

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

24 februari 2015

**DE HERVORMING VAN DE
ZIEKENHUISFINANCIERING**

HOORZITTINGEN

**1° over de huidige regels
inzake ziekenhuisfinanciering;**

**2° over het rapport KCE Reports 229,
“Conceptueel kader voor de hervorming
van de ziekenhuisfinanciering”**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
DE DAMES **Nathalie MUYLLE** en **Anne DEDRY**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

24 février 2015

**LA REFORME DU FINANCEMENT
DES HOPITAUX**

AUDITIONS

**1° sur les règles actuelles du financement
des hôpitaux;**

**2° sur le rapport KCE Reports 229,
“Cadre conceptuel pour la réforme
du financement des hôpitaux”**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET
DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MMES **Nathalie MUYLLE** et **Anne DEDRY**

**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 Gerkens

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 Gerkens
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 Winkel
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
Benoît Lutgen, Isabelle Poncelet

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-GO!	:	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 ^o de base et du n ^o 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
Tél.: 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.

EERSTE DEEL

**OVER DE HUIDIGE REGELS VAN DE
ZIEKENHUISFINANCIERING**

I. Aandeel van de ziekenhuisactiviteit in de uitgaven voor gezondheidszorg	4
A. Internationale gegevens	4
B. Binnenlandse gegevens	5
II. Organisatie van de activiteit binnen de ziekenhuismuren	6
A. Klassieke ziekenhuisopname	6
B. Dagziekenhuis	7
C. Centra voor gecoördineerde multidisciplinaire zorg	7
D. Ambulante behandelingen	8
III. Financieringsbronnen	8
A. Socialezekerheidsinstellingen	8
B. Federale Staat en deelstaten	9
C. Patiënten	9
D. Overige	9
IV. Weerslag van de zesde staatshervorming	10
V. Financieringsvormen	11
A. Beginselen	11
B. Budget van financiële middelen	12
C. Aanvullende financiering van de intramurale ziekenhuisactiviteiten	18
VI. Slotopmerkingen en conclusies	20
A. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu	20
B. RIZIV	21

TWEEDE DEEL

**OVER HET KCE-RAPPORT
"KCE REPORTS 229"**

I. Samenvatting van het rapport	22
A. Wat voorafging	22
B. Waarom een hervorming nodig is	23
C. Conceptueel kader voor de hervorming	31
D. Uitvoering	37
II. Bespreking	38
A. Betogen van de leden	38
B. Antwoorden	41
C. Replieken	46
Bijlage: Gemeenschappelijke presentatie van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (fragmenten)	49

SOMMAIRE Pages

PREMIÈRE PARTIE

**SUR LES RÈGLES ACTUELLES DU
FINANCEMENT HOSPITALIER**

I. Part de l'activité hospitalière dans les dépenses en soins de santé	4
A. Données internationales	4
B. Données internes	5
II. Organisation de l'activité hospitalière	6
A. Hospitalisation classique	6
B. Hospitalisation de jour	7
C. Centres de soins multidisciplinaires coordonnés ..	7
D. Traitements ambulatoires	8
III. Sources de financement	8
A. Institutions de sécurité sociale	8
B. État et entités fédérées	9
C. Patients	9
D. Autres	9
IV. Impact de la sixième réforme de l'État	11
V. Modes de financement	11
A. Principes	11
B. Budget des moyens financiers	12
C. Financement complémentaire des activités intrahospitalières	18
VI. Remarques finales et conclusions	20
A. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement	20
B. INAMI	21

DEUXIÈME PARTIE

**SUR LE RAPPORT
"KCE REPORTS 229"**

I. Synthèse du rapport	22
A. Préalables	22
B. Causes de la nécessité d'une réforme	23
C. Cadre conceptuel de réforme	31
D. Mise en œuvre	37
II. Discussion	38
A. Interventions des membres	38
B. Réponses	41
C. Répliques	46
Annexe: Présentation commune de l'INAMI et du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (extraits)	49

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft tijdens haar vergadering van 27 januari 2015 hoorzittingen gehouden over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Zij heeft de volgende sprekers gehoord:

1° over de huidige regels inzake ziekenhuisfinanciering (eerste deel):

— de heer Christiaan Decoster, directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu;

— de heer Jo De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV;

2° over het rapport KCE Reports 229, “Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering” (tweede deel), mevrouw Carine Van de Voorde en de heer Koen Van den Heede, vertegenwoordigers van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg¹.

EERSTE DEEL

OVER DE HUIDIGE REGELS VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING

I. — AANDEEL VAN DE ZIEKENHUISACTIVITEIT IN DE UITGAVEN VOOR GEZONDHEIDSZORG

Volgens de heer Jo De Cock (RIZIV) is de onmiskenbare complexiteit van het financieringsstelsel van de ziekenhuizen in België ten dele toe te schrijven aan de moeilijkheid om de ziekenhuisactiviteiten af te bakenen. Het is moeilijk om een homogene benadering te vinden. Er dient immers een onderscheid te worden gemaakt tussen de ziekenhuisfinanciering en de financiering van de ziekenhuisactiviteiten.

A. Internationale gegevens

Aan de hand van de OESO-gegevens kunnen de algemene uitgaven voor gezondheidszorg volgens bepaalde categorieën worden gerangschikt (zie bijlage, schema nr. 1). Voor België bedroegen de totale uitgaven

¹ Het volledige rapport (enkel in het Engels) kan worden geraadpleegd op: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf
Een samenvatting is beschikbaar:
— in het Frans, op: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229B_reforme_financement_hopitaux_Synthese.pdf
— in het Nederlands, op: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229As_ziekenhuisfinanciering_Synthese.pdf

Mesdames, Messieurs,

Votre commission a consacré sa réunion du 27 janvier 2015 à des auditions sur la réforme du financement des hôpitaux. Elle a entendu:

1° sur les règles actuelles du financement hospitalier (première partie):

— M. Christiaan Decoster, directeur général du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement;

— M. Jo De Cock, administrateur général de l'INAMI;

2° sur le rapport KCE Reports 229, “Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux” (deuxième partie), Mme Carine Van de Voorde et M. Koen Van den Heede, représentants du Centre fédéral d'expertise des soins de santé¹.

PREMIÈRE PARTIE

SUR LES RÈGLES ACTUELLES DU FINANCEMENT HOSPITALIER

I. — PART DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE DANS LES DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ

Pour M. Jo De Cock (INAMI), la complexité indéniable du système de financement des hôpitaux en Belgique est pour une part liée à la difficulté de tracer le périmètre des activités hospitalières. Il est délicat en la matière de trouver une approche homogène. Il convient en effet de distinguer le financement des hôpitaux du financement des activités hospitalières.

A. Données internationales

Les données de l'OCDE permettent de classer les dépenses globales en soins de santé selon certaines catégories (voir annexe, schéma n° 1). Les dépenses totales pour les hôpitaux en 2012 atteignent pour la

¹ Le rapport complet peut être consulté (uniquement en anglais) sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf
Un résumé est disponible:
— en français, sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229B_reforme_financement_hopitaux_Synthese.pdf
— en néerlandais, sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229As_ziekenhuisfinanciering_Synthese.pdf

voor de ziekenhuizen in 2012 11,805 miljard euro. Alle gezondheidsuitgaven samen bedragen iets minder dan 41 miljard euro. Dat bedrag omvat het aandeel dat door de overheid wordt gefinancierd en het aandeel van de privésector (via een aanvullende verzekering, via het eigen aandeel van de patiënt enzovoort).

Die uitgaven hebben echter betrekking op de ziekenhuizen en niet op de ziekenhuisactiviteiten. Verschillende ziekenhuisactiviteiten in ruime zin vallen onder andere categorieën dan de “ziekenhuizen”: verpleegkundige zorg wordt in rust- en verzorgingstehuizen verstrekt, ambulante zorg vormt een aparte categorie, medische hulpmiddelen en geneesmiddelen worden ook in een ziekenhuisstructuur verstrekt, enzovoort.

Een vergelijking met de buurlanden (schema nr. 2) is mogelijk, maar sommige stelsels (zoals het Britse) zijn te verschillend van ons stelsel, waardoor die vergelijking niet mogelijk is. Volgens de spreker bewijst het gebrek aan informatie over bepaalde Staten nogmaals hoe moeilijk het is om de ziekenhuisfinanciering af te bakenen. Voor België vertegenwoordigt de ziekenhuisfinanciering, zoals opgevat door de OESO, ongeveer 29 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Dat aandeel is veel groter voor de voormelde buurlanden.

B. Binnenlandse gegevens

Wat België betreft, zijn de cijfers die volgens de spreker het betrouwbaarst zijn in verband met de ziekenhuisuitgaven die waarbij ook de omzet van de ziekenhuizen wordt weergegeven, zoals in “Finhosta” - het werkinstrument van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Voor 2012 bedraagt de totale omzet van alle Belgische ziekenhuizen ongeveer 17,5 miljard euro (schema nr. 3). Die omzet bestaat, naast de verpleegdagprijs, voor een aanzienlijk percentage uit het deel van de honoraria van de (para)medische prestaties dat naar de ziekenhuisstructuren gaat. Gemiddeld vloeit 60 % van de honoraria naar de artsen. Van de 6,5 miljard euro vloeit dus ongeveer 3 miljard euro naar de ziekenhuisfinanciering.

De databank *Finhosta* bevat geen informatie over de bedragen die de ziekenhuizen ontvangen voor extramurale activiteiten; deze activiteiten worden immers niet in de ziekenhuisboekhouding opgenomen. De spreker beklemtoont evenwel dat de ziekenhuizen aldus reeds over echt veel financiële middelen beschikken.

Belgique 11,805 milliards d’euros. Les dépenses totales de santé atteignent quant à elles un peu moins de 41 milliards d’euros. Ce montant recouvre la part financée par le secteur public et celle financée par le secteur privé (par assurance complémentaire, au moyen de la part propre du patient, etc.).

Ces dépenses concernent toutefois les hôpitaux et non les activités hospitalières. Plusieurs activités hospitalières au sens large se retrouvent dans d’autres catégories que les “hôpitaux”: les soins infirmiers résidentiels sont donnés en maisons de repos et de soins, les soins ambulatoires constituent une catégorie à part, des dispositifs médicaux et des médicaments sont également fournis en structure hospitalière, etc.

Une comparaison peut être réalisée avec des États limitrophes (schéma n° 2). Certains systèmes trop dissemblables au nôtre, comme au Royaume-Uni, ne permettent pas cette comparaison. Pour l’orateur, le manque d’informations pour certains États démontre encore une fois la difficulté de tracer le périmètre du financement hospitalier. Pour la Belgique, le financement des hôpitaux, tel que l’entend l’OCDE, représente environ 29 % des dépenses totales en matière de santé. La part est plus importante pour les États limitrophes.

B. Données internes

En ce qui concerne la Belgique, les informations considérées par l’intervenant comme les plus fiables sur les dépenses hospitalières sont celles reprenant le chiffre d’affaires des hôpitaux, telles que compilées dans l’outil “Finnosta” du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Pour 2012, le chiffre d’affaires global, pour l’ensemble des hôpitaux belges, atteint environ 17,5 milliards d’euros (schéma n° 3). Outre le prix de la journée d’hospitalisation, une part importante du chiffre d’affaires est constituée des parts attribuées aux structures hospitalières des honoraires des prestataires médicaux et paramédicaux. 60 % des honoraires sont rétrocédés aux médecins en moyenne. Sur 6,5 milliards d’euros, environ 3 milliards sont donc alloués au financement des hôpitaux.

La banque de données “Finnosta” ne reprend pas les données concernant les montants que les hôpitaux perçoivent en raison d’activités extramurales. Ces activités s’opèrent en effet en dehors de la comptabilité des hôpitaux. L’intervenant souligne cependant que les ressources financières des hôpitaux représentent ainsi des montants déjà très importants.

Tevens wordt informatie gegeven over de respectieve omzet van de algemene ziekenhuizen en van de psychiatrische ziekenhuizen in de periode 2010-2013 (schema nr. 4). De gegevens omtrent 2013 worden momenteel echter nog geanalyseerd en gelden derhalve slechts onder voorbehoud.

De spreker wijst erop dat er in 2012 in België 122 algemene ziekenhuizen waren (met 44 142 erkende bedden en 40 262 verantwoorde bedden), alsook 66 psychiatrische ziekenhuizen. Er waren alles samen 2 510 343 opnames.

De bezoldiging van 146 171 voltijds equivalenten werd door het budget van financiële middelen gedragen. Dat cijfer houdt geen rekening met de op een andere basis betaalde personeelsleden, noch met de per consultatie betaalde zorgverleners. Hun aantal kan eventueel worden geraamd door andere databanken (de Kruispuntbank van de sociale zekerheid, de sociale kassen) te raadplegen.

II. — ORGANISATIE VAN DE ACTIVITEIT BINNEN DE ZIEKENHUISMUREN

Voor een goed begrip van de structuur van de financiering van de ziekenhuisactiviteiten geeft *de heer Jo De Cock (RIZIV)* aan dat er vier grote activiteitsdomeinen zijn. De financieringsmechanismen hangen af van de aard van de gefinancierde activiteit.

A. Klassieke ziekenhuisopname

Bij de klassieke ziekenhuisopname, die strookt met de beschrijving die tevens door de Europese instellingen wordt gehanteerd, wordt de patiënt voor minstens één nacht in een ziekenhuiskamer opgenomen.

In drie categorieën van ziekenhuizen kan de patiënt terecht voor een klassieke ziekenhuisopname:

- de algemene ziekenhuizen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen 'acute ziekenhuizen' (die zelf worden onderverdeeld volgens bepaalde diensten of functies) en 'chronische ziekenhuizen';

- de universitaire ziekenhuizen, die als dusdanig moeten worden erkend;

- de psychiatrische ziekenhuizen.

De diensten zijn belangrijke elementen bij de bepaling van de ziekenhuisfinancieringsregeling, aangezien ze moeten voldoen aan specifieke werkings- en begeleidingsregels.

Des informations sont également fournies sur les chiffres d'affaires respectifs des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques, entre 2010 et 2013 (schéma n° 4). Les données afférentes à 2013 sont toutefois en cours d'analyse et ne valent que sous réserve.

L'intervenant rappelle qu'en 2012, la Belgique comptait 122 hôpitaux généraux. Ils représentaient 44 142 lits agréés et 40 262 lits justifiés. 66 hôpitaux psychiatriques existaient également. Le nombre d'admissions s'est élevé à 2 510 343.

Le nombre d'équivalents temps plein payés sur le budget des moyens financiers atteignait 146 171. Ce nombre ne reprend ni les membres du personnel payés sur une autre base, ni les prestataires de soins payés à la consultation. D'autres bases de données (comme la Banque-carrefour de la Sécurité sociale ou celles des caisses sociales) permettraient éventuellement d'évaluer le nombre.

II. — ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

Pour comprendre l'architecture du financement de l'activité hospitalière, *M. Jo De Cock (INAMI)* explique qu'il existe quatre grands domaines d'activité. Les mécanismes de financement dépendent de la nature de l'activité financée.

A. Hospitalisation classique

L'hospitalisation classique, conformément à la description également retenue par les institutions européennes, porte sur une prise en charge hospitalière en chambre, pour un séjour d'une nuit minimum.

Trois catégories d'hôpitaux assurent de telles hospitalisations:

- Les hôpitaux généraux, classés en hôpitaux aigus (eux-mêmes sous-classés selon certains services ou selon certaines fonctions) et en hôpitaux chroniques;

- Les hôpitaux universitaires, qui doivent recevoir à cet effet un agrément;

- Les hôpitaux psychiatriques.

Les services sont des entités importantes dans la détermination des règles de financement hospitalier. En effet, ces services sont soumis à des règles spécifiques de fonctionnement et d'encadrement.

B. Dagziekenhuis

De patiënt wordt in het dagziekenhuis opgenomen met het oog op een specifieke tenlasteneming in welomschreven situaties, zonder dat hij er een nacht verblijft.

Die tenlasteneming is dus intenser en betreft drie soorten van situaties:

— de opname in het chirurgisch dagziekenhuis voor een gesloten lijst van bij koninklijk besluit bepaalde chirurgische ingrepen; de financiering gebeurt via het budget van financiële middelen;

— de opname in situaties die zijn omschreven in een nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen: de daarin omschreven prestaties zijn niet noodzakelijk van chirurgische aard; sommige prestaties beogen chronische pijn te behandelen; in bepaalde situaties moet een prestatie onder algemene verdoving worden uitgevoerd, moet een geneesmiddel van terugbetalingscategorie A worden toegediend (voornamelijk chemotherapie) of moet de gipszaal worden gebruikt;

— dialyse in het ziekenhuis, in een collectief auto-dialysecentrum of thuis (hemodialyse of peritoneale dialyse): de spreker wijst nogmaals op de initiatieven die in dat verband in het kader van de begroting 2015 van de gezondheidszorg zijn aangekondigd.

C. Centra voor gecoördineerde multidisciplinaire zorg

De Centra voor gecoördineerde multidisciplinaire zorg behandelen specifieke ziektebeelden of doen aan functionele revalidatie, zoals omschreven:

— ofwel in een overeenkomst tussen het ziekenhuis en het Verzekeringscomité van het RIZIV: er bestaan 28 soorten van overeenkomsten (over de zelfregulatie bij diabetes, de referentiecentra mucoviscidose, hartrevalidatie, locomotorische of neurologische revalidatie enzovoort); in totaal werden 655 overeenkomsten gesloten (waarvan sommige – met name die met betrekking tot de ambulante zorg – voortaan, ingevolge de Zesde Staatshervorming, onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen vallen);

— ofwel in een zogeheten B4-overeenkomst tussen de ziekenhuisinstelling en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu: die overeenkomst is opgenomen in het budget van financiële middelen. Een dergelijke overeenkomst werd met het Centrum voor de behandeling van chronische pijn gesloten met betrekking tot de ziekte van Parkinson enzovoort.

B. Hospitalisation de jour

L'hospitalisation de jour porte sur une prise en charge spécifique, dans des situations bien définies, sans séjour d'une nuit.

La prise en charge est donc plus intense et concerne trois types de situations:

— L'hospitalisation chirurgicale de jour, possible pour une liste fermée d'interventions chirurgicales définie par arrêté royal: elle est financée par le truchement du budget des moyens financiers;

— L'hospitalisation dans des situations décrites dans une convention nationale conclue entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs: les prestations qui y sont décrites ne sont pas nécessairement chirurgicales; certaines de ces prestations ont pour objet le traitement de la douleur chronique; certaines situations nécessitent une prestation sous anesthésie générale, l'administration d'une médication de la catégorie de remboursement A (essentiellement de la chimiothérapie) ou l'utilisation de la salle de plâtre;

— La dialyse à l'hôpital, dans un centre collectif d'auto-dialyse ou à domicile (hémodialyse ou dialyse péritonéale): les initiatives annoncées dans le cadre du budget 2015 des soins de santé sur ce point sont ici rattachées.

C. Centres de soins multidisciplinaires coordonnés

Les centres de soins multidisciplinaires coordonnés couvrent le traitement de pathologies spécifiques ou une rééducation fonctionnelle, comme défini:

— Soit dans une convention conclue entre l'établissement hospitalier et le Comité de l'assurance de l'INAMI: il existe 28 types de conventions différentes (sur l'autorégulation diabétique, les centres de référence pour la mucoviscidose, la rééducation cardiaque, la rééducation locomotrice ou neurologique, etc.) pour, au total, 655 conventions conclues (certaines, portant sur les soins ambulatoires, relèveront désormais des compétences des Communautés en raison de la Sixième Réforme de l'État);

— Soit dans une convention dite "B4" conclue entre l'établissement hospitalier et le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement: cette convention est inscrite dans le budget des moyens financiers. Par exemple, une telle convention a été conclue avec le Centre de traitement de la douleur chronique, dans le domaine de la maladie de Parkinson, etc.

D. Ambulante behandelingen

De ambulante behandelingen zijn alle prestaties in de raadplegings- en onderzoekspraktijken, alle medisch-technische prestaties zoals laboratoriumonderzoeken, medische beeldvorming, bepaalde specifieke tandheelkundige onderzoeken, alle prestaties op het vlak van kinesitherapie en revalidatie enzovoort.

III. — FINANCIERINGSBRONNEN

Alvorens nader in te gaan op de financiering van de ziekenhuisactiviteiten, wil *de heer Jo De Cock (RIZIV)* de algemene financieringsbronnen op dit vlak in herinnering brengen. Dat zijn er immers heel wat. Er wordt een algemeen schema voorgesteld met de financiële stromen in verhouding tot de gezondheidszorgprestaties in een ziekenhuis (schema nr. 5).

A. Socialezekerheidsinstellingen

De socialezekerheidsinstellingen zijn de eerste financieringsbron van de ziekenhuisactiviteiten. Zo komt het RIZIV tussenbeide via middelen die aan de ziekenfondsen worden toegekend. Andere instellingen die financieren, zijn het Fonds voor de beroepsziekten, het Fonds voor Arbeidsongevallen, de OCMW's, Medex enzovoort.

Traditiegetrouw namen de socialezekerheidsinstellingen die actief zijn op het vlak van de ziekte- en invaliditeitsverzekering ongeveer 75 % van de financiering voor hun rekening. De resterende 25 % viel ten laste van het budget van financiële middelen. Voortaan bedraagt het aandeel van de voornoemde instellingen ongeveer 77 %. Ook andere financieringsbronnen zijn noodzakelijk gebleken.

De socialezekerheidsinstellingen financieren eveneens diverse prestaties: forfaits en forfaitaire honoraria (bijvoorbeeld inzake medische beeldvorming en klinische biologie), terugbetalingen binnen de nomenclatuur, terugbetalingen van het prijsgedeelte van het geneesmiddel dat ten laste van de gezondheidszorgverzekering valt, medisch materiaal op basis van lijsten. Overigens betaalt het RIZIV ook rechtstreeks bedragen uit, meer bepaald de beschikbaarheids- en permanentiehonoria (ondersteuning van wachtdiensten).

Ter compensatie werkt de financiering door de socialezekerheidsinstellingen met een terugvorderingsmechanisme, meer bepaald het systeem van de referentiebedragen. Daarbij gaat het echter om bescheiden bedragen, in de orde van 4 tot 5 miljoen euro per jaar voor alle Belgische ziekenhuisstructuren.

D. Traitements ambulatoires

Les traitements ambulatoires sont l'ensemble des prestations en cabinet de consultation et d'examen, et des prestations médico-techniques telles que les analyses de laboratoire, l'imagerie médicale, certaines analyses spécifiques en dentisterie, des prestations de kinésithérapie et de revalidation, *etc.*

III. — SOURCES DE FINANCEMENT

Avant de préciser comment les activités hospitalières sont financées, *M. Jo De Cock (INAMI)* voudrait d'abord rappeler quelles sont les sources générales de ce financement. Celles-ci sont en effet nombreuses. Un récapitulatif général des flux financiers par rapport aux prestations soins de santé dans un hôpital est ici proposé (schéma n° 5).

A. Institutions de sécurité sociale

Les institutions de sécurité sociale constituent la première source de financement des activités hospitalières. L'INAMI intervient ainsi par le truchement de moyens alloués aux mutuelles. D'autres institutions interviennent aussi: Fonds des maladies professionnelles, Fonds des accidents du travail, CPAS, Medex, *etc.*

Classiquement, les institutions de sécurité sociale actives dans l'assurance maladie invalidité intervenaient pour une part d'environ 75 %. Les 25 % restants étaient à charge du budget des moyens financiers. La part des institutions précitées atteint désormais plutôt 77 %. D'autres sources de financement sont également apparues comme nécessaires.

Les institutions de sécurité sociale financent également diverses prestations: forfaits et honoraires forfaitaires (par exemple dans l'imagerie médicale et la biologie clinique), remboursements dans le cadre de la nomenclature, remboursements de la part du prix des médicaments à charge de l'assurance soins de santé, matériel médical sur la base de listes. L'INAMI paie par ailleurs directement des montants, à savoir les honoraires de disponibilité et de permanence (soutien des gardes).

En contrepartie, le financement par les institutions de sécurité sociale connaît aussi un mécanisme de récupération, à savoir le système des montants de référence. Il s'agit cependant de montants faibles, de l'ordre de 4 à 5 millions d'euros par an pour l'ensemble des structures hospitalières belges.

B. Federale Staat en deelstaten

De Staat draagt tot de financiering van de ziekenhuisactiviteiten bij via het budget van financiële middelen. Voor 2015 gaat het om een financiering van ongeveer 1,9 miljard euro. Het beheer van die financiering valt ten laste van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De ziekenfondsen ontvangen hun middelen echter van het RIZIV.

Als gevolg van de Zesde Staatshervorming vallen de ziekenhuisinfrastructuren voortaan uitsluitend onder de bevoegdheid van de gemeenschappen, terwijl het voordien om een gedeelde bevoegdheid ging. Die entiteiten zullen moeten blijven bijdragen tot de financiering van de ziekenhuizen.

C. Patiënten

De patiënten dragen eveneens bij tot de financiering van het systeem, niet alleen via het persoonlijk aandeel in de zorgprestaties en de kostprijs van de geneesmiddelen, maar ook via supplementen (onder meer op honoraria). Bovendien geldt niet voor alle prestaties een terugbetaling. Ook betalen de patiënten bepaalde kosten in verband met het verblijf.

D. Overige

Er zijn nog andere financieringsbronnen, waaronder:

— inhoudingen op de honoraria van de zorgverstrekkers door het ziekenhuis (vergoeding voor infrastructuur, uitrusting en apparatuur, personeelskosten, werkingskosten enzovoort);

— financiering via de Fondsen Sociale Maribel;

— in het raam van internationale verdragen, tenlasteneming van de kosten van buitenlandse verzekerden (via de ziekenfondsen of het RIZIV, naar gelang van het geval);

— parkeerterreinen en -garages, cafetaria's, verschillend verhuren, andere eigen inkomsten en ontvangsten;

— betaling van de volledige factuur door het RIZIV en de FOD Justitie voor de verstrekte gezondheidszorg aan geïnterneerden en gedetineerden.

Als negatieve waardecorrectie zij opgemerkt dat onbetaalde facturen ten laste van het ziekenhuis vallen.

B. État et entités fédérées

L'État intervient dans le financement des activités hospitalières par le truchement du budget des moyens financiers. Cette intervention atteint environ 1,9 milliard d'euros pour 2015. La gestion de ce financement est à charge du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Le paiement aux mutuelles est par contre opéré par l'INAMI.

En raison de la Sixième Réforme de l'État, les infrastructures, qui étaient une compétence partagée, sont devenues une compétence exclusivement communautaire. Ces entités devront continuer à verser une contribution au financement des hôpitaux.

C. Patients

Les patients participent au financement du système, non seulement par la quote-part personnelle dans les prestations de soins et le coût des médicaments, mais aussi par les suppléments (d'honoraires). Certaines prestations ne sont en outre pas remboursables. Les patients paient par ailleurs certains frais connexes liés au séjour.

D. Autres

D'autres sources de financement peuvent encore être ici citées:

— Retenues d'honoraires des dispensateurs de soins par l'hôpital (indemnité pour infrastructure, équipements et appareils, frais de personnel, frais de fonctionnement, etc.);

— Financement par le truchement des Fonds sociaux maribel;

— dans le cadre de conventions internationales, prise en charge des coûts des assurés étrangers (par le truchement des mutualités et de l'INAMI, selon le cas);

— parkings, cafétérias, locations diverses, autres revenus et recettes propres;

— paiement de la facture totale par l'INAMI et le SPF Justice pour les soins de santé des internés et des détenus.

En tant que poste correctif négatif, il faut noter que l'hôpital prend à sa charge les factures impayées.

IV. — WEERSLAG VAN DE ZESDE STAATSHERVORMING

De heer Christiaan Decoster (*FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu*) geeft aan dat de Zesde Staatshervorming een belangrijke weerslag heeft op de organisatie van de ziekenhuizen. De jongste hervorming heeft nog meer bevoegdheden inzake volksgezondheid naar de Gemeenschappen en Gewesten overgedragen, een ontwikkeling die voordien ook al duidelijk merkbaar was.

Reeds vanaf de initiële versie van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen waren sommige bevoegdheden overgedragen: de erkenning van de ziekenhuizen, de toepassing van de programmatieregels, de subsidies voor de bouw van de ziekenhuizen enzovoort.

Ingevolge de Zesde Staatshervorming blijven de volgende materies federale bevoegdheden (artikel 5, § 1, I, eerste lid, 1^o, van voormelde bijzondere wet):

- de organieke wetgeving (volgens de parlementaire voorbereiding: de basisregels en krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid, de basiskenmerken van de programma's, diensten en functies, enzovoort);

- de basisregels betreffende de ziekenhuisprogrammatie (waarbij bilaterale akkoorden mogelijk worden);

- de exploitatie van de financiering, wanneer die wordt geregeld door de organieke wet (inclusief het vaststellen en berekenen van het budget van financiële middelen);

- de vaststelling van de voorwaarden en de aanwijzing als universitair ziekenhuis (met inbegrip van de aanwijzing van universitaire bedden en diensten).

Sinds de Zesde Staatshervorming zijn een reeks andere bevoegdheden, die eveneens gevolgen kunnen hebben voor de ziekenhuisfinanciering, overgedragen naar de Gemeenschappen en Gewesten (zelfde artikel 5, § 1, I, van voormelde bijzondere wet), met name:

- de erkenningsnormen van de ziekenhuizen, de ziekenhuisdiensten, de ziekenhuiszorgprogramma's en de ziekenhuisfuncties, met dien verstande dat een procedure wordt ingesteld om te evalueren welke weerslag de ontwerp van erkenningsnormen zal hebben op de begroting van de Federale Staat en van de sociale zekerheid;

IV. — IMPACT DE LA SIXIÈME RÉFORME DE L'ÉTAT

M. Christiaan Decoster (*SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement*) évalue que la Sixième Réforme de l'État a un impact important sur l'organisation des hôpitaux. La dernière réforme en date a transféré encore plus de compétences en matière de santé aux Communautés et aux Régions, une évolution qui était déjà clairement perceptible précédemment.

Dès la mouture initiale de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, certaines compétences avaient été transférées: l'agrément des hôpitaux, l'application des règles de programmation et les subsides pour la construction des hôpitaux, etc.

Suite à la Sixième Réforme de l'État, les matières suivantes restent des compétences fédérales (article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1^o, de la loi spéciale précitée):

- la législation organique (selon les travaux préparatoires: les règles de base et lignes de force en politique hospitalière, les caractéristiques de base des programmes, des services, des fonctions, etc.);

- les règles de base relatives à la programmation hospitalière (des accords bilatéraux devenant possibles);

- l'exploitation du financement, lorsqu'il est organisé par la législation organique (y compris la fixation et le calcul du budget des moyens financiers);

- la détermination des conditions et la désignation comme hôpital universitaire (y compris la désignation de lits et de services universitaires).

Depuis la Sixième Réforme de l'État, un certain nombre d'autres compétences, qui peuvent également avoir un impact sur le financement des hôpitaux, ont été transférées aux Communautés et aux Régions (même article 5, § 1^{er}, I, de la loi spéciale précitée). Il s'agit, entre autres, des compétences suivantes:

- les normes d'agrément des hôpitaux, des services hospitaliers, des programmes de soins hospitaliers et des fonctions hospitalières, étant entendu qu'une procédure est instituée afin d'évaluer l'incidence du projet de normes d'agrément sur le budget de l'État fédéral et de la sécurité sociale;

— het investeringsbeleid voor de infrastructuur en de medisch-technische diensten (ook voor de herconditioneringswerken; zulks gebeurt via overdracht van de Onderdelen A1 en A3 van het budget van financiële middelen);

— het beleid inzake de zorgverstrekking in geïsoleerde Sp (chronische zorg)-en G (geriatrie)-instellingen (normen, erkenning en financiering);

— het “*long term care*”-revalidatiebeleid.

De spreker herinnert eraan dat de erkenningsnormen in 1963 werden ingesteld als dwingende regels: ze moeten in acht worden genomen, zelfs als het ziekenhuis geen beroep doet op een (gedeeltelijke) overheidsfinanciering. Deze verplichting die in de ziekenhuiswet werd ingevoerd, werd met name opgevat als een beschermingsmaatregel voor de volksgezondheid daar waar voorheen de erkenningsnormen enkel golden in het kader van de ziekteverzekering.

Doordat de erkenningsnormen de Federale Staat of de ziekteverzekering geld kunnen kosten, heeft de bijzondere wetgever een evaluatieprocedure voor de budgettaire weerslag ingevoerd. Overleg tussen de deelstaten en de Federale Staat lijkt hier onontbeerlijk om de normen en de financiering nodig om de normen te realiseren, op elkaar af te stemmen. Ongetwijfeld zal overleg ook onontbeerlijk zijn in verband met het investeringsbeleid voor de infrastructuur en de medisch-technische diensten gelet op de mogelijke weerslag op de werkmiddelen. De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid biedt een kader waar dit overleg en afstemming kan gebeuren.

V. — FINANCIERINGSVORMEN

A. Beginselen

De heer Christiaan Decoster (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) verklaart dat de organieke wetgeving een federale bevoegdheid blijft. Deze organieke wetgeving is bedoeld om een minimale samenhang te waarborgen tussen drie beleidspijlers, namelijk de erkenningsnormen, de programmatie en de financiering van de ziekenhuizen. In de nieuwe ziekenhuisfinanciering zal met deze samenhang moeten worden rekening gehouden, ook met het feit dat bilaterale overeenkomsten mogelijk worden gemaakt tussen de Federale Staat en een Gemeenschap en Gewest.

— la politique d’investissement de l’infrastructure et des services médicotéchniques (y compris les travaux de reconditionnement, moyennant transfert des postes A1 et A3 du budget des moyens financiers);

— la politique de dispensation de soins dans des institutions isolées de types Sp (soins chroniques) et G (gériatrie) (normes, agrément et financement);

— la politique de revalidation “*long term care*”.

En ce qui concerne les normes d’agrément, l’intervenant rappelle que celles-ci ont été instituées en 1963 en tant que règles impératives: elles doivent être respectées même si l’hôpital ne fait pas appel à un financement public ou à une part de financement public. Ce caractère impératif, inscrit dans la loi sur les hôpitaux, a été conçu notamment comme une mesure de protection de la santé publique, alors qu’auparavant les normes d’agrément n’étaient d’application que dans le cadre de l’assurance-maladie.

En raison des coûts que peuvent engendrer les normes d’agrément pour l’État fédéral ou l’assurance-maladie, le législateur spécial a instauré une procédure d’évaluation d’incidence budgétaire. Une concertation entre les entités fédérées et l’État fédéral paraît ici indispensable, afin de coordonner les normes et le financement nécessaire à leur réalisation. La concertation sera sans doute également indispensable en ce qui concerne la politique d’investissement de l’infrastructure et des services médicotéchniques, eu égard à leur éventuelle incidence sur les moyens de fonctionnement. La Conférence interministérielle relative à la Santé publique définit le cadre dans lequel cette concertation et cette coordination peuvent être menées.

V. — MODES DE FINANCEMENT

A. Principes

M. Christiaan Decoster (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) déclare que la législation organique reste une compétence fédérale. Cette législation organique vise à garantir une cohérence minimale entre trois piliers stratégiques, à savoir les normes d’agrément, la programmation et le financement des hôpitaux. Dans la nouvelle réglementation sur le financement des hôpitaux, il faudra tenir compte de cette cohérence, de même que du fait que des conventions bilatérales peuvent être conclues entre l’État fédéral, une Communauté et une Région.

Sinds het bestaan van ziekenhuiswet geldt onafgebroken het beginsel dat de wet geldt voor alle patiënten, ongeacht of ze verzekerd zijn of niet. Aangezien die wet voor heel de bevolking geldt, gaat het om wetgeving inzake de volksgezondheid. De wetgeving bevat bepalingen waarmee voor de patiënt de prijs van een ziekenhuisopname wordt bepaald, terwijl andere bepalingen een boekhoudkundig plan voor de ziekenhuisvoorzieningen opleggen. Het boekhoudkundig plan is belangrijk, want het biedt de mogelijkheid de werkelijke kosten vast te stellen (naast de door de ziekte- en invaliditeitsverzekering terugbetaalde kosten).

In dit verband wijst de heer Decoster er op dat de Europese Unie elke praktijk verbiedt die ingaat tegen een gezonde concurrentie tussen ziekenhuizen, ongeacht of ze gevestigd zijn op het grondgebied van België of van een andere lidstaat. Men wil hiermee concurrentievervalsing tegengaan. Het Europees recht verbiedt dat de door de patiënt betaalde prijs hoger ligt dan de normale kosten van een ziekenhuisprestatie. Over het financieringssysteem moet elke Staat om de twee jaar verslag uitbrengen bij de Europese Unie. Met die rapportage kan worden nagegaan of de verplichtingen op het stuk van mededinging in acht worden genomen. Een financiering van de werkelijke kosten zal dus een belangrijk uitgangspunt moeten zijn bij de hervorming van de financieringsregels voor de ziekenhuizen.

De Europese wetgeving schrijft ook voor dat de exploitant voor de financiering die hij ontvangt steeds een toelating of machtiging moet krijgen met het preciese voorwerp van de financiering. De aanvrager moet dus aangeven waartoe de gevraagde financiering zal dienen. Met dat element moet in voorgestelde hervorming ook rekening worden gehouden.

Een bepaald deel van de erelonen van de zorgverstrekkers gaat naar de ziekenhuizen, via een systeem van inhoudingen. Het statuut van de ziekenhuisartsen, ingesteld in 1986, regelt de verhouding tussen de ziekenhuisartsen en de ziekenhuisbeheerders, alsmede de wijze waarop de ondermeer inhoudingen gebeuren.

B. Budget van financiële middelen

1. Begrippen

De gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen legt nauwkeurig vast wat in het "budget van financiële middelen" wordt opgenomen. De artikelen 95 en volgende van die gecoördineerde wet verwijzen hierbij naar de "ziekenhuisverpleging" die aanleiding geeft tot een

Depuis que la loi sur les hôpitaux existe, le principe qui a toujours prévalu est que la loi s'applique à tous les patients, qu'ils soient assurés ou non. Dans la mesure où cette législation vise l'ensemble de la population, elle relève de la santé publique. La législation comprend des dispositions permettant de fixer le prix d'une hospitalisation pour le patient et d'autres imposant un plan comptable pour les structures hospitalières. Le plan comptable est important car il permet de fixer le coût réel (plutôt que les frais remboursés par l'assurance maladie-invalidité).

À cet égard, M. Decoster souligne que l'Union européenne interdit toute pratique allant à l'encontre d'une saine concurrence entre les hôpitaux, que ceux-ci soient situés sur le territoire de la Belgique ou sur celui d'un autre État membre. L'on entend ainsi combattre la distorsion de concurrence. Le droit européen interdit que le prix payé par le patient soit supérieur au coût normal d'une prestation hospitalière. Le système de financement de chaque État doit faire l'objet d'un rapportage à l'Union européenne tous les deux ans. Ce rapportage permet de vérifier si les obligations en matière de concurrence sont respectées. Le financement des frais réels devra donc constituer un principe fondamental lors de la réforme des règles de financement des hôpitaux.

La législation européenne impose également que l'exploitant reçoive toujours, pour le financement qu'il perçoit, une autorisation ou une habilitation mentionnant l'objet précis du financement. Celui qui demande le financement doit donc indiquer à quoi servira le financement demandé. Cet élément doit aussi entrer en ligne de compte dans toute réforme envisagée.

Une certaine part des honoraires de prestataires de soins revient aux hôpitaux, par un système de retenue. Le statut des médecins hospitaliers, instauré en 1986, règle les rapports entre les médecins et les gestionnaires hospitaliers, ainsi que les modalités des retenues, entre autres.

B. Budget des moyens financiers

1. Concepts

La loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins fixe de manière précise ce qui est repris dans le budget des moyens financiers. Les articles 95 et suivants de cette loi coordonnée renvoient, à cet égard, aux "soins hospitaliers" qui donnent lieu à une intervention conformément à l'article 110 de

tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 110 van de ziekenhuiswet. De definitie van ziekenhuis is hierbij belangrijk.

Krachtens artikel 2, eerste lid, van die wet “worden als ziekenhuizen beschouwd, de instellingen voor gezondheidszorg waarin op ieder ogenblik geëigende medisch-specialistische onderzoeken en/of behandelingen in het domein van de geneeskunde, de heelkunde en eventueel de verloskunde in pluridisciplinair verband kunnen verstrekt worden, binnen het nodige en aangepaste medisch, medisch-technisch, verpleegkundig, paramedisch en logistiek kader, aan patiënten die er worden opgenomen en kunnen verblijven, omdat hun gezondheidstoestand dit geheel van zorgen vereist om op een zo kort mogelijke tijd de ziekte te bestrijden of te verlichten, de gezondheidstoestand te herstellen of te verbeteren of de letsels te stabiliseren.”

Onderzoeken en behandelingen vormen dus de pijlers van het ziekenhuisbedrijf. Een ander hoofdkenmerk van de ziekenhuizen is de multidisciplinaire context. De woorden “kunnen verblijven” werden overigens aan de wet toegevoegd als gevolg van een parlementair initiatief in 1986, waardoor de dagopnames in de definitie zijn opgenomen.

De spreker schetst vervolgens de evolutie van het “budget van de financiële middelen” sinds 2003, in miljarden euro’s (schema nr. 6).

2. Structuur

De spreker herinnert eraan dat de financiering van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen vroeger haar beslag kreeg op basis van een forfait per dag van opname. Van de mogelijkheid van de financiering op basis van het forfait kon evenwel worden afgeweken mits verantwoording op grond van werkelijke kosten.

Vandaag wordt het ziekenhuis gefinancierd op basis van een budget met een boomstructuur. Het budget bestaat uit delen (A, B, C) en onderdelen (bijvoorbeeld A1, B3, C2). De percentages van de verschillende delen en onderdelen worden weergegeven in een grafiek (schema nr. 7). Het blijkt dat deel B het grootst is (89 %), alsook de onderdelen B1 (22 %) en B2 (41 %).

De spreker deelt mee dat deel A vooral bevoegdheden behelst die als gevolg van de zesde staatshervorming naar de Gemeenschappen en Gewesten zijn overgedragen (hoofdzakelijk infrastructuur).

la loi relative aux hôpitaux. La définition de la notion d’hôpital a toute son importance en la matière.

En vertu de l’article 2, alinéa 1^{er}, de la même loi coordonnée: “[...] sont considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l’obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d’améliorer l’état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais”.

Constituent donc des piliers de l’activité hospitalière, les examens et les traitements. Une autre caractéristique principale des hôpitaux est le contexte pluridisciplinaire. Par ailleurs, les mots “peuvent y séjourner” ont été insérés dans la loi suite à une initiative parlementaire, en 1986, qui inclut dans la définition les hospitalisations de jour.

L’intervenant présente ensuite une évolution du budget des moyens financiers depuis 2003, en milliards d’euros (schéma n° 6).

2. Structure

L’intervenant rappelle qu’il fut un temps où le financement du budget des moyens financiers des hôpitaux était réalisé sur la base d’un forfait par jour d’hospitalisation. Il était cependant possible de déroger au financement basé sur le forfait moyennant une justification fondée sur les coûts réels.

À l’heure actuelle, les hôpitaux sont financés sur la base d’un budget à structure arborescente. Le budget est constitué de parties (A, B, C) et de sous-parties (par exemple, A1, B3, C2). Le pourcentage que représentent chaque partie et sous-partie est proposé dans un graphique (schéma n° 7). Il apparaît que la partie B est la plus importante (89 %), ainsi que les sous-parties B1 (22 %) et B2 (41 %).

L’orateur signale que la partie A concerne surtout des compétences transférées aux Communautés et Régions (infrastructure principalement) en raison de la Sixième Réforme de l’État.

Er wordt jaarlijks een nationale enveloppe vastgesteld dat het globaal budget voor de financiering van de ziekenhuizen vormt. Dankzij deze methodiek houdt men het budget onder controle. Voorts wordt ook rekening gehouden met een te verwachten toename van uitgaven.

De Koning bepaalt de nationale enveloppe elk jaar bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen. De financiering wordt georganiseerd op jaarbasis, tussen 1 juli van het jaar T en 30 juni van het jaar T+1. De hierboven uiteengezette boomstructuur is voor alle ziekenhuizen geldig.

Al geruime tijd is de financiering van het ziekenhuisbedrijf niet langer gebaseerd op structurele kenmerken, maar op "verantwoorde activiteiten". Het budget is nog "forfaitair" in die zin dat het alle kosten dekt. Voor sommige opdrachten van de universitaire ziekenhuizen gelden echter afwijkende regels: de wet specificeert dan duidelijk die opdrachten (wetenschappelijk onderzoek, klinische zorg, evaluatie van gezondheidstechnologieën, enzovoort).

De ziekenhuizen hebben ook een zekere sociale finaliteit. Zo kunnen sommige patiënten gelet op hun moeilijke persoonlijke situatie langer in het ziekenhuis verblijven. Het budget wordt dan gecorrigeerd om rekening te houden met die sociale opdracht van de ziekenhuizen.

Het budget bestaat uit een vast gedeelte, ervan uitgaande dat alle ziekenhuizen vaste kosten hebben ongeacht het aantal behandelde patiënten en een variabel gedeelte dat rekening houdt met de activiteit.

Aanvankelijk ontvingen de ziekenhuizen een budget op basis van het aantal verpleegdagen. Sinds een aantal jaren wordt 80 % van het budget uitbetaald in twaalfden. De ziekenhuizen zijn gehecht aan de gewaarborgde regelmatige uitbetaling van hun budget. Het saldo wordt uitbetaald deels per dag en deels per opname.

3. Delen en onderdelen

De onderstaande tabel is een schematische weergave van de delen en onderdelen van het budget van financiële middelen (bedragen in euro op 1 januari 2014)²:

² De onderdelen C1 (aanloopkosten), C3 (supplementen voor een- of tweepersoonskamers die het kader van het BFM overstijgen) en C4 (het geraamde teveel aan ontvangsten ("pre-inhaalbedrag") voor het boekjaar waarvoor een budget is vastgesteld) werden hier niet opgenomen.

Une enveloppe nationale est établie chaque année, enveloppe qui constitue le budget global de financement des hôpitaux. Cette approche permet de garder le budget sous contrôle. Une hausse prévisible des dépenses est par ailleurs également prise en considération.

Le Roi fixe cette enveloppe nationale chaque année par un arrêté délibéré en Conseil des ministres. Une distinction y est opérée entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. Le financement est organisé sur une base annuelle, entre le 1^{er} juillet de l'année T et le 30 juin de l'année T+1. L'arborescence expliquée ci-avant s'applique à l'ensemble des hôpitaux.

Depuis longtemps, le financement de l'activité hospitalière n'est plus fondé sur des caractéristiques structurelles mais sur des activités justifiées. Le budget est encore "forfaitaire" en ce sens qu'il couvre l'ensemble des coûts. Certaines missions des hôpitaux universitaires sont cependant soumises à des règles dérogatoires: la loi définit alors clairement ces missions (recherche scientifique, soins cliniques, évaluation des technologies de la santé, etc.).

Les hôpitaux ont également une certaine finalité sociale. Ainsi, certains patients, en raison de leur situation personnelle difficile, peuvent rester plus longtemps hébergés dans des structures hospitalières. Une correction est alors apportée au budget afin de tenir compte de cette mission sociale des hôpitaux.

Le budget se compose d'une partie fixe, partant du principe que tous les hôpitaux ont des coûts fixes, quel que soit le nombre de patients pris en charge, et d'une partie variable qui tient compte de l'activité.

Au départ, le budget était payé aux hôpitaux en fonction du nombre de journées d'hospitalisation. Depuis un certain nombre d'années, 80 % du budget sont payés en douzièmes. Les hôpitaux tiennent à la garantie de paiement régulier de leur budget. Le solde est payé partiellement par journée et partiellement par hospitalisation.

3. Parties et sous-parties

Le tableau suivant propose un schéma des parties et des sous-parties du budget des moyens financiers (montants en euros, au 1^{er} janvier 2014)²:

² Les parties C1 (frais de pré-exploitation), C3 (suppléments pour les chambres à un ou deux lits perçus au-delà du BMF) et C4 (pré-rattrapage sur un surplus de recettes estimé pour l'exercice pour lequel un budget est fixé) n'ont pas été détaillées ici.

	Bedragen <i>Montants</i>	Wat financiert dit onderdeel? <i>Que finance la sous-partie?</i>	Hoe wordt dit gefinancierd? <i>Comment est-ce financé?</i>
A1	660 119 152	<p>Infrastructuur, met uitzondering van zware apparatuur. Worden bedoeld: bouw-, verbouwings- en onderhoudswerkzaamheden, alsook medisch en niet-medisch materiaal.</p> <p><i>Les infrastructures, à l'exception des appareillages lourds. Sont ainsi visés, les travaux de construction, de reconditionnement, d'entretien, le matériel médical et le matériel non médical.</i></p>	<p>Medisch en niet-medisch materiaal: op basis van een forfait;</p> <p>Rest: op basis van de reële kosten met actualisering achteraf. Het gebruik van provisies, die later gecorrigeerd worden, maakt de evaluatie van de nodige financiering extra delicaat.</p> <p><i>Pour le matériel médical et non médical: sur la base d'un forfait;</i></p> <p><i>Pour le reste: sur la base du coût réel avec révision ultérieure. L'utilisation de provisions, corrigées par après, rend l'évaluation du financement nécessaire plus délicate.</i></p>
A2	60 865 332	<p>De kredietlasten op korte termijn. Deze interesten worden aan de ziekenhuizen betaald om te voorkomen dat ze geconfronteerd worden met een eventuele betalingsachterstand van de ziekenfondsen.</p> <p><i>Les charges de crédit à court terme. Ces intérêts sont payés aux hôpitaux afin qu'ils ne pâtissent pas d'éventuels retards de paiement des mutuelles.</i></p>	<p>Op basis van een forfait.</p> <p><i>Sur la base d'un forfait.</i></p>
A3	26 743 785	<p>Zware apparatuur en zware medisch-technische diensten (PET-scans, radiotherapie enzovoort).</p> <p><i>Les appareillages lourds et les services médicotéchniques lourds (PET-scans, radiothérapie, etc.).</i></p>	<p>Idem als voor onderdeel A1.</p> <p><i>De la même manière que la sous-partie A1.</i></p>
B1	1 786 000 165	<p>De werkings- en personeelskosten van de "diensten" die gepaard gaan met de ziekenhuisopnames (onderhoud, administratie, wasserij, keuken enzovoort).</p> <p><i>Les frais de fonctionnement et de personnel des "services" liés à l'hospitalisation (entretien, administration, buanderie, cuisine, etc.).</i></p>	<p>Binnen een gesloten enveloppe, verdeeld onder ziekenhuisgroepen, op basis van forfaits en parameters, gelinkt aan de activiteit en in principe om de twee jaar geactualiseerd.</p> <p><i>Dans les limites d'une enveloppe fermée, répartie entre groupes d'hôpitaux, sur la base de forfaits et de paramètres, liés à l'activité et actualisés en principe tous les deux ans.</i></p>
B2	3 206 255 361	<p>De kosten voor het verpleegkundig en zorgkundig personeel, de kosten van courante geneesmiddelen, de verbanden, de medische consumptieproducten en de kleine instrumenten, de bewaarkosten van bloed, bepaalde revalidatiekosten en de extra kosten eigen aan het sociaal profiel van het ziekenhuis.</p> <p><i>Les frais du personnel infirmier et soignant, les frais de médicaments courants, les pansements, les produits médicaux de consommation et les petits instruments, les frais de conservation du sang, certains frais de rééducation et de révalidation et les coûts supplémentaires liés au profil social de l'hôpital.</i></p>	<p>Binnen een gesloten enveloppe, op basis van de verantwoorde activiteit en jaarlijkse actualisering op basis van die activiteit. Ook hier maakt deze correctie de evaluatie van de noodzakelijke financiering delicates. De uiteindelijke financiering sluit echter meer aan bij de realiteit.</p> <p><i>Dans les limites d'une enveloppe fermée, sur la base de l'activité justifiée, avec une actualisation annuelle sur la base de cette activité. La correction ainsi opérée rend ici aussi l'évaluation du financement nécessaire plus délicate. Par contre, elle permet un financement final plus conforme à la réalité.</i></p>
B3	68 047 802	<p>De kosten voor geschoold verpleegkundig en technisch personeel in de medisch-technische diensten (met betrekking tot onderdeel A3).</p> <p><i>Les frais de personnel infirmier et technique qualifié aux services médico-techniques (relatifs à la sous-partie A3).</i></p>	<p>Op basis van forfaits, die jaarlijks worden geactualiseerd en herzien op basis van (alleen) de activiteit inzake radiotherapie.</p> <p><i>Sur la base de forfaits, actualisés et révisés annuellement sur la base de l'activité (uniquement) pour la radiothérapie.</i></p>

	Bedragen Montants	Wat financiert dit onderdeel? Que finance la sous-partie?	Hoe wordt dit gefinancierd? Comment est-ce financé?
B4	1 037 700 810	<p>De kosten eigen aan wettelijke verplichtingen die onder Volksgezondheid ressorteren, zoals de functies van hoofdarts, arts-hygiënist, verpleegkundige-hygiënist, bepaalde registraties enzovoort. Deze lijst is niet-exhaustief.</p> <p><i>Les frais liés à des obligations légales relevant de la Santé publique, comme les fonctions de médecin-chef, de médecin hygiéniste, d'infirmière hygiéniste, certains enregistrements, etc. Cette liste n'est pas exhaustive.</i></p>	<p>Vooral binnen gesloten enveloppes en op basis van forfaits (bijvoorbeeld op basis van het aantal erkende bedden), met een jaarlijkse actualisering.</p> <p><i>Essentiellement dans les limites d'enveloppes fermées et sur la base de forfaits (par exemple en fonction du nombre de lits agréés), avec une actualisation annuelle.</i></p>
B5	119 442 342	<p>De werkingskosten voor de ziekenhuis-officina. Ter herinnering: de geneesmiddelen worden terugbetaald binnen de grenzen van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Onderdeel B5 heeft in hoofdzaak betrekking op de personeelskosten.</p> <p><i>Les frais de fonctionnement de l'officine hospitalière. Pour rappel, les médicaments sont remboursés dans les limites de l'assurance soins de santé. La sous-partie B5 concerne principalement des frais de personnel.</i></p>	<p>Binnen een gesloten enveloppe die om de twee jaar wordt geactualiseerd op basis van de evolutie van de bedden.</p> <p><i>Dans les limites d'une enveloppe fermée, actualisée tous les ans en fonction de l'évolution des lits.</i></p>
B6	89 014 017	<p>Loonkosten verbonden aan tussen 1991 en 2000 gesloten sociale akkoorden met betrekking tot het personeel.</p> <p><i>Des coûts salariaux, liés à des accords sociaux conclus en 1991 et en 2000 portant sur le personnel.</i></p>	<p>Daar het gaat om historische financieringen, binnen een gesloten enveloppe en zonder herziening.</p> <p><i>S'agissant de financements historiques, dans les limites d'une enveloppe fermée et sans révision.</i></p>
B7	161 474 497	<p>De specifieke kosten van universitaire ziekenhuizen: klinisch onderwijs, toegepast wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling van nieuwe technologieën, evaluatie van de medische activiteit. Voor het overige worden universitaire ziekenhuizen gefinancierd zoals de andere.</p> <p><i>Les coûts spécifiques d'hôpitaux universitaires: de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies, de l'évaluation des activités médicales. Pour le surplus, l'hôpital universitaire est financé comme les autres.</i></p>	<p>Binnen een gesloten enveloppe die elk jaar wordt geactualiseerd op basis van de recentst beschikbare gegevens.</p> <p><i>Dans les limites d'une enveloppe fermée, actualisée chaque année sur la base des données disponibles les plus récentes.</i></p>
B8	24 342 301	<p>De specifieke kosten van ziekenhuizen die veel patiënten hebben met een zeer laag sociaaleconomisch profiel.</p> <p><i>Les coûts spécifiques générés par un hôpital ayant un profil de patients très faible sur le plan socio-économique.</i></p>	<p>Binnen een gesloten enveloppe die elk jaar wordt geactualiseerd op basis van de recentst beschikbare gegevens.</p> <p><i>Dans les limites d'une enveloppe fermée, actualisée chaque année sur la base des données disponibles les plus récentes.</i></p>
B9	479 123 579	<p>Maatregelen voortvloeiend uit sociale akkoorden of in het kader van het loopbaaneinde, complementair met onderdeel B6.</p> <p><i>Des mesures prises en vertu d'accords sociaux ou dans le cadre de la fin de carrière, complémentaires à la sous-partie B6.</i></p>	<p>Binnen gesloten enveloppes maar periodieke actualisering en jaarlijkse herziening op basis van reële gegevens (aantal VTE's die recht hebben op de maatregel) voor enkele elementen.</p> <p><i>Dans les limites d'enveloppes fermées, mais actualisées périodiquement et révisées annuellement sur la base de données réelles (nombre d'équivalents temps plein bénéficiaires de la mesure) pour quelques éléments.</i></p>

	Bedragen <i>Montants</i>	Wat financiert dit onderdeel? <i>Que finance la sous-partie?</i>	Hoe wordt dit gefinancierd? <i>Comment est-ce financé?</i>
C2	144 106 760	<p>De zogenaamde inhaalbedragen. De herzieningen in de onderdelen A en B kunnen positief of negatief uitdraaien. Onderdeel C2 maakt deze inhaalbeweging zichtbaarder in het budget van financiële middelen.</p> <p><i>Les coûts dits "de rattrapage". Les révisions dans les parties A et B peuvent s'opérer en positif ou en négatif. La sous-partie C2 rend ce rattrapage mieux visible dans le budget des moyens financiers.</i></p>	<p>Op basis van een controle achteraf van de gegevens.</p> <p><i>Sur la base d'un contrôle a posteriori des données.</i></p>

4. Verantwoorde activiteit

Bepaalde onderdelen worden betaald op basis van "verantwoorde" activiteit. Deze is gebaseerd op de pathologie die in het ziekenhuis wordt behandeld en is gerelateerd aan de landelijke gemiddelde ligduur voor die pathologie. De pathologie wordt door de ziekenhuizen geregistreerd in het kader van de zgn minimale ziekenhuisgegevens die ze aan het Departement Volksgezondheid moeten overmaken. Dankzij deze registratie heeft de overheid een vrij duidelijk beeld van de ziektebeelden die in de ziekenhuizen worden behandeld.

Voor de invoering van de verantwoorde activiteit werd eerder met structurele gegevens rekening gehouden en met name met het aantal erkende bedden. Dit was evenwel geen weerspiegeling van de reële activiteit. De gemiddelde verblijfsduur in een ziekenhuis is geen getrouwe weergave van de ziekenhuiskosten.

Sinds de invoering van de pathologie gewogen ligduur stellen we een progressieve daling van het aantal ligdagen vast waardoor we een evolutie zien naar kortere ligduren per opname. De ligduur in België is doorgaans nog te hoog. Uit de OESO-rapporten blijkt immers dat de ligduur langer is dan het gemiddelde in de andere landen. Het aantal erkende bedden daalt langzamer dan het aantal verantwoorde bedden. Tevens stellen we vast dat de gemiddelde bezettingsgraad van de bedden in chirurgie en in interne geneeskunde gedaald is tot onder 70 %. Er is volgens de spreker dan ook nog ruimte voor herstructureringen.

Naast het gebruik van een systeem van punten voor verantwoorde bedden worden er ook nog bijkomende punten toegekend, waarbij rekening wordt gehouden met een reeks parameters: zoals het aantal medische verstrekkingen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering (die een indicator zijn voor de ziekenhuisactiviteit) en

4. Activité justifiée

Certaines sous-parties sont payées sur la base de l'activité "justifiée". Celle-ci est basée sur la pathologie prise en charge dans l'hôpital et est liée à la durée d'hospitalisation moyenne nationale pour cette pathologie. La pathologie est enregistrée par les hôpitaux dans le cadre du "résumé hospitalier minimum" qui doit être transmis au Département de la Santé publique. Grâce à cet enregistrement, les pouvoirs publics disposent d'une vue assez claire sur les pathologies soignées dans les hôpitaux.

Pour l'introduction de l'activité justifiée, il a davantage été tenu compte de données structurelles et plus particulièrement du nombre de lits agréés. Cela ne reflétait toutefois pas l'activité réelle. La durée de séjour moyenne dans un hôpital ne reflète pas fidèlement les coûts hospitaliers.

Depuis l'instauration de la durée de séjour pondérée en fonction de la pathologie, on constate une diminution progressive du nombre de journées d'hospitalisation, avec une évolution vers des durées de séjour plus courtes par hospitalisation. De manière générale, la durée de séjour reste trop élevée en Belgique. Elle est en effet, selon les rapports de l'OCDE, plus élevée que la durée de séjour moyenne dans les autres États. Le nombre de lits agréés diminue plus lentement que le nombre de lits justifiés. Par ailleurs, on constate que le taux moyen d'occupation des lits en chirurgie et en médecine interne est descendu en dessous de 70 %. Il reste donc, selon l'orateur, une marge pour des restructurations.

Outre les lits justifiés, soumis à un système de points, des points supplémentaires sont également octroyés, qui tiennent compte d'une série de paramètres, à savoir le nombre de prestations médicales dans l'assurance maladie-invalidité (qui sont des indicateurs de l'activité hospitalière) et le résumé infirmier minimum (qui donne

de minimale verpleegkundige gegevens (die een idee geven van de werklust van de verpleegkundigen in de niet-psychiatrische ziekenhuizen).

In het kader van het landelijk gesloten budget worden aan de ziekenhuizen punten toegekend die rekening houden met hun activiteiten, met name basispunten en bijkomende punten. De waarde van een punt wordt vastgesteld op basis van het beschikbare budget gedeeld door het aantal toegewezen punten.

C. Aanvullende financiering van de intramurale ziekenhuisactiviteiten

De heer Jo De Cock (RIZIV) geeft aan dat er naast de financiering via het budget van financiële middelen een reeks andere bedragen bestaan die dienen om de intramurale ziekenhuisactiviteiten aanvullend te financieren.

1. Forfaits

De forfaits voor dagopnames vertegenwoordigen jaarlijks een bedrag van ongeveer 250 miljoen euro. Zij hebben betrekking op een reeks specifieke verstrekkingen. Hier worden niet de verstrekkingen in "lijst A" bedoeld, in verband met het chirurgisch dagziekenhuis, want die maken deel uit van het budget van financiële middelen.

Ook de forfaits voor geneesmiddelen dragen bij tot de financiering van de intramurale ziekenhuisactiviteiten. Het remgeld blijft bij klassieke ziekenhuisopname ten laste van de patiënt (0,62 euro per dag). Voorts bestaat er een forfait "geneesmiddelen": als gevolg van een studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg werd beslist een reeks geneesmiddelen te vergoeden op basis van een forfait. Ongeveer een kwart van de prijs van die geneesmiddelen wordt echter betaald per afgeleverd geneesmiddel. De spreker preciseert dat de geneesmiddelen in het raam van een traditionele ziekenhuisopname over een periode van tien jaar een equivalente nominale waarde hebben behouden. De redenen daarvoor liggen bij de invoering van het principe van het forfait en bij besparingsmaatregelen die de opeenvolgende regeringen in de farmaceutische sector hebben opgelegd.

Er bestaan eveneens dialyseforfaits (ten bedrage van 450 miljoen euro per jaar in het budget): zij dekken de erelonen van de nefroloog, het ziekenhuis en het dialysecentrum.

une idée de la charge de travail des professions infirmières dans les hôpitaux non psychiatriques).

Dans le cadre du budget fermé à l'échelon national, les hôpitaux se voient octroyer des points, qui tiennent compte de leurs activités, à savoir des points de base et des points supplémentaires. La valeur d'un point est fixée en fonction du budget disponible divisé par le nombre de points attribués.

C. Financement complémentaire des activités intrahospitalières

Outre le financement par le truchement du budget des moyens financiers, *M. Jo De Cock (INAMI)* indique qu'il existe une série d'autres montants servant en complément à financer les activités intrahospitalières.

1. Forfaits

Les forfaits pour hospitalisation de jour représentent un montant annuel de l'ordre de 250 millions d'euros. Ils recouvrent une série de prestations spécifiques. On ne vise pas ici les prestations de la liste "A", concernant l'hôpital de jour chirurgical, qui figurent elles dans le budget des moyens financiers.

Les forfaits en matière de médicament participent également au financement des activités intrahospitalières. Le ticket modérateur reste à charge du patient dans l'hospitalisation classique (à concurrence de 0,62 euro par jour). Il existe par ailleurs un forfait "médicament": à la suite d'une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, il a été décidé qu'une série de médicaments seraient remboursés sur la base d'un forfait. Environ un quart du prix de ces médicaments est toutefois payé par acte. L'intervenant précise qu'en dix ans, les médicaments en hospitalisation classique sont restés d'une valeur nominale équivalente. Les raisons sont à trouver dans l'instauration du principe du forfait et dans les mesures d'économies dans le secteur pharmaceutique imposées par les gouvernements successifs.

Des forfaits existent également dans le domaine de la dialyse (représentant 450 millions d'euros annuels dans le budget): ils couvrent les honoraires pour le néphrologue, pour l'hôpital et pour le centre de dialyse.

Er bestaat nog een andere reeks forfaits. De spreker benadrukt dat die kunnen worden ingedeeld naar de manier van vereffening: per voorschrift (of per raadpleging), per opname of per opnamedag.

2. Nomenclatuur

De RIZIV-nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is ook een bron van financiering voor de intramurale ziekenhuisactiviteiten. Het ereloon van de arts dekt niet alleen de eigen medische activiteit, maar ook een reeks kosten die noodzakelijk zijn om die activiteit te kunnen uitoefenen. De teruggaven dekken dat deel. Het is niet makkelijk die kosten te evalueren. Het streven naar meer transparantie op dat vlak botst vaak op weerstand.

De vergoedingen via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voor medische hulpmiddelen, diagnostische middelen, verzorgingsmiddelen, bloed, radio-isotopen, weefsels enzovoort vallen ook ten laste van de verzekering voor geneeskunde verzorging, behalve indien zij zijn opgenomen in de begroting van financiële middelen.

De nomenclatuur bevat ook terugbetalingen op basis van lijsten:

- de lijst van patentgeneesmiddelen;
- de lijst van vergoedbare implantaten en medische hulpmiddelen.

3. Patiënten

De patiënten kunnen op drie manieren bijdragen tot de financiering van activiteiten binnen de ziekenhuis-muren, namelijk:

- 1° kamer- en honorariasupplementen;
- 2° de betaling van verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen;
- 3° diverse kosten die met een ziekenhuisopname gepaard gaan.

Twee soorten kosten zijn ten laste van de patiënt:

- 1° vaste kosten die niet afhangen van de verblijfsduur:
 - bepaalde supplementen (honoraria, materieel, D-geneesmiddelen, diverse);

Une série d'autres forfaits existent encore. L'intervenant souligne que ces forfaits peuvent être catégorisés selon la manière de les liquider: par prescription (ou par consultation), par prise en charge ou par journée d'hospitalisation.

2. Nomenclature

La nomenclature INAMI des prestations de santé représente également une source de financement de l'activité intrahospitalière. L'honoraire du médecin ne couvre pas que son activité médicale propre mais aussi un ensemble de coûts liés à la possibilité d'exercer son activité. Les rétrocessions recouvrent cette partie. Une évaluation de ces coûts n'est pas facile à réaliser. La possibilité d'obtenir une plus grande transparence en la matière est souvent discutée.

Dans la mesure où elles ne sont pas reprises dans le budget des moyens financiers, les prestations remboursées par la nomenclature dans les domaines des dispositifs médicaux, des moyens diagnostiques, du matériel de soins, du sang, des radio-isotopes, des tissus, etc., sont également à charge de l'assurance soins de santé.

La nomenclature comprend aussi des remboursements sur la base de listes:

- celle des spécialités pharmaceutiques remboursables;
- celle des implants et dispositifs médicaux remboursables.

3. Patients

Les patients concourent de trois manières au financement des activités intrahospitalières, à savoir:

- 1° les suppléments de chambre ou d'honoraires;
- 2° le paiement de prestations non couvertes par la nomenclature;
- 3° les coûts divers liés à la prise en charge hospitalière.

Deux catégories de coûts sont à charge du patient:

- 1° les coûts fixes, qui ne sont pas en fonction de la durée de séjour:
 - certains suppléments (honoraires, matériel, médicaments D, divers);

— bepaalde remgelden (honoraria, materieel);

2° variabele kosten naar gelang van de verblijfsduur:

— andere supplementen (kamer, toezichtshonoraria);

— andere remgelden (verpleegdagprijs, geneesmiddelen, toezichtshonoraria).

De spreker geeft een overzicht van de gemiddelde kosten ten laste van de patiënt per opname voor 2012 en voor 2013, naargelang de patiënt in een eenpersoonskamer dan wel in een tweepersoonskamer (schema nr. 8) verbleef. De gegevens zijn gecompileerd op basis van de door de ziekenfondsen bezorgde informatie. De gevolgen van het verbod op supplementen in tweepersoonskamers vallen al op en zullen volgens de spreker de komende jaren nog meer tot uiting komen.

4. Overige

Andere financieringsbronnen van de activiteiten binnen de ziekenhuismuren zijn:

1° diverse subsidies;

2° bepaalde rechtstreekse betalingen door het RIZIV (beschikbaarheidshonoraria voor specialisten en permanentiehonoraria voor pediaters);

3° eigen middelen (parkeerterreinen en -garages, catering, verhuur van ruimtes enzovoort).

VI. — SLOTOPMERKINGEN EN CONCLUSIES

A. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

De heer Christiaan Decoster (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) geeft aan dat de huidige financieringsregeling van de ziekenhuisactiviteit een goed beheer mogelijk maakt. De overheid heeft beslist om een financiering per aandoening te regelen. Wellicht zou men de criteria inzake kwaliteit en doeltreffendheid van de zorg kunnen verstrengen.

Het ziekenhuis moet een autonoom begrip blijven. Het zou verkeerd zijn om het ziekenhuis als een som van behandelingen van allerhande aandoeningen te zien. Achter dat autonome begrip moet een beleidsvisie

— certains tickets modérateurs (honoraires, matériel);

2° les coûts variables, qui sont fonction de la durée de séjour:

— d'autres suppléments (chambre, honoraires de surveillance);

— d'autres tickets modérateurs (prix de la journée d'entretien, médicaments, honoraires de surveillance).

L'intervenant propose un aperçu des coûts moyens à charge du patient par admission, selon que le patient est admis en chambre individuelle ou en chambre commune à deux lits, en 2012 et en 2013 (schéma n° 8). Les données sont compilées à partir des informations transmises par des mutualités. Les effets de l'interdiction des suppléments dans les chambres à deux lits y sont déjà remarqués; ces effets seront, selon l'orateur, plus marqués encore les années suivantes.

4. Autres

Constituent d'autres sources de financement de l'activité intrahospitalière:

1° divers subsides;

2° certains paiements directs par l'INAMI (honoraires de disponibilité spécialistes et honoraires de permanence pour les pédiatres);

3° des ressources propres (parking, catering, location d'espaces, etc.).

VI. — REMARQUES FINALES ET CONCLUSIONS

A. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

M. Christiaan Decoster (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) indique que le système actuel de financement de l'activité hospitalière en autorise une bonne gestion. Les pouvoirs publics ont décidé d'organiser un financement par pathologie. Sans doute serait-il possible d'augmenter les critères de qualité et de performance des soins.

L'hôpital doit rester un concept autonome. Il serait erroné d'y voir une somme de traitements de pathologies multiples. Derrière ce concept autonome doit figurer une vision politique. Les finalités de ces structures doivent

schuilgaan. De doelstellingen van die structuren moeten nader worden bepaald. Het is overigens vanuit die optiek dat de regeling van de erkenningen van de ziekenhuizen is ingevoerd.

Het ziekenhuis heeft permanent behoefte aan aanpassingen, investeringen, bijstellingen. De behoeften van de ziekenhuizen evolueren ook. De overheid moet de evolutie van de behoeften ter zake blijven onderzoeken.

De kwaliteit en de doeltreffendheid van de zorg moeten de kunst van het genezen kunnen waarborgen. Dat het om een kunst gaat, is geen louter terminologische gekunsteldheid.

De overheid moet relevante keuzes maken in de parameters voor de financiering van de ziekenhuisactiviteit. Elke hervorming ter zake moet leiden tot een financiering die voor alle actoren toereikend is, die op adequate criteria steunt, die op een rechtvaardige manier onder de actoren is verdeeld, rekening houdend met hun behoeften, die beheersbaar blijft en die in overeenstemming met het Europees recht is.

B. RIZIV

Volgens de heer Jo De Cock (RIZIV) is de financiering van de ziekenhuisactiviteit onvoldoende geïntegreerd (opsplitsing tussen de medische component en andere elementen) en bijzonder complex (georganiseerd via opeenvolgende lagen zodat daarvoor soms het begrip “lasagnemodel” wordt gebruikt).

Wat de financiering betreft, is de overgang tussen het ziekenhuis en andere zorglijnen niet eenvormig, wat de samenwerking en de integratie van zorg ingewikkeld maakt. Ook het bevorderen van het *eHealth*-platform is daarbij een prioriteit.

Het zorgaanbod moet optimaal worden afgestemd op de zorgbehoeften. Behalve in enkele uitzonderingsgevallen (onder meer de techniek van de verantwoorde activiteit en de bonus bij de ontwikkeling van alternatieve dialysevormen) zijn er niet voldoende stimulansen om performantie en kwaliteit te bevorderen.

De regelingen voor het besluitvormingsproces in verband met de financiering zijn niet optimaal geharmoniseerd.

De ziekenhuizen evolueren meer en meer van “centra voor medisch verblijf” naar “centra voor medische

être définies. C’est dans cette optique d’ailleurs que le système des agrégations d’hôpitaux avait été instauré.

L’hôpital a un besoin permanent d’adaptation, d’investissement, de réajustement. Les besoins des hôpitaux évoluent également. Les pouvoirs publics doivent continuer à mener des études sur l’évolution des besoins en la matière.

La qualité et la performance des soins doivent permettre de garantir l’art de guérir. Qu’il s’agisse d’un art ne constitue pas qu’une afféterie terminologique.

Les pouvoirs publics doivent opérer des choix pertinents dans les paramètres du financement de l’activité hospitalière. Toute réforme en la matière doit aboutir à un financement suffisant pour l’ensemble des acteurs, reposant sur des critères adéquats, réparti entre acteurs de manière juste en tenant compte de leurs besoins, en restant contrôlable et respectueux du droit européen.

B. INAMI

M. Jo De Cock (INAMI) estime que le financement de l’activité hospitalière est insuffisamment intégré (division entre la composante médicale et d’autres éléments) et particulièrement complexe (organisé par couches successives, si bien qu’il est parfois désigné sous le vocable de “modèle lasagne”).

Sur le plan du financement, il y a un manque d’harmonisation quant au passage entre l’hôpital et les autres lignes de soins, ce qui complique la collaboration et l’intégration des soins. La promotion de la plate-forme *eHealth* y est aussi une priorité.

L’offre de soins doit être adaptée de manière optimale aux besoins de soins. Sauf quelques exceptions (entre autres, la technique de l’activité justifiée et le bonus en cas de développement de formes alternatives de dialyse), il n’y pas assez d’incitants en vue de promouvoir la performance et la qualité.

Les mécanismes en matière de processus décisionnel sur le plan du financement ne sont pas harmonisés de façon optimale.

Les hôpitaux évoluent de plus en plus de “centres de séjour médical” vers des “centres d’expertise médicale”.

expertise". Dat vergt ook aangepaste instrumenten voor de organisatie en de financiering van innoverende medische technologie en de concentratie van complexe zorgverstrekking.

TWEEDE DEEL

OVER HET KCE-RAPPORT "KCE REPORTS 229"

I. — SAMENVATTING VAN HET RAPPORT

A. Wat voorafging

Mevrouw Carine Van de Voorde (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg – KCE) onderstreept dat het rapport tot stand is gekomen in overleg met talrijke betrokkenen uit de ziekenhuissector en met de steun van veel wetenschappers met grondige kennis van de ziekenhuiswerkzaamheden.

Tijdens de vorige regeerperiode had de minister van Volksgezondheid het Kenniscentrum verzocht om, nog vóór de publicatie van haar stappenplan, te publiceren aangaande een prospectief financieringssysteem voor de ziekenhuizen, over enkele geselecteerde landen een vergelijkende analyse te verrichten van de ziekenhuisfinancieringssystemen, ook wat de bezoldiging van de artsen-specialisten betreft. Dat eerste rapport (*KCE Reports 207*) werd in oktober 2013 gepubliceerd. In dat rapport komt België nog niet aan bod.

Het stappenplan "*Evolutie naar een nieuw financieringssysteem van de ziekenhuiszorg in België*", dat werd uitgewerkt door de toenmalige minister van Volksgezondheid, werd gepubliceerd in 2013. Stap 2 van dat stappenplan luidt als volgt:

"In lijn met de bereidheid om elke actor genoeg tijd te geven om na te denken over de strategische doelstellingen en operationele behoeften van een dergelijke hervorming, zal het KCE een ruim overleg met de stakeholders in de brede zin van het woord organiseren. Dit overleg zal de vorm aannemen van diepte-interviews en focusgroepen. In het licht van een eerste analyse van de inzet, zal er naast een conceptueel model ook een gap-analyse over het huidige systeem worden uitgewerkt. Het resultaat van die werkzaamheden zal in de herfst van 2014 worden voorgesteld en publiekelijk worden besproken."

De stellers van het rapport hebben al spoedig begrepen dat het een illusie was het vraagstuk van de ziekenhuisfinancieringshervorming aan te kaarten zonder in een eerste stadium na te denken over de werkelijke alomvattende functie van de ziekenhuizen. Het rapport

Ceci requiert aussi des instruments adéquats pour l'organisation et le financement des technologies médicales innovantes et la concentration de soins complexes.

DEUXIÈME PARTIE

SUR LE RAPPORT "KCE REPORTS 229"

I. — SYNTHÈSE DU RAPPORT

A. Préalables

Mme Carine Van de Voorde (Centre fédéral d'expertise des soins de santé – KCE) souligne que le rapport a été réalisé en concertation avec de nombreux intervenants du secteur hospitalier et avec l'appui de nombreux scientifiques actifs dans le domaine des activités hospitalières.

Au cours de la précédente législature, la ministre en charge de la Santé publique avait demandé au Centre, avant de publier sa feuille de route sur un système de financement prospectif des hôpitaux, de réaliser, sur une sélection de quelques pays, une analyse comparative des systèmes de financement des hôpitaux, y compris de la rémunération des médecins spécialistes. Ce premier rapport (*KCE Reports 207*) fut publié en octobre 2013. La Belgique n'a pas été abordée dans ce rapport.

La feuille de route "*Évolution vers un nouveau système de financement des soins hospitaliers*", tracée par la ministre alors en charge de la Santé publique, fut publiée au mois d'octobre 2013. L'étape n° 2 de cette feuille de route s'énonce comme suit:

"En droite ligne de la volonté de permettre à chaque intervenant le temps d'une réflexion mûrie sur les objectifs stratégiques et les besoins opérationnels d'une telle réforme, une large concertation sera menée par le KCE avec les stakeholders, au sens large. Celle-ci prendra la forme d'entretiens approfondis et de focus groups. A la lumière d'une première analyse des enjeux, un modèle conceptuel sera élaboré ainsi qu'une analyse d'écart par rapport au système actuel. Le résultat de ces travaux fera l'objet d'une présentation et d'une discussion publique à l'automne 2014."

Les auteurs du rapport ont rapidement compris qu'il était illusoire d'aborder la question d'une réforme du financement des hôpitaux sans réfléchir dans un premier temps au rôle réel global des hôpitaux. Le rapport accorde dès lors de nombreux développements au rôle

gaat dan ook grondig in op de rol van de ziekenhuizen binnen het volledige zorglandschap. In werkelijkheid vormt de financiering een middel om de ziekenhuistaken op een relevante manier uit te oefenen.

Het kernaspect van het rapport is een alomvattend conceptueel kader voor een hervorming van het financieringssysteem van de acute ziekenhuizen, met inbegrip van de universitaire ziekenhuizen. Deze studie gaat niet over de financiering van de psychiatrische, gespecialiseerde of geriatrische ziekenhuizen.

Die beperking is niet ingegeven door een gebrek aan belangstelling, maar door tijdsgebrek. Om dezelfde redenen zijn ook andere facetten niet aan bod gekomen; zo is bijvoorbeeld geen onderzoek gedaan naar het wetgevend en regelgevend kader. De normen zullen moeten worden afgestemd op de beleidsbeslissingen. Overigens werden van de geformuleerde concrete voorstellen niet alle toepassingsdetails uiteengezet. Voor de simulaties heeft het Kenniscentrum zich vooral gebaseerd op de resultaten van zijn vorige rapporten en op elders vergaarde betrouwbare gegevens.

In verband met de methode wordt verwezen naar de uiteenzetting over de manier waarop het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg onderzoek verricht, iets wat al meermaals werd besproken (zie aldus DOC 53 3146/001, DOC 53 2255/001, DOC 52 1999/001 en DOC 51 1207/001). Voorts wordt de methode ook geëxpliciteerd in het rapport zelf.

B. Waarom een hervorming nodig is

1. Budget van de ziekenhuizen

De uiteenzetting is in dezen beperkt tot de moeilijkheden omtrent het budget van de ziekenhuizen. De spreekster beklemtoont dat een reeks andere factoren en aspecten van dat budget geen moeilijkheden doen rijzen. Het schriftelijk rapport haalt ze aan. Haar betoog moet niet in die zin worden opgevat dat alle regels en praktijken dienaangaande zouden moeten worden veranderd.

De jongste, in oktober 2014 gepubliceerde MAHA-studie (waarbij MAHA staat voor *Model for Automatic Hospital Analyses*) bevestigt de vaststelling dat almaar meer Belgische ziekenhuizen met forse financiële moeilijkheden kampen.

Het budget van financiële middelen volstaat niet langer om de kosten te dekken die het moet dekken. Zo is dat budget ontoereikend om de minimumnorm inzake ziekenhuispersoneelsbezetting te halen, alsook om de

des hôpitaux dans l'ensemble du paysage des soins. Le financement constitue en réalité un moyen d'exercer les missions hospitalières de manière pertinente.

L'élément central du rapport est un cadre conceptuel global pour une réforme du système de financement des hôpitaux aigus, y compris les hôpitaux universitaires. Le financement des hôpitaux psychiatriques, spécialisés ou gériatriques n'entre pas dans le cadre de cette étude.

Cette limitation n'est pas justifiée par un manque d'intérêt, mais par un manque de temps. D'autres éléments n'ont également pas été abordés pour les mêmes raisons. Par exemple, le cadre législatif et réglementaire n'a pas été examiné. Les normes devront être adaptées aux décisions politiques. D'autre part, les propositions concrètes formulées n'ont pas été exposées dans tous leurs détails d'application. Pour les simulations, le Centre s'est surtout fondé sur les résultats de ses rapports précédents et sur des données fiables recueillies ailleurs.

En ce qui concerne la méthode, il est renvoyé à l'exposé de la manière dont le Centre fédéral d'expertise des soins de santé mène ses études, déjà discuté plusieurs fois (voy. ainsi DOC 53 3146/001, DOC 53 2255/001, DOC 52 1999/001, DOC 51 1207/001). La méthode est également explicitée dans le rapport lui-même.

B. Causes de la nécessité d'une réforme

1. Budget des hôpitaux

L'exposé se limite ici aux problèmes qui se posent pour le budget des hôpitaux. L'intervenante souligne qu'une série d'autres facteurs et d'autres éléments de ce budget ne forment pas de problème. Le rapport écrit les cite. Il ne faut pas comprendre son intervention en ce sens que l'ensemble des règles et des pratiques en la matière devrait être remplacé.

La dernière étude MAHA ("*Model for Automatic Hospital Analyses*"), publiée en octobre 2014, confirme le constat que de plus en plus d'hôpitaux en Belgique traversent des difficultés budgétaires importantes.

Le budget des moyens financiers ne suffit plus à couvrir les frais pour lesquels il est destiné. Ce budget est ainsi insuffisant pour atteindre le taux d'occupation minimal en personnel hospitalier et respecter les

erkenningennormen en de bij de collectieve arbeids-overeenkomsten opgelegde verplichtingen in acht te nemen. Als gevolg daarvan proberen de ziekenhuizen andere inkomstenbronnen aan te boren: ze houden een hoger bedrag in op de artsenhonoraria en rekenen de patiënten hogere supplementen aan, de afdelingen met een vooralsnog positief saldo (zoals de ziekenhuisapotheken) worden in de algemene begroting opgenomen, ze voeren personeelsbesparingen door enzovoort.

Die budgettaire krapte kan gevolgen hebben voor de volksgezondheid. Uit het schema hieronder blijkt dat de Belgische ziekenhuizen het met minder verplegend personeel doen dan die in de andere Europese landen. Het onderzoek “RN4CAST: nurse forecasting in Europe” toont echter aan dat het overlijdensrisico met 7 % stijgt per patiënt extra per verpleegkundige.

normes d’agrément et les obligations imposées par les conventions collectives de travail. Les hôpitaux essaient en conséquence de créer d’autres sources de revenus: plus de retenues sur les honoraires des médecins, augmentation des suppléments, inclusion des départements où un boni est encore enregistré (comme les officines pharmaceutiques hospitalières) dans le budget général, économies sur le personnel, etc.

Cette tension budgétaire peut avoir des conséquences de santé publique. Le schéma ci-après fait état d’un taux de personnel infirmier inférieur en Belgique par rapport à d’autres États européens. Or, une étude “RN4CAST: nurse forecasting in Europe” tend à démontrer que le risque de décès augmente de 7 % par patient supplémentaire par infirmier.

	Nurse staffing (patients to nurse)		Nurse education (% of nurses with bachelor’s degrees)	
	Mean (SD)	Range	Mean (SD)	Range
Belgium	10.8 (2.0)	7.5–15.9	55% (15)	26–86%
England	8.8 (1.5)	5.5–11.5	28% (9)	10–49%
Finland	7.6 (1.4)	5.3–10.6	50% (10)	36–71%
Ireland	6.9 (1.0)	5.4–8.9	58% (12)	35–81%
Netherlands	7.0 (0.8)	5.1–8.1	31% (12)	16–68%
Norway	5.2 (0.8)	3.4–6.7	100% (0)	100–100%
Spain	12.7 (2.0)	9.5–17.9	100% (0)	100–100%
Sweden	7.6 (1.1)	5.4–9.8	54% (12)	27–76%
Switzerland	7.8 (1.3)	4.6–9.8	10% (10)	0–39%
Total	8.3 (2.4)	3.4–17.9	52% (27)	0–100%

Means, SDs, and ranges are estimated from hospital data—eg, the 59 hospitals in Belgium have a mean patient-to-nurse ratio of 10.8, and the patient-to-nurse ratio ranges across those 59 hospitals from 7.5 to 15.9. Similarly, the 31 hospitals in Switzerland have, on average, 10% bachelor’s nurses, and the percent of bachelor’s nurses ranges across those 31 hospitals from 0% to 39%.

Table 2: Nurse staffing and education in nine European countries

Dit gebrek aan middelen staat in contrast met het capaciteitsniveau van de ziekenhuizen. Het aantal bedden en opnames, alsook de investeringen (bijvoorbeeld in robotchirurgie en in laboratoria voor hartcatheterisatie) overschrijden het gemiddelde in de OESO-landen.

Het budget van financiële middelen is een vast, alomvattend bedrag. Een groot deel ervan wordt opgeslorpt door het onderdeel B2. Het puntensysteem, waarbij elk ziekenhuis naar rata van het aantal punten een deel van de algemene enveloppe ontvangt, heeft tot gevolg dat de aan elk ziekenhuis toegekende bedragen afhangen van de waarde van het punt. Hoe meer prestaties worden uitgevoerd, hoe lager de waarde van het punt in een gesloten enveloppe ligt.

Ce manque de moyens contraste avec le niveau de capacité des hôpitaux. Le nombre de lits, de prises en charges et d’investissements (par exemple dans la chirurgie robotique et dans les laboratoires de cathétérisme cardiaque) se situe au-dessus de la moyenne des États de l’OCDE.

Le budget des moyens financiers constitue un montant fixe global. Une grande part de ce budget est absorbée par la sous-partie B2. Le système par point, par lequel chaque hôpital reçoit une part de l’enveloppe globale au prorata du nombre de points, a pour conséquence que les montants attribués à chaque hôpital dépendent de la valeur du point. Plus le nombre de prestations est élevé, plus faible est la valeur du point dans une enveloppe fermée.

Als alle ziekenhuizen hun prestaties opvoeren om hun aantal punten (en dus hun deel van het budget) te verhogen, daalt de waarde van dat punt, waardoor ze gestimuleerd worden nog meer prestaties te leveren om de duurzaamheid van hun budget te waarborgen. Het budget van financiële middelen bevat derhalve een onzekerheidsfactor. In een systeem dat werkt met een vaste enveloppe en met punten, hangt de financiering van elk ziekenhuis af van de prestaties van de andere ziekenhuizen.

Het bestaande ziekenhuisfinancieringssysteem is complex, weinig transparant en bovendien gefragmenteerd.

Het is een goede zaak dat de ziekenhuisfinanciering rekening houdt met de ziektebeelden van de verzorgde patiënten. Minder positief is echter dat bij de financiering tevens de gemiddelde verblijfsduur in aanmerking wordt genomen. Die verblijfsduur is geen optimale weerspiegeling van de echte kosten. Bovendien is de zorgkwaliteit geen financieringscriterium; een ziekenhuis dat toeziet op de kwaliteit van de zorg, krijgt daarvoor geen extra financiële middelen.

2. Vergoeding van de artsen

Dat de ziekenhuisartsen per prestatie worden vergoed, zet aan tot overconsumptie. Bovendien zetten ook de ziekenhuisbeheerders, die de ziekenhuisinstellingen financieel gezond willen houden, de zorgverleners aan tot een hogere productiviteit: er worden aldus meer patiënten behandeld, die een langere periode in het ziekenhuis verblijven.

De inhoudingen door de ziekenhuizen op de bezoldigingen van de ziekenhuisartsen zijn een bron van spanning tussen de ziekenhuisbeheerders, de artsen en de andere zorgverleners. Die inhoudingen zetten sommige artsen ertoe aan voor een privépraktijk te kiezen en de ziekenhuiswereld te verlaten. Dat is echter niet de enige reden: ook de administratieve en de wettelijke verplichtingen liggen aan de basis van de toename van het aantal privépraktijken.

Bovendien vertonen de bezoldigingen van de ziekenhuisartsen zeer grote verschillen. Ze zijn weinig transparant en vaak wordt beschouwd dat ze niet op objectieve en redelijke grondslagen berusten. De spreekster staat erop het onderstaande schema aan de leden voor te leggen, ondanks de kritiek die het al heeft gekregen. De tabel geeft voor elke medisch vakgebied het gemiddelde jaarinkomen in 2010 weer:

Si tous les hôpitaux multiplient les activités afin d'augmenter leur nombre de points (et donc leur part du budget), la valeur de ce point diminue, ce qui les incite à encore plus multiplier les activités pour garantir la pérennité de leur budget. Le budget des moyens financiers comprend donc un élément d'incertitude. Le financement de chaque hôpital dépend, dans un système d'enveloppe fixe et de points, des activités des autres hôpitaux.

Le système de financement hospitalier actuel est complexe. Peu transparent, il est en outre fragmenté.

Il est positif que le financement des hôpitaux tienne compte des pathologies des patients soignés. Par contre, il est moins positif qu'il tienne compte de la durée moyenne de séjour. Cette durée ne reflète pas de manière idéale les coûts réels. En outre, la qualité des soins n'est pas un critère de financement. Un hôpital qui veille à des prestations de qualité ne reçoit pas de supplément.

2. Rémunération des médecins

Le paiement des médecins hospitaliers par prestation constitue un incitant à une surconsommation. En outre, les gestionnaires d'hôpitaux, soucieux de la santé financière des institutions hospitalières, incitent eux aussi à une meilleure productivité de ces prestataires de soins: plus de patients traités, pendant de plus longues périodes.

Les retenues opérées par les hôpitaux sur les rémunérations des médecins hospitaliers constituent un facteur de tensions, entre les gestionnaires d'hôpitaux, les médecins et les autres prestataires de soins. Ces retenues incitent certains médecins à choisir une pratique privée et à quitter le monde hospitalier. Il ne s'agit certes pas de la seule raison: les obligations administratives et légales constituent également des causes du développement des pratiques privées.

Les rémunérations des médecins hospitaliers sont en outre d'une grande disparité. Elles manquent de transparence et sont souvent considérées comme ne reposant pas sur des justifications objectives et raisonnables. Malgré les critiques déjà énoncées sur le prochain schéma, l'intervenante tient à le soumettre aux membres. Il reprend, par discipline médicale, le revenu annuel moyen en 2010:

Medical discipline	Average annual income in 2010
Nephrology-dialysis	€ 425 505
Clinical biology	€ 355 103
Radiology	€ 338 378
Neurosurgery	€ 315 796
Stomatology	€ 289 839
Anaesthesia	€ 279 554
Ophthalmology	€ 271 857
Orthopaedics	€ 262 638
Gynaecology	€ 199 432
Emergency medicine	€ 189 881
Geriatrics	€ 187 606
Paediatrics	€ 179 461
Pneumology	€ 179 326
Oncology	€ 179 100
Psychiatry	€ 174 879
Neurology	€ 157 536

De manco's van dit schema zijn duidelijk: de gegevens zijn gebaseerd op informatie die wordt aangeleverd door amper 13 van de 77 bevraagde ziekenhuizen. Bovendien bestaan binnen elke discipline afwijkingen tussen verschillende subgroepen. De gegevens zouden representatiever zijn geweest mochten méér ziekenhuizen en méér artsen hebben meegewerkt aan de gegevensinzameling.

3. Zorglandschap

Het Belgische zorglandschap wordt gekenmerkt door een veel te ruim zorgaanbod. Als gevolg daarvan ontstaat er concurrentie tussen de zorgverstrekkers en de zorglocaties teneinde een zo groot mogelijk aandeel van de zorgmarkt in te palmen. Elke actor probeert aldus te werken met de recentste technologieën, die echter vaak ook het duurst zijn.

In het huidige systeem kunnen evenwel alle ziekenhuizen het hele zorggamma aanbieden, ook als het om de meest gespecialiseerde zorg gaat. De ziekenhuizen worden daar overigens toe aangezet door de bestaande financieringsregels. Oneigenlijke ziekenhuisopnames alsook versnippering van middelen en expertise zijn het gevolg, wat dan weer een impact kan hebben op de zorgkwaliteit.

Ter illustratie van het veel te ruime ziekenhuiszorgaanbod toont de spreker twee kaarten van België, waarvan de linkse de ligging weergeeft van de

Les défauts de ce schéma sont connus: ses données se fondent sur les informations transmises par seulement 13 des 77 hôpitaux interrogés. Au sein de chaque discipline, des disparités existent en outre entre plusieurs sous-groupes. Si plus d'hôpitaux et de médecins avaient offert leur contribution à la récolte des informations, la représentativité des données aurait été meilleure.

3. Paysage des soins

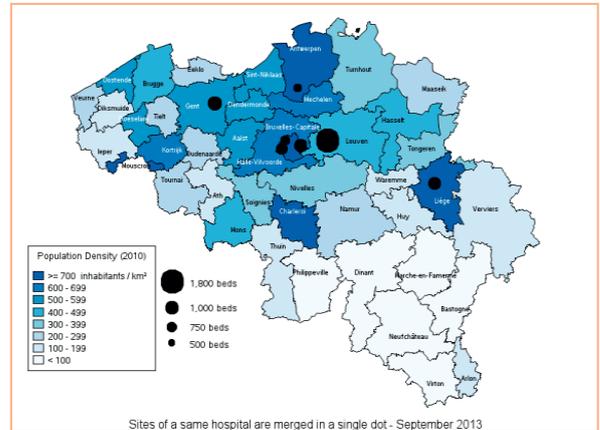
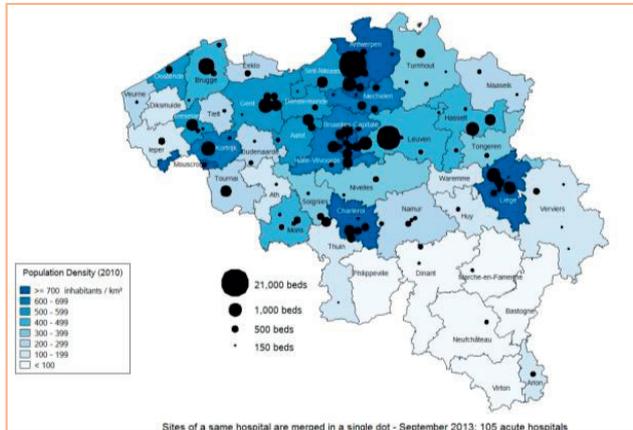
Le paysage belge des soins se caractérise par une surreprésentation de l'offre de soins. En conséquence se crée une compétition entre les prestataires de soins et les lieux de soins afin de capter une part du marché des soins la plus étendue possible. Ainsi, chaque acteur tente de se doter des dernières technologies, souvent les plus onéreuses.

Or, tous les hôpitaux peuvent dans le système actuel offrir toute la gamme des soins, y compris dans les domaines les plus spécialisés. Les hôpitaux y sont d'ailleurs stimulés par les règles actuelles de financement. En conséquence, des prise en charge indues sont notées et un émiettement des moyens et des expertises est constaté. Ceci peut avoir des conséquences sur la qualité des soins.

Pour illustrer la surreprésentation de l'offre de soins hospitaliers, l'intervenante propose une carte de la Belgique reprenant la position des hôpitaux offrant

ziekenhuizen die acute zorg aanbieden, en de rechtse het aantal universitaire ziekenhuizen, telkens in verhouding tot de bevolkingsdichtheid en het aantal bedden:

des soins aigus (à gauche) et des hôpitaux universitaires (à droite), la densité régionale de population et le nombre de lits:

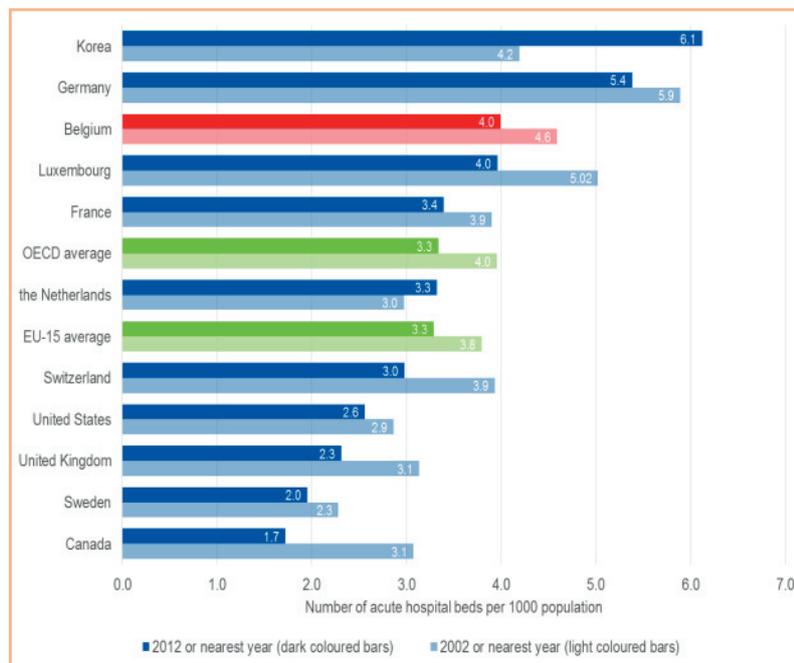


Ook uit andere grafieken blijkt dat te ruime aanbod, meer bepaald wanneer de situatie in België wordt vergeleken met die in andere landen.

D'autres schémas démontrent encore la surreprésentation de l'offre, quand on compare la situation en Belgique à celle d'autres États.

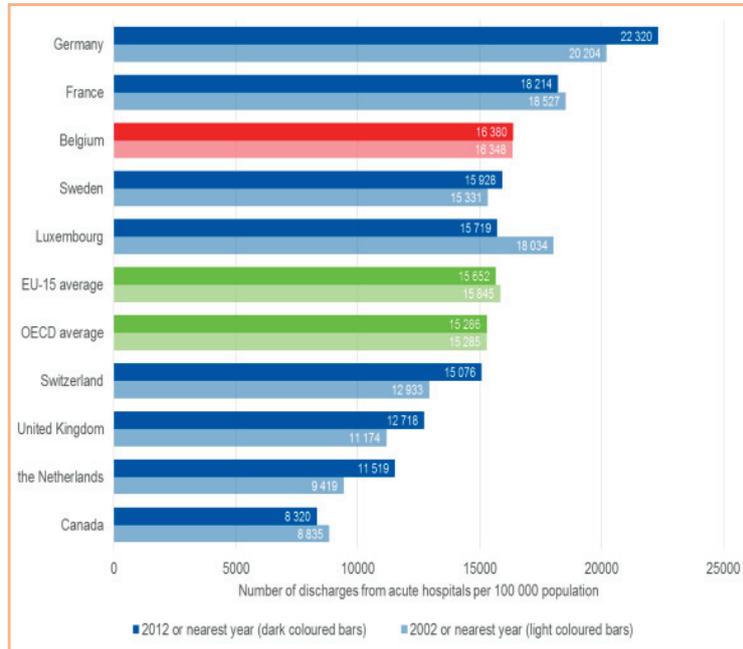
1° Aantal acute bedden per 1 000 inwoners:

1° Nombre de lits aigus par 1000 habitants:



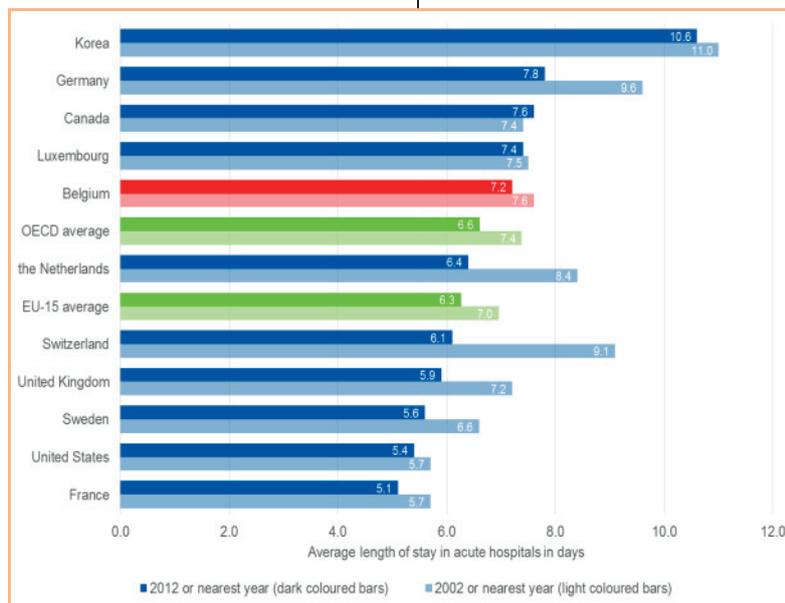
2° Aantal ontslagen uit het ziekenhuis per 100 000 inwoners:

2° Nombre de sorties de patients par 100 000 habitants:



3° Gemiddelde verblijfsduur:

3° Durée moyenne de séjour

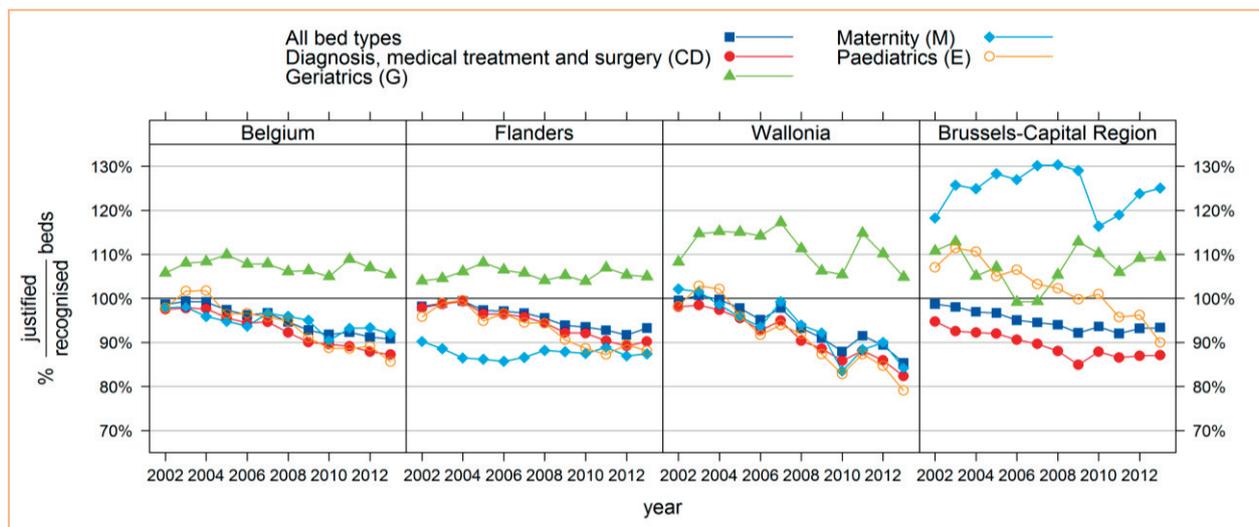


De drie grafieken geven telkens in het groen als referentiepunt het gemiddelde weer van de OESO-landen enerzijds en van 15 EU-lidstaten anderzijds.

Ces trois schémas comprennent chaque fois, en vert, d'une part, la moyenne des États de l'OCDE et, d'autre part, la moyenne de quinze États de l'Union européenne pris comme référence.

Ondanks de invoering van het principe van “verantwoorde bedden” overschrijdt België zowel het OESO-gemiddelde als het gemiddelde van de referentielidstaten van de Europese Unie. De daling tussen 2002 en 2012 doet zich overigens niet overal voor: het aantal ontslagen uit het ziekenhuis per 100 000 inwoners stijgt zelfs. Uit de gesprekken tussen het Kenniscentrum en de stakeholders blijkt dat het mogelijk zou zijn de gemiddelde verblijfsduur te verlagen door de patiënten aan te moedigen te kiezen voor daghospitalisatie.

De spreekster toont vervolgens een grafiek die de evolutie tussen 2002 en 2012 in België weergeeft van de procentuele verhouding tussen het aantal erkende bedden (teller) en het aantal verantwoorde bedden (noemer), en dit voor alle bedtypen (donkerblauw) dan wel voor bepaalde categorieën bedden, uitgesplitst voor het land en de gewesten:



Het aantal erkende bedden toont een stijgende trend ten opzichte van het aantal verantwoorde bedden. De dalende lijnen geven dat weer. Alleen voor de geriatrie en, in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de kraamafdelingen overstijgt het aantal verantwoorde bedden het aantal erkende bedden.

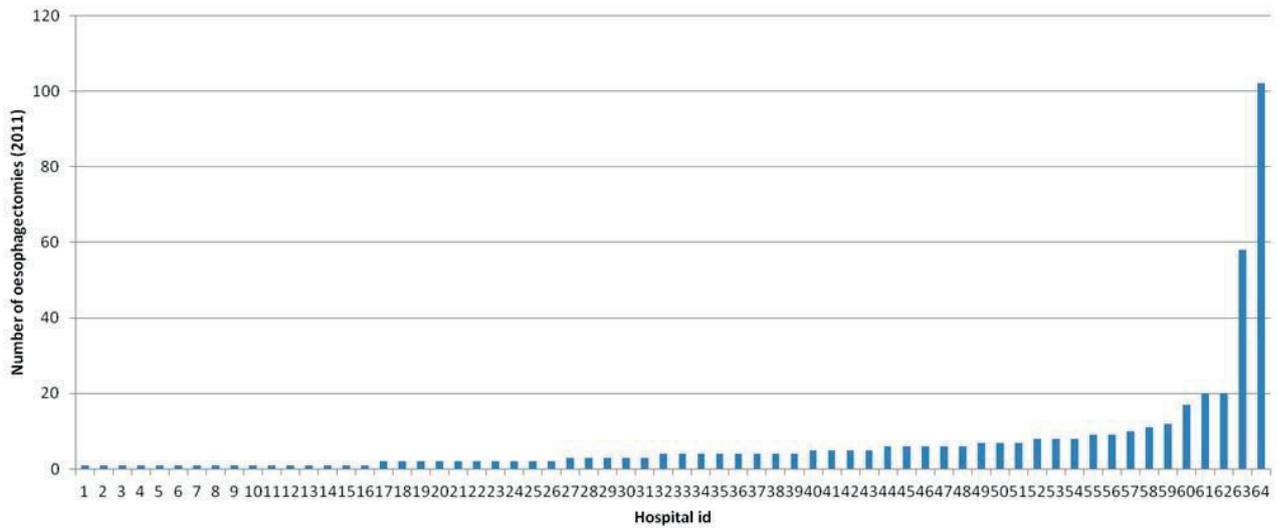
De versnippering van de middelen wordt geïllustreerd door een grafiek die het aantal slokdarmresecties weergeeft in liefst 64 ziekenhuizen waar dergelijke ingrepen plaatsvinden (terwijl de mediaan op slechts vier ingrepen per jaar ligt). Gelet op die versnippering rijst de pertinente vraag of een systeem in stand moet worden gehouden waarbij elke ziekenhuis vrij kan kiezen om dergelijke zeldzame ingrepen te blijven aanbieden.

Malgré l’instauration du principe des lits justifiés, la Belgique reste au-dessus de la moyenne tant des États de l’OCDE que des États références de l’Union européenne. La diminution entre 2002 et 2012 n’est en outre pas notée partout: le nombre de sortie par 100 000 habitants est même en augmentation. Les discussions menées entre le Centre et les parties intéressées indiquent qu’il serait possible d’améliorer la durée moyenne de séjour en incitant les patients à choisir des hospitalisations de jour.

L’intervenante montre encore un schéma qui démontre l’évolution de la différence en pourcentages entre les lits agréés (dénominateur de la fraction) et les lits justifiés (numérateur de la fraction) en Belgique, entre 2002 et 2012, pour tous les types de lit (ligne bleue) ou pour certaines catégories de lits, en divisant les informations selon la division territoriale concernée:

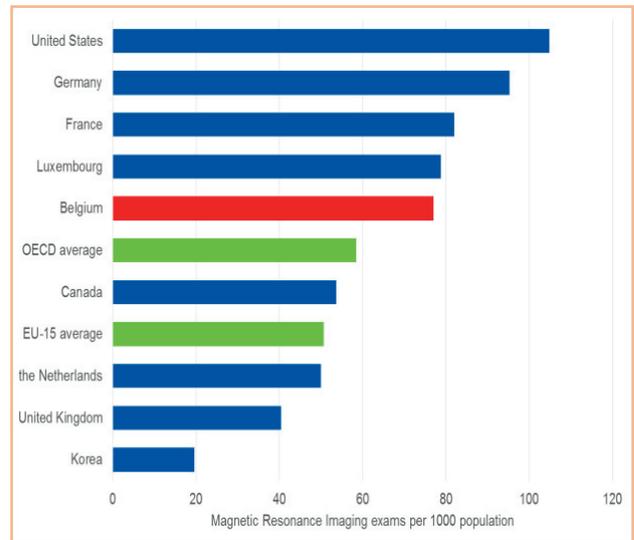
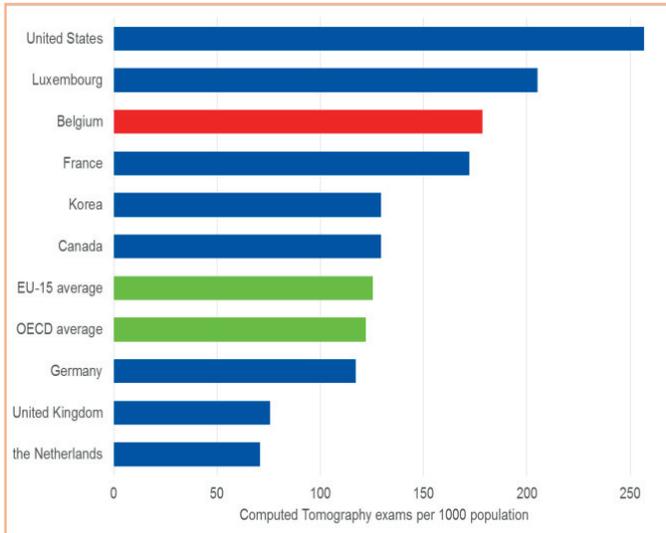
Le nombre de lits agréés a tendance à augmenter par rapport au nombre de lits justifiés. C’est ce qu’indiquent les lignes qui baissent. Seule la gériatrie, et, en ce qui concerne la Région de Bruxelles-Capitale, les maternités, connaissent une situation où le nombre de lits justifiés dépasse le nombre de lits agréés.

L’émiettement des moyens est illustré par un schéma, qui concerne le nombre de résections de l’œsophage dans pas moins de 64 hôpitaux qui proposent cette intervention (sachant que la moyenne n’atteint pas plus de quatre interventions par an). Il est permis de se demander, face à un tel émiettement des moyens, s’il est pertinent de conserver un système où chaque hôpital peut décider librement de continuer à proposer ce genre d’interventions rares.



Ten slotte vergelijkt de spreker aan de hand van twee grafieken met betrekking tot het aantal CT-scans (links) en NMR-scans (rechts) per 1000 inwoners de situatie in België met die in andere landen. Uit die grafiek blijkt de 'overproductie' in verband met de medische beeldvorming.

Enfin, l'intervenante soumet deux graphiques concernant le nombre de CT-scans (à gauche) et de NMR-scans (à droite), par millier d'habitants, comparant la Belgique à une série d'autres États. Ce graphique démontre la surproduction en imagerie médicale.



De reden dat België inzake NMR-scans minder sterk van het OESO- en het EU-gemiddelde afwijkt, houdt verband met de programmatie. De financiering spoort ertoe aan veeleer een van de medische-beeldvormingsopties te kiezen dan de NMR-scan.

La raison avancée pour expliquer le fait que la Belgique diffère moins des moyennes OCDE et UE en matière de NMR-scans est liée à la programmation. Le financement constitue un incitant pour choisir plutôt une autre option d'imagerie médicale que celle du NMR-scan.

4. Andere uitdagingen

Wat de zorgkwaliteit, het macroniveau en de innovatie betreft, wordt verwezen naar KCE Report 229. Dit zijn belangrijke uitdagingen, maar het Centrum stelt voor deze aspecten minder hervormingen voor dan voor de eerste drie punten.

C. Conceptueel kader voor de hervorming

1. Ziekenhuisbegroting

Het voorstel gaat uit van het begrip DRG's (*Diagnosis Related Groups*), zonder dit daarom te beperken tot het begrip APR-DRG's dat al in de huidige wetgeving voorkomt (zie bijvoorbeeld artikel 56ter van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994).

Per DRG zou het ziekenhuis een vast bedrag ontvangen voor elke opname. Dit bedrag zou gebaseerd zijn op de reële kosten, op voorwaarde dat die kosten verbonden zijn aan de zorgactiviteit en het ziekenhuis een impact heeft op die zorgactiviteit.

Worden buiten beschouwing gelaten, de complexe gevallen met een grote kostenvariabiliteit (bijvoorbeeld complicaties), erg dure geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, de kosten eigen aan de infrastructuur (bevoegdheden die naar de gewesten zijn overgeheveld) en de specifieke opdrachten van de universitaire ziekenhuizen. Er moet over een andere financieringswijze worden nagedacht. Geestelijke gezondheidszorg en revalidatiezorg vallen bovendien buiten het toepassingsgebied van dit voorstel. Het classificatiesysteem verschilt trouwens van dat van klassieke ziekenhuisopnamen. Voor die twee aspecten is nog een specifieke grondige studie nodig.

De dagopnamen zouden daarentegen worden opgenomen in het nieuwe financieringssysteem per DRG, net als de geneesmiddelen en de medische hulpmiddelen (behalve de zeer dure) en de werkings- en investeringskosten (die thans bij de honoraria zijn ondergebracht). Het opnemen van de dagopnamen onder de juiste voorwaarden maakt het mogelijk deze opvangvorm te stimuleren. Het rapport bevat in dat verband een voorstel. Vooraf moet echter worden bepaald welke pathologieën en welke patiënten op voldoende veilige wijze in via dagopname kunnen worden behandeld.

Een misverstand dat de spreekster weggewerkt wil zijn, luidt dat een financiering per pathologie de ziekenhuisfinanciering onder controle zou kunnen houden. Een

4. Autres enjeux

En ce qui concerne la qualité des soins, la macro-gouvernance et l'innovation, il est renvoyé au rapport KCE Reports 229. Ces enjeux sont importants, mais le Centre présente moins de propositions de réforme que sur les trois premiers.

C. Cadre conceptuel de réforme

1. Budget des hôpitaux

La proposition repart de la notion de DRG ("*Diagnosis Related Groups*"), sans nécessairement la limiter à la notion d'APR-DRG figurant déjà dans la législation actuelle (voy. ainsi l'art. 56ter de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994).

Par DRG, l'hôpital recevrait un montant fixe à chaque hospitalisation. Ce montant serait fondé sur le coût réel, pour autant que ce coût soit lié à l'activité de soins et que l'hôpital ait un impact sur cette activité de soins.

Ne seraient pas pris en considération, les cas complexes caractérisés par une variabilité haute des coûts (complications par exemple), les médicaments et les dispositifs médicaux particulièrement onéreux, les coûts liés aux infrastructures (compétences devenues régionales) et les missions spécifiques des hôpitaux universitaires. Une autre manière de financer devrait être envisagée. En outre, la proposition ne porte pas sur les soins de santé mentale ni sur la revalidation. Les systèmes de classification y sont différents d'une hospitalisation classique. Une étude approfondie spécifique est encore nécessaire dans ces deux domaines.

Par contre, l'hospitalisation de jour serait intégrée au nouveau système de financement par DRG, de même que les médicaments et les dispositifs médicaux (sauf ceux particulièrement onéreux) et les coûts de fonctionnement et d'investissement (faisant actuellement partie des honoraires). Inclure l'hospitalisation de jour, selon des modalités adéquates, permettrait de stimuler la prise en charge par ce biais. Le rapport présente une proposition à cet égard. Un préalable consiste toutefois à déterminer quelle pathologie et quels patients peuvent être traités en hospitalisation de jour de manière suffisamment sécurisée.

Un malentendu que l'intervenante voudrait éviter consiste à considérer qu'un financement par pathologie pourrait garder le financement des hôpitaux

dergelijke financiering is gebaseerd op een vast forfait. Sommige landen corrigeren dit forfait naar gelang van de zorgkwaliteit. Dit systeem houdt geen rekening met het totale aantal ziekenhuisopnamen. Het huidig budget van financiële middelen is een gesloten enveloppe. De in uitzicht gestelde hervorming garandeert niet dat het totaalbedrag van het ziekenhuisbudget onveranderd zal blijven.

Het is dus noodzakelijk in stimuli te voorzien om ervoor te zorgen dat in elke zorgzone het aantal ziekenhuisopnames binnen verantwoorde grenzen (een "kapitaal") blijft. Het idee zou erin bestaan het grondgebied geografisch op te delen in zorgzones en voor elk daarvan een hoeveelheid vast te stellen die beschouwd wordt als een "kapitaal". Als die hoeveelheid wordt overschreden, wordt voorgesteld het ziekenhuis te blijven betalen, maar dan degressief. Die degressiviteit kan eventueel tot 0 gaan. Aangezien de patiënten elders dan in hun zorgzone kunnen worden opgevangen, moeten bovendien verenigingsmechanismen worden ingesteld.

Wat de toenemende groep van chronische patiënten betreft, wordt voorgesteld om eerst met proefprojecten te werken. Om rekening te houden met de veelheid aan gezondheidsproblemen, zou de financiering per DRG van de intramurale zorg worden uitgebreid tot een omvattende vergoeding, die staat voor een aantal geïntegreerde zorghandelingen. Moeilijk in dit verband is dat rekening moet worden gehouden met de overlapping van de zorglijnen: de eerste lijn is inderdaad een van de hoofdrolspelers voor chronische zorg. De voorstellen dienaangaande moeten nog worden verfijnd. Hoe dan ook is het belangrijk om niet uit te gaan van zorgbundels die puur op basis van één aandoening (zoals diabetes) zijn georganiseerd.

2. Vergoeding van de artsen

Het door het Centrum geformuleerde voorstel gaat uit van de bestaande vergoedingswijze van de artsen, op basis van het honorarium. Dit geldt als compensatie voor hun cognitieve en fysieke arbeidsprestaties. Het beginsel van een "dienstgebonden" vergoeding zou worden gehandhaafd.

Het gedeelte van de vergoeding dat thans wordt afgehouden als bijdrage aan de uitbetaling van het personeel en van de werkingsmiddelen van de ziekenhuizen, zou daarentegen van de honoraria worden afgetrokken. Die twee posten zouden op dezelfde wijze als alle andere, dus op basis van het DRG-systeem, worden geboekt. Er zou een fonds worden opgericht voor de investeringen in alle ziekenhuizen, zoals dat nu al het geval is in het budget van een aantal ziekenhuizen.

sous contrôle. Un tel financement s'opère sur la base d'un forfait fixe. Certains États corrigent ce forfait en fonction de la qualité des soins. Ce système ne tient pas compte du nombre global d'hospitalisations. Le budget des moyens financiers actuel constitue une enveloppe fermée. La réforme envisagée ne permet pas d'assurer que le budget hospitalier global restera d'un montant inchangé.

Il est donc nécessaire d'instituer des incitants afin de rester dans les limites d'un capital d'hospitalisations justifiées dans chaque zone de soins. L'idée serait de créer des sous-divisions géographiques du territoire, des zones de soins, et de déterminer pour chacune un volume, considéré comme un "capital". Si un dépassement de volume est constaté, il est proposé de continuer à payer l'hôpital, mais alors de manière dégressive. Éventuellement, cette dégressivité peut aller jusqu'à 0. Les patients pouvant être pris en charge ailleurs que dans leur zone de soins, des mécanismes d'équilibrage doivent en outre être institués.

En ce qui concerne le groupe des patients chroniques, qui est en augmentation, il est proposé de procéder d'abord par projets-pilotes. Afin de tenir compte de la multiplicité des problématiques de santé, le financement par DRG des soins intramuraux serait étendu à une rémunération globale, représentant un ensemble de soins intégrés. La difficulté ici est de tenir compte de l'imbrication des lignes de soins: la première ligne est en effet l'un des acteurs principaux des soins chroniques. Les propositions doivent encore ici être affinées. En toute hypothèse, il convient d'éviter des ensembles de soins organisés purement sur la base d'une seule affection (comme le diabète).

2. Rémunération des médecins

La proposition formulée par le Centre repart des modalités actuelles de rémunération des médecins, sur la base de l'honoraire. Celui-ci constitue la contrepartie de leurs prestations de travail cognitives et physiques. Le principe d'une rémunération liée au service serait maintenu.

Par contre, la partie de la rémunération retenue actuellement afin de contribuer au paiement du personnel et des moyens de fonctionnement hospitaliers serait distraite des honoraires. Ces deux postes seraient comptabilisés de la même manière que tous les autres, sur la base du système de DRG. Un fonds serait créé pour les investissements dans tous les hôpitaux, comme il en existe déjà dans le budget de certains d'entre eux.

Een dergelijke regeling zou bepaalde discussies uit de weg gaan, alsook deels de spanningen wegnemen die tussen zorgverleners en ziekenhuisbeheerders kunnen bestaan. De verschillen tussen ziekenhuizen inzake inhoudingen op de bezoldigingen zouden verdwijnen. Het voorstel voorziet in mechanismen waarbij de artsen mede beslissen over en worden betrokken bij het beleid van het ziekenhuis waarin zij werken.

Concreet leidt een dergelijk voorstel tot een regeling waarbij alle artsen gelijkmatig worden vergoed, ongeacht het kader waarin zij hun beroep uitoefenen. Deze regeling is vooral gebaseerd op de arbeidsduur en zou een differentiatie van de vergoeding op grond van een aantal factoren omvatten, zoals de expertise en de ervaring van de zorgverlener, risico en stress die gepaard gaan met het beoefenen van de geneeskunde, de intellectuele en de fysieke inspanningen van het werk, alsook de bijzondere werklast zoals nacht- of weekendwerk. Deze factoren worden momenteel slechts ongelijk en officieus in rekening gebracht, louter op basis van individuele of collectieve onderhandelingen. De op de arbeidsduur gestoelde en op grond van bepaalde factoren gedifferentieerde regeling bestaat in andere landen waarmee het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg ons land in zijn eerste rapport heeft vergeleken.

Met betrekking tot het investeringsfonds wordt voorgesteld de middelen van dit fonds te verdelen naar rata van de investeringskostencomponent van de *case mix* (een mengeling van patiënten die per eenheid in een ziekenhuis worden behandeld) per DRG van elk ziekenhuis. Dit voorstel gaat ervan uit dat de ziekenhuizen zich zullen moeten specialiseren, zonder dat ze in de toekomst noodzakelijkerwijs alle ziekenhuisprestaties kunnen aanbieden. Bepaalde ziekenhuizen zullen zich specialiseren in technische prestaties. De specialisatie moet in aanmerking worden genomen bij de verdeling van de investeringskosten.

De ziekenhuisartsen zullen voor hun prestaties dezelfde bezoldiging krijgen als de zorgverleners in de ambulante zorg in de polikliniek, het ziekenhuis en de privépraktijk. De huidige vergoeding wordt deels gebruikt om de praktijk op te starten. Om die kosten te dekken, wordt voorgesteld een praktijkvergoeding toe te kennen die de kosten voor het personeel, de infrastructuur en de investeringen dekt. Die vergoeding zou worden berekend op basis van de omvang van de praktijk, en in het bijzonder van het aantal patiënten. Ook in dit geval zou worden gedifferentieerd op basis van indicatoren, zoals de continuïteit (organiseren van een wachtdienst), de multidisciplinariteit, de kwaliteitswaarborgen enzovoort.

Un tel système permettrait d'écarter certaines discussions et une part des tensions qu'il peut exister entre prestataires de soins et gestionnaires hospitaliers. Les différences entre hôpitaux des retenues sur la rémunération seraient effacées. La proposition comprend la création de mécanismes de codécision et d'implication des médecins dans la politique hospitalière de l'institution au sein de laquelle ils exercent leur art.

Concrètement, une telle proposition aboutit à un régime de rémunération égale pour les médecins, quel que soit le cadre de l'exercice de leur profession. Ce régime est surtout fondé sur la durée du travail et contiendrait une différenciation de la rémunération selon un ensemble de facteurs. Par exemple, rentreraient en ligne de compte, l'expertise et l'expérience du prestataire, le risque et le stress inhérents à l'exercice de l'art de guérir, les efforts intellectuels et physiques de la prestation ainsi que la charge de travail particulière comme le travail de nuit ou pendant le week-end. Ces facteurs ne sont actuellement comptabilisés que de manière inégale et officieuse, uniquement sur la base de négociations individuelles ou collectives. Le régime fondé sur la durée de travail et modalisé selon certains facteurs se retrouve dans d'autres États qui ont fait l'objet de la comparaison dans le premier rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

En ce qui concerne le fonds d'investissement, il est proposé de le répartir au prorata de la composante "coûts d'investissements" du *case-mix* (mix de patients traités par unité dans un hôpital) par DRG de chaque hôpital. Cette proposition repart du préalable que les hôpitaux seront amenés à se spécialiser, sans nécessairement pouvoir à l'avenir proposer l'ensemble des prestations hospitalières. Certains hôpitaux se spécialiseront dans des prestations d'ordre technique. La spécialisation doit être prise en considération dans la répartition des coûts d'investissements.

Une même rémunération est assurée aux médecins hospitaliers et aux prestataires actifs dans les soins ambulatoires à la polyclinique, à l'hôpital ou en pratique privée. Une partie de la rémunération actuelle sert à démarrer la pratique. Afin de couvrir ces coûts, il est proposé d'attribuer une allocation de pratique, couvrant les coûts du personnel, de l'infrastructure et des investissements. Cette allocation serait calculée sur la base de l'ampleur de la pratique, et spécialement du nombre de patients. Ici aussi, une différenciation s'opérerait sur la base d'indicateurs, tels que la continuité (existence d'un service de garde), la multidisciplinarité, les garanties de qualité, etc.

3. Zorglandschap

Er wordt voorgesteld om te werken met zorgzones. Per zorgzone zou een strategisch plan worden uitgewerkt. In dat plan moet de in de zone aan te bieden ziekenhuiszorg worden bepaald, ook buiten het ziekenhuis in andere zorgomgevingen (rusthuizen, thuiszorg, ambulante zorg enzovoort). De ziekenhuiszorg zou worden gedefinieerd op basis van een analyse van de behoeften van de bevolking.

Het strategisch plan vereist een financiering. Ook die financiering zou worden bepaald op basis van de analyse van de behoeften van de bevolking. Voor de keuze van de zorgomgeving zou daarentegen elke zorgzone afzonderlijk bevoegd zijn.

Die methode zou de mogelijkheid bieden de huidige tendens tot overaanbod inzake ziekenhuiszorg tegen te gaan. Die tendens wordt geïllustreerd door het toenemende verschil tussen de erkende en verantwoorde bedden. Het voorstel zou een capaciteitsvermindering en een omschakeling van bedden inhouden, in voorkomend geval door sommige diensten te sluiten. Tegelijkertijd zouden buiten de ziekenhuizen alternatieve, op de behoeften afgestemde zorgomgevingen worden uitgebouwd. In de postnatale zorg zou niet mogen worden toegestaan de verblijfsduur in te korten zonder de thuiszorg en de andere kindergeneeskundige zorgomgevingen te erkennen en behoorlijk te financieren.

Het voorstel laat basis- en buurtzorg bestaan in de regionale ziekenhuizen. De gespecialiseerde zorg daarentegen, die bedoeld is voor complexe en zeldzame aandoeningen, zou alleen worden verstrekt in als referentiecentrum erkende ziekenhuizen. De hoedanigheid van referentiecentrum zou niet zijn voorbehouden voor de universitaire of de "grote" ziekenhuizen. De referentiefunctie kan evengoed worden vervuld door regionale ziekenhuizen. De wetgeving moet alle verkapte manieren voorkomen die erop gericht zijn de referentiefunctie voor te behouden door te moeilijk haalbare eisen te stellen.

De zorgzones zouden het ziekenhuislandschap bepalen. Het aantal bedden per zorgzone zou worden vastgesteld volgens de kenmerken van de bevolking (demografie, morbiditeit, sociaaleconomische criteria enzovoort).

Er zou bovendien een responsabiliseringsmechanisme worden opgenomen. De planning van de referentiecentra overschrijdt evenwel het niveau van de zorgzones en behoort daarom tot het niveau van het land. Dat zou tot gevolg kunnen hebben dat maar één ziekenhuis in België, zelfs al is dat gelegen op het grondgebied van één enkele regio, bekleed wordt met een referentiefunctie.

3. Paysage des soins

Il est proposé de travailler sur la base de zones de soins. Par zone de soins, un plan stratégique serait élaboré. Ce plan définirait les soins hospitaliers à garantir dans la zone, fût-ce hors de l'hôpital, dans d'autres environnements de soins (maisons de repos, soins à domicile, domaine ambulatoire, etc.). La définition des soins hospitaliers s'opérerait sur la base d'une analyse des besoins de la population.

Le plan stratégique nécessite un financement. Le financement aussi serait défini sur la base de l'analyse des besoins de la population. Par contre, le choix de l'environnement de soins relèverait de la responsabilité de chaque zone de soins.

Cette méthode permettrait de contrer la tendance actuelle d'une surabondance de l'offre de soins hospitaliers. Cette tendance est illustrée par l'augmentation de la différence entre lits agréés et lits justifiés. La proposition contiendrait une réduction de la capacité et impliquerait une reconversion de lits, le cas échéant par une fermeture de certains services. Parallèlement seraient développés des environnements alternatifs de soins, hors de l'hôpital, adaptés aux besoins. Dans le domaine des soins postnataux, il ne saurait être admis de réduire la durée de séjour sans reconnaître et financer correctement les soins à domicile et les autres environnements de soins pédiatriques.

La proposition laisse subsister des soins de base et de proximité dans les hôpitaux régionaux. Par contre, les soins spécialisés, visant des affections complexes et rares, seraient uniquement assurés dans des hôpitaux reconnus comme centres de référence. La qualité de centre de référence ne serait pas réservée aux hôpitaux universitaires ou aux "grands" hôpitaux. La fonction de référence peut être assurée tout aussi bien par des hôpitaux régionaux. La législation doit éviter toute manière détournée de réserver la fonction de référence par le truchement d'exigences trop difficilement rencontrées.

Les zones de soins définiraient le paysage hospitalier. Le nombre de lits par zone de soins serait établi en fonction de caractéristiques de la population (démographie, morbidité, critères socioéconomiques, etc.).

Un mécanisme de responsabilisation serait en outre intégré. Par contre, la planification des centres de référence dépasse le niveau des zones de soins; elle relève du niveau étatique. Ceci pourrait avoir pour conséquence qu'un seul établissement hospitalier en Belgique, fût-il situé sur le territoire d'une seule région, soit investi d'une fonction de référence.

De jongste jaren werden netwerken opgezet die verschillende ziekenhuizen groeperen. Die netwerken werden echter niet opgericht met het oog op concentratie, samenwerking of een zorgverdeling tussen de ziekenhuizen onderling. Een aangepaste *governance*-structuur ware dan ook noodzakelijk. De aan andere Staten ontleende voorbeelden verschaffen modellen voor dergelijke structuren: een staatsinstantie, de ziekenfondsen, een overkoepelende structuur van de ziekenhuizen zelf enzovoort. Gelet op de Belgische specifieke eigenheden, vindt de spreker dat het de overheid toekomt die rol te spelen. Er moeten dwingende overeenkomsten worden gesloten over de verdeling van de ziekenhuisfuncties, ongeacht of het daarbij gaat om de basiszorg of om de referentiefuncties.

Er zou een afzonderlijke financiering worden gehandhaafd voor de universitaire ziekenhuizen, wat hun specifieke taken betreft (onderwijs, opleiding, onderzoek en hooggespecialiseerde zorg). Een hervorming zou er daarentegen wel in bestaan die financiering sterker te doen afhangen van productie- en prestatie-indicatoren. Die financiering zou immers meer transparantie verdienen dan thans het geval is. Zo klagen sommige universitaire ziekenhuizen zeer geregeld dat onderdeel B7 van het budget van financiële middelen ontoereikend is. Voorts zou een regeling moeten worden getroffen voor het vraagstuk van de gelijke onderlinge behandeling van (al dan niet universitaire) ziekenhuizen bij de begeleiding van stagiairs en assistenten.

4. Zorgkwaliteit

De voorstellen van het Centrum die ertoe strekken in de ziekenhuisfinanciering zorgkwaliteitsfacetten op te nemen, zijn minder verregaand dan de eerste drie, hierboven uiteengezette pijlers. In het veld bestaan al veel initiatieven om de kwaliteit van de ziekenhuiszorg te verbeteren. Tevens moet worden voorkomen dat de ziekenhuizen bij ieder incident te snel sancties oplopen.

Niettemin ware een aangepaste financiering denkbaar voor proefprojecten in verband met ziekenhuiszorg in bepaalde DRG's, mits aan *evidence based medicine* gerelateerde voorwaarden in acht worden genomen. De wetenschappelijke grondslag zou solide moeten zijn, in de zin dat hij met gedragsregels gedocumenteerd zou moeten zijn. De DRG's worden op grond van de kosten gefinancierd, wat niet ideaal is: de goede praktijkvoering, de bewijzen en dus de kwaliteit komen slechts onvoldoende in aanmerking. In een eerste fase zouden de nieuwe nadere financieringsregels van de

Des réseaux ont été créés ces dernières années, qui regroupent différents hôpitaux. Ces réseaux n'ont toutefois pas été créés en vue d'une concentration, d'une collaboration ou d'une répartition des soins entre hôpitaux. Une structure de gouvernance adaptée serait donc nécessaire. Les exemples tirés d'autres États fournissent des modèles de telles structures: un organisme étatique, les mutuelles, une structure faïtière des hôpitaux eux-mêmes, etc. Compte tenu des spécificités belges, l'intervenante estime que c'est ici à l'autorité publique de jouer ce rôle. Des accords contraignants doivent être conclus sur la répartition des fonctions hospitalières, qu'il s'agisse des soins de base ou des fonctions de référence.

Un financement distinct serait maintenu pour les hôpitaux universitaires, en ce qui concerne leurs missions spécifiques (enseignement, formation, recherche et soins très spécialisés). Par contre, une réforme consisterait à rendre ce financement plus dépendant d'indicateurs de production et de prestation. Ce financement mériterait en effet d'être plus transparent qu'aujourd'hui. Certains hôpitaux universitaires se plaignent ainsi de manière récurrente d'une insuffisance de la sous-partie B7 du budget des moyens financiers. Il faudrait en outre régler la question du traitement égal entre hôpitaux, universitaires ou non, dans l'accompagnement des stagiaires et des assistants.

4. Qualité des soins

Les propositions du Centre visant à introduire dans le financement des hôpitaux des éléments de qualité des soins sont moins poussées que les trois premiers piliers évoqués ci-avant. Il existe déjà de multiples initiatives sur le terrain en vue d'améliorer la qualité des soins hospitaliers. En outre, il convient d'éviter que les hôpitaux soient sanctionnés trop rapidement à l'occasion de tout incident.

Un financement adapté pourrait toutefois être imaginé pour des projets-pilotes de soins hospitaliers dans certains DRG, moyennant le respect de conditions liées à la médecine fondée sur les preuves. La base scientifique devrait être solide, en ce qu'elle devrait être documentée par des lignes de conduite. Les DRG sont financés sur la base du coût, ce qui n'est pas l'idéal: les bonnes pratiques, les preuves, et donc la qualité ne rentrent qu'insuffisamment en ligne de compte. Si, dans un premier temps, les nouvelles modalités de financement des projets-pilotes pourraient être réservées aux hôpitaux,

proefprojecten weliswaar kunnen worden voorbehouden voor de ziekenhuizen, maar op termijn zou ook de financiering van de *post-acute* zorgverstrekking aan dezelfde regels moeten worden onderworpen.

Aangaande de P4Q-projecten (waarbij P4Q staat voor *Pay for Quality*) werd in andere voorstellen gewag gemaakt van percentages van ongeveer 10 % van het macrobudget, zowel voor het BMF-aandeel als voor het honorariabudget.

Het Kenniscentrum is voorzichtiger en raamt het realistische percentage van het macrobudget dat daaraan zou kunnen worden gewijd op 1 tot 2 %. Door de financiering aan kwaliteitscontroles te koppelen, zou de overheid een casuïstisch beleid tot stand kunnen brengen. Het verdient de voorkeur een overlegvisie te promoten waarbij de actoren van de sector samenwerken om de zorgkwaliteit te verbeteren. Bovendien zou een systeem moeten worden gecreëerd waarbij de winst uit de verbetering van de zorgkwaliteit terugvloeit naar de ziekenhuisfinanciering, meer bepaald ten gunste van de actoren dankzij wie de winst kon worden geboekt.

5. **Macrobeleid**

België zou een écht macrobeleid moeten uitstippelen. Daartoe dient het een strategische langetermijnplanning uit te werken, met duidelijke doelstellingen. Met de huidige jaarlijkse begroting kunnen dergelijke doelstellingen slechts gedeeltelijk worden uitgetekend.

Bovendien dienen de beheersstructuren te worden vereenvoudigd en geïntegreerd. Thans lopen de taken van de multipartite structuren, de conventiecommissies, de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen enzovoort te veel uiteen. Door een en ander anders te organiseren zouden de structuren doeltreffender kunnen worden.

Als gevolg van de Zesde Staatshervorming zijn op het vlak van het ziekenhuisbeleid uitgebreidere bevoegdheden toegekend aan de Gemeenschappen. Het Kenniscentrum stelt voor om van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid het platform te maken voor beleidsoverleg met betrekking tot de ziekenhuisfinanciering. Het "Instituut van de toekomst", dat tijdens de vorige regeerperiode in uitzicht werd gesteld en dat prospectief onderzoek in verband met de gezondheidszorg zou kunnen doen, had zich kunnen ontwikkelen tot een technisch platform voor overleg tussen de verschillende instanties. Dat Instituut zou aldus de concrete belichaming kunnen zijn van een bevoegdheidsverdeling waarbij elke actor zijn bevoegdheid uitoefent, maar waarbij toch voortdurend overleg wordt gepleegd.

à terme, le financement des soins post-aigus devrait également être soumis aux mêmes règles.

En ce qui concerne les projets P4Q ("*Pay for Quality*"), des pourcentages de l'ordre de 10 % du budget macro, tant de la partie BMF que du budget des honoraires, ont été avancés dans d'autres propositions.

Le Centre se montre plus prudent et évalue entre 1 et 2 % le pourcentage réaliste du budget macro qui pourrait y être consacré. A force de lier le financement à des contrôles de qualité, les pouvoirs publics pourraient générer une politique casuistique. Il serait préférable de promouvoir une vision de concertation, où les acteurs du secteur collaborent afin d'améliorer la qualité des soins. En outre, il faudrait se doter d'un régime où les gains enregistrés par l'amélioration de la qualité des soins soient réinjectés dans le financement hospitalier et spécialement au bénéfice des acteurs grâce auxquels les gains ont été enregistrés.

5. **Macrogouvernance**

La Belgique devrait se doter d'une authentique macrogouvernance. A cet effet, elle devrait adopter une planification stratégique à long terme, comprenant des objectifs clairs. Le budget annuel actuel ne permet qu'en partie de tracer de tels objectifs.

En outre, il conviendrait de simplifier et d'intégrer les structures de gestion. Actuellement, la structure multipartite, les commissions de conventions, le Conseil national des établissements hospitaliers, etc., exercent des missions trop disparates. Une autre organisation permettrait d'améliorer l'efficacité des structures.

En raison de la Sixième Réforme de l'État, des compétences accrues dans le domaine hospitalier ont été conférées aux Communautés. Le Centre propose de faire de la Conférence interministérielle en matière de Santé publique le lieu d'une concertation politique pour le financement hospitalier. L'Institut du futur, évoqué au cours de la précédente législature pour l'étude prospective des soins de santé, aurait pu évoluer en une plate-forme technique de concertation entre les différentes instances. Cet Institut pourrait donner corps à une répartition des compétences au sein de laquelle chaque acteur aurait exercé ses compétences tout en opérant une concertation constante.

Het Kenniscentrum pleit ervoor de bestaande rol van de *stakeholders* te handhaven. Niettemin zou een verfijning van die rol de mogelijkheid bieden een beter evenwicht te bereiken tussen de wetenschappelijke gegevens, enerzijds, en de waarden en voorkeuren van patiënten en burgers, anderzijds.

6. Innovatie

Alvorens te beslissen een prestatie of een geneesmiddel terugbetaalbaar te maken, zou nog meer gebruik moeten worden gemaakt van de objectieve gegevens en de wetenschappelijke resultaten over de verhouding tussen de kosten en de effectiviteit. Daartoe zou de overheid een beroep moeten doen op *health technology assessment* (HTA, evaluatie van medische technologie).

In alle gevallen waarbij een dergelijke evaluatie niet mogelijk is, pleit het Centrum voor *Coverage with Evidence Development in Research* (CED). In eerste instantie neemt men een voorlopige beslissing waarbij in een terugbetaling wordt voorzien, aangezien in een volgende fase zal worden nagegaan of een aantal doelstellingen is gehaald. Indien dat niet het geval is, dan beslist men om niet meer tot terugbetaling over te gaan.

D. Uitvoering

De voorstellen van het Federaal Kenniscentrum voor gezondheidszorg moeten als een ondeelbaar geheel worden gezien. Men mag de componenten niet los van elkaar zien. De indieners van het rapport beseffen echter dat dergelijke hervormingen enkel via een meerjarenplan kunnen worden uitgevoerd.

Binnen één of twee jaar zou de overheid dus werk moeten maken van het volgende:

- een representatieve steekproef van kostenregistratie;
- een algemeen kader waarin de meest geschikte zorgomgeving nader wordt bepaald;
- modellen voor de bepaling van de behoeften in verband met acute zorg;
- voorbereidend wetgevend werk;
- voorbereidend beleidswerk om de standpunten van de verschillende deelstaten en de Federale Staat op elkaar af te stemmen.

Le Centre plaide pour conserver le rôle actuel des parties prenantes. Un affinement de ce rôle permettrait toutefois de mieux atteindre un équilibre entre les données scientifiques, d'une part, les valeurs et les préférences des patients et des citoyens, d'autre part.

6. Innovation

Avant de décider de rembourser une prestation ou un médicament, il conviendrait d'utiliser plus encore les données objectives et les résultats scientifiques sur le rapport entre le coût et l'efficacité. Pour ce faire, les pouvoirs publics devraient faire appel au "*Health technology assessment*" (HTA, Évaluation des technologies de la santé).

Dans tous les cas où une telle évaluation n'est pas possible, le Centre plaide en faveur d'une couverture conditionnelle au développement de données probantes ("*Coverage with Evidence Development in Research*", CED). Dans un premier temps, une décision provisoire serait prise dans le sens d'un remboursement, sachant que, dans un deuxième temps, il est vérifié si un ensemble d'objectifs ont été atteints. Si ces objectifs ne sont pas atteints, il est alors décidé pour l'avenir de cesser le remboursement.

D. Mise en œuvre

Les propositions du Centre fédéral d'expertise des soins de santé doivent être considérées comme un tout indivisible. Il ne saurait être question d'en dissocier les composantes. Toutefois, les auteurs du rapport sont conscients que de telles réformes ne pourront être mises en œuvre qu'à travers un plan pluriannuel.

Ainsi, à une échéance d'un ou de deux ans, les pouvoirs publics devraient lancer:

- Un échantillon représentatif d'enregistrement des coûts;
- Un cadre global définissant l'environnement de soins le plus adapté;
- Des modèles de détermination des besoins en soins aigus;
- Un travail législatif préparatoire;
- Un travail politique préparatoire afin d'accorder les positions des différentes entités fédérées et de l'État fédéral.

De overheid zou binnen drie of vier jaar het volgende moeten opstarten:

- een herziening van het huidige APR-DRG-systeem;
- een herziening van de nomenclatuur van de geneeskundige zorgverstrekkings;
- kleinschalige proefprojecten rond het P4Q, geïntegreerde zorg enzovoort.

Voorbeelden in het buitenland tonen aan dat men een periode van vijf à acht jaar nodig heeft om op een ander financieringsstelsel te kunnen overschakelen. Dat mag echter niet betekenen dat men het einde van die periode moet afwachten vóór de eerste stappen van het hervormingsproces kunnen worden aangevat.

II. — BESPREKING

A. Betogen van de leden

De heer Benoît Piedboeuf (MR) vraagt of bij het uittekenen van de zorgzones rekening zal worden gehouden met de bevolkingsdichtheid en met de af te leggen afstand tot een ziekenhuis. Iedereen moet binnen een redelijke afstand toegang hebben tot kwaliteitsvolle zorg.

Met betrekking tot 'governance' werd over de rol van de ziekenfondsen gesproken. Welke rol zal hun toegekend worden?

Zal men de specifieke situatie van grensgebieden bij de bepaling van zorgzones in aanmerking nemen?

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) wijst erop dat momenteel steeds meer een beroep wordt gedaan op zowel gespecialiseerde zorg (wat een centralisatie van zorg inhoudt) als op chronische zorg, wat net een zorgdecentralisatie inhoudt.

Er is nood aan een nieuw financieringsmodel. De spreekster gaat akkoord met veel van de door het KCE voorgestelde wijzigingen, zoals de forfaitaire DRG-financiering, hoewel die nog verder moet worden uitgewerkt. De forfaitaire financiering heeft in buurlanden tot lange wachtlijsten geleid, met gevolgen voor de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de geneeskundige zorg. Welke gevolgen zullen de voorgestelde hervormingen hebben in België op die twee factoren?

Les pouvoirs publics devraient à une échéance de trois ou de quatre ans lancer:

- Une révision du système actuel des APR-DRG;
- Une révision de la nomenclature des prestations de soins de santé;
- Des projets-pilotes d'ampleur mesurée autour du P4Q, des soins intégrés, etc.

Les exemples à l'étranger démontrent qu'une durée entre cinq et huit ans est nécessaire pour passer d'un système de financement à un autre. Ceci ne peut être interprété en ce sens qu'il faudrait attendre la fin de ce délai avant de procéder aux premières étapes du processus de réforme.

II. — DISCUSSION

A. Interventions des membres

M. Benoît Piedboeuf (MR) demande si la délimitation des zones de soins tiendra compte de la densité de population et de la distance à parcourir pour atteindre un hôpital. Tout un chacun doit avoir accès à des soins de qualité dans un rayon raisonnable.

En ce qui concerne la gouvernance, il a été question du rôle des mutualités. Quel rôle leur sera-t-il confié?

La situation spécifique des régions frontalières sera-t-elle prise en compte dans la délimitation des zones de soins?

Mme Nathalie Muylle (CD&V) fait observer qu'actuellement, on recourt de plus en plus tant aux soins spécialisés, ce qui suppose une centralisation des soins, qu'aux soins chroniques, ce qui implique précisément une décentralisation.

Il faut un nouveau modèle de financement. L'intervenante approuve un grand nombre de modifications proposées par le KCE, telles que le financement forfaitaire par DRG, bien que cette méthode doive encore être développée. Dans les pays limitrophes, le financement forfaitaire a engendré de longues listes d'attente, avec des conséquences pour l'abordabilité et l'accessibilité des soins médicaux. Quelles conséquences les réformes proposées auront-elles sur ces deux facteurs en Belgique?

De spreekster is van oordeel dat kwaliteitsgestuurde zorg het uitgangspunt voor de financiering moet zijn. Nu al gebruiken de ziekenhuizen steeds meer indicatoren om de kwaliteit van de zorg beter op te volgen. De spreekster is het niet eens met de opvatting dat vermijdbare fouten niet bestraft zouden mogen worden.

Het lid vindt dat de herijking van de nomenclatuur binnen het kader van de ziekenhuisactiviteit moet gebeuren. Er moet een voldoende draagvlak voor bestaan. Hoe zal dit worden aangepakt? De artsen (en meer bepaald de artsenbond BVAS) zijn zeer kritisch over het rapport van het KCE.

Naast de zorgzones zijn het opzetten van netwerkstructuren een aandachtspunt. Die structuren veronderstellen medefinanciering van partners van buiten de zorgzones. Hoe zal de voorgestelde organisatie van het zorgaanbod rekening houden met de realiteit van het werkveld?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) attendeert erop dat de KCE-studie vooropstelt dat ziekenhuisnetwerken objectief nuttig moeten zijn in een zorgzone. Daarom moeten vooraf dwingende afspraken worden gemaakt. De vraag is hoe dit gerealiseerd zal worden.

Heeft het KCE de opdracht gekregen om de verantwoordelijke opnames binnen de zorgzones *evidence based* te bepalen? Wie zal dit uitwerken indien het KCE de opdracht niet kreeg?

De spreekster gaat akkoord met het voorstel dat de financiering in de toekomst deels forfaitair en deels per prestatie zou gebeuren. Ze denkt niet dat dit de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg zal doen afnemen. Kan het KCE meer uitleg geven over hoe die gemengde financiering er zal uitzien?

Patiëntentevredenheid is een subjectieve kwaliteitsindicator. Kan die indicator volgens het KCE in het financieringsmodel voor de ziekenhuizen worden opgenomen?

De heer Alain Mathot (PS) wijst erop dat de forfaitaire financiering in Frankrijk tot een selectie van patiënten heeft geleid. Hoe zal de gelijke toegankelijkheid voor iedereen verzekerd blijven?

Waarom is de kloof tussen erkende en verantwoorde bedden in de geriatrie zo groot? Is dit een gevolg van de financiële toestand van die patiënten, of omdat ze geen opvang hebben? Er zijn bovendien grote verschillen

L'intervenante estime que les soins de qualité doivent être le postulat de départ du financement. Les hôpitaux utilisent dès à présent de plus en plus d'indicateurs permettant de mieux suivre la qualité des soins. L'intervenante ne partage pas l'idée selon laquelle les erreurs évitables ne pourraient pas être sanctionnées.

La membre estime que la réévaluation de la nomenclature doit avoir lieu dans le cadre de l'activité hospitalière. Elle doit bénéficier d'une assise suffisante. Comment sera-t-il procédé? Les médecins, et plus particulièrement le syndicat des médecins ABSYm, sont très critiques au sujet du rapport du KCE.

Outre les zones de soins, la mise en place de réseaux requiert également l'attention. Ces structures supposent un co-financement de partenaires extérieurs aux zones de soins. Comment l'organisation proposée de l'offre de soins tiendra-t-elle compte de la réalité du terrain?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) fait observer que l'étude du KCE prévoit que les réseaux hospitaliers devront avoir une utilité objective dans une zone de soins. Aussi des accords contraignants doivent-ils être pris au préalable. Le tout est de savoir comment cela se réalisera dans la pratique.

Le KCE a-t-il été chargé de déterminer, à partir de données probantes, les admissions justifiées dans les zones de soins? Qui s'en chargera si cette mission n'a pas été confiée au KCE?

L'intervenante souscrit à la proposition visant à prévoir à l'avenir un financement partiellement forfaitaire et partiellement basé sur la prestation. Elle ne pense pas que cette formule entamera l'accessibilité ou l'abordabilité des soins. Le KCE peut-il donner des précisions sur les modalités de ce financement mixte?

La satisfaction des patients est un indicateur de qualité subjectif. Le KCE estime-t-il que cet indicateur peut être repris dans le modèle de financement des hôpitaux?

M. Alain Mathot (PS) fait observer qu'en France, le financement forfaitaire a débouché sur une sélection des patients. Comment l'égalité de l'accessibilité pour tous demeurera-t-elle garantie?

Pourquoi la différence entre le nombre de lits reconnus et justifiés est-elle aussi élevée en gériatrie? Est-ce en raison de la situation financière de ces patients ou parce qu'ils n'ont pas d'autre possibilité d'accueil?

tussen de regio's. Is het niet nodig ter zake wijzigingen door te voeren?

De spreker is van oordeel dat het huidige systeem van ziekenhuisfinanciering in vergelijking met de buurlanden niet zo slecht is. Hij wenst te vernemen op welke wijze de door het KCE voorgestelde hervorming van de ziekenhuisfinanciering positieve resultaten zal opleveren. Welke besparingen zal die hervorming genereren? Zullen die opwegen tegen de mogelijke problemen na de hervorming?

De spreker wijst er bovendien op dat er ook ziekenhuizen zijn die door de gemeenten gefinancierd worden. Ook sommige van die ziekenhuizen kampen met financiële problemen. Ook hun situatie moet in het debat worden opgenomen.

De heer Jan Vercaemmen (N-VA) wijst erop dat de N-VA-fractie akkoord gaat met de krachtlijnen van de studie van het KCE en de daarin voorgestelde hervormingen. Hij herinnert aan het raakvlak tussen economie en volksgezondheid. In de commissie voor de Volksgezondheid moet gezondheid op het voorplan komen, binnen de perken van de budgettaire mogelijkheden.

Voorzitter Muriel Gerkens steunt de idee van de zorgzones. Er moet daarin plaats zijn voor naburige ziekenhuizen en eerstelijnszorg. Hoe zullen de kwaliteitsvereisten in de relaties tussen de ziekenhuizen, de artsen en de eerste lijn worden verzekerd? De noden moeten per zone worden vastgesteld en de vraag is hoe dit zal gebeuren. Zal dit op studies en statistieken worden gebaseerd, of zal ook rekening worden gehouden met het sociaaleconomisch profiel van de bevolking en de bestaande diensten en structuren? Welke indicatoren zullen worden toegepast om de kwaliteit van de zorg te meten en te verzekeren, ook na de hervormingen?

Waarom voorziet het KCE in de lange termijn van 3 tot 4 jaar om de nomenclatuur aan te passen? Rechtvaardigt de complexiteit van het onderwerp die lange periode?

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) stemt ermee in dat het doel van de hervorming het correct besteden van de middelen moet zijn. Het doorlichten van de verschillende processen moet tot meer doeltreffendheid en effectiviteit leiden. In zorgpaden moeten de actoren op elkaar zijn afgestemd. De daardoor vrijgekomen middelen kunnen dan voor innovatie en ontwikkeling worden ingezet.

Il existe de surcroît de grosses différences entre les différentes zones. Ne serait-il pas opportun d'apporter des modifications à cet égard?

L'intervenant considère que le système actuel de financement des hôpitaux n'est pas si mauvais par rapport à ceux de nos voisins. Il demande en quoi la réforme du financement des hôpitaux proposée par le KCE donnera des résultats positifs. Quelles économies générera-t-elle? Ces économies feront-elles le poids par rapport aux éventuels problèmes occasionnés?

L'intervenant souligne en outre qu'il y a également des hôpitaux qui sont financés par les communes. Certains d'entre eux rencontrent aussi des problèmes financiers. Le débat ne peut faire l'impasse sur leur situation.

M. Jan Vercaemmen (N-VA) indique que le groupe N-VA est d'accord, dans les grandes lignes, avec l'étude du KCE et avec les réformes qu'elle propose. Il rappelle que l'économie et la santé publique sont interdépendants. En commission de la Santé publique, c'est la santé qui doit être mise à l'avant-plan, mais dans les limites des possibilités budgétaires.

Mme Muriel Gerkens, présidente, soutient l'idée des zones de soins. Dans ce cadre, il faut accorder une attention aux hôpitaux de proximité et aux soins de première ligne. Comment les exigences de qualité dans les relations entre les hôpitaux, les médecins et la première ligne seront-elles assurées? Les besoins doivent être déterminés zone par zone et on peut se demander comment il sera procédé. Se fondera-t-on sur des études et sur des statistiques ou tiendra-t-on compte du profil socioéconomique de la population et des services et structures existants? Quels indicateurs seront-ils appliqués pour mesurer et assurer la qualité des soins, y compris après la réforme?

Pourquoi le KCE prévoit-il d'adapter la nomenclature dans un délai aussi éloigné que trois à quatre ans? Est-ce la complexité du sujet qui justifie une période aussi longue?

Mme Monica De Coninck (sp.a) considère, elle aussi, que la finalité de la réforme doit être l'affectation correcte des moyens. L'analyse des différents processus doit permettre d'accroître l'efficacité et l'effectivité. Dans les parcours de soins, la coordination des acteurs doit être assurée. Les moyens ainsi dégagés pourront ensuite être investis dans l'innovation et le développement.

De voorgestelde hervormingen houden in dat het sociaal profiel ook ten dele zal worden gefinancierd. In sommige ziekenhuizen worden veel kansarmen verzorgd; ook die patiënten moeten correct worden verzorgd. De ziekenhuizen worden daarvoor gesubsidieerd, doch de daartoe gebruikte criteria zijn niet steeds doeltreffend. Met de registratie van achtergrondgegevens zou een en ander op termijn beter op elkaar moeten worden afgestemd.

De ziekenhuizen die inzetten op samenwerking en kwaliteit worden daar niet altijd voor beloond; ze worden er soms zelfs voor gesanctioneerd. De kwaliteit en de meting ervan hangt samen met openheid en transparantie. Transparantie is nodig voor het goed evalueren. Evalueren in medische kringen is niet altijd gemakkelijk.

De evolutie van hospitalisatie naar daghospitalisatie moet samengaan met technologische evoluties en evoluties in verband met een aantal ziektebeelden; zo is kanker geëvolueerd naar een behandelbare chronische ziekte. Dit houdt een verandering in van het zorgpad van de patiënt.

Volgens de spreekster heeft iedereen de mond over kwaliteit, maar is de financiële sanering het einddoel van de financieringshervorming. Dit einddoel zou moeten zijn hoe goede en noodzakelijke zorg binnen afgebakende zones te organiseren.

B. Antwoorden

Mevrouw Carine Van de Voorde (KCE) verduidelijkt in antwoord op de vraag over de link tussen de bepaling van de zorgzones en de mogelijke financiële verantwoordelijkheden van de ziekenfondsen, dat bij het uitwerken van de nieuwe vormen van 'governance' moet bepaald worden wie verantwoordelijk zal zijn voor het vaststellen van het zorgstrategisch plan en de verdeling van de middelen. Dit zou aan de diverse overheden, de ziekenfondsen of de ziekenhuizen zelf kunnen worden opgedragen.

Er is gebleken, bijvoorbeeld bij het uitwerken van de netwerken, dat de afbakening van de zorgzones liefst niet aan de ziekenhuizen wordt toevertrouwd. In Nederland wordt een groot deel van die taak uitgevoerd door de ziekenfondsen, en sinds 2006 door de zorgverzekeraars; zij hebben er de bevoegdheid over de onderhandeling van het bedrag per opname.

Ter zake kan ook in België worden overwogen om die taak aan de ziekenfondsen toe te vertrouwen. Het KCE vindt dat het thans toch niet de beste oplossing

Dans le cadre des réformes proposées, le profil social sera par ailleurs partiellement financé. Certains hôpitaux attirent les personnes issues de familles défavorisées. Ces patients ont également droit à des soins de qualité. Les hôpitaux sont subventionnés à cette fin, mais les critères appliqués en la matière ne sont pas toujours efficaces. À terme, l'enregistrement des données contextuelles devrait permettre de mieux harmoniser ces processus.

Les hôpitaux qui investissent dans la coopération et dans la qualité ne sont pas toujours récompensés pour leurs efforts et se voient même parfois sanctionnés. La qualité et la mesure de celle-ci sont indissociables de l'ouverture et de la transparence. Cette dernière est indispensable pour pouvoir procéder à une évaluation correcte. Dans les milieux médicaux, l'évaluation n'est pas toujours aisée.

L'évolution de l'hospitalisation vers l'hôpital de jour doit suivre les évolutions technologiques et les progrès dans le traitement d'une série de pathologies. Le cancer étant devenu une maladie chronique traitable, le parcours de soins des patients doit être modifié en conséquence.

Pour l'intervenante, même si tout le monde ne parle que de qualité, l'objectif ultime de la réforme du financement est l'assainissement financier. Or, il devrait s'agir, selon Mme De Coninck, de l'organisation de soins nécessaires et de qualité dans des zones délimitées.

B. Réponses

En réponse à la question relative au lien entre la définition des zones de soins et les responsabilités financières éventuelles des mutuelles, *Mme Carine Van de Voorde (KCE)* explique que, pour élaborer les nouvelles formes de gouvernance, il faut déterminer qui sera responsable de l'élaboration du plan stratégique de soins et de la répartition des moyens. Cette tâche pourrait être confiée aux diverses autorités, aux mutuelles ou aux hôpitaux mêmes.

Il est apparu, au cours de la mise en place des réseaux, par exemple, qu'il était préférable de ne pas confier la délimitation des zones de soins aux hôpitaux. Aux Pays-Bas, une grande partie de cette mission est prise en charge par les mutuelles et, depuis 2006, par les assurances maladie. Elles y sont habilitées à négocier le montant par admission.

Dans ce cadre, il pourrait aussi être envisagé, en Belgique, de confier cette mission aux mutuelles. Le KCE considère toutefois que, pour l'heure, cette solution

zou zijn om dat te doen, maar in de huidige stand van zaken verdient het dus aanbeveling die taak aan de verschillende niveaus van de overheid toe te kennen.

Het KCE stelt voor om gespecialiseerde zorg meer te centraliseren en niet meer alle behandelingen in alle ziekenhuizen aan te bieden. Het KCE heeft niet nagegaan welke consequenties een mogelijk grotere afstand voor gespecialiseerde zorg kan hebben voor de patiënten; er kan bijvoorbeeld worden gecijferd of het mogelijk of wenselijk is om de reiskosten terug te betalen. Het hier ter bespreking voorliggend rapport gaat niet in op die aspecten.

Het KCE-voorstel stelt dat gespecialiseerde zorg in een te bepalen zorgzone (en eventueel over de grenzen van die zones) wordt aangeboden. Er zal verder moeten worden uitgewerkt hoe dit moet worden georganiseerd en wie welke kosten zal moeten dragen. Alle patiënten zullen echter dichtbij over basiszorg kunnen beschikken. Overaanbod van zorg in bepaalde zones moet worden voorkomen. Het aanbod zal worden bepaald rekening houdend met de kenmerken van de bevolking en de bevolkingsdichtheid.

Voor de afbakening van de zorgzones en de vaststelling van het zorgaanbod per zone kan worden verwezen naar de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen en de financiering van de wijkgezondheidscentra. Die alomvattende oefening is wel ruimer omdat hier ook rekening moet worden gehouden met onder meer acute en residentiële bedden.

De heer Koen Van den Heede (KCE) voegt eraan toe dat de belangrijkste reden voor het oprichten van referentiecentra het verbeteren van de zorgkwaliteit is. Gedurende het zorgtraject zijn multidisciplinaire aanpak alsook hoogtechnologische en dure apparatuur nodig; dit moet optimaal worden georganiseerd. Een deel van de zorg moet in een gespecialiseerd referentiecentrum worden verleend, terwijl de voor- en nazorg dicht bij huis kan worden verstrekt. Formele afspraken over terugverwijzing met het oog op het verzekeren van de toegankelijkheid van de zorg zijn nodig.

Mevrouw Carine Van de Voorde (KCE) merkt op dat een aantal hervormingen onmiddellijk kan worden doorgevoerd, maar erkent dat het KCE sommige elementen nog voort moet onderzoeken. Voorlopig werd het KCE nog niet gevraagd voor verder onderzoek, behalve om het noodzakelijk aantal acute bedden te berekenen (die studie staat op het jaarprogramma 2015). Het KCE wacht op de vraag van de minister om dit eventueel verder op te volgen.

ne serait pas idéale. Dans l'état actuel des choses, il serait donc préférable de déléguer cette tâche aux différents niveaux de pouvoir.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) propose de centraliser davantage les soins spécialisés et de ne plus offrir tous les traitements dans tous les hôpitaux. Le KCE n'a pas examiné la question des conséquences que pourrait avoir, pour les patients, l'allongement éventuel de la distance à parcourir pour bénéficier de soins spécialisés. La question de savoir s'il est possible ou souhaitable de rembourser les frais de transport peut être examinée. Le rapport actuellement à l'examen n'aborde pas ces questions.

La proposition du KCE prévoit d'offrir les soins spécialisés dans une zone de soins à définir et, éventuellement, au-delà des limites de chaque zone. Il conviendra de déterminer ultérieurement comment ces soins devront être organisés et par qui ils devront être pris en charge. Toutefois, tous les patients pourront disposer de soins de base à proximité de chez eux. Il convient d'éviter toute offre surabondante de soins dans certaines zones. L'offre sera déterminée en tenant compte des caractéristiques et de la densité de la population.

En ce qui concerne la délimitation des zones de soins et la fixation de l'offre de soins par zone, il est renvoyé à la responsabilité financière des mutualités et au financement des maisons médicales. Cet exercice global est cependant plus large car il convient aussi notamment de tenir compte, à cet égard, des lits destinés aux soins aigus et aux soins résidentiels.

M. Koen Van den Heede (KCE) ajoute que l'amélioration de la qualité des soins est le principal objectif de la création des centres de référence. Au cours du trajet de soins, il convient d'avoir une approche multidisciplinaire et des appareils chers de haute technologie doivent être utilisés. Ce trajet doit être organisé de façon optimale. Certains soins doivent être dispensés dans un centre de référence spécialisé tandis que les soins antérieurs et postérieurs peuvent être dispensés plus près du domicile. Des accords formels devront être pris à propos du transfert en vue d'assurer l'accessibilité des soins.

Mme Carine Van de Voorde (KCE) fait observer que plusieurs réformes peuvent être effectuées immédiatement mais reconnaît que le KCE doit encore approfondir certains éléments. Jusqu'à présent, il n'a pas encore été demandé au KCE de mener d'autres études, si ce n'est de calculer le nombre de lits nécessaires pour les soins aigus (cette étude se rapporte au programme annuel 2015). Le KCE attend une demande de la ministre avant d'aller éventuellement plus loin dans ce domaine.

De spreekster nuanceert de vrees dat de forfaitarisering en de DRG-financiering de wachtlijsten zouden doen aanzwellen en de toegankelijkheid doen afnemen. Er waren immers al wachtlijsten vóór de financiering per ziektebeeld. Er blijkt geen duidelijk verband te zijn tussen financiering per ziektebeeld en langere wachtlijsten. Voorwaarde is wel dat indien men het principe van de financiering gebaseerd op kosten wil aanhouden, de financiering volstaat om die kosten te dekken.

Patiëntenselectie is een potentieel gevaar van forfaitaire financiering. Men moet de keuze maken tussen het bepalen van grote patiëntengroepen (waardoor de kostprijs voor het ziekenhuis relatief lager is), dan wel kleine groepen van ziektebeelden, die meer financiering van het ziekenhuis vergen. Een grotere patiëntenheterogeniteit en de kosten voor de diagnose binnen een groep zetten het ziekenhuis ertoe aan om patiënten met een verwacht profiel aan te trekken. Kleinere groepen, met minder diagnoses binnen een groep, leunen dichter aan bij een systeem van betaling per patiënt.

Grotere groepen leiden tot minder kans op selectie. Kleinere groepen leiden tot minder doeltreffendheid. De te maken keuze is tussen het voorkomen of beperken van patiëntenselectie en het bevorderen van efficiëntie.

De APR-DRG-classificatie is een goed uitgangspunt. De heterogeniteit van de kosten binnen de groep moet worden nagegaan, evenals het nut om eventueel subgroepen uit te werken. Nadien moeten keuzes worden gemaakt. In andere landen werden begeleidende maatregelen bij dit soort financiering en goede monitoring uitgewerkt. Het startpunt is de registratie van de ziektebeelden. Het voorgestelde systeem kan in de loop der jaren na evaluatie worden aangepast.

De heer Koen Van den Heede (KCE) bevestigt het belang van de kwaliteit van de zorg, maar drukt er bovendien op dat de hervorming van de basisfinanciering die kwaliteit nog meer moet bevorderen en verzekeren. Zonder toereikende financiering zal op termijn het knelpunt van het Belgische systeem, meer bepaald de normen voor het verplegend personeel, moeten worden aangepakt. Elke hervorming moet de kwaliteitstoets doorstaan.

De ziekenhuizen leveren de laatste jaren grote inspanningen om de kwaliteit te verbeteren, maar bijkomende inspanningen blijven nodig. De hervorming van het financieringssysteem en bijvoorbeeld het bestraffen van bepaalde voorvallen mogen niet leiden tot het opschorten van die inspanningen. Transparantie leidt tot verbetering van de zorgkwaliteit en is een goede manier om 'never events' aan te pakken. Het niet-financieren van 'never events' houdt het risico in dat bepaalde

L'orateur nuance la crainte de l'allongement des listes d'attente et de la réduction de l'accessibilité en raison de la forfaitarisation et du financement des APR-DRG. Ces listes d'attentes sont antérieures à l'instauration d'un financement par pathologie. Il n'y a pas de rapport direct entre le financement par pathologie et l'allongement des listes. Si l'on veut maintenir le principe du financement basé sur les coûts, le financement devra impérativement être suffisant pour les couvrir.

La sélection des patients est un danger potentiel du financement forfaitaire. Il faut choisir entre établir des grands groupes de patients, qui impliquent un coût relativement inférieur pour l'hôpital, ou des petits groupes de pathologies qui requièrent un financement plus important. Une plus grande hétérogénéité des patients et les coûts du diagnostic au sein d'un groupe incitent l'hôpital à attirer les patients ayant un profil escompté. Des sous-groupes, avec des diagnostics moins fréquents s'accommodent mieux d'un système de paiement par patient.

Les grands groupes présentent un risque moins élevé de sélection. Les petits groupes affectent l'efficacité. Il faut choisir entre éviter ou limiter la sélection des patients et favoriser l'efficacité.

La classification APR-DRG est un bon point de départ. L'hétérogénéité des coûts au sein du groupe doit être examinée tout comme l'utilité de créer éventuellement des sous-groupes. Ensuite, il faudra opérer des choix. Dans d'autres pays, des mesures d'accompagnement de ce type de financement et un suivi correct ont été mis au point. L'enregistrement des pathologies constitue le point de départ. Le système proposé pourra être adapté au fil des années après être évalué.

M. Koen Van den Heede (KCE) confirme l'importance de la qualité des soins, mais insiste en outre sur le fait que la réforme du financement de base doit stimuler et assurer encore davantage cette qualité. À terme, en l'absence de sous-financement, le problème du système belge, à savoir les normes pour le personnel soignant, pourra être pris à bras-le-corps. Chaque réforme doit satisfaire aux critères de qualité.

Ces dernières années, les hôpitaux ont fait de gros efforts afin d'améliorer la qualité de leurs prestations, mais des efforts supplémentaires restent nécessaires. La réforme du système de financement, avec, par exemple, le fait de sanctionner certains incidents, ne peut en aucun cas entraîner la suspension de ces efforts. La transparence entraîne l'amélioration de la qualité des soins et constitue un bon moyen de gérer les never events. Le non-financement des never events

patiënten niet worden geholpen omdat ze complicaties ontwikkelen.

Er kunnen proefprojecten (zoals het uitwerken van indicatoren over patiëntenperceptie) worden opgezet om de 'pay for quality' te bevorderen. In de Verenigde Staten worden die indicatoren in 'pay for quality'-initiatieven opgenomen en dit heeft tot goede resultaten geleid. Ook die pistes zouden gevolgd kunnen worden.

Mevrouw Carine Van de Voorde (KCE) onderstreept het belang van een draagvlak voor onder meer de herijking van de nomenclatuur. Bij die hervorming moet het principe van het 'fee for services'-systeem, dit is de medische activiteit van de arts, voor de loutere honoraria worden behouden.

Er is nu al een belangrijke tendens om naar de verregaande forfaitarisering te gaan, bijvoorbeeld in medische beeldvorming en klinische biologie. De artsenbond BVAS is geëvolueerd in zijn standpunt. Retrocessies van de artsenhonoraria zijn een delicaat aspect en daar moet rekening mee worden gehouden bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Die hervorming kan niet op korte tijd worden afgerond, maar er moet nu wel echt werk van worden gemaakt.

De heer Jo De Cock (RIZIV) herinnert eraan dat de nomenclatuur een lijst van geneeskundige verstrekkingen is. De nomenclatuur vormde van bij de start (en nog steeds) de basis voor de tariefafspraken tussen artsen en ziekenfondsen. Er kunnen problemen ontstaan bij het gebruik dat wordt gemaakt van de nomenclatuur, die een 'fee for service' is, bijvoorbeeld wanneer men de waarde van een specifieke prestatie (zoals medische beeldvorming of klinische biologie) opdrijft door volume te creëren.

Wanneer men de nomenclatuur niet ziet als een tariefafpraak, maar eerder als een wijze van inkomensverdeling tussen artsen, geeft men de nomenclatuur een andere dimensie en doel. In dit geval moet een redelijk inkomen voor iedereen worden gedefinieerd. De jongste tien jaar hebben de afspraken tussen artsen en ziekenfondsen geleid tot inkomstenoverdracht naar de huisartsen; dit heeft een inkomensstijging voor de huisartsen met 50 % gegenereerd. Die inkomensstijging komt uit de honorariamassa van alle artsen. Ook intern, binnen de verschillende artsenspecialiteiten, zijn er verschuivingen geweest. Wanneer twee in plaats van drie artsen een zelfde werkvolume leveren, zal hun inkomen verschillen.

comporte le risque que certains patients ne soient pas aidés au motif qu'ils développent des complications.

Des projets pilotes, comme la mise au point d'indicateurs relatifs à la perception des soins par les patients, peuvent être mis en place afin de soutenir le concept de *pay for quality*. Aux États-Unis, ces indicateurs sont intégrés dans des initiatives axées sur le *pay for quality*, ce qui donne de bons résultats. Ce sont des pistes qui pourraient également être suivies chez nous.

Mme Carine Van de Voorde (KCE) souligne l'importance d'un large consensus en faveur, notamment, de la révision de la nomenclature. Dans la réforme de la nomenclature, le principe du système *fee for services*, c'est-à-dire la rémunération de l'activité médicale du médecin, doit être maintenu pour les "honoraires purs".

Il existe déjà, à l'heure actuelle, une forte tendance à la forfaitarisation, par exemple dans les domaines de l'imagerie médicale et de la biologie clinique. Le point de vue du syndicat médical ABSyM a évolué. La rétrocession des honoraires médicaux est une question délicate, et il faut que l'on en tienne compte dans la réforme du financement des hôpitaux. Cette réforme ne pourra pas être finalisée dans un bref délai, mais il faut vraiment que l'on s'y attelle sérieusement.

M. Jo De Cock (INAMI) rappelle que la nomenclature est une liste de prestations médicales. La nomenclature a constitué dès le départ — et elle constitue toujours — la base des accords tarifaires entre les médecins et les mutualités. L'usage que l'on fait de cette nomenclature, qui est fondée sur le principe du *fee for service*, peut certes donner lieu à certains problèmes. C'est notamment le cas lorsque l'on gonfle la valeur d'une prestation spécifique, par exemple en imagerie médicale ou en biologie clinique, en créant du volume.

Si l'on considère la nomenclature non pas comme une convention tarifaire mais plutôt comme un mode de répartition des revenus entre médecins, on donne une autre dimension et un autre but à la nomenclature. Dans ce cas, il convient de définir un revenu raisonnable pour tous. Au cours des dix dernières années, les conventions entre médecins et mutuelles ont entraîné un transfert de recettes en direction des médecins généralistes, avec à la clé une hausse de revenus de 50 % en faveur des médecins généralistes. Cette hausse de revenus provient des masses d'honoraires de l'ensemble des médecins. Des glissements se sont produits au niveau interne également, à l'intérieur des différentes spécialités médicales. Si deux médecins fournissent le même volume de travail que trois médecins, leurs revenus seront différents.

De jongste jaren is al veel gesleuteld aan de nomenclatuur, maar er moet dringend een duidelijk doel worden gedefinieerd. De waarde van het instrument en de impliciete kosten of kostenelementen ervan moeten worden bepaald. De artsenhonoraria in België zijn niet overdreven hoog, maar het opdrijven van de volumes leidt voor sommige specialisten tot zeer hoge inkomens. Artsen die vooral cognitieve activiteiten uitvoeren en geen volume kunnen creëren, hebben de laagste inkomens. De nomenclatuur zou tot een meer evenwichtige verdeling kunnen leiden, bijvoorbeeld door het stimuleren van de samenwerking tussen artsen, zoals inzake multidisciplinair oncologisch consult. De nomenclatuur is constant in beweging; er moet duidelijk worden gedefinieerd wat de doelstelling ervan is en wat men ermee wil bereiken.

Daar de nomenclatuur de hoeksteen voor de tariefafspraken is, moet er bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering rekening mee worden gehouden. De retrocessies van de artsenhonoraria moeten op de een of andere manier worden verrekend omdat de honoraria ook een deel van de kosten voor het ziekenhuis dekken. Die evenwichtsoefening zal moeten worden gemaakt. De herijking van de nomenclatuur creëert niet meer middelen, levert geen besparingen op maar genereert enkel een verschuiving ervan. Een besparing kan enkel door een beperking van de volumes van bepaalde prestaties worden gerealiseerd. In het verleden heeft men daarom maatregelen genomen in de sector van de klinische biologie, omdat die problematisch was.

Indien men bij de herijking van de nomenclatuur een inkomensverdeling wil realiseren zal dit stapsgewijs moeten gebeuren. Dit vergt tijd. Bovendien is de taak van een arts geëvolueerd. Het inkomen van een cardioloog verschilt omdat binnen de cardiologie verschillende behandelingen, zoals chirurgie, het plaatsen van hartkleppen of fysiologie worden verstrekt. Die verschillende medische prestaties hebben een andere nomenclatuur. Dit geldt voor vele specialismen in de geneeskunde.

De nierdialyse gebeurt in principe via de ziekenhuizen en daar worden forfaitaire bedragen voor bepaald. Momenteel krijgt de nefroloog geen honorarium; dit zou door een opname ervan in de nomenclatuur moeten worden aangepast.

Rekening houdend met de verschillende belangen zal er een objectieve, eerlijke en transparante methode moeten worden bepaald om de inkomens vast te stellen.

De heer Christiaan Decoster (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) merkt op dat het KCE een alomvattende hervorming voorstelt

Au cours des dernières années, on a beaucoup modifié la nomenclature, mais il convient de définir d'urgence un objectif clair. Il convient de fixer la valeur de cet instrument ainsi que ses coûts implicites ou composantes de coûts. Les honoraires des médecins en Belgique ne sont pas exagérément élevés mais certains spécialistes bénéficient de revenus très élevés en gonflant les volumes. Les médecins qui exécutent surtout des activités cognitives et qui ne peuvent pas créer de volume, jouissent des revenus les plus modestes. La nomenclature pourrait permettre une répartition plus équilibrée en stimulant, par exemple, la collaboration entre les médecins, comme la consultation oncologique multidisciplinaire. La nomenclature est constamment en mouvement; il importe de définir clairement quel en est l'objectif.

Dès lors que la nomenclature est la pierre angulaire des conventions tarifaires, il faut en tenir compte lorsqu'il s'agit de réformer le financement des hôpitaux. Les rétrocessions des honoraires des médecins doivent être portées en compte d'une manière ou d'une autre parce que les honoraires couvrent également une partie des coûts de l'hôpital. Cet exercice d'équilibre devra être réalisé. La réévaluation de la nomenclature ne crée pas davantage de moyens et ne génère pas d'économies, elle permet seulement un glissement de celles-ci. Seule une limitation des volumes de certaines prestations permet de réaliser une économie. Dans le passé, on a ainsi pris des mesures dans le secteur de la biologie clinique parce qu'il posait problème.

Si l'on souhaite parvenir à une répartition des revenus dans le cadre de la réévaluation de la nomenclature, il faudra procéder par étapes et cela demandera du temps. De surcroît, la fonction des médecins a évolué. On ne peut pas définir le revenu d'un cardiologue, parce que la cardiologie englobe différentes prestations, telles que la chirurgie, la pose de valves cardiaques ou la physiologie. Ces différentes prestations médicales relèvent d'une autre nomenclature. Cette remarque vaut pour de nombreuses spécialités en médecine.

La dialyse rénale se fait en principe en milieu hospitalier et des montants forfaitaires sont prévus à cet effet. Actuellement, le néphrologue ne perçoit pas d'honoraires et cette situation devrait être adaptée par l'insertion de la dialyse dans la nomenclature.

Compte tenu des différents intérêts, il faudra définir une méthode objective, honnête et transparente pour déterminer les revenus.

M. Christiaan Decoster (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) fait observer que le KCE propose une réforme globale

uitgaande van de actuele onderfinanciering van het deel BFM, de verschuivingen tussen de ziekenhuizen en de noodzakelijke honorariaherziening via de nomenclatuur. Daarenboven moet een reorganisatie van het zorgaanbod worden doorgevoerd om de overaanbod in bepaalde zones te reduceren. Dit wijst erop dat de drie hervormingen aan elkaar hangen. Indien men de hervorming van de nomenclatuur ziet als een inkomensherverdeling stuikt die redenering in elkaar. Dergelijke hervorming moet pragmatisch worden aangepakt en moet inwerken op de drie luiken.

Mevrouw Carine Van de Voorde (KCE) attendeert erop dat het KCE nooit als uitgangspunt heeft genomen dat artsen te veel zouden verdienen. Het voorstel de retrocessies van de honoraria af te schaffen en de vergoeding van de kosten onmiddellijk aan het ziekenhuis toe te kennen, is voor het KCE al een verregaande indirecte herijking, die niet veel bijkomende maatregelen meer vergt.

De spreekster is zich bewust van de complexiteit van de financiering van het sociaal profiel. Het KCE stelt voor om na te gaan of patiënten beter elders dan in een ziekenhuis kunnen worden opgenomen. De financiering voorziet in de mogelijkheid om patiënten toe te staan langer in het ziekenhuis te blijven wegens sociale karakteristieken, niet om medische redenen. Daarom moeten alternatieve en minder dure zorgsettings worden gevonden.

C. Replieken

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) is het eens met vorige spreekster, maar ziekenhuizen verzorgen soms ook patiënten waar niets over geweten is en die toch goed moeten worden opgevangen. Dit kost geld, niet alleen in verblijfsduur.

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) merkt op dat momenteel tegengestelde signalen worden gegeven, waarbij enerzijds de DRG-financiering wordt gebaseerd op een aantal gemiddelde ligdagen en anderzijds opvolgingshonoraria per ligdag gelden. Twee ziekenhuizen die inzake neurochirurgie willen samenwerken, kunnen dit niet omdat ze daar geen honorarium voor hebben. Dergelijke knelpunten kunnen nu al worden opgelost.

Belgische ziekenhuizen leveren goede kwaliteit en *non events* en *never events* (vermijdbare fouten) komen niet vaak voor. Dit kan echter ook het gevolg zijn van onvoldoende registratie, waardoor die fouten niet gekend zijn. Knelpunten kunnen maar worden opgelost als ze

tenant compte du sous-financement actuel de la partie BFM, des glissements entre les hôpitaux et de la nécessaire révision des honoraires par le biais de la nomenclature. En outre, il convient de réorganiser l'offre de soins afin de réduire l'offre excédentaire dans certaines zones. Cela montre que les trois réformes sont étroitement liées. Si l'on considère la réforme de la nomenclature comme une redistribution des revenus, ce raisonnement s'écroule. Une telle réforme doit être abordée de manière pragmatique et doit agir sur les trois volets.

Mme Carine Van de Voorde (KCE) souligne que le KCE n'est jamais parti du principe que les revenus des médecins étaient excessifs. La proposition d'abolir le système de rétrocession d'honoraires et d'indemniser directement l'hôpital est déjà une profonde réforme indirecte, qui ne nécessite plus beaucoup de mesures supplémentaires.

L'intervenante est consciente de la complexité du financement du profil social. Le KCE propose d'examiner la question de savoir si les patients peuvent être pris en charge plus efficacement ailleurs que dans un hôpital. Le financement prévoit la possibilité d'autoriser les patients à rester plus longtemps à l'hôpital sur la base de critères sociaux et non pour des raisons médicales. Il convient par conséquent de trouver des formules de soins alternatives moins onéreuses.

C. Répliques

Mme Monica De Coninck (sp.a) partage l'avis de la précédente intervenante mais ajoute que les hôpitaux reçoivent parfois des patients dont ils ne savent rien mais qui doivent néanmoins être accueillis de manière optimale. Cela a un coût, qui ne dépend pas seulement de la durée du séjour.

Mme Nathalie Muylle (CD&V) fait observer que, pour l'instant, les autorités envoient des signaux contradictoires. D'une part, le financement DRG se base sur la moyenne du nombre de journées d'hospitalisation mais, d'autre part, les honoraires de suivi par journée d'hospitalisation sont accordés. Il n'est pas possible pour deux hôpitaux qui voudraient coopérer dans le secteur de la neurochirurgie de le faire car ils ne disposent pas d'honoraires à y consacrer. Ces problèmes peuvent déjà être résolus actuellement.

Les hôpitaux belges offrent des soins de qualité et les "non events" ou "never events" (erreurs évitables) y sont rares. Ce sentiment peut cependant aussi découler d'un enregistrement insuffisant qui entraîne la méconnaissance de telles erreurs. Les problèmes ne peuvent

ook gekend zijn. Bij de hervorming van de financiering moet kwaliteitsverbetering worden beloofd. De noodzakelijke instrumenten voor het meten en opvolgen van de kwaliteit moeten voorhanden zijn.

Mevrouw Carine Van de Voorde (KCE) beaamt dat ziekenhuizen kunnen worden beloofd voor een doeltreffende registratie.

In de opdracht voor de studie over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering werd niet gevraagd na te gaan op welke wijze de hervormde ziekenhuisfinanciering besparingen teweegbrengt. Het geformuleerde hervormingsvoorstel is niet ingegeven door de wil te bezuinigen. De betaling van een opname baseren op kosten zal waarschijnlijk leiden naar een groter budget dan het huidige BFM. Die bijkomende middelen zullen moeten komen uit het afbouwen van de huidige voorzieningen (bedden of ziekenhuisdiensten).

De heer Jo De Cock (RIZIV) wijst erop dat indien men de 2,6 miljard euro retrocessies van artsenhonoraria aan de begroting BFM toevoegt, de begroting met 35 % stijgt. Die cijfers zijn echter moeilijk te vergelijken met de gegevens uit buurlanden. De ziekenhuisactiviteit omvat ook de ambulante zorg. Louter op basis van die cijfers kan niet worden nagegaan of de kosten in België lager liggen dan elders. Het is een indicatie, op basis van door de OESO uitgevoerde berekeningen.

De heer Alain Mathot (PS) neemt er nota van dat het doel van de studie van het KCE niet was om besparingen te realiseren. De spreker vraagt of er een akkoord bestaat over het conceptuele kader van de hervormingen die zal leiden tot een beter en doeltreffender systeem. Een hervorming heeft enkel zin als die tot een beter systeem leidt. Zijn er elementen die aantonen dat de hervormingen in de juiste richting gaan?

Mevrouw Carine Van de Voorde (KCE) herinnert eraan dat het KCE niet bevoegd is om doelstellingen te bepalen.

De concrete doelstellingen van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering vaststellen is belangrijk omdat aldus kan worden nagegaan of met de voorgestelde hervormingen die doelstellingen kunnen worden gehaald. Het KCE is voor de studie uitgegaan van de bestaande knelpunten, onder meer de onderfinanciering voor het personeel, terwijl de normen al laag liggen, alsook het ongenoegen in de sector (onder meer ten gevolge van de retrocessies). Bij vergelijking tussen wat nu is en wat wil men bereiken, moet een aantal vragen worden beantwoord: wil men besparen, hoe zal men

être résolu que s'ils sont connus. Lors de la réforme du financement, l'amélioration de la qualité devra être récompensée. Les outils nécessaires pour la mesure et le suivi de la qualité devront être disponibles.

Mme Carine Van de Voorde (KCE) confirme que les hôpitaux peuvent être récompensés pour l'efficacité de leur enregistrement.

Lors de la commande de l'étude sur la réforme du financement des hôpitaux, il n'a pas été demandé d'examiner de quelle manière cette réforme pourrait entraîner des économies. La proposition de réforme qui a été formulée ne s'inspire pas de la notion d'économie. Le financement de l'admission sur la base des coûts entraînera probablement une augmentation du budget par rapport au budget actuel des moyens financiers. Ces moyens supplémentaires devront provenir de la réduction des structures actuelles (lits ou services hospitaliers).

M. Jo De Cock (INAMI) souligne que, si l'on ajoute les 2,6 milliards d'euros de rétrocessions d'honoraires médicaux au budget BMF, on obtient une augmentation de 35 % du budget. Ces chiffres sont cependant difficilement comparables avec les données des pays voisins. L'activité hospitalière comprend également les soins ambulatoires. Si l'on se base uniquement sur ces chiffres, il est impossible de vérifier si les coûts sont moins élevés en Belgique qu'à l'étranger. Il s'agit d'une indication basée sur les calculs effectués par l'OCDE.

M. Alain Mathot (PS) prend note du fait que l'objectif de l'étude du KCE n'était pas de faire des économies. L'intervenant souhaiterait savoir s'il existe un accord relatif au cadre conceptuel des réformes qui permettra d'améliorer le système et de le rendre plus efficace. Une réforme n'a de sens que si elle génère une amélioration du système. Existe-t-il des éléments qui indiquent que les réformes vont dans le bon sens?

Mme Carine Van de Voorde (KCE) rappelle que le KCE n'est pas compétent pour déterminer les objectifs.

Il est important de fixer les objectifs concrets de la réforme du financement des hôpitaux, afin de pouvoir vérifier si les réformes proposées permettront d'atteindre ces objectifs. Pour son étude, le KCE s'est basé sur les problèmes actuels. Il s'agit notamment du sous-financement du personnel, alors que les normes sont déjà peu élevées, et du mécontentement dans le secteur, qui résulte notamment des rétrocessions. Pour passer de la situation actuelle à celle que l'on souhaite obtenir, il faudra répondre à des questions du type: souhaite-t-on faire des économies, comment

de doeltreffendheid evalueren en welke kwaliteitsindicatoren zullen worden toegepast?

Met betrekking tot de zorgzones wijst de spreker erop dat een aantal gespecialiseerde diensten zorgzoneoverschrijdend zullen moeten werken. Concrete afspraken over de financiering hiervan en de taakverdeling zijn nodig.

De heer Jo De Cock (RIZIV) voegt eraan toe dat zorgzones niet noodzakelijk geografisch afgebakende gebieden zijn. Het zijn evolutieve zones die afhankelijk van een aantal factoren kunnen worden aangepast. De zorgzone voor een algemeen ziekenhuis kan een duidelijk afgebakende zone zijn, terwijl de zorgzone voor gespecialiseerde cardiologische zorg het grondgebied van België kan zijn. Die zorgzone kan buiten een referentieziekenhuis ook ziekenhuisnetwerken omvatten. De zorgzones zullen verschillen naargelang het ziektebeeld. Er zullen ook zorgzones zijn die grensoverschrijdend werken. Het zal er op aankomen om afhankelijk van de actoren op het terrein en de noden (ziektebeeld, apparatuur, persoonlijke uitrusting) het ziekenhuislandschap te hertekenen. De zorgzone is in beweging en past zich aan waar nodig.

De heer Koen Van den Heede (KCE) voegt eraan toe dat per zorgzone het verschil tussen de verantwoorde en erkende geriatriebedden moet worden nagegaan; dit verschil kan voortkomen uit het feit dat sommige geriatrie patiënten geen alternatief hebben. Ook de alternatieve opvang moet in de hervorming worden opgenomen.

Er moet een logica zijn in het uitwerken van de zorgzones en de verhoudingen tussen de zones.

Voorzitter Muriel Gerkens onderstreept dat de hervorming van de ziekenhuizen direct verbonden is met de eerstelijnszorg. Het is noodzakelijk te verhinderen dat sommige patiënten in de kou blijven staan. Een alomvattende aanpak is nodig. De studie van het KCE onderstreept dit.

Er wordt vastgesteld dat niet iedereen de hervorming steunt omdat men in het ongewisse is over welke richting wordt ingeslagen.

Eind maart zal het eerste plan van de minister worden voorgesteld samen met de eerste elementen van de aanpassing van de nomenclatuur.

De rapporteurs,

Nathalie MUYLLE
Anne DEDRY

De voorzitter,

Muriel GERKENS

évaluera-t-on l'efficacité et quels indicateurs de qualité seront appliqués?

En ce qui concerne les zones de soins, l'intervenante souligne qu'un certain nombre de services spécialisés devront être organisés de manière à couvrir plusieurs zones. Il est nécessaire de conclure des accords concrets concernant leur financement et la répartition des tâches.

M. Jo De Cock (INAMI) ajoute que les zones de soins ne sont pas nécessairement des zones délimitées géographiquement. Il s'agit de zones évolutives qui peuvent être adaptées en fonction d'une série de facteurs. La zone de soins d'un hôpital général peut être une zone bien délimitée, alors que la zone de soins relative de la cardiologie spécialisée peut s'étendre à l'ensemble du territoire de la Belgique. Outre un hôpital de référence, ces zones de soins peuvent également comprendre des réseaux d'hôpitaux. Les zones de soins seront différentes en fonction de la pathologie. Certaines zones de soins seront également transfrontalières. Il s'agira de redéfinir le paysage hospitalier en fonction des acteurs du terrain et des besoins (pathologie, équipement individuel). La zone de soins est en mouvement et s'adapte si nécessaire.

M. Koen Van den Heede (KCE) ajoute que la différence entre lits justifiés et reconnus en gériatrie doit être examinée par zone de soins. Cette différence peut être due au fait que certains patients gériatriques n'ont pas d'alternative. L'accueil alternatif doit également être inclus dans la réforme.

La logique doit présider à l'élaboration des zones de soins et aux relations entre celles-ci.

Mme Muriel Gerkens, présidente, souligne que la réforme des hôpitaux est directement liée aux soins de première ligne. C'est indispensable afin d'éviter que certains patients soient laissés sur le carreau. Une approche globale est nécessaire. L'étude du KCE le souligne.

On constate que tout le monde ne soutient pas la réforme, parce qu'on ne sait pas clairement où on va.

Fin mars, le premier projet de la ministre sera présenté, de même que les premiers éléments de l'adaptation de la nomenclature.

Les rapporteurs,

Nathalie MUYLLE
Anne DEDRY

La présidente,

Muriel GERKENS

BIJLAGE

**GEMEENSCHAPPELIJKE PRESENTATIE VAN
HET RIZIV EN DE FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN
LEEFMILIEU (FRAGMENTEN)**

ANNEXE

**PRÉSENTATION COMMUNE DE L'INAMI ET
DU SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA
CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT
(EXTRAITS)**



1

3 1. Globale gezondheidsuitgaven 2012 (in mio EUR)

	Publiek	Privaat	Totaal
Hospitals	9.394	2.411	11.805
Nursing residential care facilities	4.789	904	5.685
Providers ambulatory health care	9.700	3.081	12.781
Providers medical goods	3.889	3.357	7.246
Public Health	1.052	-	1.052
Administration	1.621	400	2.021
Other	358	-	358
TOTAL	30.795	10.153	40.948



Bron: OECD, 2014



3 1. Dépenses globales en soins de santé en 2012 (en mios €)

	Public	Privé	Total
Hôpitaux	9.394	2.411	11.805
Soins infirmiers résidentiels	4.789	904	5.685
Soins de santé ambulatoires	9.700	3.081	12.781
Dispositifs médicaux	3.889	3.357	7.246
Santé publique	1.052	-	1.052
Administration	1.621	400	2.021
Autres	358	-	358
TOTAL	30.795	10.153	40.948



Source : OCDE, 2014



4 1. Aandeel uitgaven ziekenhuizen 2012 (in %)

	2003	2012
België	28,86	28,83
Duitsland	29,51	30,14
Frankrijk	36,09	35,74
Nederland	36,17	34,51



Bron: OECD, 2014



4 1. Pourcentage des dépenses en matière d'hôpitaux 2012

	2003	2012
Belgique	28,86	28,83
Allemagne	29,51	30,14
France	36,09	35,74
Pays-Bas	36,17	34,51



Source : OCDE,
2014



1. Enkele cijfergegevens: Omzetcijfer

(Bron: FINHOSTA 2012)

Omzetcijfer 2012	17.476.294.990
Verpleegdagprijs	7.422.944.466
Geraamd inhaalbedrag van het lopende dienstjaar	- 33.289.807
Kamersupplementen	101.371.454
Forfaits RIZIV-overeenkomsten	798.826.010
Bijkomende producten	58.265.817
Farmaceutische en gelijkgestelde producten	2.566.663.374
Honoraria artsen, tandartsen, verzorgingspersoneel en paramedici	6.561.513.677 *



* Waarvan gemiddeld 60% naar de zorgverleners teruggaat



1. Quelques chiffres : Chiffre d'affaires

(Source: FINHOSTA 2012)

Chiffre d'affaire 2012	17.476.294.990
Prix de la journée d'hospitalisation	7.422.944.466
Rattrapage estimé de l'exercice en cours	- 33.289.807
Suppléments de chambre	101.371.454
Forfaits conventions INAMI	798.826.010
Produits accessoires	58.265.817
Produits pharmaceutiques et assimilés	2.566.663.374
Honoraires médecins, dentistes, personnel soignant et paramédicaux	6.561.513.677 *



* Dont 60% rétrocédés en moyenne aux médecins



6 1. Enkele cijfers: Evolutie omzetcijfer

Omzetcijfer	2010	2011	2012	2013
Algemene	15.016.313.371	15.716.995.607	16.261.057.159	16.682.727.084
PSY	1.118.467.906	1.164.055.935	1.215.237.832	1.255.805.870
Algemeen totaal *	16.134.781.277	16.881.051.542	17.476.294.990	17.938.532.955

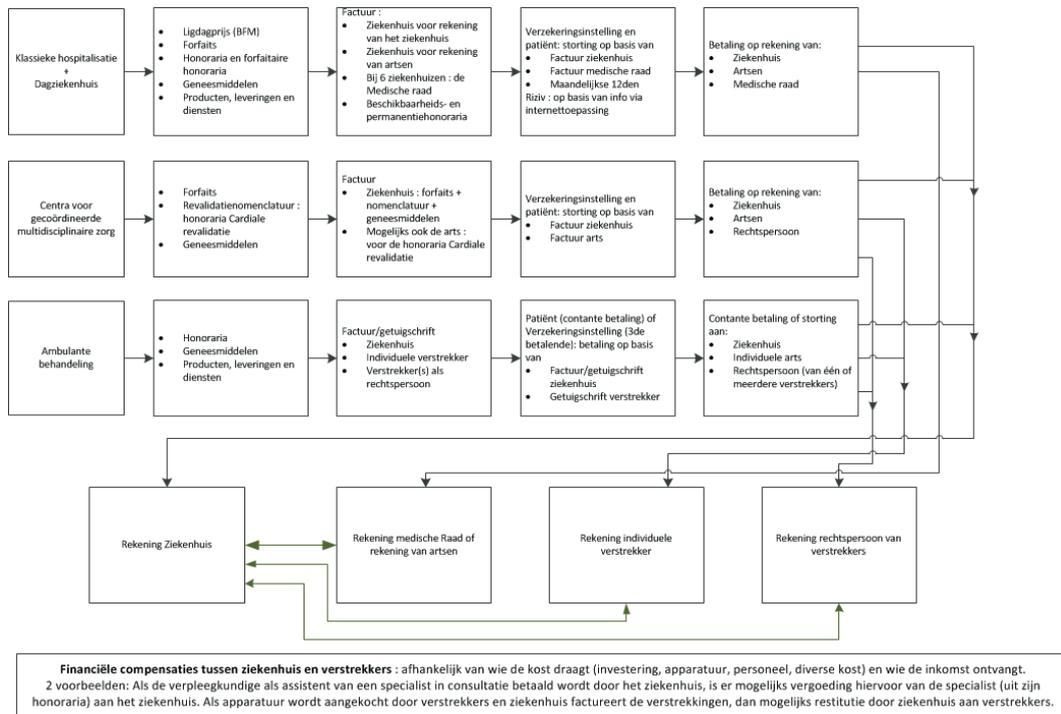


6 1. Quelques chiffres : Evolution chiffre d'affaires

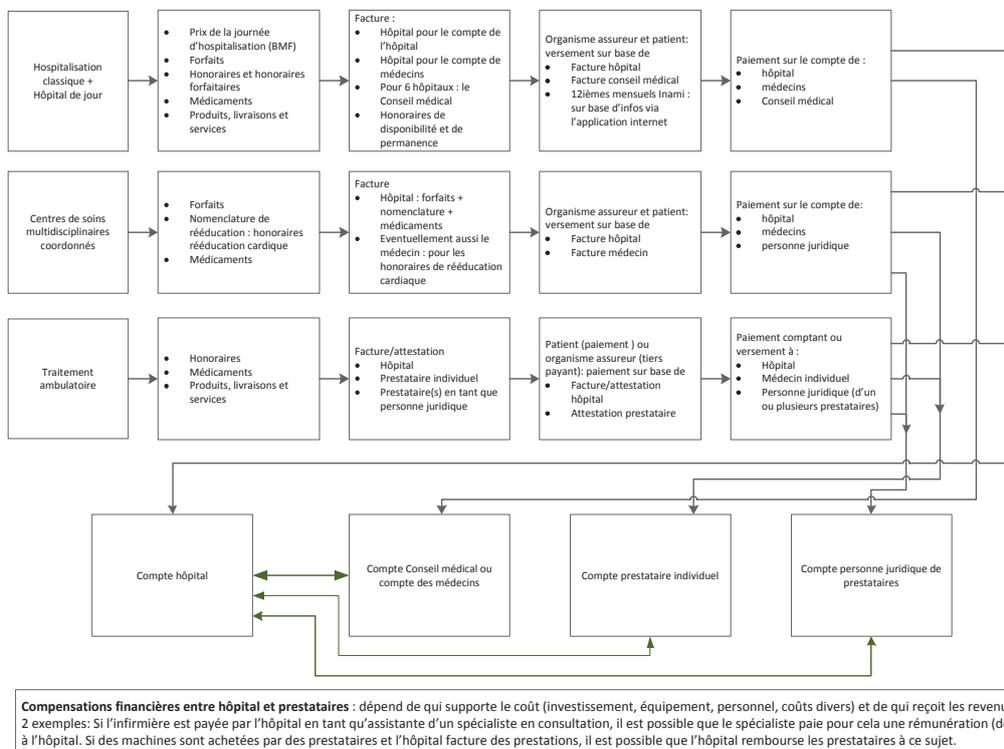
Chiffre d'affaires	2010	2011	2012	2013
Généraux	15.016.313.371	15.716.995.607	16.261.057.159	16.682.727.084
PSY	1.118.467.906	1.164.055.935	1.215.237.832	1.255.805.870
Total général *	16.134.781.277	16.881.051.542	17.476.294.990	17.938.532.955

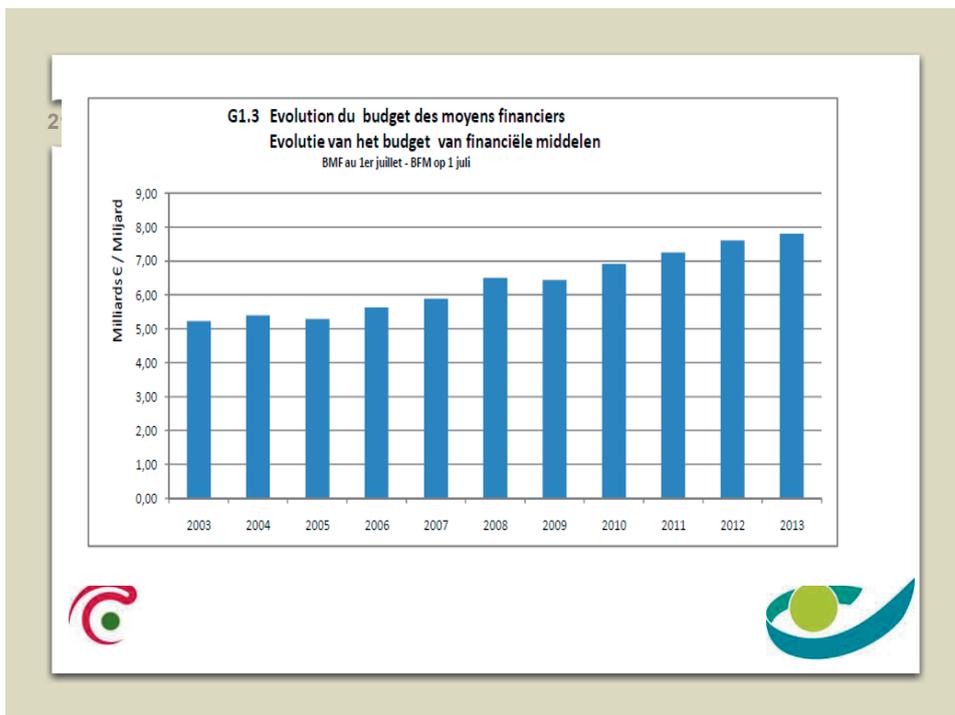
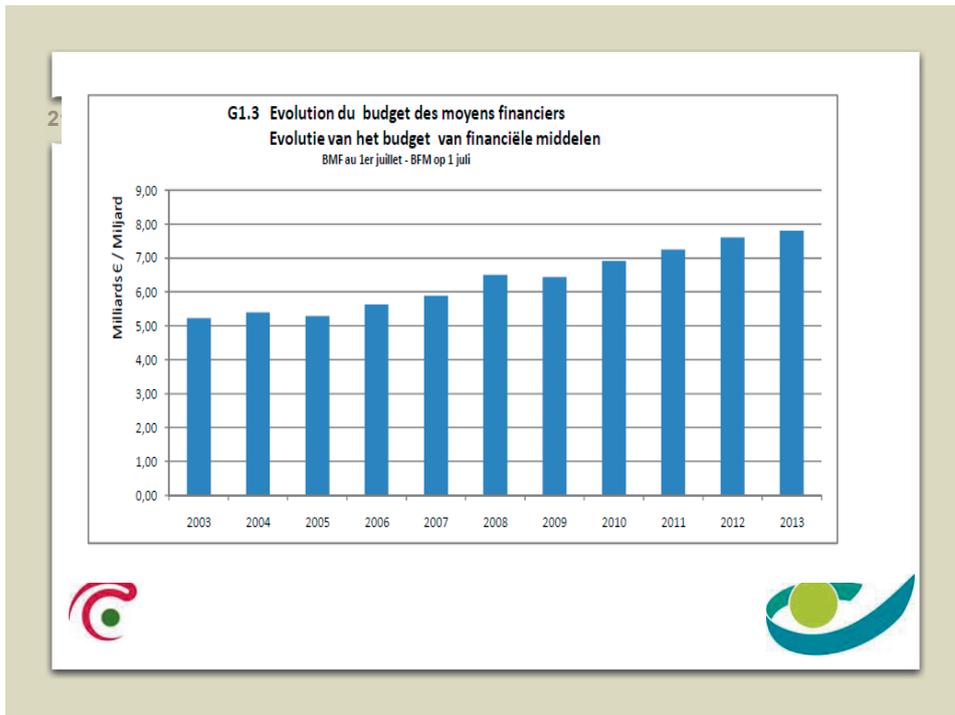


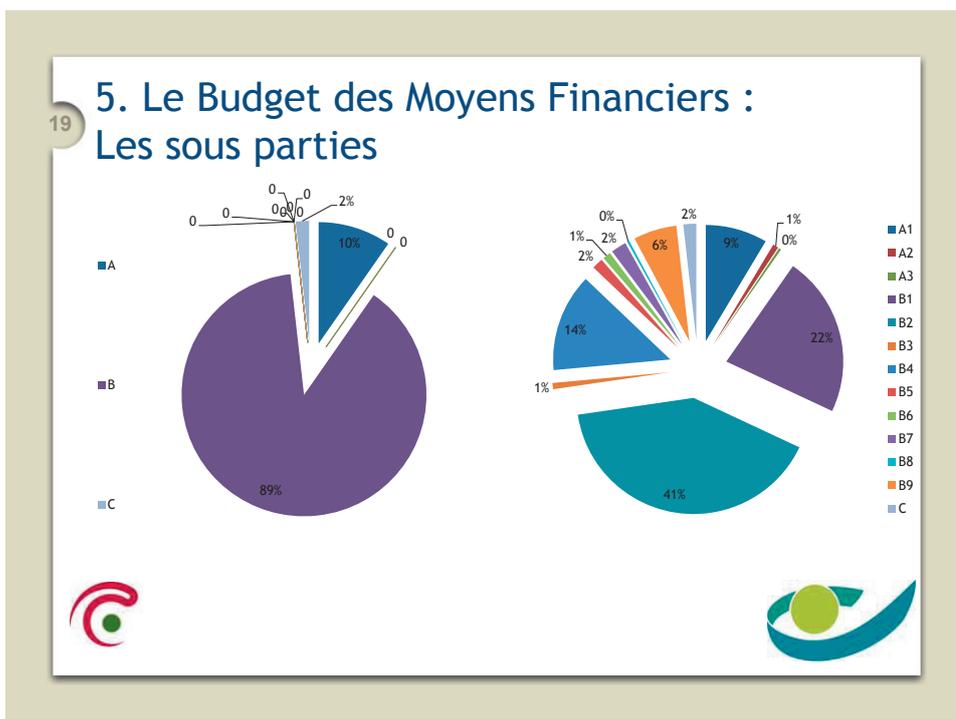
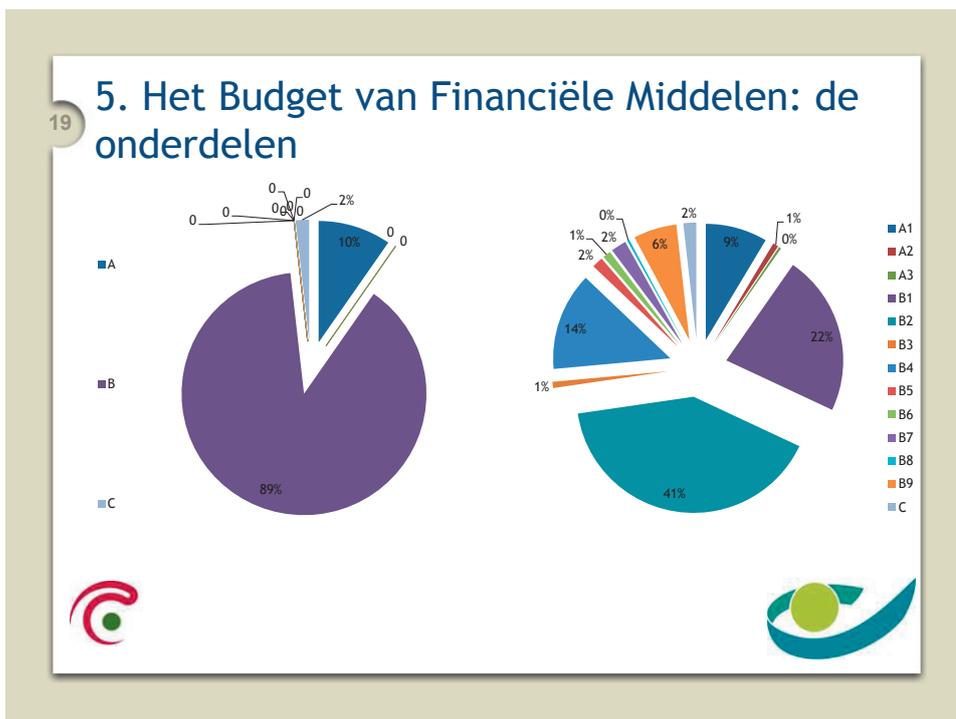
Financiële fluxen m.b.t. verstrekkingen gezondheidszorg in een ziekenhuis



Flux financiers par rapport aux prestations soins de santé dans un hôpital







36 5. Wijze van financiering van de activiteiten binnen de ziekenhuismuren (6/7)

KOSTEN TEN LASTE VAN PATIËNT PER OPNAME (in €)

	Eénpersoonskamer	Twee- en meerpersoonskamer
2012	1363*/1336**	298*/349**
2013	1391*/1395**	281*/293**



Bron: ziekenhuisbarometers CM (*) /
ziekenhuisbarometers SM (**) 2014



36 5. Mode de financement des activités intrahospitalières) (6/7)

COÛTS A CHARGE DU PATIENT PAR ADMISSION (en €)

	Chambre individuelle	Chambre commune ou à deux lits
2012	1363*/1336**	298*/349**
2013	1391*/1395**	281*/293**



Source : baromètres hospitaliers MC
(*) / baromètres hospitaliers MS (**) 2014

