexistaient et traversaient des difficultés financières. Mme De Coninck invoque à cet égard l'image de la "*burning platform*" (choix entre une mort certaine et une mort probable). Des choix ont dû être posés. Les solutions qui ont été trouvées ressemblent au modèle général tracé par la réforme du financement ici projetée: création de réseaux, spécialisations, infrastructures adaptées, nouvelle conception du financement, etc.

Ces efforts n'ont cependant, selon le membre, pas été récompensés à l'époque à leur juste valeur. La

tot het bevroren van de dotatie. Dit soort situaties maakt het moeilijk steun te krijgen van de actoren op het terrein. Deze lessen uit het verleden moeten, net als de proefprojecten, de weg wijzen in het hervormingsproces.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) stelt vast dat het Plan van Aanpak in overleg met de sector is opgesteld. De actoren uit de sector hebben al geanticipeerd op bepaalde punten.

De spreekster onderschrijft de basisvaststellingen van de minister: evolutie van de behoeften van de patiënten, complexe en weinig transparante financiering van de ziekenhuizen, financiële moeilijkheden in steeds meer ziekenhuizen enzovoort. Ze is het ook eens met de doelstelling om deze hervorming uit te voeren zonder te besparen, al bestaat er door de gesloten enveloppe een risico op communicerende vaten.

De spreekster formuleert uitdrukkelijk drie basisprincipes die bij de hervorming volgens haar voorop moeten staan:

1° kwaliteit en voortreffelijkheid: deze doelen moeten worden nagestreefd in de zorg voor de patiënten; ze moeten ook de verantwoordelijkheid van de Staat in de financiering van de ziekenhuizen kenmerken;

2° transparantie en financiële zekerheid: deze principes behoeden de patiënt voor onaangename verrassingen en garanderen de toegang tot de gezondheidszorg; voor het ziekenhuis maken ze een goed ziekenhuisbeheer mogelijk, kunnen ze permanente veranderingen in functie van budgetten en herschikkingen voorkomen en kan met meerjarige begrotingskaders worden gewerkt;

3° partnerschap en samenwerking: die beginselen moeten gelden vóór en na de ziekenhuisopname (transmurale dynamiek); ze gelden ook tussen de ziekenhuizen onderling en rechtvaardigen een aanpak van de basis naar de top, met inachtneming van de vrijheid van vereniging; zij verantwoorden een bevoorrechte plaats van de arts in het ziekenhuisbeheer.

Het Plan van aanpak van de minister wijkt op verschillende punten af van de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: benadering van de basis naar de top; netwerken in plaats van louter geografische logica; gemengde financiering in plaats van "all-in". Wat die punten betreft, schaart mevrouw Fonck zich achter de visie van de minister. De studie van het Centrum maakte ook gewag van een bestraffing van de ziekenhuizen die een als normaal beschouwd aantal gevallen zouden overschrijden. Is men daarvan afgestapt?

fusion a ainsi eu pour conséquence que la dotation fut gelée. De telles situations rendent difficile d'obtenir l'appui des acteurs de terrain. Les enseignements du passé doivent contribuer, autant que les projets pilotes, à guider le processus de réforme.

Mme Catherine Fonck (cdH) constate que le Plan d'approche a été élaboré en concertation avec le secteur. Des acteurs de ce secteur avaient déjà anticipé certains points.

L'oratrice souscrit aux constats de base de la ministre: évolution des besoins des patients, financement des hôpitaux complexe et peu transparent, difficultés financières d'un nombre croissant d'hôpitaux, etc. Elle partage de même l'objectif de mener cette réforme sans économie, même si, en raison de l'enveloppe fermée, un risque de phénomène de vases communicants existe.

L'intervenante explicite trois principes fondamentaux qui doivent, selon elle, guider la réforme:

1° qualité et excellence: ces objectifs doivent être poursuivis dans les soins donnés aux patients; ces qualités doivent aussi qualifier la responsabilité de l'État dans le financement des hôpitaux;

2° transparence et sécurité financière: pour le patient, ces principes lui évitent toute mauvaise surprise et garantissent l'accessibilité des soins de santé; pour l'hôpital, ils permettent une bonne gestion hospitalière et nécessitent d'éviter les changements permanents en fonction des budgets et des ajustements et de disposer de cadres budgétaires pluriannuels;

3° partenariat et collaboration: ces principes doivent valoir avant et après l'hospitalisation (dynamique transmurale); ils valent également entre hôpitaux et justifient une approche qui va de la base vers le sommet, dans le respect de la liberté associative; ils justifient une place privilégiée du médecin dans la gestion hospitalière.

Par rapport à l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, le Plan d'approche de la ministre s'en écarte sur plusieurs points: approche de la base vers le sommet; réseaux plutôt qu'une logique purement géographique; financement mixte plutôt que de type "all-in". Sur ces points, Mme Fonck souscrit à la vision de la ministre. L'étude du Centre faisait également état d'une pénalisation pour les hôpitaux qui dépasseraient un nombre de cas considéré comme normal. Cette piste a-t-elle été abandonnée?

De spreekster mist een bepaling van algemene doelstellingen inzake volksgezondheid. Een dergelijke omschrijving staats niet haaks op een visie die van de basis naar de top gaat, aangezien het mogelijk zou zijn geweest om de sector voorstellen te laten formuleren die in die algemene doelstellingen zouden passen. Hoewel het Plan van aanpak een hoofdstuk over “governance” en transparantie bevat, net als passages over de erelonen van de artsen, vermeldt het geen enkel initiatief over *incentives* die ertoe strekken de werknemers in de zorgsector ertoe aan te aanmoedigen in het ziekenhuis te blijven werken.

Voorzitter Muriel Gerkens geeft aan dat men al lang wacht op de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, dat de hervorming veel energie heeft gekost en dat ze uiterst belangrijk is.

De spreekster maakt zich echter zorgen over de voorgestelde organisatie. Bij een volksgezondheidsproject moet men voor een goede organisatie van de patiëntenzorg rekening houden met het territoriaal oogpunt, moet men de eerstelijnszorg organiseren volgens nabijheidscriteria en vervolgens de meer gespecialiseerde zorg organiseren. Met de hervorming wordt dan wel een permanente samenwerking in uitzicht gesteld tussen de voorzieningen *intra muros* en *extra muros*, toch blijft het ziekenhuis de spil van alle regelingen, waardoor de eerstelijnszorg een soort restant van de ziekenhuiszorg wordt. Is dat wat de minister voor ogen heeft?

De spreekster betreurt het dat men in de artsenhonoraria geen onderscheid meer maakt tussen de prestatie van de arts, de uitrusting en de andere werkingskosten. De harmonisering van de bezoldigingen van de artsen-specialisten wordt ook niet meer vermeld. Zijn de hervormers hier nog om bekommerd?

De minister houdt vast aan het model dat vertrekt van de basis en naar het terrein gaat. Zij is zich ervan bewust dat er veel te leren valt uit de initiatieven die daaruit voortkomen, zoals de aangestipte initiatieven in Antwerpen. Doordat men het gevoel had dat er dringend iets moest worden gedaan, heeft men zich uit een zeer hachelijke situatie kunnen redden. De toenmalige minister van Volksgezondheid had net een project opgestart om de ziekenhuisfinanciering te hervormen. De spreekster deelt hetzelfde enthousiasme, ook al beseft zij heel goed dat zij een hervorming op lange termijn lanceert. De spreekster benadrukt dat ze haar inspiratie niet haalt uit het Duitse model van ziekenhuiszorg.

Het belang van de patiënt staat centraal in de hervorming. Kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg vormt de leidraad van het Plan van

Il manque à l'intervenante une définition d'objectifs généraux de santé publique. Une telle définition ne méconnaît pas une vision allant de la base vers le sommet, dans la mesure où il aurait été possible de laisser la liberté au secteur de formuler des propositions s'inscrivant dans ces objectifs généraux. De même, si le Plan d'approche contient un chapitre concernant la gouvernance et la transparence, ainsi que des passages sur l'honoraire des médecins, il n'annonce aucune initiative sur des incitants visant à maintenir les travailleurs des soins de santé à l'hôpital.

Mme Muriel Gerkens, présidente, note que la réforme du financement des hôpitaux est attendue depuis longtemps, qu'elle a mobilisé les énergies et qu'elle présente une importance primordiale.

L'intervenante s'inquiète toutefois de l'organisation présentée. Dans un projet de santé publique, une bonne organisation des soins pour les patients nécessite de prendre en considération la perspective territoriale, d'organiser des soins de première ligne selon des critères de proximité, et d'organiser ensuite les soins plus spécialisés. Si la réforme prévoit bien une collaboration permanente entre l'*intra* et l'*extra muros*, elle organise tout à partir de l'hôpital et fait dès lors de la première ligne une sorte de reliquat des soins hospitaliers. Est-ce là la perspective de la ministre?

L'oratrice regrette la disparition de la distinction, dans les honoraires médicaux, entre la prestation du médecin, des équipements et des autres coûts de fonctionnement. L'harmonisation des rémunérations des médecins spécialistes n'est plus non plus annoncée. Cette préoccupation anime-t-elle encore les auteurs de la réforme?

La ministre tient au modèle qui va de la base vers le terrain. Elle se dit bien consciente des enseignements qu'il y a à tirer des initiatives qui s'y font jour, telles que celles décrites à Anvers. Le sentiment d'urgence y a permis de se tirer d'une situation très délicate. Le ministre de la Santé publique de l'époque avait justement ouvert un chantier de réforme du financement hospitalier. Le même enthousiasme l'anime, même si elle est parfaitement consciente de lancer une réforme à long terme. L'intervenante assure ne pas chercher son inspiration dans le modèle allemand des soins de santé hospitaliers.

L'intérêt du patient constitue le principal moteur de la réforme. Des soins de santé de qualité, accessibles et finançables constituent la trame de tout le Plan

aanpak. Telkens als er sprake is van “zorg”, moet dat volgens de minister begrepen worden als “zorg voor de patiënt”.

Het is niet de bedoeling van de minister afbreuk te doen aan de eerstelijnszorg. Integendeel, haar hervormingsproject is gericht op een transmuraal schema en is niet uitsluitend op de ziekenhuiszorg toegespitst. Het is niet de bedoeling dat de ziekenhuizen het recht krijgen aan de eerstelijnszorg op te dragen in een bepaalde richting op te treden. De eerstelijnszorg omvat huisartsenkringen en gelijkaardige organisaties voor verpleegkundigen en voedvrouwen.

Het systeem is complex, dat lijdt geen twijfel. De hervorming beoogt een minder complexe en transparantere financiering van de ziekenhuizen. Volgens de minister strookt het Plan van aanpak met die doelstelling.

De financiële zekerheid is belangrijk, net als het feit van over een meerjarencader te beschikken. Vanuit die optiek zal de minister zorgen voor een meerjarenbegroting voor de ziekenhuisfinanciering op het niveau van het RIZIV.

De studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft voor doorslaggevende verduidelijkingen gezorgd. Toch hebben de bedenkers van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering ervoor gekozen om niet alle aanbevelingen te volgen.

B. Belangrijkste boodschappen

1. Efficiëntie nastreven in plaats van besparingen

De heer Jan Vercammen (N-VA) is het eens met de boodschap dat kwaliteitsvolle zorg moet worden nastreefd en dat besparingen niet het streefdoel zijn. De efficiëntie verbeteren is een relevante doelstelling. In die optiek wijst de heer Vercammen erop dat het medisch kaderpersoneel en het middenmanagement buitensporig toenemen.

De heer Alain Mathot (PS) waardeert het dat de bedenkers van de hervorming geen besparingen willen doorvoeren. Hoewel de hervorming heel wat jaren in beslag zal nemen, wordt de situatie van de ziekenhuizen gestaag erger. De spreker pleit er bijgevolg voor dat de ziekenhuizen tijdens een overgangsfase voldoende middelen krijgen. De continuïteit van de zorg moet gewaarborgd blijven.

Ook *mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen)* is gewonen voor een hervorming die niet in de eerste plaats besparingen beoogt. Toch mist zij in deze hervorming maatregelen die ertoe strekken de overconsumptie

d'approche. Chaque fois qu'il est question de “soins”, il faut entendre, selon la ministre, les “soins pour le patient”.

Il ne relève pas des intentions de la ministre de porter atteinte à la première ligne. Bien au contraire, son projet de réforme est axé sur un schéma transmurale, non exclusivement centré sur les soins hospitaliers. Il n'est pas envisagé de donner aux hôpitaux le droit de donner ordre à la première ligne d'intervenir dans un sens déterminé. La première ligne compte des Cercles de médecins généralistes et des organisations similaires spécifiques aux infirmiers ou aux sages-femmes.

La complexité du système n'est pas contestée. L'objectif de la réforme est de rendre le financement des hôpitaux moins complexe et plus transparent. Pour la ministre, le Plan d'approche colle à cet objectif.

La sécurité financière importe, de même que de disposer d'un cadre pluriannuel. Dans cette optique, la ministre veillera à développer un budget pluriannuel au niveau de l'INAMI pour le financement des hôpitaux.

L'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé a apporté des éclaircissements déterminants. Pour autant, les auteurs de la réforme du financement des hôpitaux n'ont pas choisi de suivre toutes ses recommandations.

B. Messages principaux

1. Objectif d'efficacité plutôt que d'économie

M. Jan Vercammen (N-VA) souscrit au message suivant lequel la qualité des soins est recherchée, et que faire des économies n'est pas le but poursuivi. L'amélioration de l'efficacité constitue un objectif pertinent. Dans cette optique, M. Vercammen prévient qu'il existe une augmentation excessive des cadres médicaux et du management intermédiaire.

M. Alain Mathot (PS) apprécie que la volonté des auteurs de la réforme ne consiste pas à procéder à des économies. Toutefois, alors que la réforme prendra nécessairement un certain nombre d'années, la situation des hôpitaux s'aggrave de manière constante. L'orateur plaide dès lors pour que des moyens suffisants soient accordés dans la période transitoire aux hôpitaux. La continuité des soins doit être garantie.

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) souscrit elle aussi à une réforme qui ne vise pas en premier lieu à procéder à des économies. Toutefois, il lui manque dans cette réforme des mesures qui visent à lutter contre la

tegen te gaan. Het systeem van de inhoudingen op de bezoldigingen van de artsen blijft namelijk overeind, net als de niet-forfaitaire financiering per prestatie. Volgens het lid dragen die aspecten bij tot de overconsumptie.

De minister heeft in haar inleidende uiteenzetting aangegeven dat de middelen die door de uitbouw van netwerken vrijkomen opnieuw zouden worden geïnvesteerd en dat een herbestemming zou plaatsvinden binnen de ziekenhuizen, tussen ziekenhuizen onderling en buiten de ziekenhuizen. Het lid wenst dat die middelen ook aan de ambulante zorg worden toegewezen.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) stelt zich dezelfde vragen als mevrouw Dedry over het systeem van inhoudingen op de bezoldigingen van de artsen. Dit systeem zou worden gehandhaafd, terwijl de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg een grondiger hervorming voorstond.

Voor *mevrouw Ine Somers (Open Vld)* is het belangrijk te herhalen dat de hervorming niet is bedoeld om te besparen, maar om te zorgen voor een herbestemming van de beschikbare middelen. Deze herbestemming strekt ertoe te komen tot een kwaliteitsvolle, toegankelijke en financieerbare gezondheidszorg. Binnen het gegeven begrotingskader moet de evolutie van de financiering beantwoorden aan die van de zorgbehoeften.

De heer Damien Thiery (MR) vindt dat de voorgestelde hervorming het artsenkorps in acht neemt aangezien niet wordt aangegeven dat banen zouden worden bedreigd. Iedereen zal zijn plaats vinden in het hervormde ziekenhuislandschap.

Wegens een overschot aan acute ziekenhuisbedden wordt overwogen ze tot chronische bedden om te vormen. Zal die omvorming geen enkele ongunstig gevolg hebben voor de werkgelegenheid?

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) staat erop te beklemtonen dat de ziekenhuizen al inspanningen zijn beginnen leveren om de verblijfsduur in te korten. Zo werden initiatieven genomen om het dagziekenhuis te promoten.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) is het eens met een hervorming van de ziekenhuisfinanciering waarbij volstrekt niet naar bezuinigingen wordt gestreefd, meer bepaald wat het verzorgend personeel betreft. De verpleegkundige personeelsformatie in België behoort nu al bij de krapste van Europa.

Op zich is een herziening van het aantal bedden volgens de spreekster niet echt problematisch. Niettemin heerst er een fout vooroordeel omtrent de bezuinigingen

surconsommation. Or, le système des retenues sur les rémunérations des médecins subsiste, de même que le financement par prestation, non forfaitaire. Ces éléments contribuent, selon le membre, à la surconsommation.

Dans son exposé introductif, la ministre a indiqué que les moyens libérés par la constitution de réseaux seraient réinvestis, et qu'une réallocation aurait lieu au sein des hôpitaux, entre hôpitaux et en-dehors des hôpitaux. Le membre voudrait que ces moyens soient également alloués aux soins ambulatoires.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) partage les interrogations de Mme Dedry sur le système des retenues sur les rémunérations des médecins. Ce système serait maintenu, alors que l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé préconisait de le réformer plus en profondeur.

Pour *Mme Ine Somers (Open Vld)*, il est important de répéter que la réforme ne vise pas à procéder à des économies, mais à une réallocation des moyens disponibles. Cette réallocation vise à atteindre des soins de santé de qualité, accessibles et finançables. Dans le cadre budgétaire donné, l'évolution du financement doit répondre à celle des besoins de soins.

M. Damien Thiéry (MR) estime que le projet de réforme respecte le corps médical, dans la mesure où il n'est pas évoqué que des emplois seraient menacés. Chacun retrouvera sa place dans le paysage hospitalier remodelé.

En raison d'un excédent de lits d'hôpital aigus, une reconversion est envisagée en lits chroniques. Cette reconversion n'aura-t-elle aucune conséquence négative pour les emplois?

Mme Monica De Coninck (sp.a) tient à souligner que l'effort de réduction de la durée de séjour a déjà été entamé par les hôpitaux. Des initiatives pour promouvoir l'hôpital de jour ont ainsi été lancées.

Mme Catherine Fonck (cdH) souscrit à une réforme de financement des hôpitaux par laquelle aucune économie n'est recherchée, spécialement en ce qui concerne le personnel soignant. L'encadrement infirmier en Belgique figure déjà parmi les plus faibles d'Europe.

Revoir le nombre de lits ne pose en soi, pour l'intervenante, pas de réel problème. Toutefois, il existe selon elle une idée préconçue inexacte sur les économies à

die moeten worden doorgevoerd wegens de vermindering van het aantal onverantwoorde bedden. Zonder verantwoording wordt het bed immers niet gefinancierd. Bovendien is het noodzakelijk om over voldoende “bufferbedden” te beschikken om grote verschillen in activiteit te kunnen opvangen.

Volgens de minister is het Plan van Aanpak erop gericht de overconsumptie tegen te gaan, aangezien de huidige financiering ertoe aanzet bepaalde prestaties op te drijven met het oog op een betere financiering. De nieuwe nadere berekeningsregels zouden die tendensen moeten tegengaan, ook al zullen sommigen proberen inventief uit de hoek te komen. Als ontwijkingsmechanismen worden geconstateerd, zal de overheid moeten ingrijpen.

De strijd tegen overconsumptie staat in het regeerakkoord. De RIZIV-controledienst is ermee belast in die opzicht stappen te ondernemen, op grond van de voorschrijversprofielen.

Volgens de minister zal met de hervorming ongetwijfeld het verschijnsel kunnen worden aangepakt dat veel van de zwaarste en duurste apparatuur wordt aangekocht.

Aangezien ingevolge de bijsturing van de ziekenhuisfinanciering overhevelingen van personeel kunnen plaatsvinden, moeten besprekingen worden gevoerd met de vakbondsvertegenwoordigingen. De minister heeft die besprekingen al aangevat; deze zullen worden voortgezet. De contacten moeten op lokaal vlak plaatshebben. In elk geval garandeert de minister dat bijkomend personeel nodig zal zijn.

De bezettingsgraad van de bedden ligt onder de 70 %. Het klopt dat een ongebruikt bed zelf niet wordt gefinancierd. De begeleiding blijft echter wel gefinancierd: aantal verpleegkundigen, infrastructuur, uitrusting enzovoort. Dit percentage toont aan dat sprake is van een knelpunt.

De besparingen die het nieuwe financieringssysteem zou opleveren, zullen volgens de minister naar de ziekenhuizen zelf terugvloeien. Zo zullen ze die bedragen kunnen herinvesteren. Dezelfde opvatting wordt ten aanzien van de farmaceutische nijverheid gehuldigd wat de geneesmiddelen betreft.

2. Eerlijke vergoeding van de verantwoorde zorg

De heer Alain Mathot (PS) verzoekt om nadere toelichting over het concept van de gekoppelde financiering (“bundled payments”).

faire en raison de la diminution de lits physiques non justifiés. En effet, en l'absence de justification, le lit n'est pas financé. En outre, il faut disposer d'une quantité suffisante de lits “tampons”, pour faire face à des variations d'activité importantes.

La ministre estime que le Plan d'approche vise à lutter contre la surconsommation, dans la mesure où le financement actuel incite à multiplier certaines prestations dans le but d'un meilleur financement. Les nouvelles modalités de calcul devraient combattre ces tendances, même si certains chercheront à être inventifs. Si des mécanismes de contournement sont constatés, les pouvoirs publics devront réagir.

La lutte contre la surconsommation figure dans l'accord de gouvernement. Le service de contrôle de l'INAMI est chargé de mener des actions dans cette optique, sur la base des profils des prescripteurs.

La réforme permettra à coup sûr, selon la ministre, de s'attaquer au phénomène de la multiplication des achats des appareillages les plus lourds et les plus onéreux.

Dans la mesure où des transferts de personnel peuvent avoir lieu en raison de la réforme du financement des hôpitaux, des discussions doivent être menées avec les représentations syndicales. La ministre a déjà ouvert ces discussions; celles-ci seront poursuivies. Les contacts doivent avoir lieu au niveau local. La ministre assure en tout cas qu'il y aura un besoin supplémentaire en personnel.

Le degré d'occupation des lits se situe en-dessous des 70 %. Certes, le lit non utilisé n'est pas financé lui-même. Toutefois, l'encadrement reste financé: nombre d'infirmiers, infrastructure, appareillage, etc. Ce taux démontre l'existence d'un problème.

Les économies que le nouveau système de financement générerait seront, selon la ministre, réintégrés dans les hôpitaux eux-mêmes. Ainsi pourront-ils réinvestir ces montants. La même philosophie est poursuivie avec le secteur pharmaceutique pour les médicaments.

2. Rétribution correcte des soins justifiés

M. Alain Mathot (PS) demande plus de précisions sur le concept de financement couplé (“bundled payments”).

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) kan zich in het systeem van de gekoppelde financiering ("*bundled payments*") terugvinden. Wel verontrust het haar dat een dergelijk systeem ertoe leidt dat de eerstelijnszorg vanuit het ziekenhuis wordt georganiseerd. De eerstelijnszorg moet een volwaardige partner blijven en moet zijn autonomie behouden. De regie van de eerste lijn moet binnen de eerste lijn blijven.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) staat evenzeer achter het principe van de gedeelde besparingen ("*shared savings*") als achter dat van de gekoppelde financiering ("*bundled payments*").

Wel deelt het lid de bezorgdheid van de vorige spreker aangaande de onafhankelijkheid van de eerstelijnszorg. Zij stelt evenwel vast dat wegens de financieringsregels de tweedelijnszorg momenteel niet bij machte is de taken van de eerstelijnszorg op zich te nemen. Het model van geïntegreerde zorglijnen wordt echter almaar meer nagestreefd.

3. Heruitvinding van het ziekenhuis en netwerkvorming

De heer Jan Vercammen (N-VA) gaat akkoord met de achterliggende gedachte van de nieuwe ziekenhuisvisie en stemt in met de methode waarbij opnieuw vanuit de basis naar de top wordt gewerkt.

Als liberale promoot de minister een systeem dat stoelt op keuze en op vrijheid. Sommige elementen zouden echter moeilijk kunnen liggen. Waar vrijheid en netwerkwerking moeten samengaan, kunnen spanningen ontstaan. De spreker wil voorkomen dat artsen geneigd zijn hun toevlucht te zoeken tot privéziekenhuizen. Zullen de koepelstructuren van de netwerken richtlijnen mogen geven?

De heer Alain Mathot (PS) peilt naar de criteria voor het uittekenen van de netwerken. Is de geografische spreiding al aan bod gekomen? Op welke manier zullen die netwerken autonoom worden gemaakt? Hoe zullen ze gestructureerd zijn? Voor welke rechtsvorm zal worden gekozen?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) onthoudt uit het betoog van de minister dat bij de netwerkvorming zal worden gewerkt van de basis naar de top. Die methode kan weliswaar relevant lijken, maar zal volgens het lid niet alle moeilijkheden in het veld oplossen. Geografisch bekeken, hebben sommige zorgzones een te groot aanbod aan ziekenhuiszorg, terwijl in andere het aanbod te klein is. Ook de projecten op basis van artikel 107 van de

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) approuve le système du financement couplé ("*bundled payments*"). Toutefois, elle se dit préoccupée qu'un tel système aboutisse à organiser la première ligne à partir de l'hôpital. La première ligne doit rester un partenaire à part entière et conserver son autonomie. La régie de la première ligne doit rester dans le cadre de la première ligne.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) soutient tant le principe du partage des économies ("*shared savings*") que celui du financement couplé ("*bundled payments*").

L'oratrice partage certes la préoccupation de la préopinante, concernant l'indépendance de la première ligne. Elle constate cependant aussi qu'actuellement, la deuxième ligne n'est pas en mesure pas prendre en charge des missions de la première ligne en raison des règles de financement. Or, le modèle de l'intégration des lignes de soins est de plus en plus poursuivi.

3. Réinvention de l'hôpital et constitution de réseaux

M. Jan Vercammen (N-VA) soutient la philosophie qui sous-tend le nouveau concept d'hôpital et approuve la méthode qui consiste à repartir de la base pour aller vers le sommet.

En tant que libérale, la ministre promeut un système fondé sur le choix et la liberté. Certains éléments pourraient toutefois poser un problème. Concilier la liberté et le fonctionnement en réseau peut être la source de turbulences. L'intervenant voudrait éviter que des médecins ne soient tentés de se diriger vers des hôpitaux privés. Les structures faïtières des réseaux pourront-elles donner des directives?

M. Alain Mathot (PS) s'enquiert des critères de détermination des réseaux. La répartition géographique a-t-elle déjà été abordée? De quelle manière ces réseaux seront-ils rendus autonomes? Quelle structure revêtiront-ils? Quelle forme juridique sera retenue?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) retient de l'intervention de la ministre que la constitution des réseaux s'opérera de la base vers le sommet. Cette méthode peut sembler pertinente mais ne permettra pas, selon le membre, de résoudre tous les problèmes qui se posent sur le terrain. Au niveau géographique, des zones de soins connaissent une offre trop importante de soins hospitaliers; d'autres, une offre insuffisante.

gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen tonen dat aan.

Het lid is van mening dat de bestaande netwerken niet los staan van ideologische overwegingen. Die overwegingen brengen mee dat een patiënt van een ziekenhuisvoorziening in de ene provincie wordt doorverwezen naar een voorziening in een andere provincie. Dat is niet in het belang van de patiënt.

Voor de spreekster moet worden teruggegrepen naar een ander model van netwerkvorming en moet worden vertrokken vanuit zogeheten zorgzones. De spreekster refereert naar het rapport terzake van de Academische Centra voor Huisartsgeneeskunde "*together we change*", met het oog op een coördinerende multidisciplinaire zorgstructuur binnen een geografisch afgebakend zorggebied.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) steunt het systeem waarbij de ziekenhuizen worden geïntegreerd in netwerken. De spreekster is van mening dat de minister hier niet van een blanco blad vertrekt. In het veld bestaan al verenigingen, fusies of regelingen ter voorbereiding van een fusie.

Voor *mevrouw Ine Somers (Open Vld)* is de *bottom-up*-benadering essentieel om de steun te verkrijgen van alle partijen die bij de netwerkvorming betrokken zijn. Overigens zal aan de actoren in het veld worden gevraagd voorstellen voor proefprojecten te doen. De spreekster is ervan overtuigd dat kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg het selectie criterium zal zijn.

Een van de gevolgen van de netwerkvorming zal zijn dat hooggespecialiseerde zorg niet langer overal zal worden verstrekt. Er is een te groot aanbod aan dergelijke zorg, die vaak heel duur is. Als de ziekenhuizen in goede verstandhouding alle noodzakelijke informatie onderling communiceren en de patiënten doorverwijzen binnen het netwerk, dan komt ook een einde aan de bestaande concurrentiestrijd tussen de ziekenhuisinstellingen.

De beoogde netwerken worden niet bij wet geregeld. De wetgeving zal op verschillende punten moeten worden aangepast. In sommige gevallen zullen die netwerken een uitvloeisel zijn van een proefproject. Hoe zal de rechtsvorm van de netwerken worden geregeld? Hoe kan ervoor worden gezorgd dat de norm- en regelgeving voldoende soepel is opdat de dynamische werkelijkheid en de starheid van de rechtsvorm met elkaar kunnen sporen?

Les projets menés sur la base de l'article 107 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins en fournissent aussi l'illustration.

Les réseaux actuels existant sur le terrain ne sont pas exempts, pour le membre, de considérations idéologiques. Ces considérations ont pour conséquence qu'un patient est renvoyé d'une structure hospitalière d'une province à une structure d'une autre province. Ceci n'est pas dans l'intérêt du patient.

Pour l'intervenante, il faut en revenir à un autre modèle de constitution de réseaux, à partir du concept de zones de soins. L'intervenante renvoie au rapport "*together we change*" rédigé à ce sujet par les "*Academische Centra voor Huisartsgeneeskunde*" de médecins en vue de créer une structure de coordination des soins multidisciplinaire dans une zone de soins territorialement décrite.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) approuve le système qui intègre les hôpitaux dans des réseaux. L'intervenante estime que la ministre ne part pas ici d'une page blanche. Des associations, des fusions ou des dispositions préparatoires à des fusions existent déjà sur le terrain.

Pour *Mme Ine Somers (Open Vld)*, l'approche de la base vers le sommet est essentielle dans l'optique de générer un soutien des parties prenantes à la constitution des réseaux. Il sera d'ailleurs demandé aux acteurs du terrain de formuler des propositions en vue de créer des projets pilotes. L'intervenante est convaincue que la sélection s'opérera sur la base du critère de soins de santé de qualité, accessibles et finançables.

L'une des conséquences de la création de réseaux consistera à ne plus prodiguer partout des soins hautement spécialisés. L'offre de tels soins, souvent très onéreux, est excessive. Si les hôpitaux se communiquent en bonne intelligence toutes les informations nécessaires et réfèrent les patients au sein du réseau, la lutte concurrentielle actuelle entre institutions hospitalières serait également écartée.

Les réseaux envisagés ne sont pas réglés par la loi. Des adaptations de la législation seront nécessaires. Dans certains cas, ces réseaux constitueront la prolongation de projets pilotes. Comment la forme juridique des réseaux sera-t-elle réglée? Comment garantir une souplesse normative suffisante afin d'obtenir une concordance entre la réalité mouvante et la rigidité de la forme juridique?

De heer Damien Thiéry (MR) vindt het idee dat een ziekenhuis bij één of meer netwerken kan zijn aangesloten, baanbrekend. Dat is echter niet makkelijk in de praktijk te brengen. Moeten niet eerst proefprojecten worden opgestart?

Ingeval het *bottom-up*-model niet zou werken, ziet de minister een meer dwingend optreden als oplossing. De spreker vraagt hoe die *top-down*-benadering er zou uitzien.

Voor mevrouw *Monica De Coninck (sp.a)* is samenwerking tussen de zorgactoren in het algemeen en tussen de actoren van de diverse zorglijnen in het bijzonder makkelijker gezegd dan gedaan. Haar ervaringen met de psychiatrie hebben haar geleerd dat de samenwerking nog nergens staat.

Teamgeest binnen de ziekenhuizen zelf zou moeten worden gepromoot. Eén ziekenhuiszorgverstreker alleen kan de zorgkwaliteit niet langer garanderen. Voor de spreekster loopt België op dat vlak achter op Nederland.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) had het gewaardeerd, mocht meer informatie zijn verstrekt over de *incentives* voor de samenwerking. Meer, volgens de spreekster staan bepaalde aspecten samenwerking momenteel in de weg, waarop het Plan van aanpak niet ingaat. Die belemmeringen hebben betrekking op de relaties tussen de ziekenhuizen, maar ook op de zorg vóór en na de ziekenhuisopname.

Het Plan van aanpak licht echter wél gedetailleerd toe hoe de bedenkers ervan de gespecialiseerde zorg in bepaalde structuren willen bijeenbrengen. De spreekster waarschuwt dat men een goede organisatie van de specialisatie niet uit het oog mag verliezen. Hyperspecialisatie moet immers worden voorkomen, en de geografische toegankelijkheid van de zorg moet worden gewaarborgd.

De minister constateert dat er in het veld al samenwerkingsverbanden en projecten in die zin bestaan. Ze staat erop dat de actoren hun vrijheid behouden.

De geografische visie van mevrouw Dedry bevalt de minister niet. De zorgnetwerken zullen niet worden ingedeeld op een strikt territoriale basis. Sommige voorgangers van de minister van Volksgezondheid hadden zich daaraan gewaagd, maar zonder succes. In het veld bleek dat het een illusie is een dergelijke organisatie door te voeren zonder te raken aan het recht van de patiënt om zijn zorgverlener vrij te kiezen. De keuze van een zorgverlener kan gebaseerd zijn op emotionele,

M. Damien Thiéry (MR) qualifie de révolutionnaire, l'idée suivant laquelle un hôpital peut être membre d'un ou de plusieurs réseaux à la fois. Une telle organisation n'est toutefois pas simple à mettre en œuvre. Des projets pilotes ne devraient-ils pas être d'abord lancés?

Dans l'hypothèse où le modèle partant de la base vers le sommet ne fonctionne pas, la ministre évoque une solution qui consisterait à agir de manière plus coercitive. L'intervenant demande quelle forme cette intervention depuis le sommet vers la base pourrait prendre.

Pour *Mme Monica De Coninck (sp.a)*, la collaboration entre acteurs des soins en général, et entre les acteurs des différentes lignes de soins en particulier, est plus facilement affirmée qu'obtenue. Son expérience, dans le domaine de la psychiatrie, lui a appris que la collaboration n'y est encore nulle part.

L'esprit d'équipe au sein même des hôpitaux devrait être promu. Un prestataire hospitalier seul ne peut plus garantir la qualité des soins. Pour l'oratrice, la Belgique se situe sur ce point en retard par rapport aux Pays-Bas.

Mme Catherine Fonck (cdH) aurait apprécié que plus d'informations soient données sur les incitants à la collaboration. Plus encore, il existe selon l'intervenante actuellement des freins à la collaboration, que le Plan d'approche n'aborde pas. Ces freins concernent les relations entre hôpitaux, mais aussi les soins avant et après l'hospitalisation.

Par contre, le Plan d'approche est détaillé en ce qui concerne la manière dont ses auteurs veulent concentrer les soins spécialisés au sein de certaines structures. L'oratrice prévient qu'il faut rester attentif à une bonne organisation de la spécialisation. Il convient en effet d'éviter l'hyperspécialisation et de garantir l'accessibilité géographique des soins.

La ministre constate qu'il existe déjà sur le terrain des relations de collaboration et des projets en ce sens. Elle tient à respecter la liberté des acteurs.

La vision géographique de Mme Dedry n'agrée pas la ministre. Les réseaux de soins ne seront pas répartis sur une base strictement territoriale. Certains ministres en charge de la Santé publique s'y étaient essayés, sans succès. Sur le terrain, il est apparu qu'une telle organisation était illusoire sans toucher au droit du patient de choisir librement son prestataire de soins. La raison du choix d'un prestataire peut être émotionnelle, philosophique ou autre. La ministre tient au principe de

levensbeschouwelijke of andere gronden. De minister houdt vast aan het beginsel van keuzevrijheid van de patiënt. Het territoriaal criterium kan voorts niet naar voren worden geschoven in het geval van centra die als enige in België welbepaalde activiteiten uitoefenen (bijvoorbeeld bepaalde transplantaties).

Ook de zorgverlener moet kunnen kiezen in welke groep of vereniging hij wil werken.

De minister meent dat voor de overkoepelende ziekenhuisstructuren beslist een taak is weggelegd. Die structuren zijn momenteel evenwel in de eerste plaats organen die hun leden vertegenwoordigen en vervullen niet de richtinggevende rol waarnaar sommige leden verwijzen.

De netwerken zullen uiteenlopende vormen aannemen, afhankelijk van de realiteit in het veld. De verscheidenheid tussen de provincies is groot; zo heeft Luik één universitair ziekenhuis, terwijl Brussel er verschillende heeft. Het universitair ziekenhuis van Luik zal in meerdere netwerken worden opgenomen. Het tertiair oncologiecentrum zal zowel voor de provincies Luik als Luxemburg als referentieziekenhuis fungeren. Het model voor de netwerkvorming gaat opnieuw uit van de basis naar de top.

Een mogelijke disfunctie van het netwerk zou zich voordoen als de patiënt zich onmogelijk kan verplaatsen naar een dichtbij zorgcentrum. Het kan bijvoorbeeld niet dat een kankerpatiënt voor zijn chemosessies van Kortrijk naar Hasselt zou moeten gaan.

Ter attentie van mevrouw Fonck geeft de minister toe dat de wetgeving momenteel belemmeringen bevat voor de oprichting van netwerken. Ze geeft aan ernaar te streven die belemmeringen weg te werken.

Het netwerkconcept mag niet worden verward met het proefprojectenbeginsel. De keuze van dergelijke projecten zegt niets over de beoordeling *a posteriori* van de op te richten netwerken. De projecten zullen als inspiratiebron voor de netwerkmodellen dienen.

De psychiatrische zorg waarnaar mevrouw De Coninck verwijst, is volgens de minister een echt specifieke sector. In de huidige stand van zaken zou het voorbarig zijn die zorg in de hervorming op te nemen.

Voorzitter Muriel Gerkens constateert dat de minister ervoor opteert de netwerken niet op geografische basis te organiseren. Zij kan zich niet vinden in het argument dat er te veel verschillen tussen de zones zouden zijn. Uit het onderzoek van het Federaal Kenniscentrum

la liberté de choix du patient. Le critère territorial ne saurait par ailleurs valoir pour des centres dont l'activité est unique en Belgique, comme certaines transplantations.

La liberté doit également être laissée au prestataire de choisir dans quel groupement ou association il veut travailler.

Les structures faïtières des hôpitaux ont assurément un rôle à jouer, selon la ministre. Cependant, à ce jour, ces structures sont principalement des organes représentatifs de leurs membres. Elles n'ont pas le rôle directif que certains membres évoquent.

Les réseaux auront plusieurs formes, qui dépendent de la réalité du terrain. La disparité est forte entre provinces, par exemple entre Liège qui dispose d'un hôpital universitaire et Bruxelles, qui en compte plusieurs. L'hôpital universitaire de Liège se retrouvera dans de multiples réseaux. Le centre tertiaire d'oncologie servira à la fois de référence pour les provinces de Liège et du Luxembourg. Le modèle de constitution des réseaux repartira de la base pour aller vers le sommet.

Un dysfonctionnement de réseau possible consisterait en l'impossibilité pour le patient de se diriger vers un lieu de soin à proximité. Par exemple, un patient oncologique à Courtrai ne devrait pas être amené à se déplacer à Hasselt pour des séances de chimiothérapie.

La ministre concède à Mme Fonck qu'il existe actuellement des freins dans la législation à la création de réseaux. Elle assure vouloir supprimer ces freins.

Le concept de réseau ne doit pas être confondu avec le principe des projets pilotes. Le choix de tels projets ne préjuge pas de l'appréciation *a posteriori* sur les réseaux à instituer. Les projets constitueront des sources d'inspiration pour des modèles de réseau.

Les soins psychiatriques cités par Mme De Coninck présentent, selon la ministre, une réelle spécificité. À ce stade, il serait prématuré de les intégrer dans la réforme.

Mme Muriel Gerkens, présidente, constate que la ministre pose le choix de ne pas organiser les réseaux sur une base géographique. Elle ne peut accepter l'argument suivant lequel les zones seraient trop disparates. En effet, l'étude du Centre fédéral d'expertise des

voor de Gezondheidszorg blijkt immers dat meerdere territoriale (lokale, gewestelijke, federale) organisaties naast elkaar kunnen bestaan om in te spelen op de behoeften van de bevolking.

Volgens de spreekster is het een illusie te geloven dat de overeenkomsten tussen actoren betere resultaten zouden opleveren dan een territoriale organisatie, aangezien die overeenkomsten tot gevolg dreigen te hebben dat de netwerken worden gestructureerd op grond van de traditionele pijlers.

4. Belonen van kwaliteitsvolle zorg

De heer Jan Vercammen (N-VA) wijst erop dat voor verschillende ziekenhuizen een internationale accreditatieprocedure aan de gang is, waarbij de criteria van de *Joint Commission International (JCI, Verenigde Staten)* en van het *Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg* worden gehanteerd. Dit is een langdurige, zware en dure procedure. Het gedeelte van de financiering dat aan de zorgkwaliteit wordt besteed, beperken tot 1 of 2 % van de totale financiering is niet noodzakelijk adequaat ten aanzien van de kostprijs van de investeringen en van de accreditatieprocedure.

Voorts blijkt uit de wetenschappelijke literatuur dat de mate van tevredenheid van de patiënt op zich niet volstaat als kwaliteitsindicator. De mate waarin de patiënt ontevreden is, is echter wél een relevante indicator voor een ondermaatse kwaliteit. "Overconsumptie" is een andere indicator waarmee eveneens rekening zou moeten worden gehouden. De ziekenhuisstructuren zouden meer moeten worden geresponsabiliseerd en zouden beter moeten worden gecontroleerd. De spreker stelt voor dat de oudere artsen de jongere artsen adviseren, zonder dat daar evenwel onmiddellijk een sanctie tegenover staat.

Volgens mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) moet België over meer zorgpersoneel per patiënt beschikken. Uit de internationale statistieken blijkt dat het aantal verpleegkundigen per patiënt in ons land lager is dan in de andere Europese landen. Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, moeten de bedenkers van de hervorming een betere medische begeleiding waarborgen.

De spreekster vindt de beloning van kwaliteit een zeer belangrijk aspect van de hervorming. Dat aspect ontbrak volgens haar in het onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Het maximale percentage van 1 tot 2 % lijkt haar echter te laag.

De accreditatieprocedure waarnaar de heer Vercammen heeft verwezen, levert volgens mevrouw Muylle veel gegevens die essentieel zijn voor

soins de santé démontre que plusieurs organisations territoriales concomitantes sont possibles (locales, régionales, fédérale), plutôt qu'en réponse aux besoins des populations.

L'oratrice estime illusoire de croire que les accords entre acteurs seraient plus fructueux qu'une organisation territoriale. Les réseaux risquent en effet de se structurer selon les piliers traditionnels.

4. Récompense de la qualité des soins

M. Jan Vercammen (N-VA) rappelle qu'un processus d'accréditation internationale de plusieurs hôpitaux est en cours, sur la base des critères du JCI (*Joint Commission International* – États-Unis) et du NIAZ (*Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg* – Pays-Bas). Ce processus est long, difficile et onéreux. Limiter la part de financement consacrée à la qualité des soins à 1 ou 2 % du total n'est pas nécessairement adéquat au regard du coût que représentent les investissements et le processus d'accréditation.

Par ailleurs, la littérature scientifique apprend que le degré de satisfaction du patient n'est pas en soi un indicateur de qualité suffisant. Par contre, le degré d'insatisfaction du patient constitue un indicateur d'absence de qualité pertinent. Un indicateur qui devrait également rentrer en ligne de compte est celui de la surconsommation. Une plus grande responsabilisation des structures hospitalières et un meilleur contrôle devraient être organisés. L'intervenant suggère que les médecins plus âgés donnent aux plus jeunes des recommandations, sans pour autant directement qu'une sanction soit prise.

Pour Mme Nathalie Muylle (CD&V), la Belgique doit disposer de plus de personnel soignant par patient. Les statistiques internationales démontrent que le personnel infirmier par patient est inférieur aux autres États européens. En vue d'augmenter la qualité des soins, les auteurs de la réforme doivent veiller à un meilleur encadrement médical.

L'oratrice estime que la récompense de la qualité est un élément essentiel de la réforme. Ce volet lui manquait dans l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Toutefois, la limite d'1 à 2 % lui semble trop faible.

Le processus d'accréditation exposé par M. Vercammen fournit, selon Mme Muylle, un grand nombre d'informations essentielles à la poursuite de

kwaleitsvolle ziekenhuiszorg. Meten is weten. De overheid moet derhalve voldoende gegevens verzamelen en eventueel sancties overwegen wanneer de kwaliteit van de zorg ondermaats is.

De spreekster zou voorts willen dat de beschikbaarheid van voldoende stageplaatsen in de ziekenhuizen een financieringsvariabele zou zijn. De contingentering is immers gekoppeld aan het aantal beschikbare stageplaatsen. Beschikken over stageplaatsen voor zeldzamere disciplines vormt een uitdaging.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) zou meer toelichting op prijs hebben gesteld over de kwaliteit van de zorg, de strijd tegen de overconsumptie en de bevordering van het elektronisch globaal medisch dossier. Voor de spreekster is de terughoudendheid die verband houdt met het principe van de *privacy* niet *per se* gegrond.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) onderschrijft het principe van een financiering die gekoppeld is aan voorwaarden in verband met de zorgkwaliteit. Andere Staten hebben zich al met dergelijke regels toegerust. Er mag echter geen afbreuk worden gedaan aan de initiatieven die al op het terrein worden uitgevoerd om de zorgkwaliteit met andere middelen te verbeteren. Er moet naar de goede indicatoren worden gezocht. Bij de genomen maatregelen moet rekening worden gehouden met de tijd die de zorgverstrekkers ervoor nodig hebben.

De minister verzekert dat het haar bedoeling is het elektronisch globaal medisch dossier vóór het einde van deze regeerperiode te veralgemenen.

Voorlopig moet het aan de kwaliteit gekoppelde deel van de financiering voorzichtig worden vastgesteld. De parameters moeten nog worden bepaald. Een analyse van de buitenlandse voorbeelden is aan de gang.

Mevrouw Katrien Kesteloot (KU Leuven) gelooft niet dat het correct zou zijn ervan uit te gaan dat de aangekondigde beperking tot 1 à 2 % impliceert dat de verplichting voor de ziekenhuizen om de zorgkwaliteit meer te bevorderen tot dezelfde percentages wordt beperkt. De hele financieringshervorming beoogt immers een bevordering van de zorgkwaliteit.

De 1 à 2 % betreffen slechts specifieke *incentives* om tot meer kwaliteit te komen. Dat percentage is niet hoger, omdat uit de internationale voorbeelden blijkt dat het moeilijk is om *incentives* in te stellen zonder overbevredigende criteria te beschikken. De *incentives* kunnen zijn dat men meer geeft aan een ziekenhuis als de

soins hospitaliers de qualité. Or, la mesure fournit l'intelligence. Les pouvoirs publics doivent organiser une collecte d'informations suffisante. Le cas échéant, ils doivent envisager des sanctions lorsque la qualité des soins est insuffisante.

L'intervenante voudrait en outre que la disponibilité suffisante de places de stage dans les hôpitaux constitue une variable du financement. Le contingentement est en effet lié au nombre de places de stage disponibles. Pour les disciplines plus rares, disposer de places de stage constitue un défi.

Mme Monica De Coninck (sp.a) aurait apprécié de plus longs développements sur la qualité des soins, la lutte contre la surconsommation et la promotion du dossier médical global électronique. Pour l'intervenante, les réticences qui tiennent au principe de vie privée ne sont pas nécessairement fondées.

Mme Catherine Fonck (cdH) souscrit au principe d'un financement lié à des conditions de qualité des soins. D'autres États se sont déjà doté de telles règles. Toutefois, il convient de ne pas nuire aux initiatives déjà menées sur le terrain afin d'améliorer la qualité des soins par d'autres moyens. Les bons indicateurs doivent être recherchés. Les mesures prises doivent prendre en compte le temps qu'elle nécessitent pour les prestataires de soins.

La ministre assure qu'il entre dans ses intentions de généraliser le dossier médical global électronique avant la fin de la présente législature.

Dans un premier temps, la part de financement liée à la qualité doit être fixée de manière prudente. Les paramètres doivent encore être déterminés. L'analyse des exemples à l'étranger est en cours.

Mme Katrien Kesteloot (KU Leuven) estime qu'il serait erroné de voir dans les 1 à 2 % annoncés une limite à autant de l'obligation pour les hôpitaux de privilégier des soins de qualité. L'ensemble de la réforme du financement vise en effet à privilégier des soins de qualité.

Les 1 à 2 % ne visent que des incitants spécifiques visant à augmenter la qualité. Si ce taux n'est pas plus élevé, c'est parce que les exemples à l'étranger démontrent qu'il est difficile d'instituer des incitants sans disposer de critères satisfaisants. Les incitants peuvent consister soit à donner plus à un hôpital si la qualité

kwaliteit goed is, of niet meer als de kwaliteit slecht is. Zo zit er in de regeling een bestraffend aspect.

5. Specifieke taken

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) vindt het goed dat de specifieke taak van de spoeddiensten wordt gekoppeld aan afzonderlijke financieringsregels. Een goed begin zou zijn de eerstelijnsartsen op te nemen in de spoedafdelingen van de ziekenhuizen.

Ook *mevrouw Monica De Coninck (sp.a)* onderschrijft de erkenning van de specificiteit van de spoeddiensten. Samenwerking tussen de spoeddiensten van de ziekenhuizen en de andere zorglijnen vereist echter een lange mentaliteitsvoorbereiding.

6. Vereenvoudiging van het systeem en vermindering van de registratielasten

De heer Alain Mathot (PS) stelt vast dat de minister in haar uitleg over de vermindering van de registratielasten gewag heeft gemaakt van 800 voltijdse equivalenten bij het verplegend personeel om de registratietaken uit te voeren.

Hoe ziet de minister de overdracht van dat personeel naar zorgverstrekkende taken in de strikte zin van het woord? Hoe zal meer algemeen na de reorganisatie van de ziekenhuiszorg het verplegend personeel van de ene dienst naar de andere worden overgeheveld? Hoe zullen de statutaire verschillen tussen de ziekenhuizen worden beheerd? Zal het verdwijnen van sites niet nadelig zijn voor de stabiliteit, die door de minister toch als een van haar prioriteiten is aangekondigd?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) komt terug op de doelstelling van de minister om voldoende verplegend personeel rond het bed van de patiënt te waarborgen. Hoe denkt de minister te werk te gaan?

De heer Damien Thiéry (FDF) onderschrijft de doelstellingen inzake stroomlijning en administratieve vereenvoudiging. Slaat de vermindering van de registratielasten vooral op de maatregelen van de Federale Staat of die van de deelstaten?

De minister wijst op het belang van voldoende personeel rond het bed van de patiënt. Het kritieke punt van de verpleegkundige begeleiding is nabij, zo niet al bereikt. Een situatie waarin een verpleegkundige op tien patiënten moet toezien, is gevaarlijk.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) is bezorgd over de geplande vermindering inzake de registratie van

est bonne, soit à ne pas donner plus à un hôpital si la qualité est mauvaise. En cela, un aspect de sanction existe dans le système.

5. Missions spécifiques

Mme Nathalie Muylle (CD&V) approuve que la mission spécifique des urgences soit soumise à des modalités distinctes de financement. Un bon début consisterait à intégrer les médecins de première ligne dans les services d'urgence hospitaliers.

Mme Monica De Coninck (sp.a) souscrit elle aussi à la reconnaissance de la spécificité des urgences. Une collaboration entre les urgences hospitalières et les autres lignes de soins nécessite cependant un long travail de préparation des mentalités.

6. Simplification du système et réduction des charges d'enregistrement

M. Alain Mathot (PS) note que, dans son explication sur la réduction des charges d'enregistrement, la ministre a évoqué 800 équivalents temps plein, en personnel infirmier, chargés de missions d'enregistrement.

Comment la ministre voit-elle le transfert de ce personnel vers des prestations de santé au sens strict? De manière plus générale, comment le personnel de soins sera-t-il transféré d'un service à l'autre, suite à la nouvelle organisation des soins hospitaliers? Comment les différences de statuts entre structures hospitalières seront-elles gérées? La disparition de sites ne nuit-elle pas à la stabilité, pourtant annoncée par la ministre comme étant l'une de ses priorités?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) revient sur l'objectif de la ministre de garantir un personnel infirmier suffisant autour du lit du patient. Comment la ministre entend-elle procéder?

M. Damien Thiéry (MR) souscrit à l'objectif de rationalisation et de simplification administrative. La réduction des charges d'enregistrement vise-t-elle surtout les mesures prises par l'État fédéral ou par les entités fédérées?

La ministre souligne l'importance de disposer d'un personnel suffisant autour du lit du patient. Le point critique de l'encadrement infirmier est proche, sinon déjà atteint. Une situation où un infirmier est chargé de dix patients est dangereuse.

Mme Monica De Coninck (sp.a) s'inquiète de la réduction prévue des enregistrements de données.

gegevens. Het doel van registratie is immers kennis en speelt een rol in een beleid van kwaliteitsvolle zorg. Vanuit een visie van *evidence-based medicine* moet zo'n beleid beschikken over indicatoren, veldresultaten enzovoort. Men mag niet het signaal geven dat registratie die in orde is, zinloos zou zijn.

De minister verzekert dat het er niet om gaat al die 800 voltijdse equivalenten verplegend personeel aan hun registratietaken te onttrekken. Zij wil onder de registratielasten alleen die opnemen die nog relevant zijn voor de voortzetting van een goed gezondheidsbeleid. Elke informatie zou maar één keer mogen worden geregistreerd. Men moet ingaan tegen de verveelvoudiging van registraties, op alle bestuursniveaus.

Voorzitter Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) stelt vast dat er een overvloed aan registraties bestaat. Zij betreurt dat de databanken niet met elkaar verbonden zijn.

C. Technische aspecten

1. Financieringsclusters

De heer Jan Vercammen (N-VA) vraagt zich af of de correcte betaling voor de verantwoorde zorg, op basis van de drie financieringsclusters, ver genoeg gaat. Volgens hem bestaat het risico dat de ziekenhuizen met elkaar in conflict komen en het gedeelte van "hun" financiering trachten te maximaliseren. Voor de mediumvariabele zorg – wellicht het leeuwendeel van de gevallen – stellen de bedenkers van de hervorming immers een gesloten enveloppe voor. Ook kan er volgens de spreker een conflict ontstaan wat de gebundelde financiering ("*bundled payments*") betreft.

De heer Alain Mathot (PS) gaat akkoord met de drie financieringsclusters. Wie zal de nadere criteria vaststellen om te bepalen of een patiënt laag-, medium- of hoogvariabele zorg nodig heeft? De minister benadrukt zelf dat de codering van de ziekenhuizen met de realiteit moet overeenstemmen. Het is de arts, en niet het ziekenhuis, die zal bepalen welk onderzoek een bepaalde patiënt nodig heeft. Kan een dergelijk onderzoek worden geweigerd als ervan wordt uitgegaan dat de patiënt zorg nodig heeft van een variabiliteit die niet spoort met dit onderzoek? Hoe kan de coördinatie worden gewaarborgd tussen het met de cluster overeenstemmende zorgtraject en het concrete, door de arts uitgestippelde zorgtraject?

Wat de hoogvariabele zorg betreft, vreest *mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen)* dat de uitgaven onvoldoende onder controle zijn. Volstaat het concept

L'enregistrement poursuit en effet un objectif de connaissance. Il a un rôle dans une politique des soins de santé de qualité. Cette politique a besoin d'indicateurs, de résultats de terrain, etc., dans l'optique d'une médecine fondée sur les preuves. Il ne saurait être donné le signal que l'enregistrement, en règle, ne servirait à rien.

La ministre assure qu'il ne s'agit pas de distraire l'ensemble des 800 équivalents temps plein, en personnel infirmier, de leurs missions d'enregistrement. Elle entend seulement définir parmi les charges d'enregistrement celles qui sont encore pertinentes pour la poursuite d'une bonne politique de santé. Chaque information ne devrait être enregistrée qu'une seule fois. Il convient de lutter contre la multiplication des enregistrements, à tous les niveaux de pouvoir.

Mme Muriel Gerkens, présidente, constate qu'il existe une pléthore d'enregistrements. Elle regrette l'absence de corrélation entre les bases de données.

C. Aspects techniques

1. "Clusters" de financement

M. Jan Vercammen (N-VA) se demande si la rétribution correcte des soins justifiés, sur la base de trois "clusters" de financement, va suffisamment loin. Il existe pour lui un risque de conflits entre les hôpitaux, qui chercheront à maximaliser la part du financement qui leur incombe. En effet, en ce qui concerne les soins à variabilité moyenne, qui consisteront sans doute la majorité des cas, les auteurs de la réforme envisagent une enveloppe fermée. Un risque de conflit existe aussi, pour l'orateur, en ce qui concerne les financements couplés ("*bundled payments*").

M. Alain Mathot (PS) approuve les trois "clusters" de financement. Qui définira plus précisément les critères suivant lesquels un patient sera considéré comme nécessitant des soins de basse, moyenne ou haute variabilité? La ministre elle-même met en évidence la nécessité que l'encodage par les hôpitaux corresponde à la réalité. C'est le médecin, et non l'hôpital, qui indiquera quel examen est nécessaire pour un patient donné. Un tel examen pourra-t-il être refusé si le patient est considéré comme présentant des soins d'une variabilité incompatible avec cet examen? Comment garantir la coordination entre le parcours de soins défini par le "cluster" et le parcours de soins concrètement tracé par le médecin?

En ce qui concerne les soins à haute variabilité, *Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen)* craint que les dépenses ne soient pas suffisamment maîtrisées. Le

“zorgprogramma” om te waarborgen dat de uitgaven onder controle zijn?

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) vraagt wat er zal worden van de ereloonsupplementen, waarnaar de minister verwijst in het kader van de eerste fase betreffende de aflijning van de laagvariabele zorg.

De cluster van de mediumvariabele zorg zal waarschijnlijk het grootste aantal patiënten omvatten. De studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg maakt in dit verband gewag van de instelling van zorgzones. Voor elke zorgzone zouden verwachte patiëntenvolumes vastgesteld zijn. De financiering zou gekoppeld zijn aan de bepaling van de zorgzones en de volumes. Wordt dit spoor voorgoed opgegeven en komt er in de plaats een gesloten enveloppe op nationaal niveau?

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) is voorstander van een systeem waarbij elk van de drie financieringsclusters gelinkt is aan een categorie van ziekenhuis. Een dergelijk systeem zou bijdragen tot de verbetering van de zorg voor de patiënten en tot een specialisatie van de ziekenhuizen. De herhaling van identieke handelingen leidt tot een betere geneeskunde.

De heer Damien Thiéry (MR) sluit zich aan bij de vragen van andere leden omtrent de nadere bepaling van de variabiliteitsniveaus.

Wat de laagvariabele zorg betreft, zou de derde fase onder andere een kortere verblijfsduur beogen in het kader van de integratie van andere financieringsstromen binnen de ziekenhuizen. De spreker vraagt zich af hoe de financiering verloopt wanneer zich een complicatie voordoet in het kader van een als eenvoudig bestemde ingreep.

Voor *mevrouw Monica De Coninck (sp.a)* is het niet helemaal duidelijk hoe de geneesmiddelen zullen worden opgenomen in de nadere financieringsregels in elk van de “clusters”.

Inzake de bewering dat de meeste gevallen onder de mediumvariabele zorg zullen vallen, vreest de spreker dat die gevallen minder rechtstreeks door de ziekenhuizen zullen worden behandeld dan de hoogvariabele zorg.

Volgens *mevrouw Catherine Fonck (cdH)* roepen de drie “financieringsclusters” heel wat vragen op. De bevalling onderbrengen in de categorie laagvariabele zorg, doet een probleem rijzen, aangezien er complicaties kunnen optreden. Sommige ziekenhuizen groeperen risicozwangschappen en behandelen bijvoorbeeld

concept de “programme de soins” est-il suffisant pour garantir la maîtrise des dépenses?

Mme Nathalie Muylle (CD&V) demande ce qu'il adviendra des suppléments d'honoraires, évoqués par la ministre dans le cadre de la première phase de délimitation des soins de basse variabilité.

Le “cluster” des soins de moyenne variabilité comptera sans doute le plus grand nombre de patients. L'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé envisageait dans ce cadre la constitution de zones de soins. Dans chaque zone de soins, des volumes attendus de patients auraient été définis. Le financement aurait été couplé à la détermination des zones de soins et des volumes. Cette piste est-elle définitivement abandonnée, au profit d'une enveloppe nationale fermée?

Mme Ine Somers (Open Vld) souscrit à un système où les trois “clusters” de financement sont liés chacun à une catégorie d'hôpital. Ce système contribuerait à l'amélioration des soins pour les patients et à une spécialisation des institutions hospitalières. La répétition d'actes identiques participe à l'amélioration de l'art de guérir.

M. Damien Thiéry (MR) partage les interrogations d'autres membres sur la définition plus précise des grades de variabilité.

En ce qui concerne les soins à basse variabilité, la troisième phase exposée viserait, entre autres, un raccourcissement de la durée de séjour, dans le cadre de l'intégration d'autres flux de financement au sein des hôpitaux. L'intervenant s'interroge sur la manière de gérer le financement d'une complication dans le cadre d'une intervention qualifiée de simple.

Mme Monica De Coninck (sp.a) ne voit pas suffisamment comment les médicaments seront intégrés aux modalités de financement dans chacun des “clusters”.

Par rapport à l'affirmation suivant laquelle la majorité des cas relèveront des soins à moyenne variabilité, l'oratrice énonce la crainte que ces cas seront moins directement traités par les hôpitaux que les soins à haute variabilité.

Mme Catherine Fonck (cdH) estime que les trois “clusters” de financement appellent de nombreuses questions. Inscrire l'accouchement dans la catégorie des soins de faible variabilité pose un problème, dans la mesure où des complications peuvent intervenir. Certains hôpitaux concentrent les situations de

de zeervroeggeborenen. De nadere bepaling van de categorieën zal dus de nodige aandacht moeten krijgen.

De spreekster verwijst naar de besprekingen over de forfaitaire terugbetaling van de geneesmiddelen. De besparingen die door de invoering van dat systeem konden worden gemaakt, zijn niet opnieuw in het systeem geïnvesteerd. Eventuele besparingen dankzij de variabiliteit moeten niet terugvloeien naar de begroting van de Staat.

De minister stelt vast dat in het door de Ministerraad goedgekeurde en voor advies aan de Raad van State voorgelegde voorontwerp van wet houdende diverse bepalingen inzake volksgezondheid, sprake is van de ereloonsupplementen in het dagziekenhuis. Alleen de ereloonsupplementen in een eenpersoonskamer blijven bestaan. Eén van de doelstellingen van de minister is een oplossing te vinden voor het vraagstuk van dergelijke supplementen.

De definitie van de “clusters” moet nog worden verfijnd. Daartoe zijn werkgroepen opgericht. Voor de hoogvariabele zorg, die met een hoge specialisatie gepaard gaat, lijkt die definitie echter minder ingewikkeld dan voor de andere zorg. Men moet ook met de therapeutische vrijheid rekening houden: het is de zorgverstrekker die moet bepalen welke zorg het meest geschikt is voor de patiënt.

2. Forfaitarisering

De heer Jan Vercammen (N-VA) zou het op prijs hebben gesteld indien meer verduidelijking was gegeven over wat forfaitair zou worden door de hervorming. Een te grote forfaitarisering houdt immers het risico in dat de kwaliteit van de zorg afneemt en dat het verzorgend personeel gedemotiveerd raakt.

De heer Alain Mathot (PS) is opgetogen dat de ziekenhuisfinanciering niet louter op een forfaitaire grondslag is opgevat. Een dergelijk model hield risico's in voor de kwaliteit van de zorg. Het lid haalt het voorbeeld aan van Frankrijk, waar sommige ziekenhuizen de neiging hebben bepaalde ziekten die onvoldoende geld opbrengen, niet te willen behandelen.

De minister erkent dat nog wordt gediscussieerd over het deel waarvoor forfaitaire terugbetaling zal gelden. De forfaitarisering zal aan bod komen in het maatregelenpakket in verband met de zorg van uiteenlopende variabiliteit.

Het beginsel van financiering per prestatie blijft grotendeels overeind. De toevoeging van een gedeeltelijke

grossesses à risque, par exemple en traitant les grands prématurés. Le travail de définition des catégories devra donc mobiliser toutes les attentions.

L'oratrice se réfère aux discussions autour du remboursement forfaitaire des médicaments. Les économies qui avaient été enregistrées en instituant ce régime n'ont pas été réinvesties dans le système. D'éventuelles économies enregistrées grâce aux variabilités ne doivent pas retourner dans le budget de l'État.

La ministre constate que la question des suppléments d'honoraires en hôpital de jour fait partie de l'avant-projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé, déjà approuvé par le Conseil des ministres et soumis pour avis au Conseil d'État. Seuls subsisteront les suppléments d'honoraires en chambre individuelle. La résolution de la question des suppléments de cet ordre fait partie des objectifs de la ministre.

La définition des “clusters” doit encore être affinée. C'est dans cette optique que des groupes de travail seront constitués. Pour les soins de haute variabilité, liés à une haute spécialisation, cette définition paraît toutefois moins compliquée que pour les autres. Il doit aussi être tenu compte de la liberté thérapeutique: c'est au prestataire de définir les soins les plus adaptés pour le patient.

2. Forfaitarisation

M. Jan Vercammen (N-VA) aurait apprécié que plus de précisions soient apportées sur ce qui sera rendu forfaitaire par la réforme. Une trop grande forfaitarisation présente en effet le risque d'une réduction de la qualité des soins et d'une démotivation du personnel des soins de santé.

M. Alain Mathot (PS) se réjouit que le financement des hôpitaux ne soit pas conçu sur la base d'un modèle purement forfaitaire. Un tel modèle présentait des risques pour la qualité des soins. Le membre cite l'exemple français, où certains hôpitaux ont une tendance à ne pas vouloir traiter certaines pathologies, qui ne rapportent pas suffisamment.

La ministre reconnaît que la part dans laquelle le remboursement sera forfaitaire fait encore l'objet de discussions. La forfaitarisation sera évoquée dans le paquet de mesures afférent aux soins de diverses variabilités.

Le principe du financement par prestation reste maintenu en large part. L'adjonction d'une part de

forfaitaire financiering leidt echter tot een gemengde regeling. Het dynamisme van de gezondheidszorgsector in België is volgens de minister deels toe te schrijven aan het feit dat de gezondheidszorgberoepen vaak vrije beroepen zijn.

3. Institutionele bevoegdheidsverdeling

De heer Jan Vercammen (N-VA) vindt dat sommige aspecten van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering niet noodzakelijkerwijs materies zijn waarvoor de Federale Staat bevoegd is, want ze hebben niet rechtstreeks betrekking op de gezondheidszorg. Het lid citeert in dat verband de taken van de universitaire ziekenhuizen en het wetenschappelijk onderzoek.

De minister garandeert dat zij binnen het bevoegdheidsgebied van de Federale Staat blijft wanneer zij de toegangsvoorwaarden tot een gezondheidszorgberoep, zoals de heekunde, vastlegt. Voor de manier waarop de opleiding wordt verstrekt, blijven de deelstaten bevoegd.

In het budget van de financiële middelen behelst onderdeel B7 de specifieke kosten van universitaire ziekenhuizen. De financiering heeft altijd plaatsgehad in het kader van budgetten van de federale overheid. Aldus verschilt het Belgische systeem sterk van het Nederlandse.

4. Innovatie

De heer Jan Vercammen (N-VA) heeft de minister meermaals het belang van innovatie horen benadrukken. De vraag rijst echter wie kan innoveren. Momenteel is een ziekenhuis meer tot innovatie in staat naarmate het groter is. Zullen normen de innovatie begeleiden?

De spreker hoopt dat een strategisch plan zal worden uitgewerkt om de innovatie in de gezondheidszorg te bevorderen. Dit strategisch plan zou ervoor moeten zorgen dat mogelijke spanningen worden voorkomen tussen de universitaire ziekenhuizen en de andere ziekenhuizen.

De minister waarschuwt voor een vicieuze cirkel waarbij elk ziekenhuis afzonderlijk de meest innovatieve apparatuur aankoopt en dan een arts probeert aan te trekken die in staat is die apparatuur te bedienen, wat een niet wenselijke middelenbesteding doet ontstaan door een concurrentie die de kosten onder druk zet.

financement forfaitaire aboutit toutefois à un régime mixte. Le dynamisme du secteur des soins de santé en Belgique est pour une part à imputer, selon la ministre, au fait que les professions des soins de santé sont souvent des professions libérales.

3. Répartition institutionnelle des compétences

M. Jan Vercammen (N-VA) estime que certains aspects envisagés dans la réforme du financement des hôpitaux ne constituent pas nécessairement des matières relevant des compétences de l'État fédéral, car elles ne portent pas directement sur les soins de santé. Le membre cite à cet égard les missions des hôpitaux universitaires et la recherche scientifique.

La ministre assure rester dans les limites des compétences de l'État fédéral, lorsqu'elle établit des conditions d'accès à l'exercice d'une profession de soins de santé telle que la chirurgie par exemple. La manière dont la formation est donnée reste de la compétence des entités fédérées.

Dans le budget des moyens financiers, la sous-partie B7 couvre les coûts spécifiques d'hôpitaux universitaires. Le financement a toujours eu lieu dans le cadre des budgets de l'autorité fédérale. Le système belge est ainsi fort différent du système des Pays-Bas.

4. Innovation

M. Jan Vercammen (N-VA) a plusieurs fois entendu la ministre souligner l'importance de l'innovation. La question se pose toutefois de savoir qui peut innover. Actuellement, plus l'hôpital est grand, plus il est en mesure d'innover. Des normes encadreront-elles l'innovation?

L'orateur espère qu'un plan stratégique sera conçu pour promouvoir l'innovation dans les soins de santé. Ce plan stratégique devrait veiller à éviter d'éventuelles tensions entre les hôpitaux universitaires et les autres.

La ministre prévient contre un cercle vicieux qui consiste à ce que chaque hôpital acquière séparément l'appareillage le plus innovant, pour ensuite chercher à attirer chez lui un médecin capable d'utiliser cet appareillage, avec pour conséquence une allocation inopportune des moyens par une concurrence créant de la tension sur les coûts.

5. Informatisering

De heer Damien Thiéry (MR) stelt vast dat de minister gewag maakt van een ontoereikende informatisering. Die vaststelling geldt niet alleen voor het ziekenhuisbeheer. Voor een afdoende opwaardering van het informaticapark zijn budgettaire middelen vereist.

D. Procedure

1. Overleg en communicatie

De heer Jan Vercammen (N-VA) vraagt dat de rol van de artsen bij het overleg over de hervorming wordt verduidelijkt. De verdeling van de forfaitaire honoraria zou immers kunnen leiden tot conflicten tussen artsen.

De heer Alain Mathot (PS) vraagt meer uitleg over de samenstelling van de *task force* die moet toezien op de algehele samenhang van de hervormingen. Die *task force* moet het theoretische raamwerk van de hervormingen immers omzetten in concrete maatregelen.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) vindt het een goede zaak dat de artsen meer worden betrokken bij het hervormingsproces. Niettemin mag ook de participatie van de patiënt niet uit het oog worden verloren. De minister heeft bij de aanvang van haar betoog trouwens op de centrale rol van de patiënt gewezen. De participatie van de patiënt is des te belangrijker omdat de nuances van een zo complex financieringssysteem hem zullen moeten worden uitgelegd.

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) acht het belangrijk dat elke bekommerning van elke actor in het veld een antwoord krijgt.

De heer Damien Thiéry (MR) onderstreept dat de vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, de artsen en de ziekenfondsen moeten worden geraadpleegd. Aangaande de vertegenwoordiging van de ziekenhuizen moet een systeem worden uitgewerkt zodat geen enkele ziekenhuisinstelling over het hoofd wordt gezien.

Voorts moet ook met de deelstaten worden overlegd. Het lid hoopt dat alle beleidsniveaus de krachten zullen bundelen in de door de minister aangegeven richting.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) merkt op dat het moeilijk zal zijn alle hervormingsfasen te coördineren. Sommige fasen zullen gelijktijdig verlopen. Het zal een heikele oefening zijn om te zien welke kwalitatieve vooruitgang waar is geboekt, hoewel die noodzakelijk is.

5. Informatisation

M. Damien Thiéry (MR) constate que la ministre fait état d'une informatisation inadéquate. Ce constat n'est pas limité à la gestion hospitalière. Pour procéder à une révision informatique pertinente, des moyens budgétaires sont nécessaires.

D. Procédure

1. Concertation et communication

M. Jan Vercammen (N-VA) voudrait que soit clarifié le rôle des médecins dans la concertation autour de la réforme. La distribution des honoraires forfaitaires pourrait en effet être la source de conflits entre médecins.

M. Alain Mathot (PS) demande plus de précisions sur la composition de la *task-force* chargée de la cohésion de l'ensemble des réformes. Son rôle est en effet de traduire en mesures concrètes le cadre théorique de réformes.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) approuve une plus grande participation des médecins au processus de réforme. Cependant, il convient aussi de ne pas omettre la participation des patients. La ministre a d'ailleurs débuté son intervention en soulignant le rôle central des patients. Il en va d'autant plus ainsi qu'il faudra leur expliquer les nuances d'un système de financement aussi complexe.

Mme Ine Somers (Open Vld) estime important qu'une réponse soit donnée à chaque préoccupation de chaque acteur de terrain.

M. Damien Thiéry (MR) insiste sur la nécessité de consulter les représentants des hôpitaux, des médecins et des mutualités. En ce qui concerne la représentation des hôpitaux, un système doit être conçu pour que cette représentation n'omette aucune institution hospitalière.

La concertation doit également avoir lieu avec les entités fédérées. Le membre espère que tous les niveaux de pouvoir agiront de concert, dans le sens projeté par la ministre.

Mme Monica De Coninck (sp.a) note qu'il sera difficile de coordonner l'ensemble des étapes de la réforme. Certaines étapes seront concomitantes. Il sera délicat d'enregistrer les sauts qualitatifs, pourtant nécessaires. La communication sera d'une importance décisive.

Communicatie zal van doorslaggevend belang zijn. Van meet af aan zullen de bedenkers van de hervorming erop moeten toezien dat alle betrokken actoren hun steun verlenen. Het einddoel van het project moet gepaard gaan met een hoge mate van stabiliteit.

De spreekster waarschuwt ervoor dat naïviteit uit den boze is. De uitdagingen zijn legio. Er zal zeker tegenkanting komen.

Om de sector beter te kunnen ondersteunen, zouden men een gemeenschappelijke externe vijand moeten zoeken. De minister kan zich daartoe laten inspireren door wat in Duitsland gebeurt: daar wordt het beheer van ziekenhuizen overgenomen door grote commerciële ondernemingen. “Winst” is hun enige drijfveer.

Patiëntenintegratie houdt niet alleen in dat wordt gesproken over de patiënten, maar ook en vooral mét hen.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wil weten wie de voormelde *task force* zal samenstellen. Zal het RIZIV worden betrokken bij de aansturing van de hervorming?

Voorzitster Muriel Gerkens had graag gezien dat niet alleen de artsen, maar ook de andere zorgverleners worden betrokken bij het hervormingsproces. De hervorming van het voormelde koninklijk besluit nr. 78 zal leiden tot een sterkere onderlinge betrokkenheid van de diverse zorglijnen.

De minister beklemtoont dat de rol die is weggelegd voor de artsen; zij wil hen inspraak geven en vindt dat ze moeten worden geresponsabiliseerd. De hervorming beoogt trouwens een deel van hun honorarium te koppelen aan de ziekenhuisfinanciering. Daarover moet met de artsen nog worden overlegd.

Wat de vertegenwoordiging van de ziekenhuizen betreft, zullen de overkoepelende organisaties zelf moeten bepalen hoe zij vertegenwoordigd zullen zijn in de beheersstructuur van het project. De aanwezigheid van te veel vertegenwoordigers op de overlegvergaderingen komt de kwaliteit van de besprekingen niet ten goede. Het komt de overkoepelende structuren toe intern een gezamenlijk standpunt uit te werken.

De *task force* zal toezien op de alomvattende samenhang tussen deze hervorming, de herziening van de nomenclatuur van de gezondheidszorg en de herziening van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. In de komende weken moet nog over de samenstelling ervan worden beslist. Het ligt in de bedoeling die samenstelling beperkt te houden; er zijn voorbeelden van overlegfora die zijn vastgelopen omdat het aantal deelnemers te

Depuis le début, il faudra que les auteurs de la réforme veillent à l'appui de toutes les parties prenantes. La finalité du projet devra conserver un haut degré de stabilité.

L'intervenante prévient qu'il faut éviter toute naïveté. Les défis seront nombreux. Les oppositions se feront entendre.

Il conviendrait, pour contribuer à un meilleur soutien du secteur, de chercher un ennemi externe commun. La ministre pourrait s'inspirer à cet effet de la situation en Allemagne, où de grandes entreprises commerciales reprennent la gestion d'hôpitaux. Le gain constitue le seul moteur de leur entreprise.

L'intégration des patients ne consiste pas seulement à discuter d'eux, mais aussi et surtout à discuter avec eux.

Mme Catherine Fonck (cdH) demande qui composera la *task-force* précitée. L'INAMI sera-t-il associé au pilotage de la réforme?

Mme Muriel Gerkens, présidente, voudrait que les autres prestataires de soins que les médecins participent également au processus de réforme. La réforme de l'arrêté royal n° 78 précité impliquera une plus grande implication entre les lignes de soins.

La ministre insiste sur le rôle des médecins, à qui elle veut laisser leur mot à dire et qui doivent être responsabilisés. L'objectif de la réforme consiste d'ailleurs à relier une partie de leurs honoraires au financement de l'hôpital. Des concertations doivent encore avoir lieu avec eux.

En ce qui concerne la représentation des hôpitaux, les structures faïtières devront régler elles-mêmes de quelle manière elles seront représentées dans la structure de gouvernance du projet. Un trop grand nombre de personnes présentes aux réunions de concertation nuirait à la qualité des débats. Il appartiendra aux structures faïtières de chercher en leur sein un point de vue commun.

La *task-force* veillera à la cohésion globale entre cette réforme, la révision de la nomenclature des soins de santé et la révision de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. La composition doit encore être décidée, dans les prochaines semaines. L'objectif ne consiste pas en ce que cette composition soit trop étendue. Des exemples existent de lieux de concertation qui se sont enlisés en raison d'un trop grand nombre de participants. Les

groot was. De leden van de *task force* zullen elk een groep van personen en instellingen vertegenwoordigen, waarbij elke groep de wijze van vertegenwoordiging intern moet regelen.

De *taskforce* zal worden geïnstalleerd nadat de drie hervormingstrajecten zijn opgestart (hervorming ziekenhuisfinanciering, nomenclatuur en het koninklijk besluit nr. 78).

De heer Benoît Piedboeuf (MR) vindt het een goed idee de artsen bij het ziekenhuisbeheer te betrekken. Hij wijst er echter op dat de intercommunale vereniging Vivalia (in de provincie Luxemburg) uitsluitend wordt beheerd door politieke mandatarissen, zoals de Waalse wetgeving bepaalt. Om het beheer te wijzigen, zal die wetgeving dus moeten worden herzien. Hoe zal daartoe worden overlegd met de deelstaten?

De minister moet over deze aangelegenheid nog informatie inwinnen. De samenwerking met de deelstaten zal in sommige gevallen leiden tot asymmetrie. Anders zal het *bottom-up* model niet werken.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) vraagt wie deel zal uitmaken van het bureau van de federale overleggroep voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Zal dat bureau representatief zijn? Wie zal de leden kiezen?

De minister antwoordt dat het bureau zal bestaan uit een of twee vertegenwoordigende leden per groep en er zijn drie betrokken groepen: de ziekenhuizen, de artsen en de ziekenfondsen. Elke groep wijst onder zijn leden degene aan die de groep in het bureau zal vertegenwoordigen. De nadere regels voor de aanwijzing en voor het afleggen van rekenschap zullen afhangen van de interne regels van elke groep.

2. Evaluatie van de proefprojecten en aanbevelingen

De heer Damien Thiéry (FDF) vestigt er de aandacht op dat het belangrijk is de proefprojecten correct te evalueren. Daaruit zullen aanbevelingen komen met het oog op een meer algemene toepassing.

3. Tijdschema

De heer Alain Mathot (PS) wil een nauwkeuriger tijdschema voor de toekomstige hervormingen. Is er voor de fasen van de verschillende "clusters" een agenda?

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) vraagt om meer informatie over de twee andere hervormingen die als onlosmakelijk met elkaar verbonden worden beschouwd, namelijk de herziening van de nomenclatuur van de

membres de la *task-force* représenteront un groupe de personnes et d'institutions et la manière dont cette représentation aura lieu relève de l'organisation interne de chaque groupe.

L'installation de la *task-force* aura lieu après le lancement des trois réformes (réformes du financement des hôpitaux, de la nomenclature et de l'arrêté royal n° 78).

Pour M. Benoît Piedboeuf (MR), associer les médecins à la gestion des hôpitaux est une bonne idée. Toutefois, en province du Luxembourg, l'intercommunale Vivalia est gérée exclusivement par des mandataires politiques, conformément à la législation wallonne. Le changement de gestion nécessitera donc la révision de ces normes. Comment la concertation avec les entités fédérées sera-t-elle menée à cette fin?

La ministre doit encore s'informer sur cette question. La coopération avec les entités fédérées aboutira dans certains cas à des asymétries. Sinon, le modèle partant de la base vers le sommet ne fonctionnera pas.

Mme Catherine Fonck (cdH) demande qui composera le bureau du groupe de concertation fédéral sur la réforme du financement des hôpitaux. Ce bureau sera-t-il représentatif? Qui choisira ses membres?

La ministre répond que le bureau comprendra un ou deux membres représentants par groupe, sachant que les trois groupes concernés sont la représentation des hôpitaux, celle des médecins et celle des mutualités. Chacun de ces groupes désignera en son sein le membre qui le représentera au bureau. Les modalités de désignations et de reddition de comptes dépendront des règles internes de chaque groupe.

2. Évaluation des projets pilotes et recommandations

M. Damien Thiéry (MR) attire l'attention sur l'importance d'évaluer correctement les projets pilotes. De ceux-ci émaneront des recommandations, en vue d'une application plus générale.

3. Échéancier

M. Alain Mathot (PS) souhaite un échéancier plus précis des réformes à venir. Les phases des différents "clusters" sont-elles pourvues d'un agenda?

Mme Nathalie Muylle (CD&V) demande plus de précisions sur les deux autres réformes considérées comme indissociablement liées, à savoir la révision de la nomenclature des prestations de santé et la réécriture

gezondheidsverstrekkingen en de herschrijving van koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) benadrukt dat het herschrijven van dat koninklijk besluit onontbeerlijk is. Daarin worden de competentieprofielen van de zorgverstrekkers bepaald. Het subsidiariteitsbeginsel zou de basis voor een reflectie moeten vormen: de beste zorg verstrekken in de beste zorgplaats.

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) waarschuwt dat de herziening van de nomenclatuur van de gezondheidsverstrekkingen een struikelblok vormt voor degenen die niet het vertrouwen van de spelers te velde zoeken.

De minister geeft aan dat het Plan van Aanpak al een tijdschema bevat. Dat is meer gedetailleerd dan het perscommuniqué van 28 april 2015 met als kop "Hervorming van de ziekenhuisfinanciering en het ziekenhuislandschap: stapsgewijs en in overleg"⁴.

Het herschrijven van koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wordt voorbereid door professor dr. Koen Vandewoude. Als dat werk klaar is, zal het in commissie worden voorgesteld. De herziening van de nomenclatuur is ook in voorbereiding.

De rapporteurs,

Catherine FONCK
Jan VERCAMMEN

De voorzitter,

Muriel GERKENS

de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Mme Ine Somers (Open Vld) souligne que la réécriture de cet arrêté royal n° 78 est indispensable. Celui-ci définit les profils de compétence des prestataires des soins de santé. Le principe de subsidiarité devrait constituer la base de la réflexion: accorder le meilleur soin dans le meilleur lieu de soin.

Mme Monica De Coninck (sp.a) prévient que la révision de la nomenclature des prestations de santé constitue un écueil pour ceux qui ne cherchent pas à obtenir la confiance des acteurs de terrain.

La ministre indique que le Plan d'approche contient déjà un échéancier. Celui-ci est plus détaillé que le communiqué de presse diffusé le 28 avril 2015, intitulé "Réforme du financement des hôpitaux et du paysage hospitalier: pas à pas et en concertation"⁴.

La réécriture de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé est préparée par le Prof. Dr. Koen Vandewoude. Lorsque le travail préparatoire sera prêt, il sera présenté en commission. La révision de la nomenclature est également en voie de préparation.

Les rapporteurs,

Catherine FONCK
Jan VERCAMMEN

La présidente,

Muriel GERKENS

⁴ Beschikbaar op:
— <http://www.maggiedeblock.be/wp-content/uploads/2015/04/28-04-2015-NL-streefdata-hervorming-ziekenhuisfinanciering-en-landschap-4.docx> (in het Nederlands) en
— <http://www.maggiedeblock.be/wp-content/uploads/2015/04/28-04-2015-FR-réforme-du-financement-des-hôpitaux-pas-à-pas-2.docx> (in het Frans).

⁴ Disponible:
— en français, sur: <http://www.maggiedeblock.be/wp-content/uploads/2015/04/28-04-2015-FR-réforme-du-financement-des-hôpitaux-pas-à-pas-2.docx>;
— en néerlandais, sur: <http://www.maggiedeblock.be/wp-content/uploads/2015/04/28-04-2015-NL-streefdata-hervorming-ziekenhuisfinanciering-en-landschap-4.docx>.