

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

5 octobre 2022

**RÉFORME DU FINANCEMENT
DES HÔPITAUX**

Auditions

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ ET DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES
PAR
MMES **Catherine FONCK et Nathalie MUYLLE**

SOMMAIRE

Pages

I. Audition du 22 juin 2022.....	4
A. Exposés introductifs	4
B. Questions et remarques des membres.....	23
C. Réponses des orateurs et questions complémentaires	32
II. Audition du 28 juin 2022	
A. Exposés introductifs	41
B. Questions et remarques des membres.....	60
C. Réponses des invités et questions complémentaires	66
III. Audition du 6 juillet 2022	
Matin	
A. Exposés introductifs	78
B. Questions et remarques des membres.....	85
C. Réponses des invités et questions complémentaires	92
Après-midi	
A. Exposés introductifs	101
B. Questions et remarques des membres.....	122
C. Réponses des invités et questions complémentaires	128

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

5 oktober 2022

**HERVORMING VAN
DE ZIEKENHUISFINANCIERING**

Hoorzittingen

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN
UITGEBRACHT DOOR
DE DAMES **Catherine FONCK en Nathalie MUYLLE**

INHOUD

Blz.

I. Hoorzitting van 22 juni 2022.....	4
A. Inleidende uiteenzettingen.....	4
B. Vragen en opmerkingen van de leden.....	23
C. Antwoorden van de sprekers en bijkomende vragen	32
II. Hoorzitting van 28 juni 2022	
A. Inleidende uiteenzettingen.....	41
B. Vragen en opmerkingen van de leden	60
C. Antwoorden van de genodigden en bijkomende vragen	66
III. Hoorzitting van 6 juli 2022	
Voormiddag	
A. Inleidende uiteenzettingen.....	78
B. Vragen en opmerkingen van de leden	85
C. Antwoorden van de genodigden en bijkomende vragen	92
Namiddag	
A. Inleidende uiteenzettingen.....	101
B. Vragen en opmerkingen van de leden	122
C. Antwoorden van de genodigden en bijkomende vragen	128

07805

**Composition de la commission à la date de dépôt du rapport/
Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag**
Président/Voorzitter: Thierry Warmoes

A. — Titulaires / Vaste leden:

N-VA	Mieke Claes, Kathleen Depoorter, Frieda Gijbels
Ecolo-Groen	Séverine de Laveleye, Laurence Hennuy, Kathleen Pisman
PS	Patrick Prévot, Hervé Rigot, Laurence Zanchetta
VB	Steven Creyelman, Dominiek Snelpe
MR	Daniel Bacquelaire, Caroline Taquin
cd&v	Nathalie Muylle
PVDA-PTB	Thierry Warmoes
Open Vld	Robby De Caluwé
Vooruit	Karin Jiroflée

B. — Suppléants / Plaatsvervangers:

Björn Anseeuw, Tomas Roggeman, Darya Safai, Valerie Van Peel
Barbara Creemers, Simon Moutquin, Nicolas Parent, Eva Platteau
Chanelle Bonaventure, Jean-Marc Delizée, Sophie Thémont
Nathalie Dewulf, Kurt Ravyts, Hans Verreyt
Michel De Maegd, Benoît Piedboeuf, Florence Reuter
Nawal Farih, Els Van Hoof
Sofie Merckx, Nadia Moscufo
Tania De Jonge, Goedeke Liekens
Gitta Vanpeborgh, Kris Verduyck

C. — Membres sans voix délibérative / Niet-stemgerechtigde leden:

Les Engagés	Catherine Fonck
DéFI	Sophie Rohonyi

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
Vooruit	: Vooruit
Les Engagés	: Les Engagés
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a décidé d'organiser les 22 et 28 juin 2022 ainsi que le 6 juillet 2022 des auditions sur le thème de la "Réforme du financement des hôpitaux".

Les personnes et les instances suivantes ont été entendues.

Le 22 juin 2022:

— M. Mickaël Daubie (INAMI) et M. Koen Schoonjans (SPF Santé);

— M. Bernard Michaux (Belfius);

— Mme Katrien Kesteloot (KU Leuven);

— M. Gilbert Bejjani (ABSyM).

Le 28 juin 2022:

— M. Philippe Leroy (CHU Saint Pierre);

— Mme Margot Cloet (Zorgnet-Icuro) et M. Tom Balthazar (Zorgnet-Icuro);

— M. Yves Smeets (Santhea) et M. Christophe Happe (UNESSA);

— Mme Patrica Lanssiers et M. Dieter Goemaere (GIBBIS).

Le 6 juillet 2022:

Matin

— M. Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds);

— M. Luc Van Gorp (Mutualité chrétienne);

— M. François Perl (Solidaris);

— M. Xavier Brenez (Mutualités libres);

Après-midi

— M. Marc Noppen (RUZB-CHAB);

— M. Donald Claeys (GBS);

— M. Thomas Gevaert (ASGB Kartel);

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft beslist om op 22 en 28 juni 2022 en op 6 juli 2022 hoorzittingen te organiseren over het thema "Hervorming van de ziekenhuisfinanciering".

De volgende personen en instanties werden gehoord.

Op 22 juni 2022:

— de heer Mickaël Daubie (RIZIV) en de heer Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid);

— de heer Bernard Michaux (Belfius);

— mevrouw Katrien Kesteloot (KU Leuven);

— de heer Gilbert Bejjani (ABSyM/BVAS).

Op 28 juni 2022:

— de heer Philippe Leroy (CHU Saint-Pierre);

— mevrouw Margot Cloet en de heer Tom Balthazar (Zorgnet-Icuro);

— de heer Yves Smeets (Santhea) en de heer Christophe Happe (UNESSA);

— mevrouw Patrica Lanssiers en de heer Dieter Goemaere (GIBBIS).

Op 6 juli 2022:

Voormiddag

— de heer Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds);

— de heer Luc Van Gorp (Christelijke Mutualiteit);

— de heer François Perl (Solidaris);

— de heer Xavier Brenez (Onafhankelijke Ziekenfondsen).

Namiddag

— de heer Marc Noppen (RUZB-CHAB);

— de heer Donald Claeys (VBS);

— de heer Thomas Gevaert (ASGB Kartel);

— Mme Nathalie Lionnet (BBTK-SETCa) (non marchand);

— M. Yves Hellendorf (CSC).

I.– AUDITION DU 22 JUIN 2022

A. Exposés introductifs

1. *Exposé introductif de M. Mickaël Daubie (INAMI) et M. Koen Schoonjans (SPF Santé publique)*

M. Mickaël Daubie (INAMI) et M. Koen Schoonjans (SPF Santé publique) passent en revue plusieurs chantiers de la réforme du financement des hôpitaux.

Réforme du paysage hospitalier

M. Koen Schoonjans (SPF Santé publique) décrit le paysage hospitalier. On dénombre aujourd'hui 162 institutions agréées (2022), dont 7 hôpitaux universitaires, 60 hôpitaux psychiatriques et 95 hôpitaux généraux. Et on compte aujourd'hui 63 244 lits agréés, dont 48 749 dans les hôpitaux généraux et 14 495 dans les hôpitaux psychiatriques.

La réforme du paysage hospitalier est à l'ordre du jour depuis longtemps. À l'heure actuelle, vingt réseaux ont été officiellement reconnus. Trois réseaux attendent encore une reconnaissance officielle. L'orateur indique qu'au total, 25 réseaux ont été programmés.

Le premier objectif des réseaux est de conserver l'efficacité et d'établir des synergies. Lorsque les hôpitaux coopèrent avec d'autres, cette coopération doit être avantageuse. Actuellement, la formulation des missions de soins locorégionales et suprarégionales est bien avancée. Toute mission locorégionale est une mission de soins que tout réseau doit organiser et pour laquelle le temps de parcours du patient est important (en d'autres termes, la disponibilité des soins). Les missions suprarégionales sont des missions qui ne doivent pas être organisées dans chaque réseau. Un avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) est actuellement devant le Conseil d'État. Sa publication est prévue pour l'automne 2022.

Dans un deuxième temps, une opération difficile aura lieu. En effet, le financement sera alors ajusté au niveau du réseau ou de l'hôpital (ou aux niveaux intermédiaires). C'est un point très délicat. La direction que la réforme

— mevrouw Nathalie Lionnet (BBTK-SETCa) (non profit);

— de heer Yves Hellendorf (ACV).

I.– HOORZITTING VAN 22 JUNI 2022

A. Inleidende uiteenzettingen

1. *Inleidende uiteenzettingen van de heer Mickaël Daubie (RIZIV) en de heer Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid)*

De heren Mickaël Daubie (RIZIV) en Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid) overlopen een aantal werven voor de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen.

Hervorming van het ziekenhuislandschap

De heer Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid) schets het ziekenhuislandschap. Er zijn op dit moment 162 erkende instellingen (2022), bestaande uit 7 universitaire, 60 psychiatische en 95 algemene ziekenhuizen. Er zijn momenteel 63 244 erkende bedden waarvan 48 749 in algemene ziekenhuizen en 14 495 in psychiatische ziekenhuizen.

De hervorming van het ziekenhuislandschap staat al lang op het programma. Op dit moment zijn er 20 netwerken officieel erkend. Er zijn nog 3 netwerken die op officiële erkenning wachten. De spreker geeft mee dat er in totaal 25 netwerken geprogrammeerd zijn.

Het doel van de netwerken is in een eerste fase het behouden van doelmatigheid en het vastleggen van synergieën. Wanneer ziekenhuizen samenwerken met andere ziekenhuizen, dan moet daar voordeel uit gepuurd worden. Op dit moment is men al ver gevorderd bij het formuleren van de locoregionale en supraregionale zorgopdrachten. Een locoregionale zorgopdracht is een opdracht die elk netwerk moet organiseren waarbij de aanrijtijd van de patiënt belangrijk is (m.a.w. de beschikbaarheid van zorg). supraregionale opdrachten zijn opdrachten die men niet in elk netwerk moet organiseren. Er is een advies van de Federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) dat nu bij de Raad van State voorligt en waarvan de publicatie in het najaar van 2022 verwacht wordt.

In een tweede fase, en dat zal niet gemakkelijk zijn, komt er een aanpassing van de financiering op netwerkniveau of op ziekenhuisniveau (of op de niveaus daartussen). Dit is een zeer heikel punt. Het is op dit

prendra n'est pas claire non plus actuellement, car les avis sont très partagés à ce sujet.

Réforme du financement des hôpitaux

M. Mickaël Daubie (INAMI) évoque le forfait *all-in* par DRG (Diagnosis Related Groups) qui se fonde sur des frais justifiés. Quels sont les éléments constitutifs d'un forfait *all-in*? Tout forfait *all-in* couvre l'ensemble des soins inscrits dans le BMF, les médicaments, les dispositifs médicaux et les frais associés à la prestation médicale. Le forfait *all-in* par DRG implique de se fonder sur les frais justifiés et non sur les dépenses. Il existe un lien avec la réforme de la nomenclature visée dans le cadre de cette réforme.

Le forfait *all-in* par DRG est prévu pour 2024 ou 2025. Le plan de réforme prévoit un traitement accéléré de certains éléments, par exemple la biologie clinique qui sera plus rapide (d'ici 2023). Compte tenu de cette accélération, on se fonde actuellement sur les dépenses réelles, alors que les frais justifiés seront pris en compte à l'avenir. Ce volet est déjà mis en œuvre dès lors que les administrations réalisent actuellement déjà des simulations afin de prévoir l'incidence de ce forfait *all-in* par APR¹-DRG. Ce volet concerne également la modification des lettres-clés et des honoraires de la biologie clinique afin d'accroître la transparence et l'efficacité tout en conservant un bon équilibre des dépenses dans le domaine de la biologie clinique. Ce point a été mis en œuvre et entrera en vigueur en 2023.

En ce qui concerne les médicaments destinés aux patients hospitalisés qui sont déjà soumis à un forfait depuis 2006 dans l'hospitalisation classique, l'objectif est également de passer à la vitesse supérieure. Le forfait par DRG est étendu, car à l'heure actuelle, il n'englobe pas l'ensemble des médicaments et des séjours.

En ce qui concerne l'imagerie médicale, on souhaite mettre en place des honoraires forfaitaires s'appuyant sur les frais de fonctionnement des équipements et sur une activité justifiée. Le financement de ces équipements sera donc modifié à court terme.

M. Koen Schoonjans (SPF Santé publique) aborde l'action visant à encourager les patients à fréquenter l'hôpital de jour. À cet égard, les projets sont à un stade avancé. À partir du 1^{er} juillet 2022, le financement actuel des hôpitaux pour une journée en hôpital de jour passe de 80 % à 95 % d'une journée d'hospitalisation ordinaire. À terme, l'objectif est d'accorder un financement équivalent à une journée en hôpital de jour et à

moment ook niet duidelijk welke richting de hervorming zal uitgaan omdat de meningen hierover zeer verdeeld zijn.

Hervorming van de ziekenhuisfinanciering

De heer Mickaël Daubie (RIZIV) gaat in op een all-inforfait per DRG (*Diagnosis Related Groups*) op basis van gerechtvaardigde kosten. Welke elementen vormen een all-inforfait precies? Een all-inforfait omvat alle zorgen die in het BMF zijn opgenomen, de medicijnen, de medische hulpmiddelen en de kosten verbonden aan de medische prestatie. Een all-inforfait per DRG houdt in dat men zich baseert op de gerechtvaardigde kosten en niet op de uitgaven. Er is een band met de hervorming van de nomenclatuur die in het kader van deze hervorming wordt beoogd.

Dit all-inforfait per DRG is voorzien tegen 2024 of 2025. Het hervormingsplan voorziet een snellere aanpak voor een aantal items zoals bv. de klinische biologie waarvoor men sneller gaat (tegen 2023). Omdat dit sneller gaat baseert zich men op de werkelijke uitgaven, in de toekomst zal men zich baseren op de gerechtvaardigde kosten. Dit luik is reeds in uitvoering want de administraties maken op dit moment al simulaties om de impact van dit all-inforfait per APR¹-DRG te voorzien. Dit heeft ook betrekking op de aanpassing van de sleutel letters en de honoraria in de klinische biologie om meer transparantie en efficiënte te verkrijgen met een goed evenwicht van de uitgaven op het vlak van klinische biologie. Dit is in uitvoering en wordt van kracht in 2023.

Voor de medicaties voor de gehospitaliseerde patiënten waarvoor sinds 2006 al een forfait bestaat in de klassieke ziekenhuisopname wil men ook de zaken versnellen. Het forfait per DRG wordt uitgebreid want op dit moment zijn niet alle medicatie en verblijven inbegrepen.

Voor de medische beeldvorming wenst men te komen tot forfaitaire honoraria op basis van de werkingskosten van de apparatuur en op basis van een verantwoorde activiteit. Er komt dus op korte termijn een verandering in de financiering van deze apparatuur.

De heer Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid) gaat in op het stimuleren van het dagziekenhuis. Daar zijn de plannen al vergevorderd. Vanaf 1 juli 2022 wordt de huidige financiering van de ziekenhuizen voor een dag in het dagziekenhuis opgetrokken van 80 % tot 95 % van een gewone verpleegdag. Het is de bedoeling dat op termijn een dag in het dagziekenhuis gelijkwaardig wordt gefinancierd als een dag in het beddenhuis. Hoe

¹ All Patient Refined.

¹ All Patient Refined.

une journée d'hospitalisation. Comment ce coefficient sera-t-il relevé? Il le sera au travers d'une actualisation de la liste A. La liste A est une liste de numéros de nomenclature qui entrent en ligne de compte pour un financement au travers de l'hôpital de jour. L'objectif est de finaliser cette actualisation en 2023.

La liste B a été abandonnée en 2019 pour des raisons techniques. On œuvre actuellement à la réinstauration de cette liste B. La liste B contient les séjours classiques abusifs. Il s'agit de nuits de patients qui n'auraient pas dû être admis à l'hôpital mais plutôt être soigné en hôpital de jour. Il s'agit dès lors d'un séjour abusif. Cette liste est à nouveau établie. Quand les hôpitaux effectuent des prestations figurant sur la liste B, celles-ci sont financées pour un jour au lieu de deux ou trois jours. L'orateur souligne qu'il s'agit de prestations qui ne sont absolument pas compliquées et que la qualité des soins ne peut pas pâtir de cette méthode de travail. Le glissement de l'hospitalisation classique vers une hospitalisation de jour permettra de libérer un budget qui sera alors affecté au sous-financement actuel du bloc opératoire. Actuellement, les salles d'opération ne sont financées qu'à hauteur de 75 % par les prestations. L'objectif est donc de compenser une partie de ce sous-financement.

Une étude a d'ailleurs été consacrée à l'examen des prestations qui doivent avoir lieu au bloc opératoire. L'objectif est d'avoir une vue d'ensemble des prestations qui devraient être réalisées au bloc opératoire, en hôpital chirurgical de jour et en consultation chez les médecins.

M. Mickaël Daubie (INAMI) souligne une série de points d'attention à propos de la réforme du financement des hôpitaux. Travailler avec des forfaits entraîne le risque que les hôpitaux sélectionnent les patients. Il convient d'exclure les patients présentant un risque élevé des forfaits. Ces risques élevés ne peuvent pas être financés au moyen de forfaits mais sur la base des dépenses réelles. L'orateur estime que le plan de réforme doit tenir compte de ce point.

Un mécanisme de responsabilisation est en outre prévu pour éviter les dépassements budgétaires. Ce mécanisme jouera surtout un rôle en biologie clinique et en imagerie médicale.

Le forfait *all-in* couvre les coûts des soins mais les hôpitaux remplissent également certaines missions non liées aux soins. L'orateur cite l'exemple des missions académiques des hôpitaux. Le financement de ces missions non médicales sera également évalué.

wordt die coëfficiënt opgetrokken? Dit gebeurt via een update van de lijst A. De lijst A is een lijst van nomenclatuurnummers die in aanmerking komen voor financiering via het dagziekenhuis. Het is de bedoeling met deze update te landen in 2023.

Omwille van technische redenen viel in 2019 de lijst B weg. Nu is men bezig met de herinvoering van deze lijst B. De lijst B bevat de oneigenlijke klassieke verblijven. Het gaat om overnachtingen van patiënten waarvan men kan stellen dat die patiënt niet in het ziekenhuis moet zijn maar in een dagziekenhuis moet behandeld worden. Het gaat dus om een oneigenlijk verblijf. Deze lijst wordt opnieuw opgesteld. Wanneer ziekenhuizen prestaties verrichten die op lijst B voorkomen, dan gaan die gefinancierd worden voor één dag in plaats van voor twee of drie dagen. De spreker benadrukt dat het om prestaties gaat die absoluut niet gecompliceerd zijn, de kwaliteit van de zorg mag niet lijden onder deze werkwijze. Er komt via de verschuiving van het beddenziekenhuis naar het dagziekenhuis een budget vrij dat dan aangewend zal worden voor de huidige onderfinanciering van het operatiekwartier. Op dit moment worden operatiezalen maar voor 75 % gefinancierd door de prestaties. Het doel is dus een deel van die onderfinanciering weg te werken.

Er is trouwens een studie waar bekeken wordt welke prestaties in het operatiekwartier moeten doorgaan. Men wil zicht krijgen op de prestaties die in het operatiekwartier, in het chirurgisch dagziekenhuis en bij artsen in de consultatie thuishoren.

De heer Mickaël Daubie (RIZIV) wijst op een aantal aandachtspunten aangaande de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen. Het werken met forfaits houdt het risico in dat ziekenhuizen patiënten gaan selecteren. Patiënten met een verhoogd risico moeten uitgesloten worden van forfaits. Deze verhoogde risico's kunnen niet gefinancierd worden op basis van forfaits maar wel op basis van de werkelijke uitgaven. De spreker meent dat hier toch de nodige aandacht aan geschonken moet worden in het hervormingsplan.

Verder wordt een responsabiliseringsmechanisme voorzien om budgetoverschrijdingen te vermijden. Dit speelt vooral in de klinische biologie en de medische beeldvorming.

Het all-inforfait dekt de kosten voor de zorg. Er zijn ook een aantal opdrachten die de ziekenhuizen vervullen maar die niet aan zorg verbonden zijn. De spreker verwijst naar de academische opdrachten van de ziekenhuizen. De financiering van deze niet-medische opdrachten wordt ook geëvalueerd.

Le forfait *all-in* constitue seulement un aspect du financement. On vise un financement par trajet et par affection, le forfait *all-in* par DRG représentant une partie de ce financement. On travaille sur la base du système des soins intégrés et sept projets transversaux sont en cours. Le financement des hôpitaux suit le principe des soins intégrés.

Révision de la nomenclature

La révision de la nomenclature est déjà bien avancée. La future nomenclature sera divisée en trois groupes de prestations. L'essentiel des prestations de la nomenclature est constitué par les actes techniques médico-chirurgicaux. Il y a ensuite les actes médico-techniques automatisés et assimilés, et, enfin, les actes de consultation et assimilés.

Dans le cadre de la révision de la nomenclature, les administrations sont assistées par des équipes externes (universitaires ou non universitaires), notamment des équipes de l'ULB et de la KU Leuven (pour les actes techniques médico-chirurgicaux) et par l'équipe Möbius (pour les actes médico-techniques automatisés). C'est à peu près la même chronologie qui est prévue pour les trois catégories d'actes. La première étape consiste à restructurer et à adapter les descriptions des prestations. Ce travail est en cours et sera achevé pour la fin 2022.

La deuxième phase, qui est déjà en cours, vise à élaborer des échelles de valeur relatives pour la partie professionnelle. C'est la pierre angulaire de la révision de la nomenclature. Il s'agit de séparer la partie professionnelle de la partie des honoraires qui couvre les frais de fonctionnement. Un certain nombre de prestataires de soins de santé sont interrogés afin de déterminer, par prestation, la durée, l'expertise et le risque liés à cette prestation. Pour chaque acte défini lors de la première phase, ces éléments permettent aux équipes d'en déterminer le degré de difficulté. Cela permet de pondérer les prestations les unes par rapport aux autres (d'où le nom d'échelle de valeur relative). Et à la fin de la phase 2, il y aura l'évaluation des frais de fonctionnement nécessaires à la réalisation des actes médicaux. Pour ce faire, les équipes universitaires se baseront sur la comptabilité analytique d'hôpitaux pilotes.

Value based purchasing: pay for performance

M. Koen Schoonjans (SPF Santé publique) explique que le concept de *value based purchasing* est également connu sous les noms *pay for performance* ou *pay for quality*. Pour l'instant, 8,5 millions d'euros sont prévus dans ce cadre. Cela peut paraître beaucoup, mais c'est plutôt un montant modeste par rapport à l'enveloppe totale

Het all-inforfait vormt slechts één aspect van de financiering. Men beoogt een financiering per traject en per aandoening waarvan het all-inforfait DRG een deel vormt. Men werkt volgens het systeem van geïntegreerde zorg en er wordt momenteel rond 7 transversale projecten gewerkt. De ziekenhuisfinanciering schrijft zich in in het principe van de geïntegreerde zorg.

Herziening van de nomenclatuur

De herziening van de nomenclatuur is al vergevorderd. De nomenclatuur wordt in drie groepen van prestaties onderverdeeld. Er zijn de technische en medisch-technische prestaties. Dit vormt de hoofdmoot van de prestaties van de nomenclatuur. Daarnaast zijn er de geautomatiseerde medisch-technische prestaties en gelijkgestelde prestaties. En de laatste groep omvat de consultaties en gelijkgestelde prestaties.

De administraties worden bij het herzien van de nomenclatuur bijgestaan door externe (universitaire of niet-universitaire) teams, ULB/KU Leuven teams voor de technische medische-chirurgische prestaties en Möbius teams voor de geautomatiseerde medisch-technische prestaties. De drie groepen prestaties volgen ongeveer dezelfde chronologie. In een eerste fase is er de herstructurering en aanpassing van de omschrijvingen van de verstrekkingen. Dit werkt loopt en zal tegen eind 2022 volbracht zijn.

In een tweede fase, die al bezig is, worden relatieve waardeschalen uitgewerkt voor het professionele deel. Dit is de hoeksteen van de revisie van de nomenclatuur. Het gaat erom het professionele deel te scheiden van het deel werkingskosten bij de honoraria. Er wordt een aantal zorgverstrekkers bevestigd om na te wat per prestatie de duur, de expertise en het risico is. Voor elke prestatie die in de eerste fase wordt gedefinieerd, kunnen de teams op basis van deze elementen de moeilijkheidsgraad per prestatie bepalen. Het wordt daardoor mogelijk de prestaties tegen elkaar af te wegen (vandaar de benaming relatieve waardenschaal). En op het einde van fase 2 volgt de evaluatie van de werkingskosten die nodig zijn om de medische prestaties te leveren. De universitaire teams baseren zich hierbij op analytische boekhouding van pilootziekenhuizen.

Value based purchasing: pay for performance

De heer Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid) stelt dat *Value based purchasing* ook gekend is als *pay for performance* of als *pay for quality*. Op dit moment wordt daar 8,5 miljoen euro voor uitgetrokken. Dit lijkt veel maar is eerder klein in het totaal budget van de BFM van 10 miljard euro. Er wordt op dit moment gewerkt

du BMF, qui est de 10 milliards d'euros. Actuellement, les hôpitaux sont notés sur la base d'un score de 80 points (40 pour la structure, 15 pour les résultats et 25 pour les processus). Ce système existe depuis environ cinq ans et a fonctionné, mais le moment est venu de le rafraîchir. Le concept pay for quality est un point délicat. Le budget devrait être augmenté mais aucun plan à étapes n'a été prévu à cet effet. À terme, ce financement devra être augmenté et les critères devront être adaptés.

Maîtrise des suppléments

M. Mickaël Daubie (INAMI) indique que deux mesures ont été réalisées ou sont en cours de réalisation. Il s'agit premièrement du gel, pendant deux ans, de l'augmentation des tarifs maximums des suppléments d'honoraires et de la hausse des rétrocessions. C'est ce qui s'appelle dans le jargon le standstill. Une convention collective à cet égard a été signée pour un an, avec la possibilité de la renouveler pour 2023.

La deuxième mesure est l'obligation de communiquer aux mutualités les suppléments d'honoraires ambulatoires. Ce point est repris dans l'accord Medicomut 2022-2023. Un groupe de travail de la Medicomut travaille sur ce thème. L'objectif est de mettre en place cette obligation au début de l'année 2023. Cette obligation assurera la transparence des coûts à charge des patients.

Quatre autres mesures doivent encore être concrétisées.

La première concerne l'obligation de proposer au patient, à un tarif conventionné, des prestations "ambulatoires" qui ne peuvent en réalité être effectuées qu'à l'hôpital.

La seconde concerne l'obligation de fournir au patient une estimation des coûts avant une admission en chambre individuelle.

Ensuite, il s'agira de définir des plafonds nominaux et des pourcentages maximums tant pour les séjours hospitaliers que pour les prestations ambulatoires.

Enfin, lorsque la réforme de la nomenclature aura été réalisée et que l'on aura pu scinder les honoraires en une partie professionnelle et une partie représentant les frais de fonctionnement, l'idée est qu'un supplément plafonné ne pourra être facturé que sur la partie professionnelle des honoraires.

pour de ziekenhuizen met een score op 80 (40 op basis van structuur, 15 op basis van het resultaat en 25 op basis van processen). Dit systeem bestaat een vijftal jaren en heeft gewerkt maar is aan opfrissing toe. *Pay for quality* is een heikel punt. Het budget zou verhoogd worden maar er is geen stappenplan voor. Op termijn dient deze financiering opgetrokken te worden en moeten de criteria aangepast worden.

Beheer van de supplementen

De heer Mickaël Daubie (RIZIV) deelt mee dat er twee maatregelen gerealiseerd zijn of die zich in de fase van realisatie bevinden. Er is de status quo gedurende twee jaar voor de verhoging van het maximum tarief van de ereloonsupplementen en de status quo gedurende twee jaar in de afdrachtenregeling. Dit is gekend als een standstill. Er werd een collectieve overeenkomst getekend voor één jaar met de mogelijkheid die voor 2023 te hernieuwen.

Dan is er nog de verplichting de supplementen voor ambulante zorg mee te delen aan de ziekenfondsen. Dit punt werd opgenomen in het Medicomut-akkoord 2022-2023. Een werkgroep van het Medicomut houdt zich daar mee bezig. Men wil tegen begin 2023 landen met deze verplichting. Deze verplichting geeft transparantie over de kosten die door de patiënt gedragen worden.

Dan zijn er nog vier maatregelen die in de pijp zitten.

Voor de ambulante onderzoeken die enkel in het ziekenhuis kunnen worden verricht, is er de verplichting deze aan te bieden tegen conventietarieven, zoals vandaag ook voorzien is voor gehospitaliseerde patiënten.

Bij opname in een eenpersoonskamer van een ziekenhuis voor bepaalde ingrepen zal verplichtend een kostenraming aan de patiënt voorafgaand aan de opname moeten worden meegedeeld.

Dan is er nog het vaststellen van de nominale plafondbedragen en van de maximumpercentages voor zowel ziekenhuisverblijf als voor ambulante zorg.

Wanneer de hervorming van de nomenclatuur gerealiseerd is, kan men het ereloon opsplitsen in een professioneel deel en een deel werkingskosten. Het is de bedoeling dat dan nog enkel een begrensd supplement mogelijk is dat berekend wordt op het professioneel gedeelte van de honoraria.

Pilotage du programme

M. Koen Schoonjans (SPF Santé publique) donne un aperçu des différentes instances impliquées dans cette réforme. Il existe, au niveau des autorités, deux groupes d'accompagnement: l'un pour le financement des hôpitaux et l'autre pour la nomenclature. La Medicomut joue bien sûr également un rôle majeur pour un certain nombre d'aspects liés à la nouvelle nomenclature et aux suppléments. Pour tous les aspects liés au BMF, c'est le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) qui est compétent. Quant au SPF Santé publique et à l'INAMI, ils travaillent ensemble dans le cadre d'une collaboration inter-administrative au sein de laquelle les deux administrations s'efforcent d'atteindre une intégration parfaite de leur travail respectif.

2. Exposé introductif de M. Bernard Michaux (Belfius)

M. Bernard Michaux (Belfius) expose la situation financière des hôpitaux à partir de l'analyse MAHA² réalisée chaque année par Belfius. Ce modèle collecte les informations fournies par les hôpitaux belges sur une base volontaire. Ces informations sont recueillies auprès de trois catégories d'hôpitaux:

- les hôpitaux généraux;
- les hôpitaux universitaires;
- les hôpitaux psychiatriques.

Ces informations sont fournies au SPF Santé publique par les hôpitaux au moyen de l'application informatique FINHOSTA. D'autres données spécifiques sont également utilisées pour réaliser l'analyse MAHA. Belfius réalise une étude globale, et chaque hôpital reçoit aussi une évaluation individuelle de sa santé financière.

Quels enseignements peut-on tirer des données relatives à la situation financière des hôpitaux? Si les données de 2019 sont pleinement exploitables, il convient de tenir compte de la nature atypique de l'année 2020 en raison de la crise du coronavirus. On observe une érosion des résultats financiers des hôpitaux généraux, qui s'accompagne de marges bénéficiaires extrêmement réduites. Et l'année 2020 n'a pas amélioré leur situation.

L'orateur renvoie à l'année 2019, année normale, comme année de référence. Le chiffre d'affaires enregistré en 2019 s'élevait à 15,556 milliards d'euros, les honoraires représentant 41 % de ce montant. Ces honoraires

² Modèle d'analyses automatiques des hôpitaux (Model for Automatic Hospital Analyses).

Sturing programma

De heer Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid) geeft een overzicht van de instanties die betrokken zijn bij deze hervorming. Er is bij de overheid een Begeleidingsgroep Ziekenhuisfinanciering en een Begeleidingsgroep Nomenclatuur. De Medicomut speelt natuurlijk een grote rol voor een aantal aspecten gelinkt aan de nieuwe nomenclatuur en de supplementen. Voor alle aspecten gelinkt aan het BFM is de Federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen bevoegd (FRZV). Verder werken de FOD Volksgezondheid en het RIZIV samen in een inter-administratieve samenwerking, de beide administraties trachten hun werking volledig te integreren.

2. Inleidende uiteenzetting van de heer Bernard Michaux (Belfius)

De heer Bernard Michaux (Belfius) licht de financiële toestand van de ziekenhuizen toe aan de hand van de MAHA²-analyse die jaarlijks door Belfius verricht wordt. Het model verzamelt gegevens op vrijwillige basis bij de Belgische ziekenhuizen. Er zijn 3 clusters van ziekenhuizen waar de gegevens gehaald worden:

- de algemene ziekenhuizen;
- de academische ziekenhuizen;
- de psychiatrische ziekenhuizen.

De informatie die de ziekenhuizen verstrekken aan de FOD Volksgezondheid wordt aangeleverd via de informatica-applicatie FINHOSTA. Er wordt ook nog beroep gedaan op andere specifieke gegevens voor de MAHA-analyse. Er is een globale studie en elk ziekenhuis ontvangt een individuele positionering met betrekking tot de eigen financiële gezondheid.

Wat leren deze financiële gegevens over de toestand van de ziekenhuizen? De gegevens van 2019 zijn zeer bruikbaar maar 2020 was een uitzonderlijk jaar gegeven de COVID-19-crisis. Voor de algemene ziekenhuizen is er het afbrokkelend financieel resultaat met sterk afgenomen winstmarges. Het jaar 2020 heeft de zaken er niet op verbeterd.

De spreker verwijst naar het normale jaar 2019 als referentiejaar. De omzet bedraagt 15,556 miljard euro waarvan de honoraria goed zijn voor 41 %. Deze honoraria zijn de honoraria door de ziekenhuizen ontvangen

² Model for Automatic Hospital Analyses.

incluent les montants perçus par les hôpitaux pour les prestations fournies, mais aussi les suppléments. Le montant global prospectif y est également inclus.

Le deuxième poste majeur est le budget des moyens financiers (BMF), suivi des produits pharmaceutiques, leur part ayant augmenté de 3 % par rapport à 2016. Ce coût augmente fortement pour l'ensemble des traitements. Il convient également de mentionner les forfaits, bien que ceux-ci restent stables.

Une comparaison dans une perspective plus longue (par rapport à l'année 1995) indique que la part du BMF est passée de 45 % à 35 %, celle des honoraires de 38 % à 41 % et celle des produits pharmaceutiques de 12 % à 19 %.

Dans les hôpitaux universitaires, les postes relatifs aux produits pharmaceutiques et aux honoraires représentent respectivement 24 % et 36 à 37 % de leur chiffre d'affaires.

L'année atypique 2020 a été marquée par un arrêt des activités à partir du 15 mars 2020. Le plan d'urgence a été déclenché et seules les interventions urgentes et importantes ont été maintenues. En 2020, les honoraires ont baissé de 9 % alors que le BMF a fortement augmenté pour permettre aux hôpitaux de continuer à fonctionner, les coûts supportés étant en effet restés identiques. La fameuse avance de deux milliards d'euros se retrouve dans le BMF. L'année 2020 a donc été marquée par une inversion du poids relatif des honoraires et du BMF, laquelle est toutefois exceptionnelle. De son côté, la part des produits pharmaceutiques est restée plus ou moins stable.

Les coûts d'un hôpital sont largement déterminés par les rémunérations de son personnel et de ses médecins. La rémunération du personnel (soignant, technique, administratif) représente 43 % de son budget, contre 25 % pour la rémunération des médecins. Cela signifie que l'ensemble des rémunérations représentent 68 % des coûts d'un hôpital. On a observé, entre 2019 et 2020, une augmentation de 5 % des dépenses de personnel en raison de la prime fédérale versée au personnel.

Quel est le résultat d'exploitation des hôpitaux généraux belges? Si leur chiffre d'affaires s'élevait à plus de 15 milliards d'euros, leur résultat d'exploitation s'élevait à 116 millions d'euros en 2019, soit 0,76 % de leur chiffre d'affaires. En 2020, leur résultat d'exploitation (qui intègre l'avance versée par le niveau fédéral) s'élevait à 1 % de ce chiffre d'affaires.

Le résultat courant est le résultat opérationnel de l'hôpital après déduction des produits financiers (c'est-à-dire

pour de géleverde prestaties en ook de supplementen. Ook het Globaal Prospectief Bedrag (GPD) is daarin begrepen.

De tweede grote post is het BFM. Daarna volgen de farmaceutische producten. Het aandeel van de farmaceutische producten is toegenomen met 3 % ten opzichte van 2016. Deze kost neemt sterk toe voor alle behandelingen. Dan zijn er nog de forfaits, maar die blijven stabiel.

Wanneer er op langere termijn (ten opzichte van 1995) wordt gekeken, dan stelt men vast dat het BFM gedaald is van 45 % tot 35 %. De honoraria zijn toegenomen van 38 % tot 41 %. En de farmaceutische producten zijn gestegen van 12 % tot 19 %.

Voor de academische ziekenhuizen vertegenwoordigt de post farmaceutische producten 24 % en de honoraria 36 tot 37 %.

Voor het bijzondere jaar 2020 was er een stopzetting van de activiteiten op 15 maart 2020. Het noodplan trad in werking er werden enkel nog de dringende en belangrijke activiteiten verricht. In 2020 daalden de honoraria met 9 %, het BFM groeide sterk om de ziekenhuizen in staat te stellen verder te werken. De kosten van de ziekenhuizen bleven immers dezelfde. De fameuze voorschotenvloppe van 2 miljard euro bevindt zich in het BFM. Er is voor 2020 dus een inversie van de positie van honoraria en BFM. Dit is echter een uitzondering. Het aandeel van de farmaceutische producten bleef ongeveer stabiel.

De kosten van een ziekenhuis worden grotendeels bepaald door de bezoldiging van het personeel en de bezoldiging van de van de artsen. De bezoldiging van het personeel (verzorgend, technisch en administratief personeel) bedraagt 43 %. De bezoldiging van de artsen is goed voor 25 %. Bezoldigingen zijn globaal dus goed voor 68 % van de kosten. Er is een evolutie van 2019 tot 2020. De personeelskost stijgt met 5 %. Het personeel kreeg immers een federale premie.

Wat met het bedrijfsresultaat voor de algemene ziekenhuizen in België? De omzet bedraagt meer dan 15 miljard euro. In 2019 is het bedrijfsresultaat 116 miljoen euro, dit is goed voor 0,76 % van de omzet. Voor 2020 (met inbegrip van het voorschot van het federaal niveau) bedraagt het bedrijfsresultaat 1 %.

Het gewoon bedrijfsresultaat is het operationeel resultaat na aftrek van de kosten van de financiële

le remboursement des emprunts). Le résultat courant s'élevait à 0,54 % (soit 83 millions d'euros) en 2019, et à 0,72 % (soit 112 millions d'euros) en 2020, ce qui revient donc à un million d'euros par hôpital.

Cet exercice tient compte des résultats des années antérieures. Le résultat d'exercice s'élevait à 163 millions en 2019 et à 176 millions en 2020. C'est justement ce résultat qui reflète la solidité financière d'un hôpital.

Sans l'intervention de l'autorité fédérale, la situation aurait été extrêmement grave en 2020, car les hôpitaux auraient alors enregistré une perte de 737 millions d'euros. Cette intervention leur a permis d'enregistrer, en 2020, un résultat courant quasi équivalent au résultat de 2019, et d'amortir de choc de la pandémie.

M. Michaux souligne que la réalité de chaque établissement peut fortement varier au sein de la catégorie des hôpitaux généraux. Il convient de distinguer trois sous-catégories:

- les hôpitaux déficitaires. En 2020, 24 hôpitaux avaient un résultat d'exploitation négatif;
- les hôpitaux dont la marge bénéficiaire est comprise entre 0 et 1,5 %. Ces hôpitaux peuvent rapidement basculer dans la catégorie des hôpitaux déficitaires, et;
- les hôpitaux dont la marge bénéficiaire est supérieure à 1,5 %.

Sans l'aide financière fédérale, trois hôpitaux à peine auraient enregistré une faible marge bénéficiaire, et tous les autres hôpitaux auraient été déficitaires.

Quelle est l'origine exacte de ce résultat? L'orateur souligne que les centres de frais relatifs à la pharmacie et aux services médicotéchniques sont les deux seuls postes qui alimentent positivement le résultat des hôpitaux. En conséquence, leur importance pour les hôpitaux ne cesse de croître.

M. Michaux fait observer que le secteur hospitalier a un cadre budgétaire complexe et qu'il est confronté à de grands défis dans un contexte macroéconomique difficile. L'année 2022 aura encore un impact plus important que l'année du coronavirus 2020. Ce secteur a des défis à relever dans les domaines de l'infrastructure, de l'informatique, du personnel et des soins. Il convient de tenir compte des évolutions technologiques et de l'évolution des traitements médicaux. Quel impact ces évolutions auront-elles sur l'infrastructure des hôpitaux?

produits (dit zijn de kosten voor leningen). Dit gewoon bedrijfsresultaat bedraagt voor 2019 0,54 % (goed voor 83 miljoen euro). In 2020 bedraagt het gewoon bedrijfsresultaat 112 miljoen euro (0,72 %). Dit komt dus neer op 1 miljoen euro per ziekenhuis.

Deze oefening houdt rekening met de resultaten van de voorgaande jaren. Het resultaat van het boekjaar bedraagt 163 miljoen euro voor 2019 en 176 miljoen euro voor 2020. Het is precies dit resultaat dat het solide karakter van het ziekenhuis weergeeft.

Voor het jaar 2020 zou de situatie zonder federale overheidsinterventie uitermate ernstig zijn. Er zou dan een negatief gewoon bedrijfsresultaat gerealiseerd zijn van 737 miljoen euro. Dankzij die interventie wordt er voor 2020 een gewoon bedrijfsresultaat gerealiseerd dat bijna gelijk is aan het gewoon bedrijfsresultaat van 2019. De schok van de pandemie werd hierdoor opgevangen.

De heer Michaux merkt op dat binnen de cluster van algemene ziekenhuizen de realiteit per instelling sterk kan verschillen. Er vallen drie categorieën te onderscheiden:

- er zijn de verlieslatende ziekenhuizen. In 2020 waren er 24 ziekenhuizen met een deficitair bedrijfsresultaat;
- er zijn de ziekenhuizen met een bedrijfsresultaat tussen 0 en 1,5 %. Deze ziekenhuizen kunnen snel overgaan naar de verlieslatende categorie;
- er zijn dan nog de ziekenhuizen die een bedrijfsresultaat realiseren boven de 1,5 %.

Zonder federale financiële hulp zouden in 2020 amper 3 ziekenhuizen lichtjes winstgevend zijn. Alle andere ziekenhuizen lijden dan verlies.

Wat ligt nu precies aan de oorzaak van dit resultaat? De spreker merkt op dat de bijdrage van de apotheek en de bijdrage van de medisch-technische diensten de enige positieve inkomenselementen zijn. Deze worden voor de ziekenhuizen steeds belangrijker.

De heer Michaux stelt dat de ziekenhuissector een sector is met een complex budgettair karakter en dat er grote uitdagingen zijn in een moeilijke macro-economische context. Het jaar 2022 zal een nog grotere impact hebben dan het coronajaar 2020. Er zijn uitdagingen op het gebied van infrastructuur, IT, personeel en zorg. Er is de technologische evolutie en de evolutie van de medische behandelingen in de zorg. Welke impact zullen deze evoluties op de infrastructuur van de ziekenhuizen hebben? De infrastructuur is trouwens een bevoegdheid

L'infrastructure relève d'ailleurs de la compétence des régions. Quelle est l'infrastructure nécessaire et quelle infrastructure peut-on mettre en place pour accueillir les patients en tenant compte du nouveau financement des hôpitaux? L'hôpital de l'avenir sera en outre 100 % neutre du point de vue énergétique et 100 % renouvelable.

Les défis à relever dans le domaine de l'informatique ne sont pas minces. Plusieurs hôpitaux ont été victimes de cyberattaques. Des investissements considérables seront nécessaires dans ce domaine. D'autres investissements sont nécessaires pour harmoniser les systèmes informatiques des réseaux hospitaliers. Les défis sont également importants en matière de personnel. Le secteur hospitalier fait face à une pénurie. Or, sans personnel, l'hôpital ne peut pas assurer ses activités.

L'orateur fait observer que ce secteur a toujours été confronté à des défis complexes mais que la réforme en cours du financement des hôpitaux rajoute encore de l'incertitude.

3. Exposé introductif de Mme Katrien Kesteloot (KU Leuven)

Mme Katrien Kesteloot (KU Leuven) passe en revue plusieurs points problématiques de la réforme du financement des hôpitaux.

a. Organisation des hôpitaux

Mme Kesteloot commente les plans de réforme de l'organisation des hôpitaux de M. Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Il serait souhaitable que les hôpitaux coopèrent davantage. La loi sur les réseaux hospitaliers est un instrument adéquat pour prévoir les soins locorégionaux (soins qui doivent pouvoir être offerts dans tout hôpital). En pratique, le risque existe que certains hôpitaux utilisent abusivement le réseau locorégional pour offrir les soins suprarégionaux (soins spécialisés, onéreux et complexes destinés aux pathologies moins fréquentes) sur un plus grand nombre de sites que par le passé. Ces pratiques ne sont pas conformes à l'organisation et à l'optimisation souhaitées.

En ce qui concerne les fonctions d'appui, le réseau locorégional n'est pas le seul instrument de coopération. Dans le contexte belge, il n'est pas nécessaire de proposer certains services dans 23 entités. L'oratrice pense par exemple aux formes spécialisées de stérilisation centrale ou au fonctionnement complexe des pharmacies hospitalières. Ces services devraient pouvoir être offerts à une échelle plus large que celle du réseau locorégional.

van de regio's. Welke infrastructuur is er nodig en kan er zijn om patiënten te ontvangen, rekening houdend met de nieuwe ziekenhuisfinanciering? Het ziekenhuis van de toekomst zal trouwens 100 % energieneutraal zijn en 100 % hernieuwbaar.

Op het gebied van IT zijn de uitdagingen niet min. Een aantal ziekenhuizen werden het slachtoffer van een cyberaanval. Daar zijn toch ook grote investeringen in nodig. Verder zijn er investeringen nodig om de informaticasystemen van de ziekenhuisnetwerken te harmoniseren. Ook op het gebied van personeel zijn er grote uitdagingen. Er is een personeelstekort. Zonder personeel is er geen activiteit in het ziekenhuis.

De spreker onderstreept dat de uitdagingen van de sector altijd al complex waren. Maar daar komt vandaag nog de onzekerheid bij over de lopende hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

3. Inleidende uiteenzetting van mevrouw Katrien Kesteloot (KU Leuven)

Mevrouw Katrien Kesteloot (KU Leuven) overloopt een aantal pijnpunten bij de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen.

a. Ziekenhuisorganisatie

Mevrouw Kesteloot geeft een aantal reflecties bij de hervormingsplannen van minister Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, over de ziekenhuisorganisatie. Meer samenwerking tussen ziekenhuizen is wenselijk. De wet op de ziekenhuisnetwerken is een geschikt instrument om de locoregionale zorg (de zorg die in alle ziekenhuizen moet kunnen aangeboden worden) te voorzien. In de praktijk bestaat het risico dat een aantal ziekenhuizen het locoregionaal netwerk misbruiken om de supraregionale zorg (gespecialiseerde, dure complexe zorg voor minder frequente aandoeningen) op meer plaatsen beschikbaar te stellen dan in het verleden het geval was. Dit staat haaks op de gewenste richting van organisatie van optimalisaties.

Voor de ondersteunende functies is het locoregionaal netwerk niet het enige instrument om te kunnen samenwerken. Voor een aantal zaken zijn er in de Belgische context geen 23 entiteiten nodig. De spreker denkt dan aan gespecialiseerde vormen van centrale sterilisatie of de complexe werking van de ziekenhuisapotheken. Dit moet op een bredere schaal dan het locoregionaal netwerk georganiseerd kunnen worden.

On œuvre à l'élimination des problèmes de la réglementation connexe mais tous les problèmes ne sont pas encore résolus. En ce qui concerne la TVA, une circulaire étend l'exonération de la TVA aux réseaux hospitaliers locorégionaux. En ce qui concerne les fonctions d'appui, qui ne sont pas nécessairement organisées au niveau des réseaux, il y a encore trop de limitations. On rencontre en outre une complication sur le plan du droit du travail. Chaque réseau a une personnalité juridique propre. Lorsque le réseau engage du personnel pour travailler dans un hôpital déterminé, le problème de la mise à disposition se pose. Ce problème ne devrait pas se poser. Il convient donc encore de résoudre certaines difficultés.

L'oratrice préconise un pilotage clair de la part des autorités publiques en ce qui concerne la coopération entre les hôpitaux. Les missions sont définies dans la loi relative aux réseaux hospitaliers et dans l'arrêté royal annoncé concernant les soins locorégionaux et suprarégionaux. La direction que doit prendre le fonctionnement des hôpitaux n'a pas encore été fixée dans la réglementation. L'oratrice estime que cette tâche ne devrait pas être laissée au secteur. Une trop grande liberté sera source de marchandage entre les hôpitaux. Si l'on constate, du point de vue économique, qu'il serait possible de travailler avec un service d'urgence en moins au sein d'un réseau, les hôpitaux ne décideront pas spontanément de fermer un service d'urgence si les autorités publiques ne les y obligent pas. La fermeture d'un service présente une série d'inconvénients que l'hôpital ne souhaite pas subir, à moins que les autres hôpitaux contribuent à compenser cette fermeture.

En ce qui concerne les soins suprarégionaux, il convient, dans le contexte belge, de concentrer davantage l'offre. Mme Kesteloot est convaincue que la convention INAMI est un instrument qui permettrait d'aboutir rapidement à une plus grande concentration. Il conviendra toutefois de continuer à accorder une place centrale à la qualité de soins lors des opérations de concentration. La qualité des soins implique entre autres la prise en compte du rapport volume/résultat (c'est-à-dire que les résultats sont meilleurs dans les centres où le volume de patients est élevé). En pratique, une "pseudoconcentration" par voie de lobbying risque d'être constatée. Si les autorités publiques décident qu'il convient de réaliser au moins cinquante interventions par an pour pouvoir bénéficier d'une convention INAMI, un lobbying pourrait être exercé afin d'atteindre ce nombre en additionnant des interventions réalisées dans plusieurs hôpitaux. Il ne s'agira alors évidemment pas de soins concentrés. L'objectif est précisément que l'ensemble de l'équipe qui organise les soins du patient suive le patient au cours de l'intégralité de son trajet de soins.

Er wordt werk gemaakt van het wegwerken van knelpunten in de belendende regelgeving, maar niet alle knelpunten zijn al weggewerkt. Er is voor de btw een omzendbrief die de vrijstelling van btw op zorg uitbreidt naar de locoregionale ziekenhuisnetwerken. Voor de ondersteunende functies, die niet noodzakelijk op netwerkniveau georganiseerd worden, is dit nog te beperkend. Verder is er nog een arbeidsrechtelijke complicatie. Een netwerk is een aparte rechtspersoon. Wanneer het netwerk personeel aanstelt om in een bepaald ziekenhuis te werken, dan is er het probleem van terbeschikkingstelling. Dit mag eigenlijk niet. Deze knelpunten moeten nog uitgeklaard worden.

De spreker pleit voor duidelijke sturing door de overheid bij samenwerking tussen ziekenhuizen. In het kader van de wet op de netwerken en het verwachte koninklijk besluit over de locoregionale en suprarregionale zorg worden de opdrachten gedefinieerd. De richting waarbinnen de ziekenhuizen geacht worden te functioneren is nog niet in regelgeving vastgelegd. De spreker meent dat dit niet aan de sector mag overgelaten worden. Teveel vrijheid zal leiden tot gemarchandeer tussen de verschillende ziekenhuizen. Wanneer in een netwerk wordt vastgesteld dat bedrijfseconomisch gezien het met één spoeddienst minder kan, dan gaan de ziekenhuizen niet spontaan één spoeddienst sluiten wanneer de overheid dit niet verplicht. De sluiting ervan leidt tot een aantal nadelen die het ziekenhuis niet wil ondergaan, tenzij dat de andere ziekenhuizen deze sluiting mee gaan compenseren.

Voor de suprarregionale zorg is er in de Belgische context meer nood aan concentratie. Mevrouw Kesteloot is ervan overtuigd dat via de RIZIV-conventie als beleidsinstrument snel meer concentratie kan bewerkstelligd worden. Bij de implementatie van meer concentratie moet kwaliteit van de zorg een centrale plaats blijven innemen. Kwaliteit van zorg houdt onder meer in dat er rekening gehouden wordt met de volume-outcome ratio (i.e. de outcome is beter in centra met een hoog patiëntenvolume). In de praktijk bestaat het risico dat via lobbywerk 'pseudoconcentratie' ontstaat. Wanneer de overheid stelt dat er minstens 50 ingrepen per jaar moeten uitgevoerd worden om in aanmerking te komen voor een RIZIV-conventie, dan kan er lobbywerk gebeuren om dat getal te halen via de optelsom van deze ingrepen over een aantal ziekenhuizen. Dit is natuurlijk geen geconcentreerde zorg. Het is precies de bedoeling dat heel het team dat de zorg organiseert rond de patiënt, de patiënt gedurende het hele traject volgt.

b. Financement des hôpitaux

Le ministre a l'intention d'instaurer un financement forfaitaire complet par patient. Selon l'oratrice, il s'agit d'une excellente proposition. Elle fait toutefois observer que ce nouveau mode de financement des séjours hospitaliers et des séjours en hôpital de jour n'intègre pas encore la question des soins ambulatoires fournis dans les hôpitaux. La question du financement de ces soins, qui représente une composante essentielle des activités des hôpitaux, se pose toujours. La part des hospitalisations dans les activités des hôpitaux diminue par rapport aux parts que représentent les hospitalisations de jour et les soins ambulatoires. L'objectif du financement forfaitaire complet est évidemment que le montant varie en fonction du groupe de pathologies (financement basé sur le DRG). À ce propos, l'oratrice estime qu'il faudra encore prendre deux décisions politiques avant de pouvoir procéder à l'instauration de ce forfait: Quels éléments du financement actuel intégrera-t-on dans le forfait complet et comment les forfaits seront-ils appliqués? Appliquera-t-on un montant fixe et prédéterminé par patient ou un système de répartition? La mise en œuvre de ce forfait est techniquement complexe et nécessitera encore de nombreuses études.

1. Quelles sous-parties du financement des hôpitaux seront-elles incluses dans le forfait all-in?

L'oratrice estime que cela doit être précisé avant d'entamer la réforme, même si cela ne pourra évidemment pas être entièrement réalisé au cours de la législature actuelle. L'oratrice expose un certain nombre de questions qui doivent être clarifiées.

Pour le volet du Budget des Moyens Financiers (BMF) qui couvre les coûts des séjours hospitaliers, les sous-parties B2 et B4 (liées aux soins) seront-elles les seules à être incluses dans le forfait all-in, ou le financement des fonctions d'appui (entretien, direction, comptabilité, administration, pharmacie) sera-t-il également inclus dans le forfait par patient?

Une partie du BMF prévoit en réalité également le financement d'accords sociaux conclus pour l'ensemble du personnel hospitalier, comme les accords concernant la réduction du temps de travail (RTT), l'application des barèmes IFIC et le Fonds blouses blanches (FBB). Ces accords peuvent inclure le financement de personnel qui preste non pas des services financés par le BMF mais des "services à charge des honoraires", ce qui peut difficilement rentrer dans un forfait *all-in* par patient admis à l'hôpital (car que le montant pour la RTT, IFIC et le FBB varie d'un hôpital à l'autre). Or, plus la partie du BMF couverte par le forfait *all-in* sera réduite, plus la part "résiduelle" de ce BMF désuet restera élevée.

b. Ziekenhuisfinanciering

De minister is van plan te gaan naar een all-inforfaitaire financiering per patiënt. Dit lijkt de spreker een uitstekend voorstel. Ze merkt wel op dat deze aangepaste financiering van de ziekenhuisverblijven en van de dagziekenhuisverblijven nog niet de ambulante zorg binnen de ziekenhuizen integreert. Het is nog de vraag hoe daarmee verder gegaan wordt. Dit is een essentieel onderdeel van de ziekenhuiswerking. Het aandeel hospitalisatie binnen de ziekenhuisactiviteit daalt relatief ten opzichte van het aandeel dagziekenhuisactiviteit en ambulante zorg. In een all-inforfaitaire financiering is het uiteraard de bedoeling dat het bedrag verschilt naargelang de pathologiegroep (de DRG-gebaseerde financiering). Daar moeten volgens de spreker nog twee noodzakelijke beleidsbeslissingen genomen worden voordat men tot implementatie kan overgaan, met name welke onderdelen van de huidige financiering worden in het all-inforfait opgenomen en hoe worden deze forfaits toegepast? Gebeurt dit onder de vorm van een vast, vooraf gekend bedrag per patiënt of onder de vorm van een verdeelsysteem? De implementatie ervan is technisch complex en vereist nog veel studiewerk.

1. Welke onderdelen van de ziekenhuisfinanciering worden in het all-inforfait opgenomen?

De spreker meent dat dit duidelijk gemaakt moet worden voordat men de hervorming aanvat. Dit kan natuurlijk niet volledig tijdens de huidige legislatuur gerealiseerd worden. De spreker schetst een aantal issues die moeten uitgeklaard worden.

Voor het luik Budget Financiële Middelen (BFM) die de kosten van het ziekenhuisverblijf dekken, gaat men in het all-inforfait enkel het onderdeel B2-B4 steken (zorggerelateerd) of gaat de financiering voor de ondersteunende functies (schoonmaak, directie, boekhouding, administratie, de apotheek) ook in het forfait per patiënt opgenomen worden?

In het BFM zit ook een deel financiering dat eigenlijk financiering voorziet voor sociale akkoorden die zijn afgesloten voor alle ziekenhuispersoneel, zoals de arbeidsduurvermindering (ADV), de toepassing van IFIC en het Zorgpersoneelfonds (ZPF). Deze akkoorden kunnen financiering omvatten voor personeel dat niet op de BFM-diensten werkt maar op de zogenaamde honorariumdiensten. Dit kan moeilijk in een all-inforfait per verblijvende patiënt gestoken worden (want het bedrag voor ADV, IFIC, ZPF verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis). Maar hoe minder van het BFM in het all-inforfait wordt opgenomen, hoe meer "ouderwets" BFM er nog overblijft.

Des questions similaires se posent pour les forfaits relatifs aux hospitalisations de jour. Pour les honoraires, une étude est en cours en vue de réétalonner la nomenclature et d'identifier les frais de fonctionnement par prestation médicale. Si le financement de ces frais était intégré dans le financement des hôpitaux, sera-t-il alors également repris dans le forfait *all-in* par pathologie? Un montant global serait-il fixé pour chaque prestation médicale ou maintiendrait-on un financement distinct à la prestation?

Pour les médicaments, un système de taux forfaitaires existe déjà et des calculs en vue de modifier le système actuel sont en cours de préparation. Cela concernera-t-il de nouveau uniquement les médicaments qui font déjà l'objet d'un financement forfaitaire ou ira-t-on plus loin en incluant d'autres médicaments? La même question se pose pour les implants et les dispositifs médicaux.

2. Un forfait *all-in* par groupe de diagnostics

Comment mettra-t-on en œuvre un forfait *all-in* par groupe de diagnostics? L'oratrice voit deux modèles différents. Le premier prend la forme d'un montant fixe par admission. L'hôpital sait à l'avance combien il recevra pour un traitement déterminé. Le second modèle, tel qu'il se pratique généralement à l'heure actuelle, repose sur un forfait *all-in* qui est à la base d'une clé de répartition permettant de répartir un budget national entre les hôpitaux. Dans ce modèle, le financement d'une patiente qui vient pour une césarienne par exemple est supérieur de 20 % à celui d'une patiente qui accouche par voie vaginale. Il s'agit de deux modèles conceptuellement différents.

Dans le premier modèle, qui fonctionne selon un montant fixe par admission, il faut pouvoir, au moment où le patient sort de l'hôpital, identifier le groupe de patients auquel il appartient et déterminer le montant associé à son séjour à l'hôpital. Dans le second modèle, cette identification peut se faire ultérieurement.

Quelles en sont les implications financières? Dans le premier modèle, le budget total dont dispose l'hôpital est déterminé uniquement par son activité. Plus l'activité est importante, plus le budget est élevé. Dans le second cas (utilisation de forfaits pour répartir le budget national), l'hôpital dépend aussi, pour son financement, de l'activité des autres hôpitaux. Dans ce modèle, l'autorité publique part d'un budget national et le répartit entre les hôpitaux proportionnellement au nombre de patients admis, avec une pondération en fonction d'un forfait par groupe de diagnostics. Si tous les hôpitaux augmentent

Gelijkaardige vragen stellen zich voor forfaits voor dagziekenhuizen. Voor de honoraria loopt er een studie voor de herijking van de nomenclatuur en de identificatie van de praktijkkosten per medische prestatie. Als die praktijkkostfinanciering zou verschuiven naar de ziekenhuisfinanciering, wordt dit dan opgenomen in het all-inforfait per pathologie? Wordt er een globaal bedrag bepaald per medische prestatie of blijft dit een afzonderlijke prestatiefinanciering?

Voor de geneesmiddelen bestaat er al een systeem van forfaits en worden er momenteel al berekeningen voor een aanpassing van het huidige systeem voorbereid. Gaat dat terug enkel over de huidige forfaitair gefinancierde geneesmiddelen of zal men verdergaan en worden er andere geneesmiddelen meegenomen? Dezelfde vraag naar verduidelijking geldt voor implantaten en medische hulpmiddelen.

2. Een all-inforfait per diagnosegroep

Hoe gaat men een all-inforfait per diagnosegroep implementeren? De spreker ziet twee verschillende modellen. Het ene is onder de vorm van een vast bedrag per opname. Men weet vooraf als ziekenhuis hoeveel men ontvangt voor een bepaalde behandeling. Het andere model, zoals het momenteel meestal gebeurt, maakt gebruik van een all-inforfait als een gewicht, als een verdeelsleutel om een nationaal budget te verdelen tussen de ziekenhuizen. In dit model krijgt de patiënt die komt voor een keizersnede bijvoorbeeld 20 % meer dan de patiënt die komt voor een vaginale bevalling. Dit zijn conceptueel twee verschillende modellen.

In het eerste model met een vast bedrag per opname moet men tegen dat de patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis, kunnen identificeren in welke patiëntengroep de patiënt thuishoort en welk bedrag er aan het verblijf van de patiënt verbonden is. In het tweede model kan die identificatie later bepaald worden.

Wat zijn de financiële implicaties? Het totale budget waarover het ziekenhuis beschikt wordt in het eerste model alleen bepaald door de eigen activiteiten. Hoe meer activiteit, hoe meer budget. In het tweede geval (met forfaits als gewicht om het nationale budget te verdelen) is het ziekenhuis voor de financiering ook afhankelijk van de activiteit in de andere ziekenhuizen. De overheid vertrekt dan van een nationaal budget en gaat dat verdelen tussen de ziekenhuizen a rato van hun aantal patiënten, gewogen volgens een forfait per DRG. Als alle ziekenhuizen 5 % meer activiteit verrichten

leur activité de 5 % et que le budget national n'augmente pas, ils recevront 5 % de moins par patient à la suite de cette croissance de l'activité.

Sous l'angle de la sécurité budgétaire, le montant fixe par admission offre une sécurité bien plus grande aux hôpitaux. L'inconvénient réside dans le fait que la hauteur du budget total est inconnue pour l'autorité publique, puisque celle-ci ne sait pas à l'avance combien de patients seront admis à l'hôpital chaque année. Il n'est certes pas question de fluctuations spectaculaires, mais si l'on travaille avec une clé de répartition basée sur un forfait, les instances ont la certitude absolue de ne pas devoir dépenser un centime de plus que le budget fixé, comme c'est actuellement le cas avec le BMF. L'inconvénient pour les hôpitaux est qu'ils n'ont à leur tour aucune certitude, vu que le montant du budget qui leur est finalement octroyé pour chaque admission dépend également de l'activité des autres hôpitaux.

L'oratrice n'a aucune préférence pour l'un ou l'autre système mais souligne en revanche qu'il est important que le ministre indique quel modèle sera utilisé.

En fonction des choix politiques du ministre, la mise en œuvre de la nouvelle réforme nécessitera encore un important travail de recherche, et ce, en raison de la complexité du système. L'oratrice fait référence à un schéma tiré d'une étude de 2018 sur la décomposition du BMF en groupes de pathologies³. Le schéma montre qu'en fonction du type de patient hospitalisé, il existe de nombreuses formes de financement qui contribuent chacune à supporter les coûts liés à ce patient. L'oratrice estime qu'il est nécessaire de simplifier ce système complexe.

Mme Kesteloot aborde ensuite, comme M. Daubie avant elle, la réforme des honoraires. L'ambitieux mais nécessaire projet de "rééquilibrage de la nomenclature" est en cours. Une étude a été lancée sur l'évaluation des frais de fonctionnement liés aux actes médicaux sur la base des codes de la nomenclature actuelle. Ce sera la première étape du travail de détermination de la valeur relative des frais de fonctionnement liés aux différents actes médicaux. Ce n'est qu'au cours de la phase suivante que des décisions politiques seront prises sur la manière de fixer les tarifs. Il y a encore un long chemin à parcourir.

En ce qui concerne le BMF, le but est d'utiliser un montant BMF par type de patient. Il s'agit de fixer le

en het nationaal budget stijgt niet, dan krijgt men 5 % minder per patiënt als gevolg van de groei in de activiteit.

Naar budgetzekerheid biedt het vast bedrag per opname een veel grotere zekerheid voor de ziekenhuizen. Het nadeel situeert zich dan bij de overheid omdat dan voor de overheid het totale budget "open ended" is omdat men niet op voorhand weet hoeveel patiënten er per jaar exact in het ziekenhuis zullen opgenomen worden. Dit zijn natuurlijk geen dramatische schommelingen. Als men werkt met het forfait als verdeelsleutel, dan heeft de overheid de absolute zekerheid dat men geen cent meer uitgeeft dan het vastgelegd budget, zoals dat momenteel geldt voor het BFM. Het nadeel voor de ziekenhuizen is dat zij op hun beurt geen budgetzekerheid hebben omdat het bedrag dat ze finaal krijgen per opname ook afhankelijk is van de activiteit van de andere ziekenhuizen.

De spreker heeft geen voorkeur voor één van beide systemen. Het is wel belangrijk dat de minister aangeeft in welk model er gewerkt wordt.

De voorbereiding van de implementatie van de nieuwe hervorming zal nog veel studiewerk vereisen in functie van de beleidskeuzes die de minister maakt, en dat omwille van de complexiteit van het systeem. De spreker verwijst naar een schema dat werd gehaald uit een studie van 2018 rond de ontrafeling van het BFM naar pathologiegroepen³. Het schema geeft aan hoe naargelang het soort patiënt in het ziekenhuis er vele vormen van financiering zijn die allemaal een stukje bijdragen tot die patiënt. De spreker is de mening toegedaan dat vereenvoudiging van het complexe systeem noodzakelijk is.

De heer Daubie verwees al naar de honorariahervorming. Het ambitieuze maar noodzakelijke project "Herijking nomenclatuur" is lopende. Er is een studie opgestart rond de waardering van de praktijkkosten van de medische prestaties op basis van de huidige nomenclatuurcodes. Dat zal de eerste stap zijn om de relatieve waarde van de praktijkkosten van de verschillende medische prestaties te bepalen. Pas in een volgende fase worden er beleidsbeslissingen genomen over hoe de tarieven vastgelegd worden. Daar is nog een heel traject te gaan.

Voor het BFM is het de bedoeling om te werken met een BFM-bedrag per type patiënt. Het is de bedoeling

³ De Bisschop I, Vandoren C, Hamels T, Collignon A & G Vanden Boer, 2018. *Ontrafeling van het budget van financiële middelen naar pathologiegroepen*. Louvain. Rapport commandé par la cellule stratégique du cabinet de la ministre De Block.

³ De Bisschop I, Vandoren C, Hamels T, Collignon A & G Vanden Boer, 2018. *Ontrafeling van het budget van financiële middelen naar pathologiegroepen*. Leuven. Rapport in opdracht van de beleidscel van het kabinet van minister De Block.

montant par patient en fonction du coût des soins médicalement justifiés. Cette approche nécessite une analyse approfondie des coûts au sein des hôpitaux. Or, il s'agit d'une étude complexe étant donné le manque de standardisation dans le traitement comptable des données relatives aux coûts au sein des hôpitaux. En vertu de la loi, les rapports doivent établir une distinction entre, par exemple, les unités de soins de chirurgie, de médecine interne et de pédiatrie. Mais les unités chirurgicales peuvent être fort différentes d'un hôpital à l'autre. Certains hôpitaux pratiquent une chirurgie standard qui est aisément planifiable, tandis que d'autres pratiquent des opérations parfois beaucoup plus complexes. Si l'on n'établit aucune différenciation et que l'on se borne à calculer un coût moyen par jour ou par unité, alors certains hôpitaux sont sous-financés et d'autres surfinancés. Il faut donc une approche plus nuancée tenant compte des groupes de patients spécifiques admis dans chacune de ces unités.

Il y a également l'allocation des coûts directs et indirects. Dans certains hôpitaux, le personnel chargé de la logistique, du nettoyage ou du transport de patients est comptabilisé dans l'unité au sein de laquelle il travaille. Cette méthode donne une image précise du lieu d'affectation et des coûts par unité. En revanche, dans d'autres hôpitaux, ce personnel est imputé à un poste global "nettoyage" ou "transport de patients". Les coûts inhérents à ce poste sont ensuite répartis entre les différentes unités au moyen d'une clef comptable, ce qui n'est pas conforme à la réalité. L'oratrice estime qu'il reste encore beaucoup à faire pour que les données des différents hôpitaux soient comparables.

Il ressort de l'étude sur le démêlage du BMF que la très grande majorité (81 %) présente un degré de gravité faible (degré de gravité 1 ou 2), 15 % des patients présentent un degré de gravité de 3 et 3 % un degré de gravité de 4. Le financement du BMF-B2 augmente en fonction du degré de gravité, qui va du facteur 1 au facteur 9 à 10. On peut ensuite encore distinguer les DRG (diagnosis related groups – groupes apparentés par diagnostic) médicaux des DRG chirurgicaux. Pour les DRG chirurgicaux, la progressivité va du facteur 1 pour le degré de gravité le moins élevé jusqu'au facteur 14 pour le groupe présentant les pathologies les plus lourdes. En moyenne, un patient présentant un degré de gravité 4 requiert un BFM-B2 14 fois plus élevé qu'un patient présentant un degré de gravité 1. Si l'on examine les coûts, les moyens réellement engagés, on constate que ceux-ci passent d'un facteur 1 à un facteur 12 en fonction d'un degré de gravité échelonné de 1 à 4, tandis que le financement, lui, va du facteur 1 au facteur 9 ou 10. La différence se situe surtout au niveau des DRG chirurgicaux (le coût pour le degré de gravité 4 est en moyenne 17 fois plus élevé que pour

het bedrag per patiënt vast te leggen in functie van de kosten van de medisch verantwoorde zorg. Dit vereist nog een grondige kostenstudie binnen de ziekenhuizen. Het is een complexe studie omdat er te weinig standaardisatie is in de boekhoudkundige verwerking van de kostengegevens binnen elk ziekenhuis. In de wettelijke verplichte rapportering wordt een onderscheid gemaakt tussen bijvoorbeeld chirurgische, internistische en pediatrische verpleegeenheden. Chirurgische afdelingen kunnen echter sterk van elkaar verschillen. In sommige ziekenhuizen doet men aan standaardchirurgie die goed planbaar is. In andere ziekenhuizen zit er veel complexe chirurgie bij. Wanneer dat in één pot komt en men leidt daar een gemiddelde kostprijs per dag of per afdeling uit af, dan worden sommige ziekenhuizen overgefinancierd en andere ondergefinancierd. Er moet eigenlijk fijner gewerkt worden om rekening te houden met de specifieke patiëntengroepen die in elk van die afdelingen liggen.

Er is ook nog de toewijzing van directe versus indirecte kosten. In sommige ziekenhuizen wordt het personeel dat instaat voor logistiek, de schoonmaak of patiëntenvervoer geboekt per afdeling waar ze actief zijn. Dat geeft een precieze toewijzing waar die mensen werken en van de kosten op die afdeling. In andere ziekenhuizen wordt dit toegewezen aan één algemene kostenplaats 'schoonmaak' of 'patiëntenvervoer'. Deze kosten worden via een boekhoudkundige verdeelsleutel verdeeld over alle afdelingen, terwijl dit eigenlijk niet de realiteit is. De spreekster stelt dat er nog werk te verrichten is om er voor te zorgen dat de gegevens van ziekenhuizen vergelijkbaar zijn.

Uit de studie Ontrafeling BFM stelt men vast dat de overgrote meerderheid (81 %) van de patiënten een lichte ernstgraad heeft (ernstgraad 1 of 2), 15 % van de patiënten heeft ernstgraad 3 en 3 % van de patiënten heeft een ernstgraad 4. De BFM-B2-financiering stijgt met de ernstgraad. Dit gaat van factor 1 tot factor 9 tot 10. Dit kan nog opgesplitst worden tussen medische en chirurgische DRG's (diagnosis related groups – diagnosegerelateerde groepen). Voor de chirurgische DRG's varieert dit van factor 1 voor de lichtste ernstgraad tot factor 14 voor de groep met de zwaarste pathologieën. Gemiddeld brengt een patiënt met ernstgraad 4 dus 14 keer meer BFM-B2 met zich mee dan een patiënt met ernstgraad 1. Wanneer men kijkt naar de kosten, de werkelijk ingezette middelen, dan evolueren de kosten van ernstgraad 1 tot 4 met een factor 1 tot 12 terwijl de financiering evolueert van factor 1 tot factor 9 of factor 10. Het verschil situeert zich vooral bij de chirurgische DRG's (de kost bij ernstgraad 4 is gemiddeld 17 keer hoger dan bij ernstgraad 1). Dit betekent dat in de huidige financiering een ziekenhuis relatief gezien iets teveel ontvangt voor lichte pathologie en iets te weinig voor

le degré de gravité 1). Cela signifie que dans le cadre du financement actuel, un hôpital reçoit relativement parlant légèrement trop pour une pathologie légère et légèrement trop peu pour une pathologie lourde, ce qui n'a guère de conséquences au niveau d'un hôpital. En revanche, si le financement se fait par patient, alors il faut que le financement des patients présentant une pathologie lourde soit suffisamment élevé pour éviter que personne n'en veuille à cause du coût élevé de leur prise en charge. L'oratrice confirme qu'il faudrait mettre en place un autre système pour ces patients complexes afin d'éviter que ne se pratique une sélection des risques ou un écrémage (l'exclusion de patients présentant une pathologie lourde).

Mme Kesteloot pointe un autre problème qui se pose en ce qui concerne les forfaits *all-in* par groupe de patients. Si un groupe de patients admis dans un hôpital doit être redirigé vers un autre hôpital par suite de complications, il faudra conclure des accords pour la répartition du financement entre les différents hôpitaux qui auront été associés au traitement.

c. Problématique spécifique des hôpitaux universitaires

Les hôpitaux universitaires ont plusieurs missions légales, notamment la prise en charge des patients, l'enseignement, la recherche translationnelle, la recherche clinique appliquée ainsi que les services scientifiques et sociaux. L'oratrice a déjà évoqué les risques financiers spécifiques pour les hôpitaux universitaires en ce qui concerne la prise en charge des patients. Un deuxième risque financier concerne le statut des médecins. Les hôpitaux universitaires comptent au moins 70 % de médecins salariés. Ces médecins ne travaillent donc pas en qualité d'indépendants. Les honoraires constituent la source de financement qui couvre l'activité médicale, mais ils ne varient pas en fonction du statut du médecin en droit social. Cette différence de statut peut induire d'importantes différences de rémunération nette entre les médecins des hôpitaux universitaires et les médecins des hôpitaux généraux. Le financement des hôpitaux universitaires prévoit un financement B7 qui compense partiellement la différence de charges ONSS, mais ce financement est insuffisant pour compenser les différences effectives de charges ONSS. Pour les 3 000 médecins spécialistes des hôpitaux universitaires, ce surcoût salarial atteint 160 millions d'euros. Dès lors que les travailleurs indépendants ne bénéficient pas de la même protection que les salariés, tout médecin indépendant doit conclure une assurance privée supplémentaire, qui s'élève, pour ces 3 000 médecins spécialistes indépendants, à 35 millions d'euros supplémentaires. En montants nets, il s'agit d'un surcoût de 120

zware pathologie. Op ziekenhuisniveau middelt zich dat meestal uit, maar wanneer er gewerkt wordt met een financiering per patiënt, dan moet de financiering voor de zware patiënt voldoende hoog zijn, net om te vermijden dat iedereen die patiënten wil mijden omdat ze teveel kosten. De spreekster beaamt dat er voor die complexe patiënten een andere regeling moet komen om risicoselectie en *cream skimming* (het vermijden van patiënten met een zware pathologie) uit te sluiten.

Mevrouw Kesteloot wijst op een bijkomend probleem bij een all-inforfait per patiëntengroep. Een patiëntengroep wordt opgenomen in één ziekenhuis maar wordt bij complicaties doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Ook in geval van doorverwijzing van patiënten tijdens een behandeling zal men afspraken moeten maken over de verdeling van de financiering tussen de verschillende ziekenhuizen die bij de behandeling van die patiënt betrokken zijn.

c. Specifieke problematiek universitaire ziekenhuizen

Universitaire ziekenhuizen hebben een aantal wettelijke opdrachten, met name patiëntenzorg, opleiding, translationeel toegepast klinische wetenschappelijk onderzoek en wetenschappelijke en maatschappelijke dienstverlening. De specifieke financiële risico's voor de universitaire ziekenhuizen op het vlak van patiëntenzorg werden door de spreekster reeds aangehaald. Een tweede financieel risico situeert zich bij het statuut van de artsen. Voor universitaire ziekenhuizen is minstens 70 % van de artsen gesalarieerd. Ze werken dus niet als zelfstandigen. De honoraria vormen de bron van financiering die de medische activiteit dekken. Die honoraria verschillen nochtans niet naargelang het sociaalrechtelijk statuut van de arts. Dit verschil in statuut kan grote verschillen in netto verloning tussen artsen in universitaire en algemene ziekenhuizen impliceren. Binnen de financiering van de universitaire ziekenhuizen bestaat er een B7-financiering waarbij een stuk compensatie zit voor het verschil in RSZ-lasten, maar dit is niet voldoende om de werkelijke verschillen in de RSZ-lasten te compenseren. Voor de 3 000 artsen-specialisten die werkzaam zijn in de universitaire ziekenhuizen komt die meerkost van salaris neer op 160 miljoen euro. Een zelfstandige heeft niet dezelfde bescherming als een werknemer dus een arts die werkt als zelfstandige moet een extra private verzekering afsluiten. Dit komt voor die 3 000 zelfstandige artsen-specialisten neer op 35 miljoen euro extra. Dit geeft netto tussen de 120 en 130 miljoen euro extra kosten terwijl in B7 daar nu ongeveer 10 %

à 130 millions d'euros, alors que le financement B7 ne couvre actuellement que près de 10 % de ce montant. Ce point est assurément une source de préoccupation pour les hôpitaux universitaires.

d. *Suppléments d'honoraires*

Le ministre envisage aussi de plafonner les suppléments d'honoraires. L'oratrice estime que ce choix politique est justifié. Jusqu'à présent, ces suppléments ont toutefois constitué une source de financement nécessaire pour assurer le fonctionnement actuel des hôpitaux. Il existe toutefois des différences considérables entre les hôpitaux. Il ressort d'un ancien rapport MAHA que les suppléments de chambre représentent à eux seuls 0,6 % du chiffre d'affaires des hôpitaux. Or, ce pourcentage correspond précisément à la marge bénéficiaire moyenne en matière de résultats d'exploitation des hôpitaux. Si les suppléments de chambre étaient supprimés, le secteur hospitalier atteindrait en moyenne le seuil de rentabilité. Mais si les suppléments d'honoraires sont réduits, le secteur hospitalier sera en déficit. Toute réduction significative des suppléments d'honoraires nécessitera une compensation qui permettra de garantir la viabilité financière du fonctionnement actuel des hôpitaux.

Toute réduction des suppléments d'honoraires sera à l'avantage des patients et des assurances maladies complémentaires et privées. Le surcoût de cette compensation sera supporté par l'assurance maladie publique. Or, l'assurance maladie publique ne pourra pas offrir de compensation proportionnelle à la réduction effective des suppléments d'honoraires par hôpital individuel. Cette situation reviendra à sanctionner les hôpitaux qui ont toujours demandé des suppléments d'honoraires peu élevés par rapport aux hôpitaux qui ont réclamé des suppléments d'honoraires élevés. La gestion de cette réduction des suppléments d'honoraires constituera un défi.

e. *Défis supplémentaires*

Depuis que le ministre a rendu son plan public, un certain nombre de défis majeurs sont apparus. Dans son plan de réforme, le ministre n'évoque guère le défi qu'il y a à trouver suffisamment de personnel. Ce problème était déjà latent, mais la crise du COVID-19 l'a aggravé et la situation ne s'est pas améliorée ensuite. Le manque de personnel ne se limite pas aux infirmiers mais touche également d'autres fonctions au sein du personnel soignant et toute une série de fonctions d'appui. Il convient de trouver suffisamment de personnel pour dispenser les soins. En outre, l'inflation galopante et l'augmentation des coûts de l'énergie posent des problèmes supplémentaires.

van gefinancierd wordt. Dit is zeker een aandachtspunt voor de universitaire ziekenhuizen.

d. *Ereloonsupplementen*

De minister heeft ook plannen om de ereloonsupplementen af te toppen. Dit vormt voor de spreekster een terechte beleidskeuze. Tot op heden vormen die supplementen nochtans een noodzakelijke bron van financiering om de huidige ziekenhuiswerking financieel boven water te houden. Er zijn wel aanzienlijke verschillen tussen de ziekenhuizen. Uit een ouder MAHA-rapport blijkt dat enkel de kamersupplementen 0,6 % van de omzet van de ziekenhuizen vormen. Dit is net de gemiddelde winstmarge op het vlak van bedrijfsresultaten voor de ziekenhuizen. Wanneer de kamersupplementen worden afgeschaft, dan draait gemiddeld de ziekenhuissector *break-even*. Als dan ook nog aan de ereloonsupplementen wordt geraakt, dan wordt er met verlies gewerkt. Een significante reductie van de ereloonsupplementen vereist een compensatie om de financiële leefbaarheid van de huidige ziekenhuiswerking te garanderen.

Wanneer de ereloonsupplementen gereduceerd worden, dan situeert zich het voordeel bij de patiënt en bij de aanvullende en private ziekteverzekeringen. De meerkost van die compensatie situeert zich in de publieke ziekteverzekering. Een compensatie via de publieke ziekteverzekering mag niet gebeuren a rato van de werkelijke reductie in ereloonssupplementen per individueel ziekenhuis. Dit komt neer op het straffen van de ziekenhuizen die steeds bescheiden waren in het vragen van supplementen ten opzichte van ziekenhuizen die hoge ereloonsupplementen gevraagd hebben. Het vormt een uitdaging met die reductie van de ereloonsupplementen om te gaan.

e. *Bijkomende uitdagingen*

Sinds de minister zijn plan publiek maakte, zijn er een aantal belangrijke uitdagingen bijgekomen. De minister spreekt in zijn hervormingsplan weinig over de uitdaging om voldoende personeel te vinden. Het probleem was al aan het smeulen maar door de COVID-19-crisis werd het erger en het probleem is post-COVID-19 niet verminderd. Dit personeelstekort beperkt zich niet tot verpleegkundigen maar is er ook op het gebied van ander zorgpersoneel en een hele reeks ondersteunende functies. Er moet voldoende personeel gevonden worden om de zorg te laten draaien. Dan zijn er nog de uitdagingen van de voorthollende inflatie en de toenemende energiekosten.

Outre l'impossibilité de trouver de nouveaux travailleurs, certains travailleurs quittent ce secteur en raison de la surcharge de travail et d'une rémunération insuffisamment compétitive. Il n'est pas difficile de trouver un emploi mieux rémunéré sur un marché du travail en surchauffe alors que la sécurité d'emploi est nettement plus élevée dans le secteur des soins que dans d'autres secteurs. L'oratrice estime que cette situation est paradoxale. Ces dernières années, d'importants moyens supplémentaires ont été alloués au personnel (budget, réduction du temps de travail, barèmes IFIC, Fonds blouses blanches), mais il n'a jamais été aussi difficile de trouver suffisamment de personnel qualifié en dépit de ces moyens supplémentaires.

Conclusion

Les projets du ministre Vandenbroucke (préparation 2021) se concentrent sur les thèmes prioritaires adéquats. Il convient de les mettre en œuvre pour continuer à garantir et à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé. Il convient de continuer à garantir la solidarité. Ces réformes sont certes d'autant plus pressantes en raison des défis actuels croissants en matière de ressources humaines (hausse de l'inflation, coûts de l'énergie), mais toute réforme nécessite néanmoins les préparatifs nécessaires.

Il s'agit d'un défi considérable. L'oratrice plaide en faveur d'une approche approfondie et invite le secteur à collaborer constructivement, car le temps presse.

4. Exposé de M. Gilbert Bejjani (ABSym)

M. Gilbert Bejjani (ABSym) est un médecin anesthésiste ayant plus de 10 ans d'expérience en milieu universitaire ainsi que dans les hôpitaux privés. Il est directeur de clinique au sein du Chirec et préside l'APSAR-BSAR, l'association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie- réanimation.

La question essentielle qui guide la réflexion de M. Bejjani est de savoir s'il est possible de faire autrement. L'intervenant insiste dans la foulée pour dire que les réformes sont nécessaires et urgentes.

Un aspect capital à prendre en compte dans le futur financement est le vieillissement de la population. Ce vieillissement entraîne une augmentation des pathologies chroniques, un accroissement dans les besoins et un besoin accru pour des soins sophistiqués.

Parallèlement, le secteur fait face à un manque de ressources en personnel à tous niveaux; médecins, aides soignant, infirmiers, et ceci partout dans le monde. La technologie offre la possibilité de travailler différemment

Er worden niet alleen geen nieuwe werkrachten gevonden, er zijn ook de medewerkers die de sector verlaten. Men verlaat de sector omwille van de hoge werkdruk en de competitief onvoldoende verloning. Het is in de verhitte arbeidsmarkt niet moeilijk een baan te vinden die beter betaald wordt. En dit terwijl de werkzekerheid in de gezondheidszorg veel groter is dan in andere sectoren. De spreekster vindt dit een paradox. Er is de voorbije jaren veel geld bijgekomen voor personeel (budget arbeidsduurvermindering, de IFIC-barema's, het Zorgpersoneelfonds) maar ondanks deze extra input is het nog nooit zo moeilijk geweest om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden.

Besluit

De plannen van minister Vandenbroucke (voorbereiding 2021) focussen op de juiste prioritaire thema's. De uitvoering van deze plannen is noodzakelijk om de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg te blijven garanderen en verbeteren. De solidariteit moet gegarandeerd blijven. De hervormingen worden weliswaar nog dringender, met de recent toenemende human resources uitdagingen (stijgende inflatie, energiekosten), maar elke hervorming vergt toch de nodige voorbereidingen.

Daar ligt een grote uitdaging. De spreekster dringt aan op een grondige aanpak en roept de sector op constructief mee te werken want de tijd dringt.

4. Uiteenzetting van dr. Gilbert Bejjani (BVAS)

De heer Gilbert Bejjani (BVAS) is arts-anesthesist met meer dan tien jaar ervaring in zowel universitaire als privéziekenhuizen. Hij is afdelingshoofd bij het CHIREC en voorzitter van BSAR-APSAR, de Belgische beroepsvereniging van artsen-specialisten in anesthesie en reanimatie.

De heer Bejjani stelt zich bij deze denkoefening in de eerste plaats de vraag of het mogelijk is op een andere manier te werken. De spreker voegt er onmiddellijk aan toe dat hervormingen nodig én dringend zijn.

De vergrijzing is een zeer belangrijk aspect waarmee bij de toekomstige financiering rekening moet worden gehouden. Ze gaat gepaard met een toename van het aantal chronische pathologieën, meer zorgnoden en een grotere vraag naar geavanceerde zorg.

Tezelfdertijd wordt de sector overal ter wereld geconfronteerd met een gebrek aan personeel, op alle niveaus (artsen, zorg- en verpleegkundigen). Dankzij de technologie kan op een andere manier worden gewerkt

et les réformes peuvent contribuer à diminuer la pression sur le personnel.

En Belgique, le patient paie un quart des frais liés aux soins de santé de sa poche. Les trois quarts restants sont aux frais de l'État. À l'heure actuelle, les estimations tournent autour des 4 000 euros par an et par habitant, mais les coûts liés aux nouvelles technologies iront en grandissant.

La réforme est donc nécessaire pour pouvoir continuer à offrir les meilleurs soins pour tous.

Le système belge repose encore sur les réalités des années 1960-1970. Les moyens abondants ont créé l'environnement adapté à la multiplication des hôpitaux et la course aux actes et aux admissions. La situation actuelle est celle d'une surcapacité et un manque de prévention. De plus, la plupart des hôpitaux essaient d'être actifs dans tous les domaines. Dès-lors, les situations de gaspillages sont nombreux. L'OCDE parle par exemple de 20 % de gaspillage dans nos soins de santé.

M. Bejjani indique que la digitalisation croissante amène également son lot de problèmes. La question de l'augmentation exponentielle des données mérite attention. Ces données sont nécessaires pour la prise de décision des gestionnaires d'une part. D'autre part, elle est requise pour faire face aux crises telle que celle de la COVID-19 et sont attendues en temps réel. De plus, la digitalisation induit une modification dans le comportement des patients. Le patient est en situation de comparer les médecins, les hôpitaux et leurs résultats.

La crise COVID-19 a, en outre, remis en lumière la complexité du financement des hôpitaux par BM, le budget des moyens financiers provenant de la répartition individuelle entre tous les hôpitaux du budget global hospitalier. L'augmentation des besoins couplée à l'inflation actuelle soulignent la nécessité de mettre en place une réforme de fond, les économies linéaires n'étant pas possibles.

Il est nécessaire de viser pour tout soin donné, la meilleure qualité au moindre coût. Une modélisation des soins de santé fondés sur la valeur (*value-based healthcare*) est nécessaire. L'objectif est de dégager des marges pour mieux rémunérer les soignants et pour garantir l'accès aux traitements les plus onéreux. Les données nécessaires pour faire cette analyse *value based* manquent en Belgique, explique M. Bejjani.

en onder meer via hervormingen kan de druk op het personeel worden verlicht.

In België betaalt de patiënt een vierde van de zorgkosten uit eigen portemonnee. Het resterende driekwart valt ten laste van de Staat. Momenteel worden de kosten geschat op ongeveer 4 000 euro per jaar per inwoner, hoewel de kosten voor nieuwe technologieën almaar zullen toenemen.

De hervorming is dan ook nodig om iedereen de beste zorg te kunnen blijven aanbieden.

Het Belgische zorgstelsel is nog steeds geënt op de situatie van de jaren 1960-1970. Door de overvloed aan middelen kon een zorgomgeving ontstaan waarin veel ziekenhuizen werden opgericht en er geen rem stond op het aantal zorgverstrekkingen en ziekenhuisopnames. De huidige situatie wordt gekenmerkt door een overaanbod aan gezondheidszorgdiensten en gebrek aan preventie. Bovendien willen de meeste ziekenhuizen op alle domeinen actief zijn. Er worden dan ook veel middelen verspild; de OESO raamt de verspilling in de Belgische gezondheidszorg op 20 %.

De heer Bejjani wijst erop dat ook de toenemende digitalisering een rist problemen met zich brengt. Naar de vraag hoe met de exponentiële toename van gegevens moet worden omgegaan, dient de nodige aandacht te gaan. Ten eerste hebben de ziekenhuisbeheerders die gegevens nodig om beslissingen te kunnen nemen en ten tweede moet men in tijden van crisis, zoals in de COVID-19-pandemie, realtime over dergelijke data kunnen beschikken. Bovendien brengt de digitalisering een gedragswijziging bij de patiënten teweeg. Tegenwoordig kan de patiënt artsen, ziekenhuizen en hun resultaten vergelijken.

Voorts heeft de COVID-19-crisis andermaal duidelijk de complexiteit blootgelegd van de huidige ziekenhuisfinanciering via het Budget Financiële Middelen (BFM), waarbij elk ziekenhuis zijn deel van het overkoepelende ziekenhuisbudget toegewezen krijgt. Door de stijgende zorgnood in combinatie met de huidige inflatie is een grondige hervorming nog acuter. Lineaire besparingen zijn thans immers niet mogelijk.

Voor elke zorgverstrekking dient de beste kwaliteit tegen de geringste kosten te worden nagestreefd. Het gezondheidszorgmodel dient op waarden te zijn geschoeid (*value-based healthcare*). Het opzet is middelen vrij te maken waarmee het zorgpersoneel beter kan worden betaald en waarmee de toegang tot de duurdere behandelingen kan worden gegarandeerd. Volgens de heer Bejjani beschikt België niet over de nodige gegevens voor een dergelijke *value-based*-analyse.

L'intervenant insiste sur le fait de trouver des solutions au sein de l'enveloppe actuelle des soins de santé. Ces solutions existent, comme le montrent les situations à l'étranger.

Une piste passe par la mise en réseau et la collaboration. Tous les hôpitaux ne doivent pas tout faire. En Belgique, il manque des incitants pour accentuer cette bonne collaboration qui nécessite de fermer des unités de soin ou de les déplacer d'un centre hospitalier à un autre.

Une seconde solution se situe dans la réduction de la variabilité des soins. Travailler sur base de forfaits en ce qui concerne les honoraires de médecins, comme initié sous la ministre De Block, rentre dans cette optique.

En troisième lieu, il est nécessaire de viser à mieux intégrer les soins. Pour cela, il est nécessaire d'avoir une meilleure coordination entre le milieu hospitalier et la première ligne d'une part, mais également de rompre les barrières entre les différents hôpitaux d'autre part. Afin de permettre cette coordination, il est nécessaire de prévoir les outils informatiques nécessaires et d'investir davantage dans ce domaine.

M. Bejjani note que le budget du système de santé belge connaît une répartition claire. Un tiers du budget est alloué au BMF, un tiers sert pour payer les médecins, et le dernier tiers revient aux autres prestataires de soin. Il existe une tendance à l'inflation d'actes médicaux de peur de perdre une partie de son financement, ce qui entraîne une dévalorisation de l'acte individuel. M. Bejjani explique qu'avoir recours à moins d'actes, et donc moins de personnel, permettrait en outre de mieux payer ces prestataires de soin.

L'intervenant note également qu'au sein du système belge, il y a une certaine confusion entre les honoraires des médecins et l'argent des hôpitaux. Le reversement d'une partie de ces honoraires permet en effet de financer des activités sous-financées de l'hôpital, telles que l'imagerie médicale et la biologie clinique.

M. Bejjani plaide pour un financement à la pathologie et non sur base des journées justifiées d'hospitalisation, comme c'est le cas actuellement. Cette technique, qui repose sur des coûts moyens par jour, ne tient pas en compte les pathologies individuelles et les actes spécifiques nécessaires.

De spreker dringt aan op oplossingen binnen de huidige gezondheidszorgenvolp. Die oplossingen bestaan wel degelijk, zoals situaties in het buitenland aantonen.

Een van de mogelijke denksporen is netwerkvorming en samenwerking. Niet elk ziekenhuis hoeft elke zorg aan te bieden. In België ontbreekt het aan stimuli om in te zetten op dergelijke vormen van nauwe samenwerking, waarbij het niet anders kan dan zorgeenheden te sluiten of ze van de ene naar de andere ziekenhuisinstelling over te hevelen.

Een tweede oplossing bestaat erin de zorg minder variabel te maken. Voor de artsenhonoraria met forfaits werken, waarvoor toenmalig minister De Block de aanzet gaf, past in dat opzicht.

Ten derde moet een betere integratie van de zorg worden nagestreefd. Zulks vereist vooreerst een betere coördinatie tussen de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg, maar tevens dienen de muren tussen de ziekenhuizen onderling te worden gesloopt. Voor een dergelijke coördinatie moeten de nodige informaticatools beschikbaar zijn en moet er meer in dat domein worden geïnvesteerd.

De heer Bejjani merkt op dat het budget van de Belgische gezondheidszorg een duidelijke verdeelsleutel heeft. Een derde van het budget gaat naar het BFM, een ander derde dient om de artsen te betalen en nog eens een derde komt terecht bij de zorgverstrekkers. De neiging bestaat om zoveel mogelijk medische handelingen te stellen uit schrik een deel van de financiering kwijt te spelen, maar zulks devalueert de individuele zorghandeling. De heer Bejjani geeft aan dat de zorgverstrekkers bovendien beter zouden kunnen worden betaald mocht men het met minder handelingen en dus ook minder personeel doen.

De spreker merkt tevens op dat in het Belgische gezondheidszorgstelsel de scheidslijn tussen artsenhonoraria en ziekenhuismiddelen soms nogal dun is. Via de terugstorting van een deel van die honoraria kan immers geld gaan naar ondermaats gefinancierde ziekenhuisactiviteiten als medische beeldvorming en klinische biologie.

De heer Bejjani pleit voor een pathologiefinanciering en niet voor een financiering op basis van het aantal gerechtvaardigde ziekenhuisopnamedagen, zoals nu. Die techniek gaat uit van gemiddelde zorgkosten per dag, maar houdt geen rekening met de afzonderlijke pathologieën en met de vereiste specifieke zorghandelingen.

La réforme de l'hôpital de jour constitue un premier pas dans la bonne direction. M. Bejjani estime cependant regrettable qu'en dépit de la basse variabilité et de la simplicité des interventions, le ministre n'ait pas opté pour introduire les forfaits à ce niveau. La réforme doit également aller plus loin. En Belgique, 40 % des interventions se font en hôpital de jour alors que la moyenne dans les pays comparables est à 70-80 %. Un incitant supplémentaire à la réduction du nombre de lits occupés serait une rémunération pour l'hôpital plus importante pour un patient qui ne reste pas la nuit que pour un patient qui dort à l'hôpital. Les soins intégrés transmuraux sont également à stimuler.

En ce qui concerne les honoraires, il est important de réaliser la réforme de la nomenclature pour pouvoir comparer les honoraires des médecins. De plus, Il faut trouver des incitants pour rendre attractif le travail au sein de l'hôpital. Des alternatives sous forme de financement des activités de coordination, de formation, etc. existent.

En ce qui concerne la collaboration, le fonctionnement des réseaux doit être stimulé. Cela peut, selon M. Bajjani, impliquer de forcer les hôpitaux à faire un choix dans les agréments.

D'autres sources de revenus peuvent être trouvées dans la réorganisation des soins. À l'heure actuelle, 30 à 40 % des soins aux urgences ne sont pas nécessaires ou peuvent avoir lieu en première ligne. Par conséquent, M. Bajjani estime qu'il est préférable de mieux financer les postes médicaux de garde ainsi que de soutenir les postes de garde et les zones de coopération de la première ligne.

En ce qui concerne la raréfaction du personnel, il est nécessaire de mettre en avant la qualité de la formation en Belgique. La problématique des équivalences de diplôme pour les prestataires étrangers dont la formation est moins qualitative doit également être étudiée.

En conclusion, M. Bajjani invite les parlementaire à soutenir les réformes du ministre de la Santé et encourage toutes les parties prenantes à encore plus d'ambition tant au niveau du contenu des réformes que du planning. Ne rien faire serait une catastrophe pour la qualité des soins de demain.

B. Questions et remarques des membres

Mme Frieda Gijbels (N-VA) indique regretter l'absence de lien entre la réforme du paysage hospitalier ainsi que le financement et la coordination avec les zones de

De dagziekenhuishervorming is een eerste stap in de goede richting. Toch betreurt de heer Bejjani dat de minister er in weerwil van de lage variabiliteit en van de eenvoud van de ingrepen niet voor heeft gekozen in dezen te werken met forfaits. De hervorming zou ook verder moeten gaan. In België vindt 40 % van de ingrepen plaats in het dagziekenhuis, terwijl in vergelijkbare landen het gemiddelde 70 à 80 % bedraagt. Een bijkomende stimulans om het aantal bezette bedden omlaag te krijgen, zou erin kunnen bestaan dat het ziekenhuis een hogere vergoeding krijgt voor een patiënt die niet blijft overnachten dan voor een die wel overnacht. Ook de transmurale geïntegreerde zorg moet worden gestimuleerd.

Wat de honoraria betreft, is het belangrijk dat de nomenclatuurhervorming er komt om de honoraria van de artsen te kunnen vergelijken. Bovendien zijn er stimuli nodig om het werk in het ziekenhuis aantrekkelijk te maken. Er bestaan alternatieven in de vorm van financiering van activiteiten op het vlak van coördinatie, opleiding enzovoort.

Aangaande samenwerking moet netwerkfunctionering worden gestimuleerd. Dat kan volgens de heer Bejjani betekenen dat de ziekenhuizen gedwongen zullen moeten worden tot een keuze inzake erkenningen.

Andere inkomstenbronnen kunnen worden gevonden in de reorganisatie van de zorg. 30 tot 40 % van de op spoed verleende zorg hoort er strikt genomen niet thuis en kan evengoed in de eerste lijn worden verstrekt. Daarom is het volgens de heer Bejjani raadzaam de huisartsenwachtposten beter te financieren en de wachtposten en samenwerkingszones van de eerste lijn meer te ondersteunen.

Aangaande het feit dat het personeel schaarser wordt, dient de kwaliteit van de opleiding in België te worden benadrukt. Ook het pijnpunt van de diplomagelijkstellingen voor buitenlandse zorgverstrekkers die een minder kwaliteitsvolle opleiding hebben gekregen, moet tegen het licht worden gehouden.

Tot besluit roept de heer Bejjani de parlementsleden op de door de minister van Volksgezondheid voorgestelde hervorming te steunen en moedigt hij alle stakeholders aan zich nog ambitieuzer op te stellen, zowel wat de inhoud als wat de planning betreft. Niets doen zou een ramp zijn voor de zorgkwaliteit van morgen.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) betreurt het gebrek aan samenhang tussen de hervorming van het ziekenhuislandschap en bijbehorende financiering, enerzijds,

premiers secours. L'intervenante note également que les sujets des soins à domicile et l'accompagnement des malades est très peu abordée. En outre, l'accent est trop peu mis sur la coopération avec les communautés. Qu'en pensent les invités?

Mme Gijbels estime que, pour augmenter les interventions en hôpital de jour, le financement de telles interventions devrait être supérieur au financement d'une nuit d'hôpital.

Mme Gijbels liste ensuite une série de questions spécifiques.

Concernant les forfaits et le financement calculé sur base de coûts justifiés, Mme Gijbels se pose la question des marges pour les hôpitaux. Pourront-ils encore être rentables et dégager les marges nécessaires pour d'éventuels investissements?

L'intervenante désire obtenir plus de précisions quant à la sélection des hôpitaux pilotes dans le cadre de la révision de la nomenclature. Comment ont-ils été sélectionnés et par qui? La révision vise-t-elle l'équilibre budgétaire?

Le système d'accréditation des hôpitaux est mis sous pression. Quelle alternative serait plus en accord avec la réalité du terrain en Belgique afin de garantir la qualité et la performance?

Les suppléments d'honoraires devraient être gelés et à terme éventuellement disparaître. Le gel aura-t-il lieu au niveau actuel? Les différences entre les hôpitaux seront-elles dès-lors maintenues? Quelle sera la valeur ajoutée d'une assurance hospitalisation si les suppléments d'honoraires venaient à disparaître? Quel sera l'impact sur les thérapies et les soins offerts ainsi que sur l'inflation du nombre d'actes médicaux si le financement devait se faire par forfaits?

Mme Gijbels revient sur l'analyse de Belfius concernant la santé financière des hôpitaux en Belgique. Quelle est l'explication avancée pour la grande disparité entre les hôpitaux?

La rémunération inférieure dans le domaine universitaire est avancé comme une cause au manque de personnel. En quelle mesure est-ce exact?

Le Fonds Blouses Blanches a pour but d'augmenter le nombre de soignants au chevet des patients. Le sous-financement implique que bon nombre d'hôpitaux n'engagent pas plus de personnel soignant de peur de

en de coördination met de eerstelijnszones, anderzijds. Zij merkt ook op dat thema's als thuiszorg en ziekenbegeleiding amper aan bod komen. Bovendien ligt de nadruk te weinig op de samenwerking met de gemeenschappen. Wat denken de gastsprekers daarvan?

Wil men het aantal dagziekenhuisopnames omhoog krijgen, dan moeten dergelijke interventies volgens mevrouw Gijbels beter worden gefinancierd dan ziekenhuisovernachtingen.

Mevrouw Gijbels stelt vervolgens een reeks specifieke vragen.

Wat de vaste tarieven en de financiering op basis van gerechtvaardigde kosten betreft, vraagt zij zich af hoe het zit met de marges voor de ziekenhuizen. Zullen zij nog rendabel kunnen zijn en de nodige marges hebben om te investeren?

De spreekster verzoekt om nadere informatie over de selectie van de pilootziekenhuizen in het raam van de nomenclatuurnieuwvorming. Hoe werden zij geselecteerd en door wie? Is die hervorming begrotingsneutraal?

Het accreditatiestelsel van de ziekenhuizen staat onder druk. Welk alternatief zou beter met de realiteit in België overeenstemmen om de kwaliteit en het prestatievermogen te waarborgen?

De honorariassupplementen zouden moeten worden bevroren en op termijn eventueel verdwijnen. Zal de bevroering op het huidige niveau plaatsvinden? Zullen de verschillen tussen de ziekenhuizen aldus blijven bestaan? Welke meerwaarde heeft een ziekenhuisopnameverzekering nog als de toeslagen verdwijnen? Mocht de financiering op forfaitaire bedragen worden gebaseerd, rijst volgens de spreekster de vraag wat de gevolgen voor de aangeboden behandeling en zorg zullen zijn en of het aantal medische ingrepen niet ongebreidel zal toenemen.

Mevrouw Gijbels gaat in op de analyse van Belfius over de financiële gezondheid van de ziekenhuizen in België. Wat is de verklaring voor de grote verschillen tussen de ziekenhuizen?

De lagere verloning in de universitaire ziekenhuizen wordt naar voren geschoven als een oorzaak van het personeelsgebrek. In hoeverre klopt dit?

Het Zorgpersoneelsfonds heeft tot doel meer zorgverstrekkers aan het bed te krijgen. Door de onderfinanciering nemen veel ziekenhuizen geen extra zorgpersoneel meer in dienst uit vrees het financiële tekort nog groter

creuser encore plus le trou dans leurs caisses. Quelles initiatives pourraient aider à contrer ce phénomène?

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) fustige le fait que la réforme présentée ne précise pas explicitement les problèmes auxquels elle désire s'attaquer. La pénurie et la pression au travail sont grandes, et le patient est victime de la course à la rentabilité. Il est renvoyé plus vite de l'hôpital, ce qui impacte négativement sa révalidation. L'impact se fait également sentir sur les soins de première ligne.

Le système actuel pousse à la course au volume d'actes. Le BFM ne finance pas assez, ce qui engendre l'augmentation des suppléments d'honoraires et les transferts pour combler le déficit. Le personnel soignant forme un coût supplémentaire car il est sous-financé également.

Alors que la réforme est déjà partiellement en cours, la question fondamentale de voir si elle répond à ces problématiques n'a pas été suffisamment abordée par les intervenants, selon Mme Merckx. L'intervenante ajoute que la réforme proposée ressemble plutôt à un plan d'économies. De plus, Mme Merckx craint que l'introduction des forfaits, par exemple, augmente le risque de sélection de patients les plus rentables.

Quelle est le but derrière la focalisation sur l'hôpital de jour? Les tâches administratives restant identiques, le résultat est une augmentation de la charge de travail pour le personnel. Les mesures seront-elles accompagnées d'une augmentation du personnel?

Mme Merckx se demande pourquoi Belfius s'intéresse au résultats financiers des hôpitaux. Que pense Belfius de la réforme du financement?

L'intervenante note que l'organisation des soins de santé dépend de multiples niveaux de pouvoirs dans notre pays. Quelle est l'influence sur le financement mais aussi sur l'efficacité de l'organisation des soins?

Enfin, existe-t-il encore des marges de manœuvre ou la réforme, comme présentée, est-elle fixée?

Mme Catherine Fonck (Les Engagés) rappelle qu'il existe de nombreux freins à la bonne collaboration au sein des réseaux. La présence d'hôpitaux publics et privés dans un même réseau, les obligations minimales maintenues parallèlement à la demande de spécialisation, le maintien obligatoire de pharmacies au sein de chaque hôpital, sont parmi les freins cités. Mme Fonck

te maken. Welke initiatieven zouden daartegen kunnen worden genomen?

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) hekelt het feit dat de voorgestelde hervorming niet uitdrukkelijk aangeeft welke problemen men ermee wil aanpakken. Het personeelstekort en de werkdruk zijn groot en de patiënten draaien op voor de wedloop naar winstgevendheid. Zij worden sneller uit het ziekenhuis ontslagen, wat een negatief effect heeft op hun revalidatie. Ook de eerstelijnszorg ondervindt daar de gevolgen van.

Het huidige stelsel werkt een zo groot mogelijk volume aan handelingen zelf in de hand. Het BFM voorziet niet in voldoende financiering, wat leidt tot hogere honoraria-supplementen en transfers om dit tekort weg te werken. Het zorgpersoneel is een bijkomende uitgavenpost, aangezien ook dat personeel ondermaats gefinancierd is.

Hoewel de hervorming al deels ten uitvoer wordt gelegd, zijn de gastsprekers volgens mevrouw Merckx te weinig ingegaan op de fundamentele vraag of die hervorming de problemen wel afdoende aanpakt. De sprekerster voegt eraan toe dat de voorgestelde hervorming meer weg heeft van een besparingsplan. Voorts vreest mevrouw Merckx dat de invoering van bijvoorbeeld forfaitaire tarieven het gevaar groter maakt dat die patiënten zullen worden geselecteerd bij wie het meest te rapen valt.

Welk doel dient de focus op de dagziekenhuizen? Aangezien de administratieve taken identiek blijven, is het resultaat een verhoging van de werklust voor het personeel. Zullen de maatregelen gepaard gaan met een uitbreiding van het personeel?

Mevrouw Merckx vraagt zich af waarom Belfius geïnteresseerd is in de financiële resultaten van de ziekenhuizen. Hoe staat Belfius tegenover de hervorming van de financiering?

De sprekerster merkt op dat de organisatie van de gezondheidszorg in België onder meerdere beleidsniveaus valt. Wat is de invloed op de financiering maar ook op de doeltreffendheid van de organisatie van de zorg?

Is er ten slotte nog manoeuvreerruimte of ligt de in uitzicht gestelde hervorming helemaal vast?

Mevrouw Catherine Fonck (Les Engagés) herinnert eraan dat de samenwerking in de netwerken op meerdere punten belemmerd wordt. De aanwezigheid van zowel openbare als private ziekenhuizen in eenzelfde netwerk, de gehandhaafde minimumverplichtingen in combinatie met de vraag naar specialisatie en de verplichte aanwezigheid van een ziekenhuisapotheek zijn

estime qu'il faut s'attaquer à ces problèmes avant de recourir à la pression sur les agréments pour améliorer la situation.

Dans les réformes du financement des hôpitaux, certaines mesures doivent prendre effet immédiatement alors que d'autres sont pour le long terme. Comment assurer la transition? Comment garantir le financement adéquat à brève échéance? Qu'en est-il d'un cadre pluriannuel pour le financement des hôpitaux plutôt que de continuer à fonctionner année par année avec des corrections ultérieures via le BMF?

Vu le gel et la diminution des suppléments d'honoraires, les hôpitaux devront faire face à une diminution de leur financement alors que les assurances vont économiser de l'argent. Une réduction des primes est-elle envisagée afin d'éviter aux patients de payer des primes pour rien?

Mme Fonck note que l'UGent a été écartée du travail concernant la révision de la nomenclature. Les invités peuvent-ils apporter des éclaircissements à ce sujet?

Concernant le *pay for performance* devant voir le jour à partir de juillet 2023, Mme Fonck se demande si le financement se fera à partir d'une enveloppe à répartir sur plusieurs hôpitaux ou si le financement sera garanti et lié à certains objectifs définis. La dimension sociale sera-t-elle prise en compte?

Mme Fonck demande l'avis du panel concernant la différence entre les hôpitaux universitaires et les hôpitaux publics ou privés. Comment comparer la situation en Belgique et la situation à l'étranger? Qu'en est-il du rôle académique, de l'enseignement et de la recherche suite au projet de réforme du financement?

Mme Laurence Hennuy (Ecolo-Groen) note que le traitement de pathologies chroniques constituera un défi lorsqu'on prévoit un financement via des forfaits *all in*. Dans la pratique, un impact négatif est à craindre en ce qui concerne la complémentarité avec la première ligne. L'intervenante regrette qu'un éventuel meilleur financement des postes de gardes et des médecins généralistes ne soit pas abordé en détail dans la réforme.

De plus, le forfait *all in* ne peut pas tout couvrir. Comment garantir la transparence envers les patients, surtout quand la pathologie n'a pas encore été diagnostiquée avec certitude.

enkele van die hinderpalen. Mevrouw Fonck vindt dat eerst die pijnpunten moeten worden aangepakt alvorens de erkenningen onder druk te zetten in een poging de situatie te verbeteren.

Bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering moeten bepaalde maatregelen onmiddellijk ingaan, terwijl andere voor de lange termijn zijn. Hoe kan een vlotte overgang worden gewaarborgd? Hoe kan op korte termijn in passende financiering worden voorzien? Wordt nagedacht over een meerjarenbegroting voor de ziekenhuisfinanciering, in plaats van op jaarbasis te blijven werken met alle correcties van dien achteraf via het BMF?

Als gevolg van de bevrozing en inkrimping van de honorariumsupplementen zullen de ziekenhuizen minder financiering krijgen, terwijl de verzekeringsondernemingen zullen besparen. Wordt overwogen de premies te verlagen zodat patiënten geen premies voor niets betalen?

Mevrouw Fonck merkt op dat de UGent niet langer betrokken is bij de hervorming van de nomenclatuur. Kunnen de gastsprekers daar verduidelijking over geven?

Inzake de *pay for performance*-regeling die vanaf juli 2023 zou ingaan, vraagt mevrouw Fonck zich af of de financiering zal gebeuren op basis van een over de ziekenhuizen te verdelen enveloppe, dan wel of ze gewaarborgd zal zijn en zal afhangen van welomschreven doelstellingen. Zal met de sociale dimensie rekening worden gehouden?

Mevrouw Fonck wil weten hoe de panelleden aankijken tegen het verschil tussen universitaire ziekenhuizen en openbare of privéziekenhuizen. Hoe kan de Belgische situatie worden vergeleken met die in het buitenland? Welke rol speelt de academische wereld, het onderwijs en het onderzoeksveld in het kader van de hervorming van de financiering?

Mevrouw Laurence Hennuy (Ecolo-Groen) merkt op dat de behandeling van chronische pathologieën een uitdaging zal vormen ingeval voor een financiering met vaste all-inbedragen wordt gekozen. Het valt te vrezen dat zulks in de praktijk een negatieve impact op de complementariteit met de eerstelijnszorg kan hebben. De spreester betreurt dat de hervorming niet uitvoeri-ger ingaat op een eventuele betere financiering van de wachtposten en de huisartsen.

Bovendien kan een all-inforfait niet alle kosten dekken. Hoe kan transparantie jegens de patiënt worden gegarandeerd, vooral wanneer de pathologiediagnose nog niet helemaal zeker is?

Mme Hennuy se demande également en quoi la réforme va améliorer les conditions de travail et augmenter l'attractivité des métiers de soins. La réforme constitue-t-elle une avancée pour un meilleur conventionnement des médecins?

L'intervenante rappelle son soutien au plan de réforme, mais indique dans la foulée que l'ensemble des parties prenantes devront suivre le mouvement pour que ceci soit une réussite.

En ce qui concerne les honoraires des médecins, Mme Hennuy note que la part rétrocédée aux hôpitaux est importante. Quelle est la part financée par les pouvoirs publics et quel pourcentage est à charge des patients?

M. Hervé Rigot (PS) rappelle la faible marge bénéficiaire des hôpitaux en Belgique. Sans l'intervention de l'État en 2020, les pertes auraient été énormes. Il faut donc une réforme qui tienne compte des impacts sur cette marge bénéficiaire.

Les réformes contiennent-elles des mesures d'économies? Ces fonds seront-ils réinjectés dans le financement du milieu hospitalier?

M. Rigot exprime son soutien à la réduction des suppléments d'honoraires, mais note que cette mesure réduirait la marge bénéficiaire. Comment envisager la compensation pour la perte de revenus des hôpitaux?

Lors de la présentation des réformes, la question de la fermeture des maternités a fait surface. Les conséquences négatives sur l'accessibilité sont à craindre. Y-a-t-il eu une réflexion sur le suivi à domicile?

Quant au financement par forfait, comment éviter la sélection des patients plus rentables? Un financement pour des missions sociales sera-t-il prévu?

Qu'en est-il des consultations ou monitorings à distance? La question de la sécurité des données a-t-elle été examinée?

M. Rigot se demande également si une réforme préliminaire des soins extramuraux doit avoir lieu avant de pouvoir s'attaquer au financement de hôpitaux. La réflexion se pose aussi pour les services d'urgence et les soins non programmés.

Comment vont être sélectionnés les hôpitaux pilotes qui fourniront les données utiles pour établir les frais de fonctionnement des actes médicaux. La représentativité est-elle assurée?

Mevrouw Hennuy vraagt zich eveneens af in welke zin de hervorming de werkomstandigheden zal verbeteren en het zorgberoep aantrekkelijker zal maken. Zal de hervorming leiden tot méér geconventioneerde artsen?

De spreekster zegt nogmaals haar steun aan het hervormingsplan toe, maar geeft meteen aan dat alle stakeholders moeten meewerken om het plan te doen slagen.

Wat de artsenhonoraria betreft, stelt mevrouw Hennuy vast dat een aanzienlijk deel terugvloeit naar de ziekenhuizen. Welk deel wordt door de overheid gefinancierd en welk percentage valt ten laste van de patiënten?

De heer Hervé Rigot (PS) wijst op de geringe winstmarge van de Belgische ziekenhuizen. Zonder staatsinterventie in 2020 zouden de verliezen enorm zijn geweest. Elke hervorming dient bijgevolg rekening te houden met de impact op die winstmarge.

Bevatten de hervormingen besparingsmaatregelen? Zullen de uitgespaarde middelen opnieuw in de ziekenhuisfinanciering worden geïnjecteerd?

De heer Rigot schaaft zich achter een vermindering van de honorariumsupplementen, maar merkt op dat de winstmarge erdoor zal krimpen. Hoe zou het inkomstenverlies voor de ziekenhuizen kunnen worden gecompenseerd?

Bij de voorstelling van de hervormingen is de sluiting van de kraamklinieken aan bod gekomen, wat doet vrezen voor een slechtere toegang tot kraamzorg. Is de opvolging aan huis aan bod gekomen in de denkoefening?

Als men voor een financiering via forfaits kiest, dreigen ziekenhuizen zich dan niet vooral te zullen toeleggen op patiënten aan wie het meest te verdienen valt? Zal worden voorzien in financiering voor sociale opdrachten?

Wat met onlineconsultatie en -monitoring? Werd het aspect van de gegevensbeveiliging onderzocht?

Tevens vraagt de heer Rigot zich af of niet eerst de extramurale zorg moet worden hervormd voordat de ziekenhuisfinanciering kan worden aangepakt. Ook voor de spoeddiensten en de niet-geprogrammeerde zorg is een dergelijke denkoefening aan de orde.

Hoe zal de selectie verlopen van de pilootziekenhuizen die de nodige data zullen aanleveren om de werkingskosten van de medische handelingen vast te stellen? Is de representativiteit gewaarborgd?

Concernant le *pay for performance* et le système d'accréditation, M. Rigot note que de nombreux hôpitaux optent pour des systèmes d'accréditation étrangers. Quelle en est la raison?

Enfin, M. Rigot s'enquiert de l'existence d'un planning détaillé pour la mise en œuvre des réformes.

Mme Dominiek Sneppe (VB) pose une série de questions précises.

Le nombre de lits agréés d'hospitalisation fluctue autour des 63 000. D'où vient cette fluctuation constante?

Comment comparer le financement des soins hospitaliers dans notre pays par rapport à d'autres pays? Quels exemple de l'étranger pourrait-on suivre?

Selon le Professeur dr. Lieven Annemans, la Belgique pourrait effectuer près de 4 milliards en gains d'efficacité dans le système de soins de santé. Où se situe ce potentiel d'amélioration selon le panel?

Renvoyer le patient à son domicile et favoriser les cliniques de jour a un impact sur la première ligne. La première ligne est-elle prête pour cette surcharge? A-t-elle été impliquée dans les réflexions concernant la réforme?

L'équivalent de 10 milliards, ou 19 % des dépenses dans les soins de santé viennent de la poche des patients. C'est une proportion énorme comparativement aux pays voisins. Mme Sneppe rappelle l'énorme pression fiscale dans notre pays. Comment justifier ces frais pour les patients?

L'intervenante conclut que la réforme est importante mais qu'il est nécessaire de maintenir la qualité des soins et en assurer l'accessibilité financière pour les patients.

M. Steven Creyelman (VB) note qu'une partie des réformes concernant les frais d'honoraires supplémentaires n'est pas encore entrée en vigueur. Pourquoi, en ce qui concerne les tarifs conventionnés pour les actes ne pouvant avoir lieu que dans l'enceinte des hôpitaux, n'y a-t-il pas encore eu d'avancées? Le blocage est-il d'ordre économique uniquement?

L'intervenant estime que du personnel supplémentaire est requis pour assurer la qualité des soins. Quel est l'impact pour la rentabilité des hôpitaux d'une éventuelle augmentation de personnel?

Inzake de *pay for performance*-regeling en het accreditatiesysteem merkt de heer Rigot op dat veel ziekenhuizen voor buitenlandse accreditatiesystemen opteren. Waarom is dat zo?

Tot slot vraagt de heer Rigot of er voor de uitrol van de hervormingen een gedetailleerd tijdpad bestaat.

Mevrouw Dominiek Sneppe (VB) heeft enkele specifieke vragen.

Het aantal erkende ziekenhuisbedden schommelt steevast rond de 63 000; hoe komt het dat die bedden min of meer stabiel blijven op dat aantal?

Hoe kan de financiering van de Belgische ziekenhuiszorg worden vergeleken met die in andere landen? Welke voorbeelden uit het buitenland verdienen navolging?

Volgens prof. dr. Lieven Annemans zou België in de gezondheidszorg bijna vier miljard efficiëntiewinst kunnen maken. Waar situeert dat verbeteringspotentieel zich volgens de gastsprekers?

De patiënt vroeger uit het ziekenhuis ontslaan en aansturen op dagziekenhuisopname heeft gevolgen voor de eerste lijn. Is die eerste lijn klaar om die bijkomende werklust op te vangen? Werd zij betrokken bij de denkoefening over de hervorming?

Van de gezondheidszorguitgaven komt 19 %, wat overeenstemt met 10 miljard euro, uit de portemonnee van de patiënt. Dat is een enorm percentage in vergelijking met de buurlanden. Mevrouw Sneppe wijst op de enorme belastingdruk in België. Hoe vallen die kosten voor de patiënten te rechtvaardigen?

De spreekster besluit dat het om een belangrijke hervorming gaat, maar dat het nu eenmaal zaak is de zorg kwalitatief hoogstaand en voor de patiënt betaalbaar te houden.

De heer Steven Creyelman (VB) merkt op dat een deel van de hervormingen met betrekking tot de bijkomende honorariakosten nog niet in werking is getreden. Waarom werd nog geen vooruitgang geboekt met betrekking tot de geconventioneerde tarieven voor handelingen die alleen in de ziekenhuizen kunnen worden uitgevoerd? Zijn daar nog andere dan economische verklaringen voor?

Volgens de spreker is extra personeel nodig om de zorgkwaliteit te waarborgen. Wat zou de impact op de ziekenhuisrendabiliteit zijn mocht meer personeel in dienst worden genomen?

La TVA sur les fonctions de soutien est encore d'application. Quel serait l'impact budgétaire si l'on procédait à une exemption de taxation?

M. Daniel Bacquelaine (MR) rappelle les objectifs poursuivis par la réforme. Il faut, tout d'abord, assurer la soutenabilité financière du système de soins au vu du vieillissement de la population. Il faut garantir l'organisation du système en veillant aux conditions de travail des prestataires de soins tout en poursuivant une organisation efficace. Enfin, l'objectif majeur est de sauvegarder l'intérêt du patient et la qualité des soins

Afin de réaliser ces objectifs, il est crucial d'offrir le bon soin au bon endroit. Pour cela il faut améliorer la collaboration entre les hôpitaux.

M. Bacquelaine insiste sur la revalorisation des actes intellectuels en médecine. Le temps passé auprès du patient doit être revalorisé et il faut revoir la communication entre celui-ci et les acteurs du système de soins de santé. Cette dimension n'apparaît pas assez dans la réforme présentée.

Le bon soin au bon endroit implique aussi un rééquilibrage entre l'hôpital de jour et les hospitalisations de longue durée. Cela concerne également les actes chirurgicaux ayant lieu en dehors des structures hospitalières.

Enfin, l'intervenant soutient que pour maintenir des soins de qualité, la réforme de la nomenclature s'impose. La grande différence de revenus en fonction des spécialisations pose problème.

Mme Nathalie Muylle (cd&v) note que la réforme de financement pour les hospitalisations de jour était initialement prévue pour juin 2022. La liste A n'est cependant pas encore mise à jour et la liste B n'est pas en vigueur. Est-il dès-lors judicieux de déjà modifier le système de financement ou le tout doit-il être abordé ensemble? Qu'en est-il du planning?

Le recours aux forfaits dans le financement des hôpitaux implique l'évaluation des exceptions à la standardisation. Qui sera en charge de déterminer les exceptions et selon quels critères?

L'intervenante est d'avis que les autorités doivent être plus dirigistes pour éviter un marchandage sur le dos des patients. L'arrêté royal concernant les soins locorégionaux et suprarégionaux offrira-t-il un cadre suffisant en la matière? Il y a de grandes discussions

De btw op de ondersteunende functies is nog altijd van toepassing. In welke mate zou een belastingvrijstelling een weerslag hebben op het budget?

De heer Daniel Bacquelaine (MR) herinnert aan de doelstellingen van de hervorming. In de eerste plaats is het de bedoeling de gezondheidszorg betaalbaar te houden in het licht van de vergrijzing. Bij de inrichting van de gezondheidszorg moet worden gewaakt over de arbeidsomstandigheden van de zorgverstrekkers en tegelijk moet die organisatie doeltreffend blijven. De belangrijkste doelstelling, ten slotte, is het vrijwaren van het belang van de patiënt en van de zorgkwaliteit.

Om die doelstellingen te verwezenlijken, is het van cruciaal belang dat de juiste zorg op de juiste plaats wordt verstrekt. Daartoe moet de samenwerking tussen de ziekenhuizen worden verbeterd.

De heer Bacquelaine dringt aan op de opwaardering van de intellectuele medische handelingen. De met de patiënt doorgebrachte tijd moet kwaliteitsvoller worden en de communicatie tussen de patiënt en de gezondheidszorgactoren moet worden herzien. Die dimensie komt in de voorgestelde hervorming onvoldoende aan bod.

De juiste zorg op de juiste plek betekent ook dat een nieuw evenwicht moet worden gevonden tussen dagziekenhuis en langdurige opname. Daarbij gaat het ook over de chirurgische handelingen buiten de ziekenhuisvoorzieningen.

Ten slotte is de spreker het ermee eens dat de nomenclatuur moet worden hervormd om de zorgkwaliteit te kunnen behouden. Het grote inkomstenverschil naargelang van het specialisme vormt een probleem.

Mevrouw Nathalie Muylle (cd&v) stelt dat de hervorming van de financiering voor de dagziekenhuisopnames oorspronkelijk gepland was voor juni 2022. Lijst A is echter nog niet bijgewerkt en lijst B is niet van kracht. Is het bijgevolg wel raadzaam het financieringssysteem nu al te wijzigen, of moet het geheel in één keer worden aangepakt? Hoe ziet het tijdspad eruit?

Het gebruik van forfaitaire bedragen bij de ziekenhuisfinanciering betekent dat de uitzonderingen op de standaardregeling moeten worden geëvalueerd. Wie bepaalt de uitzonderingen, en volgens welke criteria?

De spreekster meent dat de overheden dit vraagstuk veel meer moeten aansturen om gemarchandeerd op de kap van de patiënt te voorkomen. Zal het koninklijk besluit betreffende locoregionale en supraregionale zorg op dat vlak een toereikend kader bieden? Binnen de

au sein des réseaux de soins concernant la définition de soins généraux et de soins spécialisés.

Mme Muylle note que les conventions INAMI sont un bon instrument à l'heure actuelle. Mais que faire des programmations? Faut-il revoir cela?

En ce qui concerne le *pay for performance*, Mme Muylle se demande ce qui sera mis en œuvre si la qualité n'est pas au rendez-vous? L'intervenante note, en outre, que les communautés sont responsables de la qualité. Comment dans ce cadre garder une cohérence, vu le financement fédéral?

Mme Muylle met en avant les grandes difficultés de financement qui sont apparues avec le gel des suppléments d'honoraires. Quel est le lien entre les suppléments et les résultats financiers des hôpitaux? Qu'en est-il de l'impact sur le financement des projets non couverts par le financement fédéral ou sur les lits excédentaires?

Avec le recours aux forfaits *all in*, la marge de manœuvre actuelle sera encore réduite. Mme Muylle cite l'exemple du financement des médicaments qui sera inclus dans le forfait. Quel sera l'impact des forfaits sur la rentabilité des hôpitaux?

Mme Muylle conclut en indiquant avoir peu entendu parler de gouvernance. Elle se demande quel est l'avis de l'administration concernant le plaidoyer pour un Conseil Médical paritaire fait par l'ABSym.

Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit) soupçonne que la réforme du financement des hôpitaux ne sera pas achevée d'ici la fin de la législature actuelle. Comment peut-on être certain qu'un prochain gouvernement poursuivra à coup sûr cette réforme?

La réforme peut-elle contribuer à stimuler la médecine intra-muros et à contrecarrer la fuite vers les cliniques privées et vers ce que certains appellent la "médecine des villas"?

La réforme peut-elle également contribuer à freiner l'hémorragie de personnel infirmier, voire à en attirer davantage?

L'intervenante souhaiterait savoir ensuite s'il existe une expertise suffisante au sein du SPF Santé publique et de l'INAMI pour mener à bien la réforme du financement des hôpitaux.

zorgnetwerken bestaat heel wat heisa over de definitie van respectievelijk algemene en gespecialiseerde zorg.

Mevrouw Muylle stelt dat de RIZIV-overeenkomsten momenteel een goed instrument zijn. Wat moet echter gebeuren met de ziekenhuisprogrammaties? Moeten die worden herzien?

Wat de *pay for performance*-regeling betreft, vraagt mevrouw Muylle zich af hoe zal worden ingegrepen als de kwaliteit te wensen overlaat? De spreker merkt bovendien op dat de gemeenschappen verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit. Hoe kan in dat opzicht, mede getit op de federale financiering, de samenhang worden bewaard?

Mevrouw Muylle wijst op de grote financieringsmoeilijkheden die met de bevrozing van de honorariumsupplementen aan het licht gekomen zijn. Wat is het verband tussen de supplementen en de financiële resultaten van de ziekenhuizen? Welke weerslag heeft een en ander op de financiering van projecten die niet worden gedekt door de federale financiering, of op de overtollige bedden?

Door met *all-inforfaits* te werken, zal de huidige manoeuvreerruimte verder worden ingeperkt. Mevrouw Muylle haalt als voorbeeld de geneesmiddelenfinanciering aan, die in het forfait begrepen zal zijn. Welke impact zullen de vaste bedragen op de ziekenhuisrentabiliteit hebben?

Tot besluit geeft mevrouw Muylle aan dat governance amper aan bod gekomen is. Zij vraagt zich af hoe de administratie aankijkt tegen het pleidooi van BVAS voor een paritaire Medische Raad.

Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit) vermoedt dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering niet voltooid zal zijn aan het einde van de huidige legislatuur. Hoe kan men garanderen dat een volgende regering de hervorming zeker zal voortzetten?

Kan de hervorming ertoe bijdragen dat de intramurale geneeskunde gestimuleerd wordt en dat de vlucht naar privéklinieken, de zogenaamde 'villa-geneeskunde' wordt tegengegaan?

Kan de hervorming er bovendien toe bijdragen dat minder verplegend personeel de sector verlaat en zelfs dat er meer verplegend personeel wordt aangetrokken?

Vervolgens wenst de spreker te vernemen of er voldoende expertise aanwezig is binnen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV om de hervorming van de ziekenhuisfinanciering tot een goed einde te brengen.

La réforme du financement des hôpitaux est-elle le moyen le plus approprié de faire en sorte que les hôpitaux, qui connaissent des difficultés à l'heure actuelle, ne voient encore leur situation se détériorer?

Il existe des différences entre les régions, mais aussi entre les types d'hôpitaux. En sera-t-il tenu compte dans la réforme?

Le professeur Kesteloot a présenté les avantages et les inconvénients de deux modèles de financement hospitalier. A-t-elle une préférence pour l'un de ces deux modèles?

L'intervenante se demande ensuite s'il est nécessaire que les hôpitaux travaillent avec un système comptable uniforme, de sorte qu'il soit beaucoup plus simple de comparer leur situation financière.

Le docteur Bejjani a indiqué qu'il y avait encore trop de gaspillage de matériel dans les hôpitaux. Comment pourrait-on remédier à ce problème?

Mme Sophie Rohonyi (DéFI) revient sur la question des honoraires en matière de biologie clinique et d'imagerie médicale, point soulevé par MM. Daubie et Schoonjans. L'objectif de la réforme est de lutter contre l'inflation sensible de certains actes médicaux. Que faut-il entendre par "activité justifiée"? Les intervenants peuvent-ils donner plus d'informations sur le mécanisme de responsabilisation? N'y a-t-il pas un risque d'écarter certains patients qui ont réellement besoin d'imagerie médicale ou d'analyses cliniques?

Les mêmes orateurs ont mentionné le fait qu'il existe des patients qui présentent un risque élevé, pour lesquels on ne travaillerait pas sur une base forfaitaire. Comment déterminer, au début d'une prise en charge, quels patients représentent un "haut risque", sachant qu'une maladie peut évoluer et qu'un patient peut représenter un plus grand risque pour l'hôpital au bout d'un certain temps? Travaillera-t-on sur la base de critères généraux ou plutôt au cas par cas, et qui en décidera? L'INAMI?

S'agissant de la maîtrise des suppléments d'honoraires, la réforme prévoirait un *statu quo* pour les deux années à venir, mais l'accord de gouvernement prévoit une diminution progressive des suppléments d'honoraires. Cette diminution sera-t-elle alors mise en œuvre après la période de *statu quo*? Et cette diminution des suppléments d'honoraires permettra-t-elle d'éviter que des activités soient orientées en dehors des hôpitaux?

M. Michaux a évoqué la nécessité d'investir dans la capacité informatique des hôpitaux, afin de mieux

Is de hervorming van de ziekenhuisfinanciering de meest aangewezen manier om ervoor te zorgen dat de ziekenhuizen, die het momenteel moeilijk hebben, niet verder in de problemen komen?

Tussen regio's, maar ook tussen types ziekenhuizen, zijn er verschillen. Wordt daar rekening mee gehouden bij de hervorming?

Professor Kesteloot stelde de voor- en nadelen van twee modellen van ziekenhuisfinanciering voor. Heeft zij een voorkeur voor één van de twee modellen?

Verder vraagt de spreekster zich af of het nodig is dat de ziekenhuizen met een uniform boekhoudkundig systeem gaan werken, zodat het veel eenvoudiger wordt om de financiële situatie van ziekenhuizen te vergelijken.

Dokter Bejjani gaf aan dat er nog te veel verspilling van materiaal is in ziekenhuizen. Hoe kan dit worden aangepakt?

Mevrouw Sophie Rohonyi (DéFI) komt terug op de erelonen inzake klinische biologie en medische beeldvorming, een punt dat werd aangehaald door de heren Daubie en Schoonjans. Het is de bedoeling om met de hervorming de sterke toename van bepaalde medische handelingen tegen te gaan. Wat moet men verstaan onder "gerechtvaardigde activiteit"? Kunnen de sprekers meer informatie geven over het responsabiliseringsmechanisme? Loopt men geen risico dat men patiënten gaat uitsluiten die de medische beeldvorming of klinische analyses echt nodig hebben?

Dezelfde sprekers hadden het over "patiënten met hoog risico", waarbij men niet met forfaitaire bedragen zal werken. Hoe kan men aan het begin van een traject bepalen wie zo'n "hoogrisicopatiënt" is, als men weet dat een ziekte kan evolueren en een patiënt na verloop van tijd een groter risico kan gaan betekenen voor het ziekenhuis? Zal men op basis van algemene criteria werken of eerder geval per geval? Door wie wordt dit bepaald? Is dat een taak voor het RIZIV?

Met betrekking tot de beheersing van ereloonsupplementen zou er de volgende twee jaren een status quo of standstill worden behouden, maar het Regeerakkoord voorziet een progressieve verlaging van de ereloonsupplementen. Zal die verlaging dan worden voorzien na de standstillperiode? En zal die verlaging van de ereloonsupplementen kunnen voorkomen dat er activiteiten buiten de ziekenhuizen worden opgezet?

De heer Michaux sprak over de noodzaak om te investeren in de IT-capaciteit van de ziekenhuizen zodat

les armer contre les cyberattaques. Que manque-t-il aujourd'hui pour mieux faire face à des attaques de cette nature? Un travail de monitoring a-t-il déjà été réalisé pour identifier les besoins informatiques?

Mme Kesteloot a souligné l'importance d'une plus grande coopération entre les hôpitaux, tout en soulignant aussi l'existence d'abus au sein de certains réseaux hospitaliers. L'oratrice pourrait-elle fournir plus d'explications à ce sujet? Sous quelle forme ces abus se présentent-ils?

Le docteur Bejjani a plaidé pour une augmentation des interventions chirurgicales en hôpital de jour, ce qui permettrait aux hôpitaux de réaliser des économies substantielles. Dans ce cas, les patients ne seront-ils pas exposés à un risque accru de réadmission à l'hôpital ou de complications? Des chiffres sur les effets secondaires potentiels provenant de pays où les actes chirurgicaux en hôpital de jour sont plus fréquents sont-ils disponibles?

L'intervenante partage la préoccupation du docteur Bejjani sur la quantité excessive de déchets hospitaliers. La réduction de la quantité de ces déchets devra-t-elle nécessairement passer par une réduction du nombre d'actes médicaux? Ne pourrait-on pas, par exemple, lancer des initiatives pour réduire la portion de déchets hospitaliers spécifiques? Ou renforcer la décontamination des déchets, qui pourraient alors être réutilisés? Le plan de réforme comprend-t-il des mesures qui permettront de réaliser des économies dans ce domaine?

C. Réponses des orateurs et questions complémentaires

Mme Katrien Kesteloot (KU Leuven) indique que les hôpitaux pilotes du projet de révision de la nomenclature n'ont pas encore été sélectionnés. L'objectif est de lancer, en juillet 2022, sous réserve de l'accord du Comité de l'assurance, un appel à tous les hôpitaux susceptibles de se porter candidat. La représentativité des hôpitaux constituera un élément important à cet égard, mais la capacité des hôpitaux sélectionnés à fournir les données nécessaires à court terme pour que des analyses de qualité puissent être effectuées le sera encore plus. Les hôpitaux utilisent déjà aujourd'hui un plan comptable minimum normalisé, mais des différences persistent encore entre leurs systèmes respectifs. Cela prendrait trop de temps de commencer par instaurer un système comptable uniforme, puis seulement de procéder à des analyses. C'est pourquoi il a été choisi de sélectionner à court terme plusieurs hôpitaux représentatifs.

L'oratrice aborde la question des abus commis au sein des réseaux. Elle indique que certains réseaux destinés à mieux organiser les soins locorégionaux sont utilisés

zij beter gewapend zullen zijn tegen cyberaanvallen. Wat ontbreekt er momenteel om beter bestand te zijn tegen aanvallen? Is er reeds een monitoring gebeurd om de IT-noden te identificeren?

Mevrouw Kesteloot benadrukte het belang van meer samenwerking tussen ziekenhuizen, maar wees ook op misbruiken binnen bepaalde ziekenhuisnetwerken. Kan zij daar meer over vertellen? Op welke manier wordt er misbruik gemaakt van de netwerkvorming?

Dokter Bejjani pleitte ervoor om meer chirurgische ingrepen in het dagziekenhuis te laten uitvoeren. Dat zou aanzienlijke besparingen kunnen opleveren voor de ziekenhuizen. Lopen patiënten echter geen groter risico op heropname in het ziekenhuis of op complicaties? Bestaan er cijfers over de mogelijke neveneffecten uit landen waar chirurgie in het dagziekenhuis frequenter voorkomt?

De spreker deelt de bezorgdheid van dokter Bejjani over het teveel aan ziekenhuisafval. Kan het afval enkel worden beperkt door de medische handelingen te beperken? Kunnen er bijvoorbeeld initiatieven worden opgezet om het aandeel van het specifiek ziekenhuisafval te verkleinen? Of kan er meer worden ingezet op decontaminatie van afval dat dan hergebruikt kan worden? Zijn er in het hervormingsplan maatregelen opgenomen om op dit vlak besparingen te bekomen?

C. Antwoorden van de sprekers en bijkomende vragen

Mevrouw Katrien Kesteloot (KU Leuven) geeft aan dat de pilootziekenhuizen voor het project "herijking nomenclatuur" nog niet zijn geselecteerd. Het is de bedoeling om na akkoord van het Verzekeringscomité in juli 2022 een oproep te lanceren naar alle ziekenhuizen die zich kandidaat kunnen stellen. Representativiteit van de ziekenhuizen is daarbij van belang, maar het is nog belangrijker dat de geselecteerde ziekenhuizen op korte termijn de vereiste data kunnen aanleveren, zodat er goede analyses kunnen worden gemaakt. De ziekenhuizen werken nu reeds met een minimaal genormaliseerd rekeningstelsel, maar er zijn nog steeds verschillen tussen hun systemen. Het zou te lang duren om eerst een eenvormig boekhoudingsstelsel in te voeren en dan pas analyses te maken. Daarom werd er voor gekozen om op korte termijn een aantal representatieve ziekenhuizen te selecteren.

De spreker gaat in op de vraag over misbruiken binnen de netwerken. Zij geeft aan dat in sommige netwerken die bedoeld zijn om de locoregionale zorg

pour attirer encore davantage de soins suprarégionaux en leur sein. Ces soins sont alors proposés à de trop nombreux endroits et à trop peu de patients, alors que les moyens sont limités.

Les paramètres de qualité pour les soins suprarégionaux et pour les conventions INAMI constituent un point d'attention important. Pour les conventions existantes, comme celles établies pour les opérations chirurgicales du pancréas et de l'œsophage, les paramètres de résultats ont effectivement été élaborés en concertation avec les experts, pour pouvoir obtenir des chiffres comparables auprès des différents hôpitaux.

L'oratrice précise ensuite que la réforme du ministre de la Santé publique ne vise pas à réaliser des économies. En revanche, la réforme a pour objectif d'améliorer l'affectation des moyens disponibles, afin de contribuer davantage à la santé publique. Les moyens pouvant être économisés dans un domaine seront dès lors réinvestis dans un autre domaine.

Le système actuel contient sans aucun doute des exemples de gaspillage. Il est toutefois difficile d'exprimer ce gaspillage en chiffres. Il n'est pas non plus toujours possible d'évaluer le caractère nécessaire ou superflu de certains actes médicaux pour un patient. En outre, il convient de continuer à veiller à ce que le système de santé belge reste accessible pour le patient.

Plusieurs membres ont posé des questions à propos de la première ligne. Ce thème dépasse le cadre de la note du ministre. Par ailleurs, le ministre prévoit encore d'autres projets de réforme, notamment pour la première ligne.

L'oratrice reconnaît qu'il est nécessaire de coopérer avec les entités fédérées.

Un étalonnage international du financement des hôpitaux universitaires a été demandé. Il ressort clairement des études menées à ce sujet que les hôpitaux universitaires belges bénéficient de financements supplémentaires moindres que les hôpitaux universitaires étrangers.

L'objectif est assurément de vérifier, dans le cadre du projet de réajustement de la nomenclature, quelles sont les prestations intellectuelles sous-évaluées qui doivent dès lors être revalorisées. Si de nouvelles prestations doivent être honorées, il convient de suivre le parcours classique, en passant par Conseil technique médical et Medicomut, avant d'inscrire les prestations dans la nomenclature.

beter te organiseren, het netwerk wordt gebruikt om nog meer supraregionale zorg binnen het netwerk te halen. Die zorg wordt dan op te veel plaatsen aangeboden, aan te weinig patiënten, terwijl de middelen beperkt zijn.

De kwaliteitsparameters voor supraregionale zorg en voor de RIZIV-conventies vormen een belangrijk aandachtspunt. Voor de nu reeds bestaande conventies, zoals voor pancreas- en slokdarmchirurgie, werden de outcome-parameters wel degelijk in overleg met de experts uitgewerkt, om het mogelijk te maken om bij de verschillende ziekenhuizen vergelijkbare cijfers te krijgen.

Vervolgens preciseert de spreekster dat het doel van de hervorming van de minister van Volksgezondheid niet is om te besparen. Wel is het de bedoeling de beschikbare middelen op een betere manier te besteden, die meer kan bijdragen aan de volksgezondheid. Middelen die op een bepaalde post bespaard kunnen worden, zullen dan ook geherinvesteerd worden op een andere post.

Er zijn ongetwijfeld voorbeelden van verspilling in het systeem te vinden. Het is echter moeilijk om dit in cijfers uit te drukken. Het is ook niet altijd in te schatten of bepaalde medische handelingen voor een patiënt noodzakelijk dan wel overbodig zijn. Daarnaast moet men er ook over blijven waken dat het gezondheidsstelsel in ons land toegankelijk blijft voor de patiënt.

Verschillende leden stelden vragen met betrekking tot de eerste lijn. Dit onderwerp ligt buiten de scope van de nota van de minister. De minister heeft overigens nog andere hervormingsplannen, onder andere voor de eerste lijn.

De spreekster beaamt dat er nood aan samenwerking met de deelstaten is.

Er werd gevraagd naar een internationale benchmarking van de financiering van de universitaire ziekenhuizen. Studies die hierover zijn uitgevoerd, tonen duidelijk aan dat de universitaire ziekenhuizen in België minder extra financiering ontvangen dan buitenlandse universitaire ziekenhuizen.

Het is zeker de bedoeling dat in het kader van het project rond de herijking van de nomenclatuur wordt nagegaan welke intellectuele prestaties ondergewaardeerd worden en dus geherwaardeerd moeten worden. Als er nieuwe prestaties moeten worden gehonoreerd, moet het klassieke traject, via de Technisch-medische raad en Medicomut worden gevolgd, vooraleer de prestaties in de nomenclatuur opgenomen worden.

L'incidence budgétaire de l'exemption de la TVA est actuellement encore difficile à évaluer.

Il est en effet important que l'arrêté royal relatif aux soins locorégionaux et suprarégionaux soit pris. Or, il convient d'abord d'identifier quelles missions relèveront du niveau locorégional et quelles missions relèveront du niveau suprarégional.

Mme Muylle a bien indiqué que les conventions INAMI et la programmation sont les instruments permettant aux pouvoirs publics d'orienter l'offre de soins. L'intervenante convient que la programmation fédérale devrait également être traduite en sous-quotas au niveau des entités fédérées.

La question a été posée de savoir si l'oratrice opérerait pour le système du montant fixe par patient ou pour le système de la répartition. Du point de vue des hôpitaux, il est plus facile d'appliquer un montant fixe par hospitalisation dès lors que l'on sait alors clairement quel financement l'hôpital recevra. En revanche, pour les autorités publiques, il est plus facile de travailler avec un budget fermé. Un compromis pourra probablement être trouvé. Pour les hôpitaux, il importe surtout d'avoir des garanties à propos de leur budget.

M. Mickaël Daubie (INAMI) donne davantage d'informations sur les objectifs de la réforme. On sait que l'actuel système de financement des hôpitaux est complexe. Un premier objectif consiste dès lors à rendre le système plus simple et plus transparent.

Un deuxième objectif est de rendre le financement plus efficace. Comme la professeure Kesteloot l'a déjà indiqué, il ne s'agit pas de faire des économies mais de mieux affecter les moyens. Cette efficacité sera atteinte au travers de différentes mesures. Une première mesure visant à accroître l'efficacité est la constitution de réseaux. En outre, l'hospitalisation de jour sera davantage encouragée, ce qui permettra de libérer un plus grand nombre de lits et donc également d'augmenter la disponibilité du personnel. Enfin, on s'attend aussi à ce que la numérisation contribue à améliorer l'efficacité.

Des questions ont également été posées à propos de l'impact de la réforme sur la première ligne. L'INAMI établit le lien entre la réforme des hôpitaux et la première ligne dans les projets relatifs aux soins intégrés, auxquels des organisations de la première ligne sont associées.

Les membres ont exprimé leur préoccupation à propos des patients atypiques qui risqueraient de rester sur la touche dans le cadre d'un système *all-in*. L'orateur estime qu'il n'y a pas de raisons particulières de s'inquiéter car il existe aujourd'hui déjà plusieurs forfaits qui ne peuvent

Momenteel is het nog moeilijk om de budgettaire impact van de BTW-vrijstelling in te schatten.

Het is inderdaad belangrijk dat het koninklijk besluit met betrekking tot de locoregionale en supraregionale zorg er komt. Eerst moet er echter geïdentificeerd worden welke opdrachten onder het locoregionale en welke onder het supraregionale niveau zullen vallen.

Mevrouw Muylle heeft correct aangegeven dat RIZIV-conventies en programmatie de instrumenten zijn waarmee de overheid het zorgaanbod kan sturen. De spreker is het ermee eens dat federale programmatie best ook vertaald zou worden naar subquota op het niveau van de deelstaten.

Er werd gevraagd of de spreker zou kiezen voor het systeem van het vaste bedrag per patiënt of het verdeelsysteem. Vanuit het standpunt van de ziekenhuizen is het gemakkelijker om te werken met een vast bedrag per opname, omdat men dan duidelijk weet welke financiering het ziekenhuis zal krijgen. Voor de overheid is het dan weer gemakkelijker om met een gesloten budget te werken. Waarschijnlijk kan er een compromis worden gevonden. Voor de ziekenhuizen is het vooral belangrijk dat ze zekerheid hebben over hun budget.

De heer Mickaël Daubie (RIZIV) geeft meer uitleg over de doelstellingen van de hervorming. Dat het huidige financieringssysteem voor de ziekenhuizen complex is, is geweten. Een eerste doelstelling is dan ook om het systeem eenvoudiger en transparanter te maken.

Een tweede doelstelling is om de financiering efficiënter te maken. Zoals professor Kesteloot reeds aangaf, is er geen sprake van besparingen, maar zullen de middelen op een betere manier worden ingezet. Die efficiëntie zal via verschillende wegen worden bereikt. Een eerste maatregel die tot meer efficiëntie moet leiden, is de netwerkvorming. Daarnaast zal daghospitalisatie meer worden aangemoedigd. Dat zal het immers mogelijk maken om meer ziekenhuisbedden vrij te maken, en dus ook meer personeel. Tot slot verwacht men ook via digitalisatie efficiëntiewinsten te boeken.

Er werd gevraagd naar de impact van de hervorming op de eerste lijn. Het RIZIV maakt de link tussen de ziekenhuishervorming en de eerste lijn in de projecten rond geïntegreerde zorg. Bij die projecten zitten organisaties uit de eerste lijn mee aan tafel.

De leden hebben hun bezorgdheid geuit over de "atypische" patiënten die bij een *all-in*-systeem uit de boot zouden dreigen te vallen. De spreker meent dat er geen grote redenen tot bezorgdheid zijn, want er bestaan nu reeds verschillende forfaits die niet kunnen toegepast

pas être appliqués aux patients atypiques, comme le forfait pour les médicaments.

En théorie, un risque de sélection des patients existe toujours. En pratique, on ne constate toutefois pas de sélection, alors qu'une série de forfaits, comme celui pour les médicaments, existent depuis déjà quelque temps. Il convient cependant de rester attentif.

L'objectif est effectivement de fixer des suppléments nominaux exprimés soit sous la forme d'un pourcentage, soit sous la forme d'un montant.

Une période de transition est-elle prévue pour permettre aux hôpitaux d'absorber le choc? L'objectif n'est certainement pas d'instaurer un nouveau système du jour au lendemain. En effet, bien que la réforme n'entraîne pas de coût supplémentaire sur le plan macroéconomique, le choc peut être grand pour les hôpitaux. Les hôpitaux auront la possibilité d'anticiper l'instauration du nouveau système. Comme d'habitude, l'administration fournira en outre à chaque hôpital des modélisations basées de ses propres données, afin que l'hôpital puisse avoir une idée précise de l'impact que le financement aura sur son propre système.

M. Koen Schoonjans (SPF Santé publique) souhaite également souligner que des économies ne sont pas prévues mais bien une rationalisation de l'offre. Cette rationalisation doit notamment permettre de travailler plus efficacement au sein des réseaux et, partant, d'améliorer également les conditions de travail du personnel.

L'orateur rappelle que pendant la période COVID-19, des moyens financiers supplémentaires considérables ont été investis dans le BMF. Ce financement sera poursuivi de façon structurelle après la période COVID-19. L'on espère que le problème du sous-financement pourra ainsi être partiellement résolu et qu'il faudra moins de rétrocessions d'honoraires pour que les hôpitaux puissent fonctionner. L'orateur espère qu'à terme, des réserves pourront même être constituées, de manière à accroître un tant soit peu la marge de manœuvre des hôpitaux.

L'orateur estime que les administrations disposent de suffisamment d'expertise pour mener à bien la réforme du financement des hôpitaux.

En ce qui concerne le *pay for performance* (rémunération au rendement), il n'existe pas encore de plans concrets. Une équipe constituée au sein du Conseil fédéral des établissements hospitaliers s'est toutefois attelée à la réalisation d'un inventaire des initiatives déjà mises en œuvre en matière de *pay for performance* au cours des

worden bij atypische patiënten. Zo is het geneesmiddelenforfait niet van toepassing op deze patiënten.

In theorie bestaat er altijd een risico op selectie van patiënten. In de praktijk ziet men dat echter niet terug, terwijl er reeds geruime tijd een aantal forfaits bestaan, zoals het geneesmiddelenforfait. Het is wel nodig om waakzaam te blijven.

Het is effectief de bedoeling om nominale supplementen vast te leggen, hetzij uitgedrukt in een percentage, hetzij uitgedrukt in een bedrag.

Wordt er een overgangsperiode voorzien om de schok voor de ziekenhuizen op te vangen? Het is zeker niet de bedoeling om van de ene op de andere dag een nieuw systeem in te voeren. Want hoewel de hervorming op macro-economisch vlak geen bijkomende kost heeft, kan de schok voor individuele ziekenhuizen groot zijn. Aan de ziekenhuizen wordt de mogelijkheid gegeven om te anticiperen op de invoering van het nieuwe systeem. Zoals dat de gewoonte is, zal de administratie elk ziekenhuis bovendien modelleringen bezorgen op basis van zijn eigen gegevens, zodat elk ziekenhuis duidelijk kan zien welke impact de financiering op het eigen systeem zal hebben.

De heer Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid) wenst eveneens te benadrukken dat er geen besparing op het programma staat, maar een rationalisatie van het aanbod. Die rationalisatie moet er onder meer voor zorgen dat er efficiënter wordt gewerkt binnen de netwerken, en dat de arbeidsomstandigheden van het personeel dus ook verbeteren.

De spreker herinnert eraan dat er tijdens de COVID-periode zeer veel extra geld in het BMF is geïnvesteerd. Deze financiering zal ook structureel verder worden gezet na de COVID-periode. Men hoopt dat hierdoor de onderfinanciering voor een deel kan worden opgelost, zodat er minder afdrachten van honoraria nodig zullen zijn om de ziekenhuizen te laten draaien. De spreker hoopt dat er op termijn zelfs een buffer opgebouwd kan worden, waardoor de ziekenhuizen toch wat meer ademruimte zullen hebben.

De spreker meent dat er voldoende expertise aanwezig is binnen de administraties om de hervorming van de ziekenhuisfinanciering tot een goed einde te brengen.

Voor *Pay for performance* zijn de plannen nog niet concreet. Wel is een team binnen de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen begonnen aan een inventaris van wat er de laatste vijf jaar reeds rond *Pay for performance* gebeurd is en van wat de pijnpunten zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld ziekenhuizen die het accreditatiesysteem

cinq dernières années ainsi que des problèmes qui se posent. C'est ainsi que certains hôpitaux abandonnent le système de l'accréditation, alors que l'accréditation est précisément un des paramètres pour le financement du *pay for performance*. Il convient d'apporter une solution à ce problème.

L'orateur souhaite ensuite dissiper un malentendu en ce qui concerne les listes A et B en matière d'hospitalisation de jour. Le recours à la liste B n'a pas pour but de renvoyer des patients vers la première ligne. Il s'agit en fait de faire en sorte que des patients traités indûment dans le cadre d'une hospitalisation classique soient à l'avenir admis en hôpital de jour. L'orateur précise par ailleurs que la liste A devait être révisée d'urgence. En effet, des prestations qui ne sont plus exécutées y figuraient encore, tandis que de nombreuses autres prestations en étaient absentes, de sorte que les hôpitaux ne pouvaient bénéficier d'aucun financement pour leur exécution. En ce qui concerne le calendrier, l'orateur peut déjà indiquer que l'enregistrement des données des hôpitaux débutera en 2023 et que les premiers effets budgétaires de la réforme de l'hôpital de jour ne se feront sentir qu'à partir de 2025.

En réponse à un membre, qui demandait pourquoi le nombre de lits agréés varie si souvent, l'orateur précise que les lits agréés sont attribués par hôpital. Le SPF Santé reçoit tous les mois des demandes d'agrément ou de reconversion émanant des hôpitaux. Il existe toutefois, depuis des années, un moratoire sur le nombre de lits agréés, ce qui veut dire que les créations doivent être compensées par des suppressions. Et ce moratoire pose problème, étant donné que dans certains secteurs, tels que la revalidation et la pédopsychiatrie, le nombre de lits doit être revu à la hausse. Il est à espérer que la réforme du financement des hôpitaux permettra de résoudre ce problème.

Il est difficile de comparer le système hospitalier belge avec celui qui prévaut dans d'autres pays. Le SPF Santé et le KCE s'y sont essayés à plusieurs reprises au cours de la législature précédente, mais ils ont dû constater que le système belge est assez unique. C'est ainsi que le BMF est un instrument qui n'existe pas vraiment dans d'autres pays. En Belgique, il faut par ailleurs maintenir constamment un équilibre entre le BMF et la rétrocession d'honoraires. Si l'on ajoutait à cette architecture des instruments utilisés dans d'autres pays, on augmenterait encore sa complexité.

M. Bernard Michaux (Belfius) rappelle que le système de financement des hôpitaux est sans doute le plus complexe qui soit.

verlaten, terwijl accreditatie één van de parameters is voor de *Pay for performance*-financiering. Er moet bekeken worden hoe dat kan worden opgelost.

Vervolgens wenst de spreker een misverstand over de lijsten A en B van het dagziekenhuis op te helderen. Het gebruik van de lijst B dient niet om patiënten door te sturen naar de eerste lijn. Het is de bedoeling om patiënten die onterecht een klassiek verblijf doormaken, in het dagziekenhuis te krijgen. De spreker verduidelijkt bovendien dat de lijst A dringend aan herziening toe was. Er stonden nog prestaties op die niet meer uitgevoerd worden en er ontbraken ook vele prestaties, waardoor ziekenhuizen niet gefinancierd konden worden voor die prestaties. Qua timing kan de spreker meegeven dat de registratie van gegevens van de ziekenhuizen zal aanvatten in 2023, en dat de eerste budgettaire effecten van de hervorming van het dagziekenhuis pas in 2025 merkbaar zullen zijn.

Een lid vroeg waarom het aantal erkende bedden zo vaak verandert. De spreker verduidelijkt dat erkende bedden per ziekenhuis worden toegekend. Elke maand krijgt de FOD Gezondheid aanvragen van ziekenhuizen om bedden te erkennen of te reconverteren. Wel is het zo dat er al jaren een moratorium is op het aantal erkende bedden. Er mogen er geen bijkomen zonder dat er andere verdwijnen. Dat is problematisch want in bepaalde sectoren, zoals de revalidatie en de kinderpsychiatrie, moet het aantal bedden opgetrokken worden. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering zal hopelijk een oplossing voor dit probleem bieden.

Het is moeilijk om het Belgische ziekenhuissysteem te vergelijken met dat van andere landen. Tijdens de vorige legislatuur hebben de FOD Gezondheid en het KCE daartoe pogingen gedaan, maar ze hebben moeten vaststellen dat het Belgische systeem vrij uniek is. Het BFM is bijvoorbeeld een instrument dat in andere landen niet echt voorkomt. Ook moet men in België steeds het evenwicht bewaren tussen het BFM en de afdracht van honoraria. Indien men dan instrumenten uit andere landen toevoegt aan die mix, vergroot men de complexiteit nog.

De heer Bernard Michaux (Belfius) herinnert eraan dat de ziekenhuisfinanciering zowat het meest complexe financieringssysteem is dat bestaat.

En investissant dans les hôpitaux, les banques prennent un engagement sur le long terme. Pour que cet engagement soit un succès, la transparence concernant les activités de l'hôpital et la stabilité sont essentiels. Il convient de limiter les incertitudes et les risques autant que possible. La réforme annoncée du financement des hôpitaux crée de l'incertitude.

Plusieurs membres ont demandé pourquoi Belfius – une banque – a réalisé l'étude MAHA. L'orateur indique que l'engagement du secteur bancaire dans les hôpitaux s'élève à près de 7 milliards d'euros. Avec son étude MAHA, Belfius entend réaliser une analyse des risques. L'étude vise, au niveau macroéconomique, à donner un aperçu clair de ce que représente le secteur hospitalier. Au niveau microéconomique, l'étude répond à la demande des hôpitaux de recevoir des informations à propos des autres hôpitaux et à propos de leur position dans le paysage hospitalier. Cette étude est dès lors utile pour le secteur bancaire comme pour le secteur des hôpitaux.

Il existe de grandes différences entre les hôpitaux en termes de santé financière. M. Michaux évoque une série d'éléments ayant un impact sur la santé financière d'un hôpital.

D'abord, le taux d'activité de l'hôpital aura une incidence sur sa santé financière. Des facteurs liés à l'organisation ont également un impact. Par ailleurs, le fait de disposer de membres du personnel statutaires a des conséquences sur la santé financière d'un hôpital.

Des différences régionales sont en outre constatées au sein du paysage hospitalier. Certains établissements hospitaliers sont ainsi répartis sur plusieurs sites. Un autre facteur est la manière dont les hôpitaux traitent les suppléments d'honoraires. Les rétrocessions des honoraires varient en effet d'un hôpital à l'autre.

Pour avancer dans la bonne direction, tout hôpital a besoin de discipline, d'un bon reporting et d'une bonne capacité de réaction.

Les investissements réalisés dans les outils informatiques sont colossaux. Ces investissements sont d'abord nécessaires pour garantir la sécurité et la protection des données. En outre, la médecine évolue et une numérisation croissante est nécessaire pour pouvoir utiliser des applications, développer la télémédecine et échanger des données.

Le message principal que le secteur bancaire souhaite faire passer à propos de la réforme du financement des hôpitaux est que les banques ont besoin de stabilité. Repartir d'une page blanche ne serait pas une bonne

Met de investering in de ziekenhuizen gaan banken een langetermijn-engagement aan. De elementen die dat tot een succes kunnen maken zijn transparantie over de activiteit van het ziekenhuis en stabiliteit. Onzekerheden en risico's moeten zoveel mogelijk worden beperkt. De aangekondigde hervorming van de ziekenhuisfinanciering creëert onzekerheid.

Verschillende leden vroegen waarom Belfius – een bank – de MAHA-studie heeft uitgevoerd. De spreker legt uit dat het engagement van de bankensector naar de ziekenhuizen toe ongeveer 7 miljard euro bedraagt. Met de MAHA-studie beoogt Belfius een risicoanalyse uit te voeren. Vanuit macro-economisch perspectief tracht de studie een duidelijk overzicht te geven van wat de ziekenhuissector inhoudt. Op het micro-economische niveau beantwoordt de studie aan de vraag van de ziekenhuizen zelf om informatie te krijgen over de andere ziekenhuizen en over de eigen positie van het ziekenhuis binnen het landschap. De studie is dus zowel nuttig voor de bankensector, als voor de ziekenhuissector.

Tussen de ziekenhuizen zijn er grote verschillen wat hun financiële gezondheid betreft. De heer Michaux haalt een reeks elementen aan die een impact hebben op de financiële gezondheid van een ziekenhuis.

In de eerste plaats zal de activiteitsgraad van het ziekenhuis een impact hebben. Daarnaast zijn er factoren die te maken hebben met de organisatie. Ook het werken met statutaire personeelsleden heeft een impact op de financiële toestand van een ziekenhuis.

Vervolgens zijn er regionale verschillen binnen het ziekenhuislandschap. Zo zijn sommige ziekenhuisinstellingen verspreid over verschillende sites. Dan is er de manier waarop het ziekenhuis omgaat met zijn ereloon-supplementen. De afdrachten van de honoraria verschillen immers van ziekenhuis tot ziekenhuis.

Om in een gunstige richting te evolueren heeft elk ziekenhuis discipline, een goede reporting en een goed reactievermogen nodig.

De investeringen die in IT worden gedaan zijn kolossaal. In de eerste plaats is dat nodig om de veiligheid en bescherming van gegevens te garanderen. Daarnaast evolueert de geneeskunde en is er steeds meer informatisering nodig op het vlak van apps, telegeneeskunde en het uitwisselen van gegevens.

De belangrijkste boodschap die de bankensector kan meegeven met betrekking tot de hervorming van de ziekenhuisfinanciering is dat banken nood hebben aan stabiliteit. Het is geen goed idee om vanaf nul te

idée. Un big bang ne ferait qu'entraîner le chaos dans les institutions bancaires. Les banques ont besoin d'un délai d'environ cinq ans pour s'adapter, ajuster leurs modèles et continuer en parallèle à accompagner les hôpitaux. La préparation, l'anticipation et la continuité sont les mots clés.

Dès lors que deux tiers des hôpitaux ont une mauvaise santé financière, il convient en outre de veiller à ne pas engendrer de risque systémique.

Enfin, l'orateur rappelle que le financement des hôpitaux relève de la compétence de l'autorité fédérale, mais que les infrastructures relèvent de la compétence des Régions. Il convient de ne pas oublier que les décisions prises au niveau fédéral ont une incidence sur les entités fédérées. Si l'autorité fédérale décide, par exemple, de miser davantage sur l'hospitalisation de jour, il conviendra donc aussi de prévoir le type d'infrastructures adéquates nécessaire à cette fin.

M. Gilbert Bejjani (ABSyM) souscrit aux propos de la professeure Kesteloot et de M. Daublie, qui ont indiqué qu'il conviendrait de tendre vers une allocation plus efficiente des moyens, et pas vers une augmentation sans cesse croissante des investissements dans les soins. Plusieurs parties prenantes demandent plus de moyens, mais M. Bejjani constate que des investissements colossaux ont déjà été réalisés dans le secteur des soins de santé sous la présente législature (norme de croissance, norme IF-IC, Fonds Blouses blanches, etc.). Il est donc nécessaire de faire mieux avec les moyens disponibles aujourd'hui: il faut réduire la charge de travail du personnel de soins et revaloriser leurs fonctions, tout en veillant à la continuité du fonctionnement du système de soins.

La réforme du financement des hôpitaux est un chantier colossal. Pour le mener à bien, il sera crucial de créer un climat de confiance entre les différents acteurs. L'orateur espère donc que les établissements de soins pourront conserver, dans un avenir proche, leur financement actuel, même s'ils changent d'activités.

Il serait effectivement judicieux de prévoir des cadres administratifs de qualité pour les hôpitaux. Il faut mettre fin au bras de fer entre les médecins et les établissements qui les emploient. Des structures reposant sur la bonne gouvernance pourraient constituer une solution à cet égard.

L'orateur poursuit en nuanciant l'incidence des suppléments d'honoraires sur la facture du patient. En effet, ces suppléments sont devenus aujourd'hui plutôt symboliques et ne constituent pas un volet majeur de

beginnen. Een "big bang", zal enkel chaos veroorzaken bij de instellingen. De banken hebben ongeveer vijf jaar voorbereidingstijd nodig om zich aan te passen en om hun modellen bij te stellen en tegelijk de ziekenhuizen te kunnen blijven begeleiden. Voorbereiding, anticiperen en continuïteit zijn sleutelwoorden.

Gezien 2/3 van de ziekenhuizen een slechte financiële gezondheid hebben, moet men bovendien zeer aandachtig zijn voor een systeemrisico.

Tot slot herinnert de spreker eraan dat de financiering van de ziekenhuizen federaal wordt beslist, maar dat de infrastructuur de bevoegdheid is van de deelstaten. Men mag niet uit het oog verliezen dat beslissingen die op federaal niveau genomen worden een impact hebben op deelstaatniveau. Als de federale overheid bijvoorbeeld beslist om meer in te zetten op daghospitalisatie, dan zal daar ook het juiste type infrastructuur voor nodig zijn.

De heer Gilbert Bejjani (BVAS) sluit zich aan bij professor Kesteloot en de heer Daubie, die hebben gesteld dat men moet streven naar een efficiëntere besteding van middelen en niet naar steeds meer investeringen in de zorg. Verschillende belanghebbenden vragen om meer geld, maar de heer Bejjani stelt vast dat er deze legislatuur reeds zeer grote investeringen in de zorg zijn gedaan (groeinorm, IFIC, Zorgpersoneelfonds enzovoort). Het is dus nodig om met de vandaag beschikbare middelen beter te doen: men moet het zorgpersoneel ontlasten en herwaarderen, en ervoor zorgen dat het systeem kan blijven draaien.

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering is een omvangrijke werf. Om dit tot een goed einde te brengen is vertrouwen tussen de verschillende actoren van zeer groot belang. De spreker hoopt dan ook dat de instellingen in de nabije toekomst hun huidige financiering kunnen behouden, ook al maken ze de shift naar andere activiteiten.

Het is inderdaad een goed idee om meer in te zetten op goede bestuurlijke kaders voor de ziekenhuizen. Er moet komaf worden gemaakt met het getouwtrek tussen artsen en de instellingen waar ze werken. Goede governance-structuren kunnen hiertoe een oplossing bieden.

Voorts nuanceert de spreker de impact van de ere-loonsupplementen op de factuur van de patiënt. De supplementen zijn eerder symbolisch geworden en maken geen groot deel van de factuur uit. De spreker meent

la facture. L'orateur estime toutefois qu'une réforme est effectivement nécessaire, notamment pour revaloriser le travail des médecins et des infirmiers et ainsi enrayer la fuite des prestataires de soins vers d'autres secteurs ou vers le secteur privé des soins.

Puis, l'orateur aborde plus en détail la pénurie de personnel dans le secteur des soins. L'étude de la KCE indique que notre pays compte trop peu de prestataires de soins par lit, mais cette étude ne précise pas les tâches que ces prestataires réalisent par lit. Il arrive par exemple que des prestataires de soins effectuent des gardes de nuit au cours desquelles ils ne voient presque aucun patient, ce qui coûte cher et n'est guère efficace. La transition vers l'hospitalisation de jour permettrait déjà d'éviter de devoir effectuer ces gardes inutiles.

Par ailleurs, il est exact que la charge de travail du personnel de soins a augmenté ces dernières années.

Toujours en ce qui concerne la pénurie de personnel, l'orateur estime qu'il serait aussi nécessaire de réfléchir au système actuel des barèmes. Dans leur forme actuelle, les barèmes compliquent la valorisation du travail des prestataires de soins. En outre, les tâches administratives et infirmières sont rémunérées dans le cadre du même barème, ce qui fait qu'il est difficile de convaincre des infirmières occupant une fonction administrative d'effectuer de nouveau des tâches de soins. Il s'agira néanmoins d'une clé importante pour résoudre la pénurie de personnel.

Le docteur Bejjani estime, comme le professeur Kesteloot, que certaines prestations devraient être proposées dans un plus petit nombre d'hôpitaux afin d'augmenter la qualité de l'offre. Ce devrait notamment être le cas pour certains types d'actes chirurgicaux. Il serait bon également d'examiner les domaines dans lesquels il existe une sous-consommation et d'affecter ces moyens non exploités à de nouveaux développements de la médecine, comme la télémédecine.

L'orateur confirme que les actes techniques rapportent plus aux hôpitaux. Il est nécessaire de sortir du cercle vicieux qui fait en sorte que les hôpitaux font plus de bénéfices en multipliant les actes techniques mais coûtent en même temps plus cher à l'État. C'est pour cette raison que l'utilisation de forfaits est envisagée. Certains forfaits pourraient être introduits assez rapidement, par exemple pour les soins à basse variabilité. Le paiement à l'acte peut également être conservé, car il peut servir d'élément incitant le médecin à augmenter sa productivité.

L'orateur apporte ensuite quelques précisions à propos des listes A et B de l'hospitalisation de jour. La liste A

echter dat een hervorming wel noodzakelijk is, en met name om het werk van artsen en verpleegkundigen te revaloriseren, en zo de vlucht van deze zorgverstrekkers naar andere sectoren of naar de private zorg tegen te gaan.

De spreker gaat vervolgens wat dieper in op het personeelstekort in de zorg. De studie van het KCE toont aan dat er te weinig zorgverleners per patiënt zijn, maar de studie geeft niet aan wat het personeel precies doet aan dat bed. Zo zijn er bijvoorbeeld nachtpermanenties tijdens dewelke de zorgverlener bijna geen patiënten ziet. Dat is duur en weinig efficiënt. Door de shift te maken naar de daghospitalisatie kan men deze onnodige permanenties alvast vermijden.

Verder is het inderdaad zo dat de werklust van het zorgpersoneel de laatste jaren is toegenomen.

Nog steeds in het kader van het personeelstekort, meent de spreker dat een denkoefening over het huidige baremasysteem ook noodzakelijk is. De barema's zoals ze vandaag zijn opgevat maken het moeilijk het werk van de zorgverstrekker te valoriseren. Bovendien worden administratieve en verpleegkundige taken in hetzelfde barema bezoldigd. Dat maakt het moeilijk om verpleegkundigen die een administratieve job uitvoeren terug naar zorgtaken toe te leiden. Nochtans is dat een belangrijke sleutel om het personeelstekort op te lossen.

Dokter Bejjani meent, net als professor Kesteloot, dat bepaalde prestaties op minder plaatsen moeten worden aangeboden, om de kwaliteit van het aanbod te vergroten. Bepaalde types chirurgie moeten bijvoorbeeld niet in alle ziekenhuizen worden aangeboden. Ook is het goed om te bekijken in welke domeinen er onderconsumptie is en die middelen vrij te maken voor nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde, zoals bijvoorbeeld de telegeneeskunde.

De spreker bevestigt dat technische handelingen meer winst opleveren voor het ziekenhuis. Het is nodig om uit de vicieuze cirkel te breken waarin ziekenhuizen meer winst maken door meer technische handelingen, maar tegelijk ook meer kosten aan de Staat. Het is om die reden dat wordt overwogen om met forfaits te werken. Bepaalde forfaits kunnen vlot worden ingevoerd, zoals bijvoorbeeld voor laagvariabele zorg. De *fee for service* kan daarnaast ook behouden worden, omdat deze als incentive voor een hogere productiviteit kan dienen voor de arts.

Hierna geeft de spreker wat verduidelijking over de lijsten A en B van het dagziekenhuis. De lijst A omvat alle

comprend toutes les prestations qui sont autorisées. L'orateur estime que cette liste ne devrait pas être restrictive. La liste B comprend les prestations non autorisées. Si un certain type de chirurgie est pratiqué à 95 % en hospitalisation de jour, il ne devrait pas être proposé en hôpital général. Si, ensuite, ce type de chirurgie est quand même pratiqué en dehors d'un hôpital de jour, il faut que cela soit pénalisé.

Le gel des suppléments est une première étape de la réforme qui s'impose. L'étape suivante dépendra du volume global des suppléments en Belgique.

En réponse à une question à propos de ce qu'il conviendrait de faire pour faciliter la collaboration des hôpitaux au sein d'un réseau, le docteur Bejjani estime qu'il y aurait lieu d'élaborer des consignes obligeant réellement les hôpitaux à n'effectuer certaines prestations que dans un nombre limité de lieux.

Le docteur Bejjani évoque ensuite l'étude concernant les consultations, qui a été réalisée par l'équipe de l'UGent lors de la phase 1 de la réforme structurelle de la nomenclature. Il est faux de dire que les conclusions de cette étude n'étaient pas utiles. L'étude avait toutefois pour ambition de cartographier toutes les consultations de la nomenclature, ce qui n'était pas possible, étant donné que dans ce secteur, il y a très peu de frais de fonctionnement que l'on peut distinguer de la partie professionnelle. C'est pour cette raison que l'administration va maintenant prendre le relais et poursuivre le travail.

Le docteur Bejjani reconnaît que le fait de travailler avec des forfaits comporte un risque de sélection des patients. Il constate toutefois, comme les orateurs précédents, que cela ne se produit pas dans des pays où l'utilisation des forfaits est déjà plus répandue.

Des études montrent que la chirurgie extrahospitalière est de plus en plus performante par rapport à la chirurgie hospitalière. C'est la preuve que la chirurgie hospitalière peut aussi être améliorée. Si le niveau de la chirurgie hospitalière n'augmente pas, les initiatives extrahospitalières se multiplieront.

Selon le Dr Bejjani, la question du gaspillage ne concerne pas seulement les déchets. Elle vise aussi les actes inutiles, par exemple le fait de réaliser trois scans alors qu'un premier scan est disponible en PDF sur un réseau. Une plus grande numérisation peut apporter une solution à cet égard. Malheureusement, dans le domaine du partage des données, le fossé entre l'Europe et les États-Unis se creuse. Le RGPD freine parfois le partage des données.

prestaties die toegestaan zijn. De spreker is van mening dat deze lijst niet-restrictief zou moeten zijn. De lijst B omvat de prestaties die niet toegestaan zijn. Indien een bepaald type chirurgie voor 95 % wordt uitgevoerd in het dagziekenhuis, dan is het niet de bedoeling dat dit nog wordt uitgevoerd in het algemeen ziekenhuis. Wanneer dit type chirurgie vervolgens buiten het dagziekenhuis wordt uitgevoerd, moet dit gepenaliseerd worden.

De bevrozing van de supplementen is een eerste etappe van de nodige hervorming. De volgende etappe zal afhangen van het globale volume van supplementen in België.

Er werd gevraagd wat er nodig zal zijn om ziekenhuizen vlotter te laten samenwerken binnen een netwerk. Dokter Bejjani meent dat er richtlijnen opgesteld moeten worden die ziekenhuizen echt verplichten om bepaalde prestaties slechts op een beperkt aantal locaties uit te voeren.

Voorts gaat dokter Bejjani in op de studie met betrekking tot de raadplegingen, die door het team van de UGent werd uitgevoerd in fase 1 van de structurele hervorming van de nomenclatuur. Het is niet zo dat de conclusies van deze studies niet bruikbaar waren. De studie had echter de ambitie om alle raadplegingen van de nomenclatuur in kaart te brengen, wat niet mogelijk was gezien er in de sector zeer weinig werkingskosten zijn die men van het beroepsgedeelte kan onderscheiden. Om die reden zal de administratie het werk nu voortzetten.

Dokter Bejjani erkent dat het werken met forfaits het risico van selectie van patiënten inhoudt. Net als de vorige sprekers stelt hij echter vast dat dit zich niet voordoet in landen waar men reeds meer met forfaits werkt.

Studies tonen aan dat de chirurgie buiten het ziekenhuis steeds performanter wordt, en zelfs de prestaties in de ziekenhuizen overtreft. Dat is het bewijs dat ook de chirurgie in de ziekenhuizen beter kan. Als het niveau van de chirurgie in de ziekenhuizen dus niet zal stijgen, zullen er steeds meer initiatieven buiten het ziekenhuis worden opgezet.

Verspilling gaat voor dokter Bejjani niet enkel over afval. Het gaat ook over overbodige handelingen, zoals bijvoorbeeld driemaal dezelfde scan nemen, terwijl deze in PDF-formaat beschikbaar is in het netwerk. Meer digitalisering kan hiertoe een oplossing bieden. Helaas wordt op het vlak van gegevensdeling de kloof tussen Europa en de Verenigde Staten groter. De AVG zet soms een rem op een vlotte gegevensdeling.

Les hôpitaux pourraient en outre être plus sensibilisés à l'environnement. Ils ne doivent pas seulement se soucier des prix, lorsqu'ils achètent des produits, mais aussi des propriétés écologiques des produits. Par exemple, lorsqu'ils ont le choix entre deux gaz anesthésiques différents dont l'efficacité est similaire, ils pourraient choisir le gaz qui reste le moins longtemps dans l'atmosphère. Les hôpitaux devraient également se demander s'il est nécessaire d'utiliser autant de plastique.

En outre, les hôpitaux doivent continuer à bien séparer les déchets généraux des déchets spécifiques. Il arrive trop souvent que les déchets généraux soient placés dans les poubelles des déchets spécifiques alors que les déchets spécifiques coûtent plus cher et doivent être incinérés.

Mme Frieda Gijbels (N-VA) a entendu dire qu'une période de transition était prévue avant l'application du gel des suppléments d'honoraires dans tous les hôpitaux. L'intervenante demande que cette période ne soit pas trop longue, car elle pénalise les hôpitaux qui fonctionnent bien. Il conviendrait également de prévoir une forme de trajet d'amélioration pour les hôpitaux qui ont plus de difficultés.

II. — AUDITION DU 28.06.2022

A. Exposés introductifs

1. Exposé introductif de M. Philippe Leroy (CHU Saint-Pierre)

M. Philippe Leroy (CHU Saint-Pierre) rappelle qu'en Belgique, 10,5 % du PIB est consacré chaque année à la santé. C'est un bon système. Il y a des pays où l'on investit davantage dans la santé (17 % aux États-Unis, par exemple), alors que la qualité et l'accessibilité des soins y sont moins bonnes qu'en Belgique. Singapour, en revanche, investit moins mais dispose d'un système très performant. Le système belge n'a pas besoin de plus d'argent, mais les moyens doivent être mieux utilisés.

1. Les projets de réforme

Réforme du paysage hospitalier

L'orateur a un avis globalement positif sur les projets du ministre. Il estime toutefois qu'un certain nombre d'éléments sont absents des propositions.

La réorganisation du paysage hospitalier en réseaux hospitaliers locorégionaux constitue, selon l'orateur, une bonne méthode de travail. Les hôpitaux doivent

Ook ziekenhuizen kunnen milieubewuster worden. Ziekenhuizen zouden bij de aankoop van producten niet enkel naar de prijs mogen kijken, maar ook naar de ecologische eigenschappen van het product. Zo kan men bij twee verschillende anesthesiegassen met een gelijkaardige efficiëntie bijvoorbeeld kiezen voor het gas dat het minst lang in de atmosfeer blijft. De ziekenhuizen moeten ook nagaan of het wel nodig is dat ze zoveel plastic gebruiken.

Daarnaast moeten ziekenhuizen het algemeen afval goed blijven scheiden van het specifiek afval. Te vaak wordt het algemeen afval in de bakken van het specifiek afval gestopt. Dat specifiek afval kost echter meer en moet verbrand worden.

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) hoorde dat er nog een overgangperiode wordt voorzien voordat de bevrozing van de ereloonsupplementen voor alle ziekenhuizen zal gelden. De spreker roept op om deze periode niet te lang te laten duren, aangezien men de ziekenhuizen die het wél goed doen straft. Er zou ook een soort verbeteringstraject moeten worden voorzien voor de ziekenhuizen die het moeilijker hebben.

II. — HOORZITTING VAN 28.06.2022

A. Inleidende uiteenzettingen

1. Inleidende uiteenzetting van de heer Philippe Leroy (CHU Saint-Pierre)

De heer Philippe Leroy (CHU Saint-Pierre) merkt op dat in België jaarlijks 10,5 % van het bbp naar gezondheid gaat. Het is een goed systeem. Er zijn landen waar meer in gezondheid geïnvesteerd wordt (bijvoorbeeld 17 % in de VSA) terwijl de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg minder goed is dan in België. Singapore investeert minder voor een zeer performant systeem. Het Belgisch systeem heeft geen nood aan meer geld, maar de middelen moeten beter aangewend worden.

1. De hervormingsplannen

Hervorming ziekenhuislandschap

De spreker staat positief tegenover de plannen van de minister. Toch ontbreken er een aantal elementen in de voorstellen.

De herinrichting van het ziekenhuislandschap in locoregionale ziekenhuisnetwerken is voor de spreker een goede manier van werken. Ziekenhuizen moeten

coopérer davantage. La crise du COVID-19 a d'ailleurs montré comment cette coopération pouvait se faire. Il subsiste néanmoins un certain nombre de questions à propos des réseaux. Quelle est précisément la vision du gouvernement ou du législateur sur l'évolution de ces réseaux hospitaliers? Quelles sont les attentes? L'orateur constate qu'une coopération se met parfois en place autour de la concentration des soins pour les maladies rares. Mais il existe également une coopération entre des services plus courants tels que les maternités et les services d'urgence. Dans quels domaines prioritaires souhaite-t-on établir une coopération? Quelle coopération souhaite-t-on mettre en place par le biais de l'intégration financière des réseaux? Les hôpitaux demandent plus de clarté sur la vision à long terme. Une bonne coopération entre les hôpitaux conduira à terme à une intégration financière.

La coopération sera-t-elle imposée pour un certain nombre de traitements ou les hôpitaux resteront-ils libres de décider eux-mêmes dans quel domaine ils veulent coopérer? Resteront-ils libres également sur le plan de l'affectation des moyens? L'orateur plaide en faveur d'une coopération volontaire, étant donné que les réseaux sont très différents les uns des autres en termes de taille et de problèmes. L'orateur s'oppose à une approche uniforme "*one size fits all*". M. Leroy demande aux hôpitaux de dire eux-mêmes où et comment ils peuvent réaliser des économies. Ils pourront alors examiner eux-mêmes, réseau par réseau, comment ces économies peuvent être réalisées concrètement.

Réforme du financement des hôpitaux

L'orateur évoque ensuite le financement *all-in* par DRG (groupe de diagnostics). L'orateur estime que ce système a déjà fait ses preuves à l'étranger. M. Leroy fait observer que dans ce système, les traitements sont davantage basés sur des forfaits. Cela signifie que les budgets dépendront du nombre d'admissions et de traitements dans les hôpitaux. Cela peut jouer en défaveur des petits hôpitaux, car du fait qu'ils pratiquent moins d'interventions, ils recevront moins de forfaits pour couvrir leurs frais fixes. L'orateur estime qu'il s'agit là d'un effet indésirable de la réforme. Le rôle des petits hôpitaux en termes d'accès aux soins ne doit pas être négligé. Il sera donc nécessaire de prévoir un financement spécifique et complémentaire pour ces hôpitaux.

L'orateur attire l'attention sur la mission d'un hôpital public. La réforme ne tient pas compte de cet aspect. Les hôpitaux prodiguent des soins en fonction des besoins des patients. L'origine psychosociale des patients a un impact significatif sur leur état de santé et donc sur le coût qu'ils représentent pour l'hôpital. Lorsqu'une partie de la patientèle ne peut pas s'exprimer dans l'une des

meier samenwerken. De COVID-19-crisis heeft trouwens aangetoond hoe er samengewerkt kan worden. Toch zijn er nog vragen over de netwerken. Wat is precies de visie van de overheid of de wetgever op de evolutie van deze ziekenhuisnetwerken? Wat wordt er verwacht? De spreker ziet dat er soms wordt samengewerkt op de concentratie van de zorg voor zeldzame aandoeningen. Maar tegelijkertijd wordt er ook samengewerkt bij meer doordeweekse diensten zoals de materniteit en de spoedafdeling. Op welke prioritaire vlakken wenst men samenwerking? Welke samenwerking streeft men na bij de financiële integratie van de netwerken? De ziekenhuizen vragen meer duidelijkheid over de visie op lange termijn. Een goede samenwerking van de ziekenhuizen zal op termijn leiden tot een financiële integratie.

Zal de samenwerking worden opgelegd voor een aantal behandelingen of zullen de ziekenhuizen de vrijheid behouden zelf te beslissen op welk gebied ze gaan samenwerken? Behouden ze de vrijheid om de middelen zelf aan te wenden? De spreker pleit voor een vrijwillige samenwerking omdat de netwerken onderling sterk van elkaar verschillen qua grootte en qua problemen. De spreker spreekt zich uit tegen een *one size fits all* benadering. De heer Leroy vraagt aan de ziekenhuizen mee te delen waar en hoe ze kunnen besparen. De ziekenhuizen kunnen dan zelf nagaan, netwerk per netwerk, hoe ze deze besparingen realiseren.

Hervorming ziekenhuisfinanciering

De spreker gaat in op de *all-in* financiering via DRG. De spreker is van oordeel dat dit systeem reeds in het buitenland bewezen heeft dat het werkt. De heer Leroy merkt op dat de behandelingen meer op forfaits gestoeld zijn. Dat houdt in dat de budgetten gaan afhangen van het aantal opnames en behandelingen in de ziekenhuizen. Dit kan in het nadeel spelen van kleine ziekenhuizen want ze hebben minder activiteiten en ontvangen dus minder forfaits waarmee ze hun vaste kosten dekken. Dit is naar de mening van de spreker een ongewenst effect van de hervorming. Men mag de rol van de kleinere ziekenhuizen niet uit het oog verliezen voor wat betreft de toegang tot zorg. Er is dus nood aan specifieke, complementaire financiering voor deze ziekenhuizen.

De spreker trekt de aandacht op de missie van een openbaar ziekenhuis. De hervorming laat dit buiten beschouwing. Ziekenhuizen voorzien zorg op basis van wat voor de patiënten nodig is. De psychosociale herkomst van de patiëntenpopulatie heeft een sterke impact op hun gezondheidstoestand en dus ook op de kost die ze voor het ziekenhuis meebrengen. Wanneer een deel

langues nationales, il faut avoir recours à des interprètes et à des médiateurs culturels. Lorsqu'une personne est sans abri, il faut trouver des solutions pour ce patient. Tous ces problèmes additionnels entraînent des coûts supplémentaires. Dans certains cas, ces problèmes font en sorte que les patients restent une ou deux nuits de plus à l'hôpital. L'orateur insiste pour que ce contexte soit pris en compte lors de l'établissement des forfaits DRG *all-in*. Le coût supplémentaire lié à ces patients doit être pris en compte.

Réforme de la nomenclature

La réforme de la nomenclature est une condition nécessaire de la réussite de la réforme du financement des hôpitaux.

Value based purchasing

Le concept de *value based purchasing* constitue, dans la réforme, le lien vers le financement de soins de qualité. L'orateur estime que c'est une bonne chose mais que la réforme manque d'ambition sur ce point et que l'application de ce concept pourrait et devrait être accélérée. L'avenir est au *value based purchasing* et il convient donc de s'engager résolument sur cette voie.

Suppléments d'honoraires

M. Leroy pense que de ce point de vue, sa position va un peu à contre-courant. Le CHU Saint-Pierre est l'un des hôpitaux de Belgique qui facture le moins de suppléments d'honoraires. L'orateur insiste sur une plus grande transparence dans ce domaine. Dans un certain nombre de cas bien définis, il est nécessaire de plafonner ces suppléments.

Mais si l'enveloppe globale des suppléments est limitée, cela aura des conséquences pour les institutions qui perçoivent ces suppléments, à savoir les hôpitaux et leurs gestionnaires. Ces suppléments constituent en effet une source de recettes. Si l'on procède à une limitation des suppléments, il faudra prévoir des compensations. Il ne faut pas perdre de vue le fait que les finances de nombreux hôpitaux sont déjà dans le rouge. Les suppléments d'honoraires représentent 600 millions d'euros. Toute réduction de cette enveloppe entraînera des problèmes budgétaires pour les hôpitaux.

2. La méthode

La crise du COVID-19 a montré que les hôpitaux prennent leurs responsabilités. Ils ont réagi rapidement pour servir l'intérêt général et la santé de la population.

van de patiëntenpopulatie zich niet kan uitdrukken in één van de nationale talen, dan zijn er tolken en culturele bemiddelaars nodig. Wanneer iemand dakloos is, dan moeten er oplossingen gezocht worden voor deze patiënt. Al deze extra zorgen brengen meerkosten met zich mee. In sommige gevallen blijven patiënten omwille van deze problemen één of twee extra nachten in het ziekenhuis. De spreker vraagt met aandring rekening te houden met deze context bij het opmaken van de *all-in* forfaits DRG. De meerkost van deze patiënten moet opgevangen worden

Hervorming van de nomenclatuur

De hervorming van de nomenclatuur is noodzakelijk om voor het welslagen van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Value based purchasing

Dit is de link met de financiering van kwaliteitsvolle zorg. De spreker vindt dit een goede zaak maar toch zijn de ambities niet echt vergaand, de toepassing ervan kan en mag versneld worden. *Value based purchasing* is de toekomst en er moet dan ook op ingezet worden.

Ereloonsupplementen

De heer Leroy denkt dat zijn positie een beetje tegen de stroom ingaat. Het CHU Saint Pierre is één van ziekenhuizen in België waar het minst supplementen worden aangerekend. De spreker dringt aan op een grotere transparantie met betrekking tot de ereloonsupplementen. In een aantal welomschreven gevallen is het nodig deze supplementen te plafonneren.

Wanneer echter de globale enveloppe van de supplementen wordt beperkt, dan heeft dit gevolgen voor instellingen die deze supplementen innen, met name de ziekenhuizen en de beheerders van ziekenhuizen. De supplementen vormen voor hen een bron van inkomsten. Wanneer men overgaat tot het beperken van supplementen, dan moeten daar compensaties voor voorzien worden. Men mag niet vergeten dat de cijfers van vele ziekenhuizen al rood kleuren. De ereloonsupplementen zijn goed voor 600 miljoen euro. Elke vermindering van die enveloppe zal tot budgettaire problemen leiden bij de ziekenhuizen.

2. De methode

De COVID-19-crisis heeft aangetoond dat de ziekenhuizen hun verantwoordelijkheid nemen. Er werd snel geschakeld in het algemeen belang en in het belang van

Les hôpitaux ont montré qu'ils étaient dignes de la confiance placée en eux. La relation entre les hôpitaux, les autorités de tutelle et le pouvoir exécutif est basée sur des contrôles et des audits. On ne considère pas assez les hôpitaux comme des partenaires à part entière. C'est propre au système. L'orateur en appelle à faire confiance aux hôpitaux et à les laisser prendre davantage de responsabilités. Il est nécessaire, à cette fin, que des objectifs soient clairement définis et que les hôpitaux obtiennent plus de latitude dans l'affectation des moyens nécessaires à la réalisation de ces objectifs. En ce qui concerne les soins extra-muros, la Belgique est à la traîne avec un taux de 50 %, alors que ce taux tourne aux alentours des 80 % dans d'autres pays. Aujourd'hui, on a opté pour l'établissement d'une liste de tous les soins qui peuvent être dispensés extra-muros. Et cette liste, pourtant longue, est toujours en retard par rapport à ce qui se pratique sur le terrain. Les hôpitaux vont se conformer à cette liste, mais là s'arrêtera leur rôle. La situation pourrait pourtant être différente. On pourrait attribuer aux hôpitaux le financement nécessaire pour la chirurgie en leur imposant comme objectif d'atteindre 80 % de soins extra-muros au bout d'un certain nombre d'années. Et leur accorder un bonus si l'objectif est atteint avant terme. L'orateur plaide pour cette deuxième approche, dans le cadre de laquelle on ferait confiance aux hôpitaux, qui auraient les coudées franches tout en étant contrôlés sur les objectifs à atteindre.

L'orateur attend des autorités qu'elles jouent un rôle plus stratégique en ce qui concerne la numérisation. Les hôpitaux et les réseaux hospitaliers n'ont en fait pas la taille requise pour s'attaquer seuls à ce problème. On pourrait par exemple développer un dossier patient informatisé, national et bilingue pour tous les hôpitaux, dossier auquel auraient accès tous les professionnels des soins de santé. Les autorités pourraient soutenir stratégiquement cet objectif, qui ne pourra en aucun cas être réalisé par le truchement d'initiatives purement locales.

Les autorités peuvent également agir de manière plus stratégique dans leurs négociations avec les entreprises pharmaceutiques par le biais d'appels d'offres publics. Il y a encore beaucoup d'économies à réaliser sur ce plan.

Il est également nécessaire de développer une vision plus intégrée des soins. L'orateur respecte la répartition institutionnelle actuelle des compétences. Cependant, il est nécessaire que les différents niveaux de compétence se coordonnent davantage afin de parvenir à une réforme commune.

de volksgezondheid. De ziekenhuizen hebben het in hun versterkte vertrouwen niet beschaamd. De verhouding tussen de ziekenhuizen, hun voogdijoverheden en de uitvoerende macht is gebaseerd op controle en audits. Ziekenhuizen worden te weinig als een volwaardig partner beschouwd, het systeem zit nu eenmaal zo in elkaar. De spreker roept op de ziekenhuizen te vertrouwen en hun meer verantwoordelijkheden te laten opnemen. Daarvoor moeten er duidelijke doelstellingen geformuleerd worden mits de ziekenhuizen meer ruimte krijgen bij de aanwending van de middelen om die objectieven te halen. Bij de extramurale zorg hinkt België achterop met 50 % terwijl dat in andere landen rond de 80 % schommelt. Nu wordt gekozen voor de benadering met het opstellen van een lijst van alle zorg die extramuraal kan verricht worden. Dat is een lange lijst, een lijst die steeds achter de feiten op het terrein aanloopt. Ziekenhuizen zullen volgens deze lijst werken maar daar zal hun rol dan ook ophouden. Maar het kan ook anders. Men kan de ziekenhuizen de nodige financiering toevertrouwen voor chirurgie met als doelstelling 80 % extramurale zorg binnen een bepaald aantal jaren. Wanneer die doelstelling voortijdig wordt gerealiseerd, dan volgt er een bonus. De spreker pleit voor deze tweede benadering waarin vertrouwen gegeven wordt aan de ziekenhuizen waarbij de doelstellingen gecontroleerd worden maar de ziekenhuizen meer de vrije hand krijgen.

De spreker verwacht een meer strategisch optreden van de overheid op het gebied van de digitalisering. De ziekenhuizen en de ziekenhuisnetwerken zijn eigenlijk te klein om dit probleem zelf aan te pakken. Men kan bijvoorbeeld werken aan één geïnformatiseerd, nationaal, tweetalig patiëntendossier voor alle ziekenhuizen waar alle gezondheidszorgbeoefenaars toegang tot krijgen. De overheid kan deze doelstelling strategisch ondersteunen want die doelstelling kan en zal niet gerealiseerd worden door louter lokale initiatieven.

De overheid kan ook in de onderhandelingen met de farmaceutische bedrijven meer strategisch handelend optreden via openbare aanbestedingen. Daar vallen nog veel besparingen te realiseren.

Er is daarenboven nood aan een meer geïntegreerde visie op zorg. De spreker respecteert de huidige institutionele bevoegdheidsverdeling. Het is wel nodig dat de verschillende bevoegdheidsniveaus zich meer op elkaar afstemmen om tot een gemeenschappelijke hervorming te komen.

3. Le contenu

Pour l'orateur, la logique de la médecine rémunérée à l'acte arrive à son terme. Mais on ne s'empresse pas suffisamment de changer d'approche, car le passage au financement par DRG continue à s'inscrire dans le cadre de la médecine rémunérée à l'acte. À quoi mène la médecine rémunérée à l'acte? S'il y a plus de médecins, le nombre d'actes augmente: les autorités limitent donc l'offre médicale. S'il y a plus d'appareils d'imagerie médicale, le nombre d'actes augmente: les autorités limitent donc le nombre d'appareils. Quel est le résultat? Moins de médecins pour mille habitants que dans les pays voisins, des temps d'attente énormes pour les consultations de spécialistes, des patients que l'on fait venir la nuit dans les hôpitaux pour des radiographies. C'est insensé. Donnez aux hôpitaux des budgets forfaitaires et fixez des objectifs. Laissez les hôpitaux se débrouiller. Nous devons nous débarrasser de la médecine rémunérée à l'acte, qui conduit à une planification restrictive et qui, dans la pratique, cause de nombreux problèmes.

Les services d'urgence souffrent également de l'approche de la rémunération à l'acte. À Bruxelles, 50 % de la population n'a pas de médecin généraliste. Cela ne changera pas, à moins que quelque chose ne change sur le terrain. Les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans les soins primaires et donc dans la réduction du coût global du système de santé. Ce qui est traité en première ligne coûte tout simplement moins cher que ce qui est traité à l'hôpital. Une coopération locale entre un hôpital et les médecins du coin peut soulager le service des urgences et orienter les patients vers la première ligne. Plus il y a de patients au service des urgences, plus le financement de l'hôpital est élevé. Il s'agit encore d'un effet pervers du financement à l'acte des hôpitaux. C'est pourquoi il est nécessaire d'organiser le financement des hôpitaux par objectif. Donnez aux hôpitaux les moyens nécessaires pour faire fonctionner les services d'urgence pendant 5 ans et prévoyez un bonus lorsque l'activité des services d'urgence diminue et que les patients sont réorientés vers la première ligne. Après ces cinq années, le financement peut être réduit si les objectifs sont atteints. Cette façon de travailler est bénéfique pour la santé publique.

Ce qui manque dans les plans de réforme, et c'est crucial, c'est le volet de la prévention. Des économies importantes peuvent être réalisées grâce à la prévention. Faire quelques économies ici et là ne mène à rien, et ne pas indexer ou n'indexer que partiellement les salaires est intenable. Cependant, il existe d'autres manières d'économiser davantage, qui n'ont pas vraiment été examinées jusqu'à présent.

3. De inhoud

Voor de spreker neemt de logica van de prestatiegeneeskunde een einde. Maar er wordt niet genoeg haast gemaakt van een andere benadering want de overschakeling op de DRG-financiering schrijft zich verder in in de prestatiegeneeskunde. Tot wat leidt prestatiegeneeskunde? Meer artsen leiden tot meer prestaties, de overheid gaat als oplossing het medisch aanbod beperken. Meer apparaten voor medische beeldvorming leiden tot meer prestaties, de overheid gaat dan het aantal apparaten beperken. Wat is het gevolg? Minder artsen per duizend inwoners dan in de ons omringende landen, enorme wachttijden voor consultaties bij specialisten, 's nachts patiënten naar de ziekenhuizen laten komen voor radiografie. Dit is zinloos. Geef de ziekenhuizen de beschikking over all-in budgetten en stel objectieven vast. Laat de ziekenhuizen zich beredderen. Men moet af van de prestatiegeneeskunde die leidt tot een restrictieve planning en die in de praktijk tot vele problemen leidt.

Ook de spoeddiensten lijden onder de prestatiegerichte benadering. In Brussel heeft 50 % van de bevolking geen huisarts. Dit gaat niet veranderen tenzij er iets verandert op het terrein. De huisarts speelt een cruciale rol bij de eerste dienstverlening en dus ook bij het vermindering van de globale kosten van het gezondheidssysteem. Wat in de eerste lijn wordt behandeld, is nu eenmaal goedkoper dan wat in het ziekenhuis wordt behandeld. Een lokale samenwerking tussen een ziekenhuis en wijkartsen kan de spoeddiensten ontlasten en de patiënten naar de eerste lijn oriënteren. Hoe meer patiënten in de spoedafdeling, hoe hoger de financiering van het ziekenhuis. Dit is nog een pervers effect van de prestatiegerichte ziekenhuisfinanciering. Daarom is het nodig de ziekenhuisfinanciering per objectief in te richten. Geef de ziekenhuizen de nodige middelen om de spoedafdeling gedurende 5 jaar te laten draaien en voorzie een bonus wanneer de activiteit op de spoedafdeling daalt en patiënten naar de eerste lijn worden afgeleid. Na die 5 jaar kan dan de financiering verlaagd worden wanneer de objectieven behaald zijn. Deze manier van werken komt de volksgezondheid ten goede.

Wat in de hervormingsplannen ontbreekt, en dit is cruciaal, is het luik preventie. Er kunnen door preventie grote besparingen gerealiseerd worden. Hier en daar wat besparen leidt tot niets, het niet indexeren of het maar deels indexeren van de lonen is onhoudbaar. Er zijn nochtans andere manieren om meer te besparen, manieren die tot op vandaag niet echt onderzocht zijn.

Notre système actuel est principalement axé sur les soins curatifs. Il ressort de rapports du KCE que la Belgique n'obtient pas un bon résultat en matière d'obésité. 20 % des Belges sont en surpoids. Le coût direct de l'obésité et du surpoids représente 10 % du budget de la santé. Ce coût s'élève à 1 milliard d'euros. Des économies peuvent être réalisées en investissant davantage dans la prévention de l'obésité et la santé mentale. La prévention nécessite un investissement massif dans la première ligne et les médecins généralistes. Actuellement, pour chaque généraliste, on forme deux spécialistes. Des soins plus orientés vers la prévention nécessitent précisément une inversion de ce rapport. L'orateur souligne également que la population des médecins généralistes vieillit rapidement. L'âge moyen des médecins généralistes est de plus de 55 ans. M. Leroy tire la sonnette d'alarme. Il est urgent de se concentrer davantage sur la prévention et d'investir davantage dans la première ligne.

Afin d'améliorer la qualité des soins et de réaliser les économies nécessaires, il faut également se pencher sur les soins en fin de vie. Ces soins sont actuellement très coûteux et, au fond, ne fonctionnent pas. Le coût des soins prodigués aux patients au cours des deux derniers mois de leur vie augmente de manière exponentielle, alors que la qualité de ces soins ne justifie pas toujours les dépenses effectuées. Trop de médicaments sont administrés et les soins en pâtissent. Un projet de fin de vie bien réfléchi et coordonné augmentera la qualité des soins pour les patients et leurs familles. En outre, des économies importantes peuvent être réalisées sur ces dépenses, qui s'élèvent tout de même actuellement à 1 milliard d'euros.

Ensuite, l'innovation et la numérisation conduiront à travailler avec des budgets importants dont les hôpitaux pourront disposer librement afin de réaliser les objectifs prédéfinis. Les hôpitaux auront alors la liberté d'investir dans les sections qui sont très importantes pour eux. L'orateur pense à la chirurgie robotique, qui est peu financée pour l'instant, mais qui est la chirurgie de l'avenir. Par rapport à d'autres pays, on investit peu dans ce domaine car les coûts de ces investissements ne sont pas supportés par un financement spécifique mais proviennent des ressources propres des hôpitaux. Avec des budgets plus importants, les hôpitaux peuvent décider eux-mêmes d'investir dans ce domaine.

M. Leroy conclut son intervention. L'orateur constate qu'il existe un problème de sens dans le secteur des soins de santé. De nombreux prestataires de soins ont du mal à continuer à travailler. Cependant, le système de soins de santé est tributaire des personnes qui y travaillent. Il est absolument nécessaire de développer une vision à laquelle les prestataires de soins peuvent

Ons huidige bestel is vooral gericht op curatieve zorg. Uit KCE-rapporten blijkt dat België het niet goed doet op het gebied van obesitas. 20 % van de Belgen lijden aan overgewicht. De directe kost van obesitas en overgewicht bedraagt 10 % van het gezondheidsbudget. Dit gaat om 1 miljard euro. Daar kan op bespaard worden door meer in te zetten op preventie bij overgewicht en geestelijke gezondheid. Preventie vereist dat er massaal wordt geïnvesteerd in de eerste lijn en in de huisartsen. Nu worden er voor elke huisarts twee specialisten opgeleid. Een meer preventie georiënteerde zorg vraagt precies een omkering van deze ratio. De spreker benadrukt daarenboven dat de populatie van huisartsen sterk veroudert. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen ligt boven de 55 jaar. De heer Leroy trekt aan de alarmbel. Het is hoognodig meer in te zetten op preventie en meer te investeren in de eerste lijn.

Om de kwaliteit van de zorg te verhogen en de nodige besparingen te verrichten moet ook de zorg bij het levenseinde van patiënten onder de loep worden genomen. Deze zorg kost momenteel erg veel en werkt eigenlijk niet. De kosten van de zorg die aan de patiënten verstrekt wordt gedurende de laatste twee maanden van hun leven, stijgt exponentieel terwijl de kwaliteit van die zorg de gemaakte uitgaven niet altijd rechtvaardigt. Men dient dan teveel geneesmiddelen toe en de zorg boet erbij in. Een doordacht, gecoördineerd plan voor het levenseinde van patiënten zal de kwaliteit van de zorg voor de patiënten en hun families verhogen. Er kan bovendien sterk bespaard worden in deze uitgaven die momenteel toch een budget van 1 miljard euro belopen.

Verder zal innovatie en digitalisering leiden tot werken met grote budgetten waarover de ziekenhuizen vrij kunnen beschikken om de vooropgestelde objectieven te realiseren. De ziekenhuizen hebben dan de vrijheid om te investeren in secties die voor hen van groot belang zijn. De spreker denkt aan robotchirurgie die op dit moment weinig gefinancierd wordt, maar wel de chirurgie van de toekomst is. Er wordt in vergelijking met andere landen weinig in geïnvesteerd omdat de kosten van deze investeringen niet door specifieke financiering gedragen worden maar uit de eigen middelen van de ziekenhuizen komen. Bij grotere budgetten kunnen ziekenhuizen zelf beslissen hierin te investeren.

De heer Leroy besluit. De spreker stelt vast dat er in de gezondheidszorgsector een probleem is qua zingeving. Vele zorgverstrekkers vinden het moeilijk om verder te werken. Het gezondheidssysteem staat of valt echter met de mensen die erin werkzaam zijn. Het is absoluut nodig een visie te ontwikkelen waarachter de gezondheidszorgbeoefenaars zich kunnen scharen

adhérer et de leur donner ainsi une perspective afin qu'ils ne quittent pas le secteur.

2. Exposé introductif de Mme Margot Cloet et M. Tom Balthazar (Zorgnet-Icuro)

Mme Margot Cloet (Zorgnet-Icuro) indique que Zorgnet-Icuro représente tous les hôpitaux flamands. Comme M. Tom Balthazar, Mme Cloet fait partie du comité de pilotage *ad-hoc* qui accompagne cette réforme.

Mme Cloet réclame une réforme du financement des hôpitaux depuis plusieurs années. Il existe actuellement un plan, mais l'oratrice s'inquiète de ses conséquences. Le financement des hôpitaux est un système complexe qui a besoin d'être rénové. Le double financement qui existe aujourd'hui est source de tensions entre les médecins et les organisateurs des hôpitaux. Les incitants financiers se fondent sur le volume et non sur la qualité et la continuité des soins. L'oratrice affirme que le financement de base de l'activité hospitalière est aujourd'hui insuffisant. C'est ce qui ressort des études MAHA de Belfius. La Belgique applique une contribution personnelle élevée par rapport à d'autres pays. Le citoyen paie cher lorsqu'il est hospitalisé. Le système des suppléments constitue une menace à l'égard de l'accessibilité des soins et favorise les inégalités. Ce sont les citoyens qui peuvent s'offrir les soins qui en bénéficient.

L'oratrice craint que le plan proposé n'aborde pas le problème fondamental du sous-financement. Les effets financiers de la réforme proposée ne sont pas encore clairs, même pendant les années de la réforme. Mme Cloet se demande en outre si l'innovation tant attendue demeure possible. L'oratrice craint par ailleurs que la médecine de luxe devienne plus attractive et que les médecins quittent les hôpitaux. Mme Cloet n'a pas d'objection à ce qu'il y ait plus de travail ambulatoire dans le cadre d'un partenariat intégré. Elle s'oppose en revanche à la concentration de la pathologie lourde et au déploiement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans des hôpitaux hautement réglementés, car cela créera un risque d'activités importantes en dehors des hôpitaux, ce qui alimentera également les choix sélectifs (*cherry picking*).

Le ministre souligne que ce plan ne vise pas à réduire les coûts. Or, il pourrait entraîner une baisse des revenus des hôpitaux. L'impact financier de la réforme des marges sur les médicaments, la biologie clinique et l'imagerie médicale doit être calculé et compensé à temps afin que ces activités puissent se poursuivre et que les citoyens puissent continuer à recevoir les soins dont ils ont besoin.

en hen op die manier perspectief te geven zodat ze de sector niet verlaten.

2. Inleidende uiteenzetting van mevrouw Margot Cloet en de heer Tom Balthazar (Zorgnet-Icuro)

Mevrouw Margot Cloet (Zorgnet-Icuro) verduidelijkt dat Zorgnet-Icuro alle Vlaamse ziekenhuizen vertegenwoordigt. Mevrouw Cloet maakt samen met de heer Tom Balthazar deel uit van de *ad-hoc* stuurgroep die deze hervorming begeleidt.

Mevrouw Cloet is al jaren vragende partij voor een hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Er is nu een plan maar de spreekster is bezorgd over de gevolgen van dit plan. De ziekenhuisfinanciering vormt een complex systeem dat aan renovatie toe is. De momenteel bestaande duale financiering zorgt voor spanning tussen artsen en de organisatoren van ziekenhuizen. De financiële stimuli zijn gebaseerd op volume en niet op kwaliteit en zorgcontinuïteit. De spreekster stelt dat de basisfinanciering van de ziekenhuisactiviteit vandaag ontoereikend is. Dit blijkt uit de MAHA-studies van Belfius. België kent een hoge *out-of-pocketbijdrage* in vergelijking met andere landen. De burger betaalt veel wanneer hij in het ziekenhuis terechtkomt. Het systeem van de supplementen is een bedreiging voor de toegankelijkheid van de zorg en werkt ongelijkheid in de hand. Wie kan betalen, geniet van zorg.

De spreekster vreest dat het voorgestelde plan het fundamentele probleem van de onderfinanciering niet aanpakt. De financiële effecten van de voorgestelde hervorming, ook tijdens de jaren van hervorming, zijn nog onduidelijk. Mevrouw Cloet vraagt zich verder af of de broodnodige innovatie mogelijk blijft? De spreekster vreest verder dat de villageneeskunde aantrekkelijker wordt en dat de artsen de ziekenhuizen zullen verlaten. Mevrouw Cloet heeft geen bezwaar tegen meer ambulante werken in een geïntegreerd samenwerkingsverband. Ze heeft wel een bezwaar tegen de concentratie van zware pathologie en de 24/7-inzet bij sterk gereguleerde ziekenhuizen waardoor het risico bestaat dat er buiten de ziekenhuizen veel activiteit wordt ontwikkeld. Dat leidt dan weer tot *cherry picking*.

De minister benadrukt dat het plan geen besparingsplan is. Het plan kan echter wel leiden tot minder inkomsten bij de ziekenhuizen. De financiële impact van hervorming van marges op geneesmiddelen, klinische biologie en medische beeldvorming moet tijdig berekend en gecompenseerd worden, zodanig dat die activiteiten blijven doorgaan en dat de burger over de nodige zorgen kan blijven beschikken.

Si l'on se dirige vers un financement DRG, il conviendra de réaliser des simulations pour en calculer l'impact. Certains services se prêtent plus difficilement à un financement DRG. L'oratrice cite les soins de santé mentale des services psychiatriques, les services Sp avec revalidation et les soins palliatifs.

En outre, il convient de garantir que les forfaits globaux couvriront les coûts et qu'aucune économie n'est prévue à cet égard. Il est donc important de réaliser des simulations et d'étudier le coût réel des interventions. Quels sont les coûts médicaux et les coûts non médicaux, et comment seront-ils intégrés dans les forfaits envisagés?

Les forfaits doivent évoluer en même temps que la qualité et la sécurité, l'innovation et la numérisation (dans l'optique de la cybersécurité et du développement du DPI⁴). Il existe une contribution publique, mais elle est insuffisante pour permettre de réaliser toutes les interventions nécessaires dans les hôpitaux. L'innovation et la numérisation sont liées aux évolutions technologiques et techniques.

Actuellement, un *statu quo* a été convenu au sein de la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux. Cela implique un gel des suppléments d'honoraires au niveau actuel. Il convient de calculer le montant dont les hôpitaux ont besoin pour survivre. L'oratrice souligne les fortes différences régionales en matière de suppléments d'honoraires. Les hôpitaux flamands prélèvent moins de supplément d'honoraires. L'oratrice demande que les hôpitaux flamands ne soient pas pénalisés pour cela.

L'oratrice n'est pas favorable aux suppléments d'honoraires, car ils limitent l'accessibilité et l'abordabilité pour les citoyens. Cependant, les hôpitaux ont besoin de ces suppléments pour survivre. Une compensation sera donc nécessaire pour garantir la viabilité financière des hôpitaux. Le gel (temporaire) des suppléments ne doit pas pénaliser les hôpitaux qui ont été modérés et accessibles jusqu'à présent. En cas de prolongation de la mesure actuelle, qui sera en vigueur jusqu'au premier trimestre de 2023, des compensations seront nécessaires pour que les hôpitaux puissent survivre, innover et payer les médecins et les infirmières comme ils doivent l'être. Il faut éviter que les médecins fuient vers une médecine de luxe non conventionnée et moins contrôlée en dehors des hôpitaux. L'oratrice appelle le Parlement à freiner cette médecine de luxe.

Les assurances hospitalisation privées jouent également un rôle important à l'égard des suppléments. De nombreuses ressources y sont consacrées. Comment

Bij een evolutie naar een DRG-financiering zijn er simulaties nodig om het effect ervan te berekenen. Sommige diensten leningen zich moeilijker tot deze DRG-financiering. De spreker verwijst naar de geestelijke gezondheidszorg met de psychiatische diensten, de SP-diensten met revalidatie en de palliatieve zorgen.

Verder zijn er waarborgen nodig dat de all-in-forfaits kostendekkend zijn en dat hier geen besparing op voorzien wordt. Het is dus belangrijk om te gaan simuleren en te onderzoeken wat de werkelijke kost van een ingreep is. Wat is de medische kost en wat zijn de niet-medische kosten en hoe gaat dat in een forfait verwerkt worden?

De forfaits moeten mee evolueren met kwaliteit en veiligheid, met innovatie en digitalisering (met oog voor *cyber security* en de ontwikkeling van het EPD⁴). Er is wel een overheidsbijdrage maar die schiet tekort om alle nodige ingrepen in de ziekenhuizen te kunnen doen. Met de innovatie en digitalisering hangen technologische en technische evoluties samen.

Momenteel is er een standstill afgesproken in de Nationale Paritaire Commissie artsen-ziekenhuizen. Dit houdt een bevrozing in van de ereloonsupplementen zoals zij vandaag worden geheven. De berekening van wat de ziekenhuizen daarvan nodig hebben om te kunnen overleven is nodig. De spreker wijst op de sterke regionale verschillen in de honorariumsupplementen. Bij de Vlaamse ziekenhuizen worden minder ereloonsupplementen geheven. De spreker vraagt dat de Vlaamse ziekenhuizen daarvoor niet gepenaliseerd worden.

De spreker is geen voorstander van ereloonsupplementen. Deze supplementen beperken de toegankelijkheid en de betaalbaarheid voor de burger. Toch hebben de ziekenhuizen deze supplementen nodig om te overleven. Er zijn dus compensaties nodig om de financiële van de ziekenhuizen te garanderen. De (tijdelijke) standstill van supplementen mag geen straf zijn voor de ziekenhuizen die tot nu gematigd en toegankelijk waren. Bij verlenging van de maatregel de nu loopt tot het eerste kwartaal van 2023 zal compensatie nodig zijn om te overleven, om innovatie te realiseren en om de artsen en verpleegkundigen te vergoeden zoals het moet. Men moet vermijden dat artsen vluchten naar niet geconventioneerde en minder gecontroleerde village-neeskunde buiten de ziekenhuizen. De spreker roept het Parlement op deze village-neeskunde in te dijken.

In het systeem van de supplementen spelen ook de private hospitalisatieverzekeraars een belangrijke rol. Daar gaan veel middelen naartoe. Hoe kunnen die middelen

⁴ Dossier Patient informatisé.

⁴ Elektronisch Patiënten Dossier.

ces ressources pourraient-elles être réaffectées au financement des hôpitaux? Il conviendra d'examiner cette question avec les assureurs qui proposent ces assurances. Il ne sera donc pas facile d'intégrer ce nouveau financement dans le paysage hospitalier.

L'évolution vers de simples honoraires est logique mais elle sera complexe. De nombreuses études ont déjà été réalisées à propos de la réforme de la nomenclature. Cette réforme a d'ailleurs été systématiquement inscrite dans les accords de gouvernement. Cette réforme inclut également le découplage de la composante professionnelle des coûts de fonctionnement. L'oratrice fait observer que la rémunération des hôpitaux doit être suffisante pour couvrir leurs coûts réels. Les hôpitaux ne doivent pas imposer des attentes déraisonnables aux médecins en matière de service. En outre, il faut veiller à ne pas encourager indirectement la médecine de luxe.

Il est également important que la disponibilité, les gardes (partie 24/24 et 7/7) et la concertation interdisciplinaire soient rémunérées adéquatement.

M. Tom Balthazar (Zorgnet-Icuro) confirme que la réforme du financement modifiera les relations entre les hôpitaux et les médecins hospitaliers. Les honoraires seront divisés en une rémunération professionnelle des connaissances, des compétences, du temps et de la responsabilité, et une prise en charge des coûts qui ira directement aux hôpitaux. Les hôpitaux sont prêts à réfléchir sérieusement à de nouvelles formes de participation et de gestion conjointe. Les syndicats de médecins ont déjà formulé des propositions à ce sujet. Ces propositions vont de la parité totale dans la gestion des hôpitaux à un modèle consensuel tel qu'il existe au niveau des réseaux. Le réseau Zorgnet-Icuro a également été invité à formuler des propositions à ce sujet et celles-ci sont attendues pour l'automne 2022. Les associations faitières des hôpitaux sont prêtes à réfléchir à un nouveau modèle de gouvernance dans lequel les médecins pourront jouer un rôle important à l'égard de la gestion opérationnelle et de la stratégie à long terme des hôpitaux.

La réforme ne doit pas aboutir à une combinaison paralysante de cogestion et de maintien des pouvoirs de veto actuels des conseils médicaux. On ne peut pas à la fois siéger dans les conseils d'administration et conserver la capacité de bloquer la prise de décision. L'orateur affirme qu'il est nécessaire de modifier la loi coordonnée sur les hôpitaux et les autres établissements de soins.

La réforme du modèle de gouvernance peut être une raison d'examiner en profondeur la participation d'autres

omgeleid worden naar de ziekenhuisfinanciering? Er zal met deze verzekeraars gesproken moeten worden. Het is dus niet evident om deze nieuwe financiering in het ziekenhuislandschap in te kantelen.

De evolutie naar een zuiver ereloon is een logische maar complexe weg. Er zijn al vele studies verricht rond de hervorming van de nomenclatuur. De hervorming van de nomenclatuur werd trouwens maar liefst elk keer opgenomen in een regeerakkoord. Bij deze hervorming hoort ook nog de ontkoppeling van het professioneel gedeelte en de werkingskosten. De spreekster merkt op dat de vergoeding die de ziekenhuizen tegemoet komt voldoende moet zijn om de reële kosten te dekken. De ziekenhuizen mogen geen onredelijk verwachtingspatroon over dienstverlening aan de artsen opleggen. Verder moet men er voor waken de villageneeskunde niet onrechtstreeks te stimuleren.

Het is ook belangrijk dat de beschikbaarheid, de wachten (het 24/24 en 7/7-gedeelte) en het interdisciplinair overleg passend vergoed worden.

De heer Tom Balthazar (Zorgnet-Icuro) beaamt dat de hervorming van de financiering de verhoudingen tussen ziekenhuis en ziekenhuisartsen zal wijzigen. Het honorarium wordt opgesplitst in een professioneel gedeelte dat kennis, kunde, tijd en verantwoordelijkheid vergoedt en in een vergoeding voor de kosten die rechtstreeks aan de ziekenhuizen zal toekomen. De ziekenhuizen zijn bereid om grondig na te denken over nieuwe vormen van inspraak en gezamenlijk beheer. De artsensyndicaten hebben daarover reeds voorstellen geformuleerd. Deze voorstellen gaan van een volledig paritair beheer van de ziekenhuizen tot een consensus-model zoals dat bestaat op netwerkniveau. Zorgnet-Icuro werd uitgenodigd daar ook zelf voorstellen te formuleren en deze mogen in het najaar van 2022 verwacht worden. De ziekenhuiskoepels zijn bereid na te denken over een nieuw *governance* model waarbij artsen een belangrijke plaats kunnen opnemen in het operationeel beheer en de langetermijnstrategie van ziekenhuizen.

De hervorming mag niet leiden tot een verlamme combinate van medebeheer en behoud van actuele veto-mogelijkheden van de medische raden. Men kan niet tegelijk in raden van bestuur zetelen en tegelijkertijd de mogelijkheid behouden om de besluitvorming te blokkeren. De spreker stelt dat er wetgevende aanpassingen aan de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen nodig zijn.

De hervorming van het *governance* model kan een reden zijn om grondig na te denken over de betrokkenheid

parties prenantes. Les médecins sont des collaborateurs essentiels des hôpitaux mais il faut aussi tenir compte des infirmières, des aides-soignants, etc. Il est également important d'associer le groupe des patients à la gestion des hôpitaux.

Le plan du ministre accorde une grande attention aux réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux et à la coopération entre les hôpitaux. Tous les hôpitaux sont prêts à coopérer. Cependant, pour l'instant, l'application de la loi sur les réseaux n'a pas encore donné lieu à une coopération intense. Le problème est que l'on attend une répartition des tâches de soins. Pour cela, il faut convenir, au sein du réseau, de qui fait quoi. Il y a cependant inévitablement des gagnants et des perdants lors du transfert des tâches de soins. Il n'existe actuellement aucun mécanisme qui permette de compenser financièrement cette situation.

Les hôpitaux sont des institutions autonomes. Chacun d'eux a sa propre histoire et sa propre identité. Les accords entre les hôpitaux seront facilités par des normes claires sur la taille minimale des services, des programmes de soins et des fonctions, ainsi que par des normes sur les niveaux d'activité minimaux (nécessité d'une meilleure orientation de la répartition des tâches de soins au sein des réseaux).

Par ailleurs, les normes d'agrément, dont la fixation et l'actualisation relèvent principalement des compétences des entités fédérées, sont dépassées et compliquent la coopération. Un programme de révision est donc nécessaire, et celui-ci nécessitera une coopération entre le niveau fédéral et les entités fédérées. Le réseau Zorgnet-Icuro a formulé des propositions à ce sujet au niveau flamand. Certains réseaux envisagent de développer des entités spécialisées où, par exemple, la chirurgie orthopédique serait concentrée sur un campus. À l'heure actuelle, les normes d'agrément ne le permettent pratiquement pas alors qu'il pourrait s'agir d'une procédure pertinente pour les patients qui permettrait de réduire les coûts et d'améliorer la qualité.

L'oratrice attire l'attention sur certains obstacles qui gênent la coopération entre les hôpitaux, surtout en cas de coopération en ce qui concerne la gestion des bâtiments, les TIC et la possibilité de prélever la TVA. Des progrès ont été réalisés. Une circulaire sur les soins a récemment été publiée, mais le chemin à parcourir est encore long.

Pour qu'un réseau soit intégré, il faut également que les employés puissent être mobiles au sein du réseau. Il conviendra aussi, pour cela, de surmonter certains obstacles en concertation avec le personnel infirmier et

van een aantal andere stakeholders. Artsen zijn essentiële medewerkers van ziekenhuizen maar er zijn ook nog verpleegkundigen, zorgkundigen enz... Het is ook belangrijk de patiënten als groep te betrekken bij het beheer van een ziekenhuis.

Het plan van de minister besteedt veel aandacht aan de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en aan de samenwerking tussen ziekenhuizen. Het is zo dat alle ziekenhuizen wel bereid zijn om samen te werken maar op dit moment wordt de netwerkwet uitgevoerd maar dat heeft nog niet echt geleid tot intense samenwerking. Het probleem is dat men een verdeling van zorgopdrachten verwacht. Men moet afspreken binnen het netwerk wie wat doet. Er zijn onvermijdelijk winnaars en verliezers bij de overdracht van zorgopdrachten. Er bestaan op dit moment geen mechanismen om dat financieel te compenseren.

Ziekenhuizen zijn autonome instellingen met een eigen geschiedenis en een eigen identiteit. Afspraken tussen ziekenhuizen zullen bevorderd worden door duidelijke normen over minimale omvang van diensten, zorgprogramma's en functies en normen over minimale activiteitsniveaus (er is meer sturing nodig over de verdeling van zorgopdrachten binnen de netwerken).

Ook de erkenningsnormen, waarvan de vaststelling en de modernisering hoofdzakelijk een bevoegdheid is van de gefedereerde entiteiten, zijn verouderd en bemoeilijken samenwerking. Er is dus een programma van herziening nodig en daarvoor is een samenwerking nodig tussen de federale overheid en de gefedereerde entiteiten. Zorgnet-Icuro heeft daar op Vlaams niveau een aantal voorstellen over geformuleerd. Sommige netwerken denken aan het uitbouwen van *focused factories*, waar bijvoorbeeld orthopedische chirurgie geconcentreerd wordt in één campus. Op dit moment maken de erkenningsnormen dit zo goed als onmogelijk, terwijl dit net een kostenbesparende, kwaliteitsverhogende en voor de patiënten zinvolle ingreep kan zijn.

De spreker vestigt de aandacht op een aantal hinderpalen in de samenwerking tussen ziekenhuizen, vooral wanneer er samenwerking is op het gebied van het beheer van gebouwen, ICT en de mogelijkheid tot het heffen van btw. Er wordt voortuitgang geboekt. Onlangs verscheen er een zorgcircular maar er valt nog een lange weg te gaan.

Wanneer men tot een geïntegreerd netwerk wil komen, dan is het ook nodig dat medewerkers mobiel kunnen zijn binnen een netwerk. Ook daarvoor moeten een aantal hinderpalen sneuvelen, na overleg met de

les médecins concernés. Une réflexion plus approfondie sera nécessaire à ce sujet.

3. *M. Yves Smeets (Santhea) et M. Christophe Happe (UNESSA)*

UNESSA est une fédération qui représente 8 secteurs et 542 affiliés actifs en Wallonie et à Bruxelles dans l'aide à la jeunesse, l'aide aux aînés, l'enfance et la petite enfance, les hôpitaux généraux, l'insertion socio-professionnelle, l'aide aux personnes en situation de handicap, la santé mentale et enfin, la prévention et la première ligne.

Santhea est une fédération patronale d'institutions de soins wallonnes et bruxelloise, représentant tous les hôpitaux publics de Wallonie et Bruxelles ainsi que d'autres établissements de soins tels que les maisons de repos (et de soins), les centres de soins de jour, les résidences-services, les maisons de soins psychiatriques, les services de santé mentale, les centres de révalidation, les initiatives d'habitation protégée, les laboratoires de biologie clinique et d'anatomopathologie et les polycliniques.

M. Yves Smeets (Santhea) note que la proposition de réforme a été généralement saluée dans le secteur. Pour la première fois, le secteur retrouve une vision globale qui a pour ambition de s'attaquer à bon nombre de problématiques.

Cependant, dans la note du 28 janvier, le ministre de la Santé annonce que certains paramètres du calcul du budget des moyens financiers étant obsolètes, le financement sera revu sans toucher à l'enveloppe globale. *M. Smeets* estime qu'il y a un manque de compréhension de la problématique.

Les réformes de financement et d'organisation des soins de santé sont nécessaires, mais les réformes ne pourront pas se faire à enveloppe inchangée. Cela équivaldrait à transférer des moyens financiers d'un hôpital à un autre, ce qui ne résoudrait pas les problèmes structurels existants.

Au cours de ces dernières années, le secteur a été confronté à une série de mesures d'économies structurelles suivies de nouvelles impositions réglementaires non compensées. Enfin, une partie du financement est encore basée sur des réalités des années 1980. Un exemple en est le coût de l'énergie, qui a explosé depuis.

Les hôpitaux se trouvent en situation de sous-financement massif à l'heure actuelle. Le manque de

betrokken verpleegkundigen en artsen. Hierover is nog meer denkwerk nodig.

3. *De heer Yves Smeets (Santhea) en de heer Christophe Happe (UNESSA)*

UNESSA is een federatie die 8 sectoren en 542 aangesloten afdelingen en diensten vertegenwoordigt die in Wallonië en Brussel actief zijn op het vlak van jeugdzorg, ouderenzorg, kleuter- en peuterzorg, algemene ziekenhuiszorg, sociaal-professionele inschakeling, hulp aan personen met een handicap, geestelijke gezondheidszorg alsook preventie en eerstelijnszorg.

Santhea is een werkgeversfederatie van Waalse en Brusselse zorginstellingen die alle openbare ziekenhuizen in Wallonië en Brussel vertegenwoordigt, alsook andere zorginstellingen, zoals rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen, dagzorgcentra, serviceflats, psychiatrische verzorgingstehuizen, geestelijke gezondheidszorgdiensten, revalidatiecentra, initiatieven voor beschut wonen, laboratoria voor klinische biologie en pathologische anatomie, alsook dagziekenhuizen.

De heer Yves Smeets (Santhea) merkt op dat het hervormingsvoorstel over het algemeen goed werd onthaald in de sector. Voor het eerst ervaart de sector een omvattende visie die tot doel heeft heel wat pijnpunten weg te nemen.

In zijn nota van 28 januari 2022 geeft de voor Volksgezondheid bevoegde minister echter aan dat sommige parameters voor de berekening van het Budget Financiële Middelen verouderd zijn en dat een herziening ervan aan de orde is, echter zonder aan de BFM-enveloppe te raken. Volgens de heer Smeets wordt het vraagstuk niet helemaal goed begrepen.

De financiering en de organisatie van de gezondheidszorg moeten worden hervormd, maar zulks is onmogelijk zonder wijziging van de enveloppe. Anders zouden financiële middelen gewoon van het ene naar het andere ziekenhuis worden overgeheveld, zonder dat de bestaande structurele problemen worden opgelost.

De afgelopen jaren werd de sector geconfronteerd met een rist nieuwe structurele besparingsmaatregelen, met in het zog daarvan bijkomende, niet-gecompenseerde reglementaire verplichtingen. Bovendien is de financiering nog steeds deels gebaseerd op de situatie van de jaren 1980. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de energiekosten, die sindsdien de pan uit rijzen.

De ziekenhuizen zijn momenteel zwaar ondergefinancierd; het financieringstekort wordt geraamd

financement est estimé à 4 milliards d'euro. De plus les besoins, dont celui de l'encadrement au lit des patients, sont en augmentation.

Une partie du sous-financement concerne également l'IT, la cybersécurité et la nécessité d'engager du personnel qualifié supplémentaire pour remplir des tâches spécifiques comme la protection des données ou la sécurité nucléaire.

Les blocs opératoires font l'objet de coefficients réducteurs pour le calcul de leur financement.

Le secteur de la pharmacie hospitalière est également cité comme faisant partie du sous-financement structurel. Les nouvelles normes de sécurité et de traçabilité imposées ne font pas l'objet de contreparties financières, créant ainsi un déficit de 210 millions d'euros. Depuis 2006, un forfait est en place pour le remboursement des spécialités pharmaceutiques délivrées en hôpital. Les économies ainsi réalisées dépassent les 140 millions d'euros.

Une série d'autres financements, dont le fonds Maribel social, viennent alourdir la note pour les hôpitaux. Les emplois subventionnés sont en effet, sous-financés. Le personnel engagé de la sorte amène un surcoût de 70 millions d'euros.

La réforme à enveloppe égale est donc problématique. De plus, des mesures d'économies sont prévues en même temps dans la note du ministre, notamment en matière de biologie clinique et d'imagerie médicale.

Une évaluation objective et transparente des besoins en financement est nécessaire avant d'opérer le changement vers une utilisation des forfaits *all-in*. L'identification des sources de financement doit se faire en parallèle afin de s'assurer que tous les coûts soient couverts.

La transition doit être assurée au travers de moyens spécifiques afin que les hôpitaux puissent effectuer les ajustements nécessaires. Une double comptabilité pendant la période de transition est proposée par M. Smeets, afin de s'assurer qu'il n'y ait pas d'effet négatif induit qui impacterait les hôpitaux.

M. Smeets rappelle que le plan est ambitieux et salue la vision claire exprimée par la note du ministre. Confondre ambition et précipitation serait cependant fâcheux. Le nombre de chantiers proposés et le timing

op 4 miljard euro. Bovendien nemen de zorgbehoeften toe, waaronder de nood aan handen aan het bed.

Ook andere diensten en afdelingen, zoals IT en cyberveiligheid, kampen met een ondermaatse financiering. Tevens zijn onvoldoende middelen voorhanden om te voldoen aan de vraag naar bijkomend gekwalificeerd personeel voor specifieke taken als gegevensbeveiliging en nucleaire beveiliging.

Bij de berekening van de financiering van de operatiekamers worden reductiecoëfficiënten toegepast.

De structurele onderfinanciering treft ook de sector van de ziekenhuisapotheken. Tegenover de nieuwe normen inzake veiligheid en traceerbaarheid staan geen financiële compensaties, wat tot een tekort van 210 miljoen euro leidt. Sinds 2006 geldt een forfaitaire terugbetaling voor de in het ziekenhuis verstrekte farmaceutische specialiteiten. De aldus gerealiseerde besparingen bedragen meer dan 140 miljoen euro.

De rekening voor de ziekenhuizen loopt nog verder op door een reeks andere financieringen, zoals het Fonds Sociale Maribel; ook de gesubsidieerde arbeidsplaatsen zijn immers ondergefinancierd. De indienstneming van personeel via die weg brengt een extra kostprijs van 70 miljoen euro teweeg.

De hervorming doorvoeren zonder aan de enveloppe te raken, is dus allesbehalve evident, temeer omdat de nota van de minister tezelfdertijd in besparingsmaatregelen voorziet, met name voor klinische biologie en medische beeldvorming.

De financieringsnoden moeten objectief en transparant worden geëvalueerd alvorens naar all-in-forfaits om te schakelen. Tegelijk moeten de financieringsbronnen klaar en duidelijk zijn, zodat alle kosten worden gedekt.

De overgang moet worden bewerkstelligd via specifieke middelen, zodat de ziekenhuizen de nodige aanpassingen kunnen uitvoeren. De heer Smeets stelt voor om tijdens de overgangperiode een dubbele boekhouding te voeren om eventuele negatieve gevolgen voor de ziekenhuizen te voorkomen.

De spreker wijst erop dat het om een ambitieus plan gaat, en prijst de heldere visie waar de minister in zijn nota blijk van geeft. Het zou echter jammer zijn ambitie te verwarren met overhaasting. Door de vele in uitzicht

serré rendent la réalisation de l'ambition peu réaliste. Il faut établir des priorités.

Les enseignements de la crise sont également insuffisamment pris en compte dans la réforme. Tant au Parlement fédéral que dans les entités fédérées, des recommandations ont été formulées. Trop peu d'entre elles ont été intégrées dans la vision du ministre. Une des craintes exprimées est que le nouveau financement, toujours fort basé sur le nombre d'actes, ne permette pas de gérer correctement une éventuelle nouvelle crise. Afin d'être mieux préparés, il serait souhaitable d'évoluer vers un financement plus transversal.

M. Smeets note une incohérence supplémentaire en ce qui concerne les forfaits *all-in*, sauf pour les actes intellectuels qui devraient être liés à une nouvelle nomenclature. De plus, la note du ministre laisse entrevoir une possibilité de maintenir des suppléments d'honoraires sur ces actes intellectuels. Plus de cohérence est requise.

L'intervenant note que pour la réforme de la nomenclature, le plan d'action est très contraignant au niveau du temps. Pour pouvoir faire l'analyse correctement, une fois de plus, le nouveau et l'ancien système devraient fonctionner en parallèle pendant une période transitoire. La réforme de la nomenclature est absolument nécessaire pour simplifier et rééquilibrer les héritages du passé. La réforme doit aussi prendre en compte les évolutions des besoins et de la technologie. Enfin, elle doit être source de collaboration entre médecins et autres professionnels des soins de santé.

M. Smeets se demande quel sera l'avenir de la négociation entre les gestionnaires et le corps médical au sujet des investissements et des services financés par les honoraires. Va-t-on dans le sens d'une co-gouvernance? Les contraintes budgétaires risquent de freiner l'innovation et l'investissement médical.

La remarque finale de M. Smeets concerne le maintien des honoraires à basse variabilité mis en place sous la ministre De Block. Ce système ajoute une complexité supplémentaire dans un système et une vision qui se veut, au contraire, simple et transparente.

M. Christophe Happe (UNESSA) pointe la création d'une cellule DRG belge. La question est de savoir si cette cellule repartira d'une page blanche ou si elle s'inspirera des expériences issues de l'étranger.

gestelde projecten en de strakke timing lijkt het weinig aannemelijk dat de ambitie zal kunnen worden verwezenlijkt. Het komt erop aan de prioriteiten te bepalen.

Bij de hervorming wordt ook onvoldoende rekening gehouden met de lessen die uit de crisis werden getrokken. Zowel het federaal Parlement als de deelstaten hebben aanbevelingen gedaan, maar die sijpelen te weinig door in de visie van de minister. Zo bestaat onder meer de vrees dat de nieuwe financiering, die nog steeds gebaseerd zou zijn op het aantal handelingen, niet zal volstaan om een eventuele nieuwe crisis naar behoren het hoofd te bieden. Om in een dergelijk scenario beter voorbereid te zijn, is een meer transversale financiering aangewezen.

Een andere onsamenhangendheid die de heer Smeets opmerkt, heeft betrekking op de *all-in-forfaits*; alleen voor de intellectuele handelingen zou dan een nieuwe nomenclatuur van toepassing zijn. Bovendien doet de nota van de minister uitschijnen dat honorariasupplementen op die intellectuele handelingen nog altijd mogelijk zullen zijn. Meer coherentie is nodig.

De spreker merkt op dat het actieplan voor de nomenclatuurreformering met een heel strikt tijdpad gepaard gaat. De spreker wijst er andermaal op dat een correcte analyse alleen mogelijk is als het nieuwe en het oude stelsel gedurende een overgangperiode naast elkaar bestaan. De nomenclatuurreformering is onontbeerlijk om de erfenissen uit het verleden te vereenvoudigen en opnieuw in evenwicht te brengen. Bij de hervorming moet ook rekening worden gehouden met de veranderende noden en technologieën. Ten slotte moet die hervorming een bron van samenwerking tussen artsen en andere gezondheidszorgbeoefenaars zijn.

De heer Smeets vraagt zich af hoe de onderhandelingen tussen de beheerders en het artsenkorps over de investeringen en de diensten die met de honoraria worden gefinancierd, in de toekomst zullen verlopen. Zal koers worden gezet naar cogovernance? Budgettaire beperkingen dreigen een rem te zetten op innovatie en medische investeringen.

Tot slot maakt de heer Smeets een opmerking over het behoud van de laagvariabele honoraria die onder minister De Block werden ingesteld. Een dergelijke regeling zou een stelsel en een visie die eenvoud en transparantie beogen, alleen maar ingewikkelder maken.

De heer Christophe Happe (UNESSA) brengt de oprichting van een Belgische DRG-cel ter sprake. De vraag is of die cel van voren af aan zal beginnen, of uit de ervaringen in het buitenland zal kunnen putten.

M. Happe insiste que si le financement doit se faire par forfait, il est capital que l'enveloppe budgétaire reste ouverte. Le budget doit rester prévisible, ce qui est une des difficultés du système actuel. Les forfaits devraient en outre tenir compte de l'évolution des prix et de l'indexation.

À l'heure actuelle, une partie des honoraires permet de financer des activités au moyens de transferts. Si cette possibilité venait à disparaître, le gestionnaire doit disposer d'une plus grande autonomie de gestion. Est-ce la fin du débat de la propriété des honoraires à l'hôpital?

Le financement des infrastructures et des investissements ne sera probablement pas repris dans les forfaits *all-in*, tout comme seront exclus les honoraires. Que comporteront exactement les forfaits?

M. Happe revient sur le financement de l'imagerie médicale et de la biologie clinique. Des économies sont prévues par les ministres. Si le but d'aller vers un financement juste est louable, il faut se rappeler que les marges dégagées actuellement permettent aux hôpitaux de financer des activités autrement pas ou sous-financées. Les économies serviront-elles à compenser ces autres activités?

Justifier les charges et les frais ne fait pas sens dans l'utilisation des forfaits. M. Happe insiste sur le climat de confiance qui doit être mis en place.

Suite à la limitation et ensuite la suppression des suppléments d'honoraires, il est prévu que les compagnies d'assurances contribuent au financement des hôpitaux. Y aura-t-il une diminution des primes? Quel sera l'effet sur la capacité de contribution des compagnies d'assurance?

Le gel des suppléments d'honoraires est prévu jusqu'en 2024. M. Happe note cependant qu'une exception est maintenue au-delà en ce qui concerne les actes intellectuels et pointe cette discordance.

Aujourd'hui le financement tient compte des pathologies et d'autres critères tels que la sévérité, l'âge du patient, etc. Si le financement se faisait exclusivement par pathologie et par activité comment seront évalués les besoins et les profils des patients?

Outre ses missions générales, l'hôpital doit remplir un nombre de missions spécifiques et possède une

De heer Happe benadrukt dat indien de financiering per forfait moet gebeuren, het uitermate belangrijk is dat de begrotingsenveloppe openblijft. Het budget moet voorspelbaar blijven, wat één van de pijnpunten van het huidige stelsel is. Bij de forfaits moet bovendien rekening worden gehouden met de prijsevoluties en de indexering.

Thans kunnen honoraria deels worden gebruikt om via transfers activiteiten te financieren. Indien die mogelijkheid zou wegvallen, zal de beheerder over meer autonomie moeten beschikken. Is het debat over de eigendom van de honoraria in het ziekenhuis daarmee beslecht?

De financiering van de voorzieningen en van de investeringen zal wellicht geen deel uitmaken van de *all-in-forfaits*. Wat zullen die forfaits precies omvatten?

De heer Happe haakt in op de financiering van de medische beeldvorming en van de klinische biologie. De minister heeft besparingen in uitzicht gesteld. Hoewel het lovenswaardig is te streven naar een rechtvaardige financiering, zij aangestipt dat de ziekenhuizen met de thans verkregen marges activiteiten kunnen financieren waarvoor anders geen of te weinig financiering voorhanden is. Zullen de besparingen worden gebruikt om die andere activiteiten te compenseren?

Lasten en kosten rechtvaardigen houdt geen steek wanneer gebruik wordt gemaakt van forfaitaire bedragen. De heer Happe benadrukt dat een klimaat van vertrouwen tot stand moet worden gebracht.

In verband met de begrenzing en vervolgens afschaffing van de honorariumsupplementen wordt erin voorzien dat de verzekeringsmaatschappijen zullen bijdragen aan de ziekenhuisfinanciering. Zullen de premies dalen? Wat zal de invloed zijn op de bijdragecapaciteit van de verzekeringsmaatschappijen?

Tot 2024 worden de honorariumsupplementen bevroren. De heer Happe wijst echter op de discrepantie dat voor de periode erna een uitzondering voor de intellectuele handelingen zou blijven bestaan.

Vandaag houdt de financiering rekening met de pathologieën en met andere criteria, zoals de ernst van de aandoening, de leeftijd van de patiënt enzovoort. Hoe zouden de noden en profielen van de patiënten worden geëvalueerd mocht de financiering uitsluitend gebeuren per pathologie en per activiteit?

Naast zijn algemene opdrachten moet het ziekenhuis een aantal specifieke opdrachten vervullen en heeft het

dimension sociale. Le financement passe actuellement par le BMF. Qu'en sera-t-il demain?

M. Happe indique que la plupart des acteurs sont alignés en ce qui concerne la nécessité d'accroître le nombre de soins ambulatoires et les soins en hôpital de jour. Cette ambition fait aussi partie du plan de réforme. Cependant il est important de veiller aux spécificités des cas qui empêchent parfois le recours aux soins en hôpital de jour. Le système de financement doit prévoir ces cas et fournir un financement à la hauteur des coûts.

L'intervenant rappelle ensuite le contexte économique difficile des hôpitaux. L'indexation, la hausse des prix et d'autres facteurs pèsent lourdement sur les budgets. Or, le BMF ne prend pas entièrement compte ces réalités. Il est important que ceci soit prévu lors d'un passage au système de forfaits.

Au niveau de l'impact de la réforme sur la gouvernance, il est capital d'effectuer une analyse de la situation. Contrairement à l'idée reçue, les relations entre médecins et gestionnaires n'est pas problématique. Un point d'équilibre a été trouvé au travers des négociations du quotidien. Les améliorations éventuelles, issues d'un diagnostic sérieux de la situation, doivent être pensées en relation avec le nouveau système de financement.

Au niveau de la gestion, les enseignements de la crise doivent être pris en compte. Le rôle accru des médecins-chefs et des collègues de chefs de service au sein de l'institution doit être promu, peut-être en passant par une amélioration des organes de gestion. En outre, la possibilité de concertation permanente, actuellement optionnelle, devrait éventuellement être rendue obligatoire.

M. Happe note que les réseaux locorégionaux ont été mis en place, mais que le caractère opérationnel varie d'un endroit à un autre. Certaines collaborations historiques existaient dans le passé car elles répondaient à des besoins particuliers de la population. Il est question d'instaurer une période de transition pour renforcer les réseaux sans anéantir la collaboration historique entre certaines institutions.

En conclusion, les éléments techniques avancés doivent trouver réponse dans la réforme. Elle forme une opportunité, pour autant qu'elle soit menée en accord avec les acteurs du terrain. La réforme peut permettre la mise en place d'un financement juste, mais ne doit pas être une source ou un prétexte pour instaurer des économies. De plus, il est important de veiller à la transition graduelle et d'établir un calendrier raisonnable.

een sociale rol. De financiering verloopt vandaag nog via het BFM, maar *quid* in de toekomst?

De heer Happe geeft aan dat de meeste actoren het erover eens zijn dat meer moet worden ingezet op ambulante zorg en dagziekenhuisopname. Ook die ambitie maakt deel uit van het hervormingsplan. Toch moet men oog blijven hebben voor de gevallen waarvan de eigenheid dagziekenhuiszorg soms onmogelijk maakt. Het financieringssysteem moet ook met die scenario's rekening houden en voorzien in een financiering die in verhouding staat tot de kosten.

De spreker herinnert vervolgens aan het moeilijke economische klimaat voor de ziekenhuizen. De indexering, de prijsstijgingen en andere factoren wegen zwaar op de budgetten. Het BFM houdt echter niet integraal rekening met die realiteiten. Zulks dient wel het geval te zijn mocht op een systeem van forfaits worden overgestapt.

Wat de weerslag van de hervorming op de governance betreft, is het van essentieel belang de situatie te analyseren. In tegenstelling tot de gangbare opvatting is de relatie tussen artsen en beheerders niet vertroebeld. Een evenwicht werd gevonden via de gebruikelijke onderhandelingen. Eventuele verbeteringen die uit een grondige ontleding van de situatie naar voren komen, moeten worden benaderd vanuit het nieuwe financieringssysteem.

Aangaande het beheer moet rekening worden gehouden met de lessen die uit de crisis zijn getrokken. De grotere rol van de artsen-diensthooften en van de diensthooftencolleges in de instellingen moet worden bevorderd; een verbetering van de beheersorganen kan daartoe de opstap zijn. Eventueel zou ook de mogelijkheid tot permanent overleg – dat thans facultatief is – verplicht moeten worden gemaakt.

De heer Happe stelt vast dat de locoregionale netwerken er inderdaad zijn, maar dat ze niet overal in dezelfde mate operationeel zijn. Bepaalde samenwerkingen zijn historisch gegroeid omdat ze beantwoordden aan bijzondere noden van de bevolking. Kennelijk zou een overgangperiode worden ingevoerd om de netwerken te versterken zonder de historische samenwerking tussen sommige instellingen teniet te doen.

Kortom, de hervorming zal een antwoord moeten bieden op de aangehaalde technische elementen. Ze is een kans, zolang de actoren in het veld er hun zeg in hebben. Dankzij de hervorming kan er een rechtvaardige financiering worden ingevoerd, maar zij mag geen bron zijn van of voorwendsel zijn voor het invoeren van besparingen. Het is bovendien belangrijk te werken met een geleidelijke overgang en met een redelijk tijdpad.

4. *Exposé introductif de Mme Patricia Lanssiers et M. Dieter Goemaere (GIBBIS)*

Mme Patricia Lanssiers est directrice générale de GIBBIS (Gezondheidsinstellingen Brussel – Bruxelles Institutions de Santé), la fédération des employeurs du secteur des institutions de soins des secteurs public et privé associatif de la Région de Bruxelles-Capitale. GIBBIS représente 67 institutions, parmi lesquelles des hôpitaux, des maisons de soins de santé mentale et des maisons de repos. Ces institutions emploient plus de 29 000 travailleurs et offrent plus de 10 000 lits.

1. *Pourquoi une réforme est nécessaire*

D'après l'*Euro Health Consumer Index* (EHCI), la Belgique possède l'un des cinq meilleurs systèmes de soins de santé d'Europe. On pourrait dès lors se demander si une réforme du paysage hospitalier est réellement nécessaire.

Notre système de soins de santé est néanmoins confronté à un certain nombre de défis qui auront un impact sur le financement des hôpitaux dans les années à venir. Il faudra tenir compte de l'allongement de l'espérance de vie de la population et de nouvelles tendances qui se dessinent sur le plan socio-économique. Les technologies nouvelles ainsi que les défis qui se posent en matière de cybersécurité auront également un impact sur le système de soins. À cela s'ajoute que le profil des patients évolue et que l'on a de plus en plus affaire à des polypathologies et à des maladies chroniques. Enfin, il faut prendre en compte la disponibilité du personnel soignant et l'attractivité du métier de soignant.

Ainsi qu'il ressort de l'étude MAHA réalisée par Belfius, la situation financière des hôpitaux était déjà précaire avant la crise COVID-19. Aujourd'hui, la situation s'est encore aggravée. Le résultat courant des hôpitaux se monte à 31 millions d'euros, ce qui ne représente que 0,2 % du chiffre d'affaires. Et 32 % des hôpitaux sont dans le rouge.

Au cours de la période COVID-19, une forte baisse des admissions en soins intensifs a été enregistrée dans les hôpitaux. Les hôpitaux n'ont pu garder la tête hors de l'eau que grâce au soutien du gouvernement. Aujourd'hui, la crise COVID-19 est terminée, mais les hôpitaux sont confrontés à de nouveaux défis comme la hausse des prix de l'énergie et l'inflation.

Bref, les hôpitaux font face à des défis financiers depuis plusieurs années déjà. Pour les placer dans une

4. *Inleidende uiteenzetting van mevrouw Patricia Lanssiers en de heer Dieter Goemaere (GIBBIS)*

Mevrouw Patricia Lanssiers is algemeen directeur van GIBBIS (Gezondheidsinstellingen Brussel – Bruxelles Institutions de Santé), de federatie van werkgevers van de sector van de openbare en de private social profit gezondheidsinstellingen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. GIBBIS vertegenwoordigt 67 instellingen, zowel ziekenhuizen als instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en rusthuizen. Deze instellingen tellen meer dan 29 000 werknemers, en omvatten meer dan 10 000 bedden.

1. *Waarom een hervorming nodig is*

Volgens de *Euro Health Consumer Index* (EHCI) bevindt België zich in de top vijf van meest kwaliteitsvolle gezondheidszorgsystemen in Europa. Men zou zich bijgevolg kunnen afvragen of een hervorming van het ziekenhuislandschap werkelijk nodig is.

Ons gezondheidssysteem staat echter voor een aantal uitdagingen die de komende jaren een impact zullen hebben op de ziekenhuisfinanciering. Er zal rekening moeten worden gehouden met de hogere levensverwachting van de bevolking en met nieuwe socio-economische tendensen. Ook nieuwe technologieën en uitdagingen op het vlak van cyberveiligheid worden factoren die een impact zullen hebben op het zorgsysteem. Daarnaast verandert het type patiënt en krijgt men steeds meer te maken met polypathologie en chronisch zieke patiënten. Tot slot moet men rekening houden met de beschikbaarheid van zorgpersoneel en de aantrekkelijkheid van het zorgberoep.

Zoals de MAHA-studie van Belfius heeft aangetoond, was de financiële toestand van de ziekenhuizen reeds voor de coronacrisis fragiel. Vandaag is de toestand nog slechter. Het courant resultaat van de ziekenhuizen bedraagt 31 miljoen euro, wat slechts 0,2 % van het omzetcijfer vertegenwoordigt. 32 % van de ziekenhuizen is verlieslatend.

Tijdens de COVID-19-periode zag men een sterke afname van opnames in de acute ziekenhuizen. De ziekenhuizen konden het hoofd slechts boven water houden dankzij de regeringssteun. Nu de COVID-19-crisis voorbij is, staan de ziekenhuizen voor nieuwe uitdagingen, zoals de toename van de energieprijzen en de inflatie.

Kortom, de ziekenhuizen worden reeds verschillende jaren geconfronteerd met financiële uitdagingen.

situation viable à long terme, il convient de réformer leur financement.

2. Réforme: quelques points importants

Ensuite, Mme Lanssiers passe en revue les points forts et les points faibles de la note du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique du 28 janvier 2022.

Elle commence par souligner que la note du ministre prévoit pas moins de cinq réformes:

- réforme du paysage hospitalier;
- réforme du financement hospitalier;
- révision de la nomenclature;
- volet financement et qualité;
- maîtrise des suppléments.

L'oratrice se félicite que le ministre reconnaisse la nécessité de réformer. Il est également clair que le ministre opte pour une évolution et non pour une "révolution" rapide. En outre, les réformes sont décrites concrètement et elles devraient être mises en œuvre à court terme. L'oratrice s'en réjouit.

Plusieurs points importants méritent en outre d'être soulignés. La fédération GIBBIS estime qu'une approche méthodologique de ces réformes liées les unes aux autres sera nécessaire. Les calendriers des différentes réformes devront être alignés. Étant donné qu'il s'agit d'un très grand chantier, il conviendra également de bien réfléchir au personnel du SPF Santé publique et de l'INAMI qui sera mobilisé.

Ces réformes auront un impact important sur plusieurs acteurs, par exemple sur les hôpitaux et sur les médecins. Il conviendra donc d'installer un climat de confiance.

Enfin, il conviendra d'être attentif à la continuité. Les réformes prendront plusieurs années. Comment le travail se poursuivra-t-il sous la prochaine législature?

Mme Lanssiers aborde ensuite les différentes réformes mentionnées dans la note du ministre.

Om tot een toestand te komen die voor een lange termijn duurzaam is, is een hervorming van de financiering nodig.

2. De hervorming: enkele aandachtspunten

Vervolgens overloopt mevrouw Lanssiers de sterke en zwakkere punten van de nota van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 28 januari 2022.

Een eerste punt dat opvalt, is dat de nota van de minister maar liefst vijf hervormingen omvat. Het gaat om de volgende hervormingen:

- de hervorming van het ziekenhuislandschap;
- de hervorming van de ziekenhuisfinanciering;
- de herziening van de nomenclatuur;
- het luik financiering en kwaliteit;
- beheersing van de supplementen.

Het is goed dat de minister erkent dat hervormingen nodig zijn. Ook blijkt duidelijk dat de minister kiest voor evolutie, en niet voor een snelle "revolutie". De hervormingen worden bovendien concreet beschreven en zouden op korte termijn worden doorgevoerd. Dat is positief.

Daarnaast zijn enkele aandachtspunten het vermelden waard. GIBBIS meent dat een methodologische aanpak van deze hervormingen, die aan elkaar gelinkt zijn, nodig is. De timing van de verschillende hervormingen moet goed op elkaar afgestemd zijn. Gezien het om een zeer grote werf gaat, moet er goed worden nagedacht over welk personeel van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV ingezet zal worden.

Deze hervormingen zullen een grote impact hebben op een aantal actoren, zoals de ziekenhuizen en de artsen. Daarom moet er een klimaat van vertrouwen worden geschapen.

Tot slot moet er nagedacht worden over continuïteit. De hervormingen zullen enkele jaren in beslag nemen. Hoe zullen de werkzaamheden worden voortgezet tijdens de volgende legislatuur?

Vervolgens bespreekt mevrouw Lanssiers de verschillende hervormingen die in de nota van de minister zijn opgenomen.

2.1. Réforme du financement hospitalier

Un point fort de cette section concerne l'évolution vers plus de forfaits. Le financement mixte sera maintenu.

Les frais de fonctionnement des honoraires iront au gestionnaire. C'est également positif. Il est également positif que toutes les prestations ne seront pas forfaitisées.

La fédération GIBBIS souhaite cependant que tous les coûts légitimes restent couverts. La réforme ne doit donc pas devenir un exercice sournois de réduction des coûts. La fédération GIBBIS estime qu'il importe également de continuer à investir dans l'innovation. Or, cette question n'est pas vraiment abordée dans la note du ministre.

La note mentionne la création d'un institut ou d'une cellule dédiée au système de classification APR-DRG. Si cet institut ou cette cellule voit effectivement le jour, il faudra à nouveau s'interroger sur les personnes et les ressources qui seront mobilisées à cette fin.

Compte tenu de l'ampleur de la réforme, elle pourrait avoir des effets secondaires imprévisibles. Les mesures nécessaires devront être prises pour limiter les risques. GIBBIS recommande d'effectuer suffisamment de simulations.

2.2. Réforme de la nomenclature

Dès lors que la réforme de la nomenclature est à la base de la réforme du système de financement, cette réforme devra être achevée avant que les réformes ultérieures puissent être entamées.

Les points suivants sont mis en évidence:

— nécessité d'une concertation tripartite à propos des frais de fonctionnement dans le cadre des honoraires;

— en matière de gouvernance: les hôpitaux devraient conserver un pouvoir de négociation local à propos des coûts non couverts par le BMF ou par les frais de fonctionnement dans le cadre des honoraires (exemple: coûts en matière d'innovation).

2.3. Maîtrise des suppléments

La fédération GIBBIS est satisfaite que les assureurs privés soient associés à cette partie de la réforme. Il est également positif que des mesures équivalentes soient prises dans le domaine des soins ambulatoires. Cela permettra d'éviter une médecine à deux vitesses.

2.1. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering

Een sterk punt in dit onderdeel is dat men in de richting van meer forfaits evolueert. De gemengde financiering blijft behouden.

De werkingskosten van de erelonen zullen voor rekening van de beheerder zijn. Ook dat is een goede aanpassing. Het is bovendien positief dat niet alle prestaties geforfaitiseerd zullen worden.

GIBBIS wenst wel dat alle legitieme kosten gedekt zullen blijven. De hervorming mag dus geen slinkse besparingsoefening worden. Voor GIBBIS is het ook belangrijk dat er blijvend geïnvesteerd wordt in innovatie. Dit aspect wordt niet echt besproken in de nota van de minister.

In de nota is er sprake van de oprichting van een instituut of een cel gewijd aan het classificatiesysteem APR-DRG. Als dit instituut of deze cel er daadwerkelijk komt, zal opnieuw de vraag moeten worden gesteld welke mensen en middelen ingezet zullen worden.

Omwille van de omvang van de hervorming, zouden er neveneffecten kunnen optreden die men op voorhand niet kan inschatten. Men moet het nodige doen om de risico's te beperken. GIBBIS raadt aan om voldoende simulaties uit te voeren.

2.2. De hervorming van de nomenclatuur

De hervorming van de nomenclatuur vormt de basis van de hervorming van het financieringssysteem. Deze hervorming moet dus eerst voltooid zijn, voordat men aan de volgende etappes kan beginnen.

De volgende aandachtspunten moeten in de verf worden gezet:

— de nood aan tripartite overleg over de werkingskosten binnen de honoraria;

— op het vlak van governance: de ziekenhuizen moeten een lokale onderhandelingspositie behouden over kosten die niet door het BFM of de werkingskosten van de honoraria worden gedekt (bijvoorbeeld kosten voor innovatie).

2.3. De beheersing van de supplementen

GIBBIS is tevreden dat de privéverzekeraars betrokken worden bij dit onderdeel van de hervorming. Het is ook een goede zaak dat er gelijkaardige maatregelen worden genomen in de ambulante zorg. Zo kan men vermijden dat er een geneeskunde aan twee snelheden ontstaat.

L'oratrice souligne également que cette réforme est directement liée au financement des hôpitaux. Les suppléments sont une source de financement importante pour les hôpitaux. Comme l'indique l'étude MAHA, toute modification du financement des hôpitaux peut provoquer un déséquilibre majeur. Par conséquent, les pertes que les hôpitaux pourraient subir en raison de cette réforme devront être compensées.

Tous les hôpitaux ne dépendent pas des suppléments dans la même mesure. Par conséquent, une compensation au niveau macro ne sera pas suffisante et il conviendra d'examiner les besoins individuels de chaque hôpital.

2.4. Septième réforme de l'État

Enfin, il faut tenir compte du fait qu'une septième réforme de l'État pourrait avoir un impact sur le calendrier des cinq réformes précitées.

2.5. Conclusions

M. Dieter Goemaere (GIBBIS) énumère plusieurs principes qui, selon la fédération GIBBIS, devront toujours être appliqués pour mener ces réformes à bien.

Tout d'abord, il conviendra de tenir compte du fait que la réforme se fonde sur la situation actuelle est que le système actuel a également des points forts qu'il convient certainement de conserver. Il est important de se diriger vers un système équitable dans lequel tous les coûts légitimes seront couverts.

L'un des points forts du système actuel concerne l'importance qu'il accorde à la solidarité. Il ne faut pas le perdre de vue; il faut absolument éviter de mettre en place une médecine à deux vitesses.

L'orateur appelle ensuite à toujours limiter les risques. GIBBIS plaide donc pour le maintien d'un "système fantôme" (*shadow system*). Il conviendra toujours, avant et durant les réformes, de réaliser les simulations nécessaires afin d'éviter tout effet secondaire indésirable.

Il est dommage que le plan du ministre n'accorde que peu d'attention à l'innovation. Selon la fédération GIBBIS, l'innovation doit toujours être encouragée. En outre, le pouvoir de négociation local des médecins doit être préservé afin qu'ils puissent négocier à propos des coûts – par exemple des coûts en matière de technologie et d'innovation – non couverts par les frais de fonctionnement et le BFM.

Enfin, les leçons de la crise du COVID-19 doivent être prises en compte. L'un des enseignements de cette

Voorts onderstreept de spreekster dat deze hervorming rechtstreeks verbonden is met de financiering van de ziekenhuizen. De supplementen zijn een belangrijke financieringsbron van de ziekenhuizen. Zoals de MAHA-studie aantoont, kan elke wijziging van de financiering van de ziekenhuizen een sterk onevenwicht veroorzaken. De verliezen die de ziekenhuizen zouden kunnen leiden door deze hervorming moeten dus worden gecompenseerd.

Niet alle ziekenhuizen zijn in dezelfde mate afhankelijk van supplementen. Daarom volstaat een compensatie op macroniveau niet, men moet onderzoeken wat elk individueel ziekenhuis nodig heeft.

2.4. De zevende Staatshervorming

Tot slot moet men er rekening mee houden dat een toekomstige zevende Staatshervorming een impact zou kunnen hebben op het tijdsplan van de vijf besproken hervormingen.

2.5. Conclusies

De heer Dieter Goemaere (GIBBIS) geeft een aantal principes mee, die volgens GIBBIS steeds moeten worden gevolgd om de hervorming tot een goed einde te brengen.

In de eerste plaats moet men goed onthouden dat de hervorming niet van een blanco blad vertrekt. Het huidige systeem heeft ook zijn sterke punten, en die mogen zeker behouden worden. Daarbij is het belangrijk om te evolueren naar een rechtvaardig systeem, waarin alle legitieme kosten gedekt worden.

Eén van de sterktes van het huidige systeem is het belang dat wordt gehecht aan solidariteit. Dat mag niet verloren gaan; een geneeskunde aan twee snelheden moet te allen prijze worden vermeden.

De spreker roept vervolgens op om steeds aan risicobeperking te doen. GIBBIS pleit daarom voor het behoud van een "*shadow system*". Voor en tijdens de hervorming moeten steeds de nodige simulaties worden gedaan, om ongewenste neveneffecten te voorkomen.

Het is jammer dat het plan van de minister weinig aandacht besteedt aan innovatie. Voor GIBBIS moet innovatie steeds worden gestimuleerd. Verder moet de lokale onderhandelingspositie van artsen behouden worden, zodat zij kunnen onderhandelingen over kosten – zoals kosten voor technologie en innovatie – die niet gedekt worden door de werkingskosten en het BFM.

Ten slotte moet men rekening houden met de lessen uit de COVID-19-crisis. Eén les is dat de actoren meer

crise est que les acteurs doivent être responsabilisés plus directement. Les sources de financement doivent aller aux acteurs qui gèrent les coûts.

GIBBIS plaide également pour un système de financement mixte dans lequel les forfaits seront plus nombreux qu'aujourd'hui. La mise en œuvre de ce système ne sera possible qu'après la réforme de la nomenclature.

La fédération GIBBIS préconise également une affectation des ressources fondée sur la valeur.

Enfin, la simplification du système doit être recherchée autant que possible.

B. Questions et observations des membres

Mme Frieda Gijbels (N-VA) constate que la prévention permet de réaliser d'importantes économies. Toutefois, cette matière relève de la compétence des entités fédérées. Ne serait-il pas préférable de renforcer l'homogénéité des blocs de compétences et de remédier à leur morcellement en les concentrant davantage au niveau régional? Serait-ce la clé pour garantir la pérennité financière de notre système de soins de santé?

La réduction de l'enveloppe globale se répercutera sur le financement des hôpitaux. Le ministre indique que les suppléments d'honoraires demandés par les différents hôpitaux seront égalisés alors qu'il existe aujourd'hui de grandes disparités en la matière. De fortes disparités régionales persistent encore aussi. Selon les orateurs de l'INAMI et du SPF Santé publique, une compensation temporaire sera prévue pour les hôpitaux qui demandent les suppléments d'honoraires les plus élevés afin d'atténuer le choc. L'intervenante fait observer que les hôpitaux qui se sont efforcés de limiter les suppléments ne sont pas récompensés pour la politique qu'ils ont menée.

Responsabiliser davantage les hôpitaux, et donc le paternalisme à leur égard, constitue une bonne piste de travail. Il convient de se focaliser davantage sur la concrétisation des objectifs, mais comment ceux-ci seront-ils définis et comment contrôlera-t-on leur concrétisation? Et, surtout, quelles sanctions appliquera-t-on si ces objectifs ne sont pas atteints? Comment peut-on définir ces paramètres de sortie?

La numérisation et l'innovation sont importantes dans le secteur des soins de santé. L'intervenante souligne le problème du partage des données. En effet, les données sont souvent enregistrées dans des formats différents. Que faudrait-il faire pour améliorer le partage des données?

rechtstreeks geresponsabiliseerd moeten worden. De financieringsbronnen moeten naar de actoren die de kosten beheren gaan.

GIBBIS pleit voorts voor een gemengd financieringssysteem, waarbinnen wel meer forfaits opgenomen worden dan vandaag. De implementatie van dat systeem is slechts mogelijk na de hervorming van de nomenclatuur.

GIBBIS pleit ook voor een *value-based* gebruik van de middelen.

Tot slot moet men zo veel mogelijk naar de vereenvoudiging van het systeem streven.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) stelt vast dat preventie tot grote besparingen kan leiden. Deze bevoegdheid zit wel bij de deelstaten. Is het niet beter de bevoegdheidspakketten homogener te maken en de versnippering van de bevoegdheden weg te werken door meer bevoegdheden op het niveau van de regio's te concentreren? Is dit de sleutel om gezondheidszorg betaalbaar te houden?

De vermindering van de globale enveloppe zal een weerslag hebben op de financiering van de ziekenhuizen. De minister stelt dat de ereloonsupplementen op hetzelfde niveau zullen worden gebracht voor de verschillende ziekenhuizen terwijl tussen de ziekenhuizen onderling er een groot verschil bestaat in de gevraagde ereloonsupplementen. Er zijn ook nog sterke regionale verschillen. Er komt, volgens de sprekers van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, een tijdelijke tegemoetkoming voor de ziekenhuizen die de hoogste ereloonsupplementen hebben gevraagd om die schok te verzachten. De spreker merkt op dat de ziekenhuizen die steeds de supplementen hebben beperkt, niet beloond worden voor het gevoerde beleid.

Het geven van meer verantwoordelijkheid aan de ziekenhuizen, dus minder betutteling, is een goede manier van werken. Er moet meer ingezet worden op het bereiken van objectieven maar hoe worden die objectieven bepaald en hoe worden die gecontroleerd? En vooral, hoe wordt er bestraft wanneer die objectieven niet gehaald worden? Hoe kunnen die outputparameters bepaald worden?

Digitalisering en innovatie zijn belangrijk in de gezondheidszorg. De spreker wijst op het probleem van de uitwisselbaarheid van gegevens. Gegevens worden vaak in verschillende formaten opgeslagen. Wat is er nodig om deze uitwisselbaarheid te verbeteren?

Trop peu d'attention est accordée au sens donné au travail dans les hôpitaux. Des mesures sont prises en matière de financement, mais il convient d'être plus attentif au contenu du travail. Comment pourrait-on rapidement améliorer la situation à cet égard?

Mme Kathleen Pisman (Ecolo-Groen) souligne que M. Leroy souhaite préserver la particularité de chaque hôpital. Comment l'orateur l'envisage-t-il concrètement? Un hôpital peut-il conserver son identité au sein d'un réseau? Le financement dépend aussi de la taille de l'hôpital, les hôpitaux de petite taille étant désavantagés par le financement en fonction du nombre de prestations. L'intervenante souhaite plus d'explications. Mme Pisman poursuit en demandant des précisions à propos du sens donné au travail dans le secteur des soins et de la manière dont la réforme du financement permettrait d'apporter une réponse à cet égard.

M. Patrick Prévot (PS) évoque la question des forfaits DRG. De nombreux éléments spécifiques tels que la gravité de la pathologie, l'état de santé général du patient, l'âge et la dépendance varient selon les patients. Certains hôpitaux accueillent davantage de patients *outliers*, comme le CHU Saint-Pierre. Comment les soins dont ces patients bénéficient seront-ils financés dans le cadre de la future réforme? Convient-il de prévoir un financement complémentaire tenant compte de la situation sociale de ces patients? Comment peut-on éviter que les hôpitaux en arrivent à sélectionner leurs patients, l'objectif étant que les hôpitaux ne se bornent pas à venir en aide aux patients souffrant de problèmes de santé moins lourds?

Mme Dominiek Sneppe (VB) constate que certains pays qui consacrent moins de moyens financiers à leurs systèmes de soins de santé parviennent néanmoins à disposer d'un système plus performant que le nôtre. Comment l'expliquer? Comment pourrait-on améliorer les performances du système belge? Certains orateurs estiment qu'il conviendrait d'investir quatre milliards d'euros supplémentaires dans nos hôpitaux. Selon l'économiste de la santé Lieven Annemans, des réallocations budgétaires et une méthode de travail plus efficace permettraient de réaliser des gains d'efficacité d'un montant de quatre milliards d'euros. Est-ce exact? Pourrait-on investir quatre milliards d'euros supplémentaires en travaillant plus efficacement à partir du même montant.

Il est exact que les compétences sont fortement morcelées. Mme Sneppe souscrit à l'appel de Mme Gijbels, qui demande l'attribution de blocs de compétences plus homogènes aux entités fédérées. Quelles seront les compétences qui resteront alors encore au niveau fédéral?

De zingeving voor werknemers in ziekenhuizen is iets waar te weinig op wordt ingezet. Op het gebied van financiering worden stappen gezet, maar er moet meer aandacht gaan naar de jobinhoud. Hoe kan daar snel iets aangedaan worden?

Mevrouw Kathleen Pisman (Ecolo-Groen) merkt op dat de heer Leroy de eigenheid van een ziekenhuis wil bewaren. Hoe ziet de heer Leroy dat concreet? Kan een ziekenhuis binnen een netwerk de eigen identiteit behouden? De financiering hangt ook samen met de grootte van een ziekenhuis. Kleine ziekenhuizen zijn benadeeld bij financiering op het aantal prestaties. De spreekster wenst meer uitleg. Verder wenst mevrouw Pisman verduidelijking over zingeving in de zorg en hoe de hervorming van de financiering daaraan kan verhelpen.

De heer Patrick Prévot (PS) gaat in op de DRG-forfaits. Er zijn vele specifieke elementen zoals de ernst van de aandoening, de algemene gezondheidstoestand van de patiënt, de leeftijd, de afhankelijkheid, die per patiënt variëren. Sommige ziekenhuizen geven er de voorkeur aan *outliers* aan te trekken, zoals dat het geval is bij het CHU Saint-Pierre. Hoe zal de zorg voor deze patiënten in het kader van de toekomstige hervorming gefinancierd worden? Is een aanvullende financiering die rekening houdt met de sociale context van deze patiënten aangewezen? Hoe kan men vermijden dat ziekenhuizen overgaan tot een selectie van patiënten opdat ziekenhuizen zich niet beperken tot hulp aan de patiënten met minder zware gezondheidsproblemen?

Mevrouw Dominiek Sneppe (VB) stelt vast dat sommige landen die minder geld in gezondheidszorg pompen er toch in slagen een performanter gezondheidszorgsysteem uit te bouwen. Hoe kan dit? Hoe kan België performanter worden? Sommige sprekers stellen dat er vier miljard euro extra moet geïnvesteerd worden in de ziekenhuizen. Gezondheidseconoom Lieven Annemans stelde dat er voor vier miljard euro efficiëntiewinst te behalen is door budgetten te verschuiven en efficiënter te werken. Klopt dit? Kan er vier miljard meer geïnvesteerd worden door voor hetzelfde bedrag efficiënter te werken?

Er is inderdaad een sterke versnippering in de bevoegdheden. Mevrouw Sneppe treedt mevrouw Gijbels bij wanneer zij oproept meer homogene bevoegdheidspakketten aan de deelstaten toe te vertrouwen. Wat zal er uiteindelijk als bevoegdheid nog op het federale niveau overblijven?

Les fonctions d'appui au sein des hôpitaux ressentiront aussi les effets de la réforme. En vérité, il n'est pas nécessaire que chaque hôpital dispose d'une série de fonctions d'appui qui lui sont propres. Dans ce domaine, la numérisation pourrait permettre de réaliser des gains d'efficacité. Les orateurs partagent-ils cette opinion?

Les directions hospitalières sont-elles suffisamment associées à cette réforme du financement des hôpitaux?

Mme Nathalie Muylle (cd&v) évoque la problématique des suppléments d'honoraires. Le CHU Saint-Pierre figure sur la liste des hôpitaux où des suppléments d'honoraires de l'ordre de 200 % sont facturés. Le montant moyen de ces suppléments s'élève à 151 % en Flandre, et dépasse en moyenne les 200 % à Bruxelles et en Wallonie. Comment expliquer que certains hôpitaux qui facturent moins de suppléments obtiennent néanmoins de bons résultats d'exploitation? Comment le financement des hôpitaux pourra-t-il être assuré en cas de réduction ou de gel de ces suppléments? Et comment justifier les compensations qui seront éventuellement prévues?

L'intervenante constate qu'il est difficile de distinguer les missions de soins générales des missions de soins spécialisées au sein des réseaux hospitaliers. La professeure Katrien Kesteloot a demandé aux autorités publiques de se pencher davantage sur cette question et d'associer chaque mission à un niveau de pouvoir, sans quoi la réforme visant les réseaux restera marginale, ce qui sera source de mécontentement. Qu'en pensent les orateurs?

Mme Muylle fait observer que de nombreux hôpitaux abandonnent les accréditations JCI et NIAZ en ce qui concerne la mesure de la qualité des soins. Ils optent pour des indicateurs de réseau plus régionaux. Quelle est la position des orateurs à l'égard de cette évolution? Comment l'uniformité sera-t-elle garantie lors de l'évaluation de la qualité des soins? Que pensent les orateurs du principe selon lequel toute prestation résultant d'un manquement lors de la première prestation ne sera pas rémunérée (*no pay for no performance*)? Est-il encore nécessaire de recourir énormément à la programmation nationale ou est-il préférable de travailler davantage au niveau des régions? Il ressort d'une étude du KCE que la Belgique dispose de 6 000 à 7 000 lits excédentaires. Ne vaut-il pas mieux réduire cet excédent de lits et mieux affecter les moyens ainsi dégagés?

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) estime qu'il est possible de réaliser des gains en passant des marchés publics pour les médicaments et pour le matériel médical. Les orateurs ont-ils une idée des économies qui pourraient ainsi être réalisées?

De hervorming zal ook voelbaar zijn bij de ondersteunende functies in de ziekenhuizen. Het is eigenlijk niet nodig dat elke ziekenhuis over een reeks eigen ondersteunende functies beschikt. Digitalisering kan hier efficiëntiewinsten genereren. Zijn de sprekers het daarmee eens?

Zijn de ziekenhuisbesturen voldoende betrokken bij deze hervorming van de financiering van de ziekenhuizen?

Mevrouw Nathalie Muylle (cd&v) gaat in op de problematiek van de supplementen. Het CHU Saint-Pierre staat op de lijst van ziekenhuizen waar 200 % supplementen worden aangerekend. Vlaanderen zit globaal op 151 % en voor Brussel en Wallonië ligt dit gemiddeld boven de 200 %. Waarom kunnen ziekenhuizen met minder supplementen toch goede bedrijfsresultaten voorleggen? En hoe haalbaar is de financiering van ziekenhuizen in geval van afbouw of het bevriezen van deze supplementen? En hoe vallen eventuele compensaties te verantwoorden?

De spreekster stelt vast dat binnen de ziekenhuisnetwerken moeilijk te zien is wat algemene en wat gespecialiseerde zorgopdrachten zijn. Professor Katrien Kesteloot heeft de overheid gevraagd dit meer naar zich toe te trekken. De overheid moet beslissen welke opdrachten op welk niveau thuishoren. Anders blijft de hervorming in netwerken beperkt tot werk in de marge en dit leidt tot onvrede. Wat denken de sprekers hierover?

Mevrouw Muylle merkt op dat vele ziekenhuizen weg gaan van de JCI – en NIAZ-accréditatie bij het meten van de kwaliteit van de zorg. Zij opteren voor meer regionale netwerkindicatoren. Hoe staan de sprekers tegenover deze evolutie? Hoe gaat de eenheid bij het beoordelen van de zorgkwaliteit bewaard worden? Wat denken de sprekers van *no pay for no performance*? Is het nog nodig veel te werken met nationale programmatie of is het beter meer te gaan werken op het niveau van de regio's? Volgens een KCE-studie is er in België een overschot van 6 000 tot 7 000 ziekenhuisbedden. Is het niet beter dit overschot aan bedden af te bouwen en de aldus vrijgemaakte middelen efficiënter in te zetten?

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) meent dat er winsten te boeken zijn via publieke aanbestedingen voor geneesmiddelen en medisch materieel. Hebben de sprekers enig idee van de besparingen die zo kunnen gerealiseerd worden?

Bien que la médecine fondée sur les prestations ait ses limites, la réforme proposée ne mettra pas fin à ce modèle. L'intervenante estime dès lors que les plans de réforme manquent d'ambition. Quelles sont les expériences à l'étranger?

La demande des hôpitaux en faveur d'une plus grande confiance est prometteuse. Les hôpitaux disposeront alors d'un budget, ainsi que du temps nécessaire pour organiser leur fonctionnement selon leurs priorités. Cette piste est-elle vraiment considérée comme une possibilité? Quelle est la position des hôpitaux à l'égard d'un système de paiements groupés (*bundled payments*)? Le financement dépendra alors de la population.

Mme Merckx souscrit à la thèse qu'il faut davantage de prévention et de coopération avec la première ligne.

Il ressort de l'étude sur le cancer de l'ovaire du KCE que tous les soins nécessaires ne sont pas bien concentrés. Est-il préférable de ne pas concentrer les maternités et les services d'urgence pour qu'ils restent accessibles à la population?

La concurrence entre les hôpitaux demeure un problème important en Belgique. Cette situation explique peut-être pourquoi l'expertise nécessaire pour le traitement du cancer de l'ovaire n'est pas concentrée. C'est pourquoi les hôpitaux fusionnent afin de rassembler l'expertise et d'unir les moyens financiers, ce qui donne naissance à des hôpitaux colossaux. Comment peut-on échapper à cette logique concurrentielle?

Le personnel soignant est sous pression. Le Fonds blouses blanches a donné une bouffée d'oxygène, mais il apparaît insuffisant pour remédier au problème. Que faut-il pour éviter que le personnel ne quitte le secteur? Quelles mesures convient-il de prendre pour favoriser le retour des travailleurs qui ont quitté le secteur? Comment la réforme des finances des hôpitaux pourra-t-elle mettre fin à cette fuite des travailleurs?

M. Robby De Caluwé (*Open Vld*) indique qu'après une étude approfondie des données de plusieurs hôpitaux pilotes, le financement DRG sera calculé dès 2023, puis introduit à partir de juillet 2026. Ce calendrier est-il réaliste? Les orateurs souhaitent-ils suivre ce tempo ou sont-ils favorables à une introduction progressive qui permette d'intervenir plus rapidement en cas de problèmes éventuels pour limiter l'incidence financière sur les hôpitaux?

Le ministre entend intervenir dès 2023 dans les dépenses en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale et de médicaments. Outre les suppléments

De prestatiegebonden geneeskunde botst op haar limieten. Toch durft de voorgestelde hervorming het niet aan hiermee komaf te maken. De spreker vindt dan ook de hervormingsplannen niet ambitieus genoeg. Wat zijn de ervaringen in het buitenland?

De vraag van de ziekenhuizen om meer vertrouwen is veelbelovend. Ziekenhuizen krijgen dan de beschikking over een budget en ook de nodige tijd om hun eigen werking naar eigen inzichten te organiseren. Wordt deze piste echt als een mogelijkheid beschouwd? Hoe staan de ziekenhuizen tegenover een systeem van *bundled payments*? Dit betekent dat er financiering is op basis van de populatie.

Mevrouw Merckx is het eens met de opvatting dat er meer nood is aan preventie en aan samenwerking met de eerste lijn.

De studie van het KCE over eierstokkanker toont aan dat niet alle nodige zorg goed geconcentreerd wordt. Valt het te verkiezen zowel de materniteiten als de spoedafdelingen niet te concentreren zodat ze makkelijk toegankelijk blijven voor de bevolking?

De onderlinge concurrentie tussen ziekenhuizen blijft een groot probleem in België. Misschien wordt daarom de expertise voor de behandeling van eierstokkanker niet geconcentreerd. Ziekenhuizen gaan daarom over tot fusies om de expertise te bundelen en financiële middelen samen te voegen, met als resultaat enorme ziekenhuizen. Hoe kan men aan die concurrentiële logica ontsnappen?

Het zorgpersoneel staat onder druk. Het Zorgpersoneelfonds gaf wel wat ademruimte maar blijkt niet voldoende om de nood te lenigen. Wat is er nodig opdat het personeel de sector niet verlaat? Wat moet er gebeuren om personeel terug naar de sector te leiden? Hoe kan de hervorming van de financiën van de ziekenhuizen deze vlucht uit de sector stoppen?

De heer Robby De Caluwé (*Open Vld*) stelt dat na een grondige studie van de data van een aantal peilziekenhuizen de DRG-financiering wordt berekend vanaf 2023 en ingevoerd vanaf juli 2026. Is deze timing haalbaar? Wensen te sprekers zo snel gaan of zijn ze voorstander van een gefaseerde invoering zodat bij eventuele problemen sneller kan worden ingegrepen zodat de financiële impact op ziekenhuizen beperkt is?

De minister wil vanaf 2023 ingrijpen in de uitgaven voor de klinische biologie, de medische beeldvorming en de geneesmiddelen. Dit zijn, naast de honorariumsupplementen,

d'honoraires, ces opérations constituent des sources de financement importantes pour les hôpitaux. En ce qui concerne les suppléments d'honoraires, les hôpitaux ne seront plus autorisés, à partir de 2022, à conclure des accords visant à les augmenter ou à augmenter les rétrocessions aux hôpitaux. Cette interdiction entrera en vigueur à deux moments différents. Quel sera son incidence sur le financement général et sur le financement des pathologies?

L'intervenant estime que la coopération avec d'autres prestataires et d'autres plateformes de soins est très importante. La séparation est trop nette entre les soins de santé et l'aide aux personnes. La Belgique est en proie à un risque majeur de polarisation incitant, par exemple, les hôpitaux catholiques à orienter leurs patients vers des services de soins infirmiers à domicile ou des maisons de repos et de soins du pilier catholique. Cette pratique menace le libre choix du patient et risque en outre de créer un monopole. Comment le libre choix du patient peut-il être garanti?

Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit) constate qu'il existe de grandes différences entre les hôpitaux, tant au niveau régional qu'entre les hôpitaux privés et publics. Ces différences apparaissent dans la relance des activités post-COVID-19, dans les avancées en matière de DPI et dans la manière d'évoquer le sous-financement.

Le ministre entend réduire et harmoniser les suppléments d'honoraires. L'intervenante estime que cette méthode de travail est plus juste. Existe-t-il d'autres solutions?

Il est mis en garde contre la généralisation du système forfaitaire, surtout pour les patients vulnérables. Quels éléments convient-il de prendre en compte pour compenser ce système forfaitaire?

Dispenser des soins au patient durant les deux derniers mois de son existence coûte très cher et ne contribue pas toujours à améliorer sa qualité de vie. Quelles sont les mesures concrètes qui pourraient apporter une solution en la matière?

Mme Catherine Fonck (Les Engagés) demande s'il existe des plans de fusion entre les 25 réseaux hospitaliers existants. Ne serait-il pas préférable de lever tous les obstacles (tels que la TVA, l'obligation d'avoir une pharmacie dans chaque hôpital, les obstacles liés à l'entité économique et au droit du travail (statuts)) au niveau des réseaux eux-mêmes afin d'optimiser la coopération? A-t-on dressé une liste de ces obstacles?

belangrijke financieringsbronnen voor ziekenhuizen. Voor de honorariumsupplementen wordt het voor ziekenhuizen vanaf 2022 verboden akkoorden af te sluiten tot verhoging van die ereloon-supplementen en akkoorden over de verhoging van opdrachten aan ziekenhuizen. Deze oefening wordt op twee verschillende momenten ingevoerd. Wat is de impact ervan op de algemene financiering? Wat is de impact ervan op de pathologiefinanciering?

De samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders en zorgplatformen is voor de spreker heel belangrijk. Er bevindt zich een te grote muur tussen gezondheidszorg en welzijnszorg. In België bestaat er een groot gevaar op verzuiling waarbij vanuit bijvoorbeeld katholieke ziekenhuizen wordt doorverwezen naar thuisverpleging of woonzorgcentra binnen dezelfde zuil. Daardoor komt de vrije keuze van de patiënt in het gedrang. Verder bestaat het gevaar op de vorming van een monopolie. Hoe kan de vrije keuze van de patiënt gegarandeerd worden?

Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit) stelt vast dat er grote verschillen bestaan tussen de ziekenhuizen onderling, zowel regionaal als tussen private en openbare ziekenhuizen. De verschillen manifesteren zich in het herstel van de post COVID-19-activiteiten, de vorderingen inzake het EPD en de manier waarop men spreekt over onderfinanciering.

De minister wil de ereloon-supplementen verlagen en gelijktrekken. Dit lijkt voor de spreker een eerlijkere manier van werken. Zijn er alternatieven?

Er wordt gewaarschuwd voor het doortrekken van het forfaitair systeem, zeker voor de kwetsbare patiënten. Welke elementen moeten aan boord genomen worden om dat forfaitair systeem te compenseren?

De zorgverstrekking in de twee laatste maanden van het leven is zeer duur en draagt niet altijd bij tot de levenskwaliteit. Wat kan er concreet gebeuren om hier een oplossing voor te vinden?

Mevrouw Catherine Fonck (Les Engagés) wenst te vernemen of er tussen de 25 bestaande ziekenhuisnetwerken fusieplannen bestaan? Is het niet beter alle obstakels (zoals btw, verplichte apotheek in elk ziekenhuis, economische entiteit, arbeidsrecht volgens statuten) in de netwerken zelf weg te nemen om samenwerking te optimaliseren? Bestaat er een lijst van deze obstakels? Zal er door de regering en de administraties wetgevend

Le gouvernement et les administrations vont-ils légiférer pour les éliminer dans le cadre de la réforme menée actuellement?

L'intervenante aborde la piste des objectifs qui doivent être atteints par les hôpitaux. Le secteur soutient-il la méthode des objectifs fixés? Le secteur lui-même a-t-il formulé des propositions? Il serait intéressant de combiner la méthode des objectifs avec un financement pluriannuel.

Le ministre souhaite travailler en deux phases. Tout d'abord, les actions se porteront sur l'imagerie médicale et la biologie clinique, puis ce sera le tour des suppléments d'honoraires. Est-il tenu compte de ces différents calendriers? L'intervenante demande si les pouvoirs publics prévoient un financement garanti durant cette période transitoire. Mme Fonck indique que ce n'est pas le cas actuellement.

M. Leroy défend l'idée d'un DPI uniforme pour l'ensemble du pays. Bon nombre d'hôpitaux ont déjà élaboré leur propre DPI, dans lequel ils ont beaucoup investi. Comment un DPI national reprendra-t-il les données des DPI locaux existants? Le même problème se pose pour l'accréditation des hôpitaux. Ne serait-il pas préférable d'opter pour une accréditation uniforme?

Il est exact que l'on pourrait relever le niveau d'ambition dans le cadre du *pay for performance*. Mais n'est-il pas problématique de travailler avec une enveloppe fermée? Car ce que l'on donne d'un côté est repris de l'autre. Ne doit-on pas fixer le financement en fonction des objectifs?

M. Leroy a souligné la mission sociale des hôpitaux universitaires. Mais cette mission sociale ne dépend-elle pas davantage de la région dans laquelle l'hôpital est situé, qui compte par exemple plus de patients vulnérables, que du statut de cet hôpital?

M. Leroy n'a pas abordé le financement particulier de l'aspect académique des hôpitaux universitaires, comme l'enseignement et la recherche. L'intervenante demande en la matière de plus amples explications à la lumière de la réforme du financement.

Mme Fonck souligne que les hôpitaux ne peuvent fonctionner convenablement qu'à condition de pouvoir disposer d'un personnel soignant correctement formé. L'attractivité de la profession est donc de la plus haute importance.

Le gouvernement va-t-il effectuer ce travail pour éliminer les obstacles dans le cadre de la réforme menée actuellement?

De spreekster gaat in op de piste van objectieven die door de ziekenhuizen gerealiseerd moeten worden. Staat de sector achter de werkwijze met vastgelegde doelstellingen? Heeft de sector zelf voorstellen geformuleerd? Het is interessant de werkwijze met objectieven te combineren met een meerjarige financiering.

De minister wenst in twee fasen op te treden. Er is eerst het ingrijpen in de medische beeldvorming en de klinische biologie, daarna volgen de ereloon-supplementen. Wordt er rekening gehouden met die verschillende planning? De spreekster vraagt zich af of de overheid een gewaarborgde financiering voorziet tijdens deze transitieperiode? Volgens mevrouw Fonck is dat op dit ogenblik niet het geval.

De heer Leroy maakt zich sterk voor een EPD dat voor heel het land hetzelfde is. Er zijn al vele ziekenhuizen die werk gemaakt hebben van een eigen EPD en daar hebben ze flink in geïnvesteerd. Hoe zal een nationaal EPD de gegevens van de bestaande lokale EPD's overnemen? Hetzelfde probleem stelt zich bij de ziekenhuisaccreditatie. Is het niet beter over te schakelen op een geüniformiseerde accreditatie?

Het is inderdaad zo dat men bij *pay for performance* ambitieuzer mag zijn. Maar is er geen probleem wanneer er gewerkt wordt met een gesloten enveloppe? Want wat aan de ene wordt gegeven, wordt bij een ander afgenomen. Moet er niet gewerkt worden met financiering naar doelstelling?

De heer Leroy heeft de sociale opdracht van de universitaire ziekenhuizen benadrukt. Maar is de sociale opdracht van een ziekenhuis niet meer afhankelijk van de streek waar men werkzaam is, waar er bijvoorbeeld meer kwetsbare patiënten zijn, dan van het statuut van het ziekenhuis?

De heer Leroy heeft het niet gehad over de bijzondere financiering van het academische aspect van de universitaire ziekenhuizen zoals onderwijs en onderzoek. De spreekster vraagt daar meer uitleg over in het licht van de hervorming van de financiering.

Mevrouw Fonck benadrukt dat ziekenhuizen alleen goed kunnen werken wanneer ze kunnen beschikken over goed opgeleid zorgpersoneel. De aantrekkelijkheid van het beroep is dus van het hoogste belang.

C. Réponses des invités et questions complémentaires

M. Philippe Leroy (CHU Saint-Pierre) précise le mécanisme des suppléments d'honoraires: soit des suppléments élevés sont facturés à quelques-uns, soit on facture des suppléments plus faibles, mais on les applique à un nombre beaucoup plus important de patients. Au CHU Saint-Pierre, on a opté pour des suppléments élevés (jusqu'à 300 %), mais qui ne sont facturés qu'à peu de patients. Ce sont les assurances qui sont mises à contribution dans le cadre d'une assurance hospitalisation privée. Cette façon de faire nuit à l'image de l'hôpital car il s'agit de suppléments de l'ordre de 300 %. Mais qu'y a-t-il de mal à réclamer un supplément élevé à très peu de patients qui, en fin de compte, sont pris en charge par une assurance privée? Certains hôpitaux facturent 100 % à tout le monde.

L'intervenant ne considère pas qu'il y a trop de paternalisme. Il est normal que les hôpitaux rendent des comptes à propos des montants dépensés. L'orateur demande néanmoins plus d'autonomie pour les hôpitaux. Il ne demande pas que l'on fasse table rase du système, mais insiste pour qu'un projet pilote soit mené pour accorder davantage d'autonomie en liaison avec un objectif bien défini. C'est facile à expliquer au personnel et contribue à donner plus de sens au travail. On peut par exemple concentrer les efforts sur un allègement de la charge des services d'urgence. Ce type de projet peut donner lieu à la rédaction d'un contrat de gestion. On s'engage par exemple à atteindre cet objectif dans les cinq ans. C'est le gouvernement ou le Parlement qui fixe cet objectif. Cette façon de travailler est motivante pour le personnel.

Il y a ensuite la question des hôpitaux de petite taille et de grande taille. L'orateur attire l'attention sur le risque du financement par DRG. Les hôpitaux ont des coûts fixes considérables, par exemple des coûts de personnel et d'infrastructure. Ces coûts sont indépendants du nombre d'admissions. Plus le volume augmente dans un système par DRG et mieux les coûts fixes sont couverts. Ce mécanisme désavantage donc les hôpitaux de petite taille. Par conséquent, il conviendra d'élaborer des mécanismes de compensation pour ceux-ci afin d'éviter qu'ils soient pénalisés par la réforme et absorbés par des hôpitaux de plus grande taille.

L'orateur ne préconise pas les fusions, mais estime que si les services d'urgence, les maternités et la gériatrie constitue le cœur du réseau, l'intégration financière des hôpitaux est la seule alternative.

Une réflexion est actuellement en cours à propos des missions relevant des niveaux locorégional ou

C. Antwoorden van de genodigden en bijkomende vragen

De heer Philippe Leroy (CHU Saint-Pierre) verduidelijkt het mechanisme van de ereloon-supplementen. Of men rekent hoge supplementen aan aan enkelen, of men rekent lagere supplementen aan die gelden voor aanzienlijk meer patiënten. In het CHU Saint-Pierre wordt gekozen voor hoge supplementen (tot 300 %) maar dit wordt slechts aan weinig patiënten aangerekend. Het zijn de verzekeringen die betalen bij een private hospitalisatieverzekering. Deze manier van werken stelt het ziekenhuis in een slecht daglicht want het gaat toch om 300 %. Maar wat is er verkeerd aan het vragen van een hoog supplement aan zeer weinig patiënten waarvoor uiteindelijk de private verzekering opdraait? Er zijn ziekenhuizen waar 100 % aan iedereen wordt aangerekend.

De spreker meent niet dat er teveel betutteling is. Het is normaal dat ziekenhuizen rekenschap geven over de bestede bedragen. De spreker vraagt echter meer autonomie voor de ziekenhuizen. De spreker vraagt geen tabula rasa van het systeem, hij dringt wel aan op een pilootproject waarbij meer autonomie gekoppeld aan een welbepaalde doelstelling kan worden uitgetoetst. Dit is makkelijk uit te leggen aan het personeel en draagt bij tot een betere zingeving van het werk. Men kan bijvoorbeeld inzetten op het ontlasten van de spoeddiensten. Voor dit bepaald project kan een beheerscontract opgesteld worden. Men behaalt deze doelstelling bijvoorbeeld binnen een termijn van vijf jaar. Het is de regering of het Parlement die deze doelstelling oplegt. Deze manier van werken is motiverend voor het personeel.

Dan is er de kwestie van de kleine en grote ziekenhuizen. De spreker vestigt de aandacht op het risico van de DRG-financiering. Ziekenhuizen hebben enorme vaste kosten zoals personeel en infrastructuur. Deze kosten staan los van het aantal opnames in een ziekenhuis. Hoe meer volumes er gedraaid worden in een DRG-systeem, hoe beter de vaste kosten worden gedekt. Daardoor worden de kleinere ziekenhuizen benadeeld. Het is dus nodig compensatiemechanismen uit te werken voor de kleinere ziekenhuizen, anders gaan ze kopje onder bij deze hervorming en worden ze door de grotere ziekenhuizen geabsorbeerd.

De spreker bepleit geen fusies, maar wanneer de spoeddiensten, materniteiten en geriatrie het hart vormen van het netwerk, dan kan dit enkel maar via een financiële integratie van de ziekenhuizen.

Op dit moment wordt er nagedacht over welke opdrachten locoregionaal of supraregionaal zijn. De spreker

supra régional. L'orateur demande une autre approche. Que dit la science, que disent les directives? Que dit la médecine basée sur des données probantes? Quel est le bénéfice indéniable d'une concentration des soins pour le patient et la qualité des soins administrés? Quelle est la concentration qui augmentera la qualité des soins? Il s'agit de questions essentielles. On commence par des maladies relativement rares, comme le cancer de l'ovaire. Ensuite, on fixe des critères de volume. Puis, on passe en revue toutes les pathologies et on fixe des seuils minimaux par pathologie suivant les directives. Ni tous les hôpitaux ni tous les réseaux hospitaliers n'atteindront ce seuil et il faudra donc former des alliances. Aux yeux de l'orateur, c'est la bonne méthode.

Il est également question de moyens diagnostiques. Il s'agit d'une erreur méthodologique dès lors qu'un moyen diagnostique peut être utilisé pour le suivi d'une large gamme de pathologies. Si un PET-scan est nécessaire pour diagnostiquer le cancer de l'ovaire, il s'agit d'une pathologie rare et on peut viser une plus grande concentration à l'avenir. Cependant, un PET-scan peut également être demandé pour des pathologies plus fréquentes comme les maladies pulmonaires, qui ne sont pas des pathologies rares. Il n'est donc pas correct d'affirmer que le PET-scan doit être organisé au niveau suprarégional. Il serait préférable de regrouper les maladies et d'examiner ensuite comment on peut les traiter.

La question du sens, la réforme du système et les économies sont entremêlées. L'orateur renvoie au système des soins de santé de Singapour, qui est très efficace. Les hôpitaux ne cherchent pas à obtenir des moyens toujours plus importants. Ils doivent se débrouiller avec ce qu'ils ont. Cependant, il ne sera pas possible de réaliser des économies sans réformer profondément le système actuel, qui n'est plus adapté. L'étude MAHA indique qu'une grande partie du secteur enregistre des pertes qui augmentent d'année en année. Cette situation est intenable. En effet, lorsque les acteurs de terrain demandent quelque chose, on leur répond systématiquement qu'il n'y a pas d'argent. Or, personne ne veut continuer à travailler dans un secteur confronté en permanence à un manque de moyens. C'est fatal à l'égard de la question du sens. L'orateur estime que les moyens financiers suffisent mais qu'il faut simplement les affecter autrement.

L'orateur confirme que le financement par DRG se fonde sur un classement établi en fonction de la gravité de la pathologie visée. Il n'est pas difficile d'établir un classement similaire qui tienne compte de la situation sociale du patient. Un système forfaitaire DRG devra également tenir compte du contexte social du patient.

vraagt een andere benadering. Wat zegt de wetenschap, wat zeggen de *guidelines*? Wat zegt de *evidence based medicine*? Welk onmiskenbaar voordeel is er voor de patiënt en de kwaliteit van de zorg bij een concentratie van de zorg? Welke concentratie zal de kwaliteit van de zorg verhogen? Dit zijn de essentiële vragen. Men begint met redelijk zeldzame ziekten zoals eierstokkanker. Daar worden volumecriteria voor vastgesteld. Daarna worden alle pathologieën overlopen en per pathologie worden minimale drempels vastgesteld op basis van *guidelines*. Niet alle ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken zullen deze drempels halen en men zal allianties moeten vormen. Volgens de spreker is dit de juiste aanpak.

Er wordt ook gesproken over diagnostische middelen. Dit is een vergissing in de methodologie want een diagnostisch middel dient voor de opvolging van een heel gamma ziekten. Wanneer er een PET-scan nodig is voor eierstokkanker, dan is dat voor een zeldzame aandoening en dat kan in de toekomst geconcentreerd worden. Maar er kan ook een PET-scan gevraagd worden voor meer voorkomende aandoeningen zoals longziekten. Dit zijn geen zeldzame aandoeningen. Men kan dus niet stellen dat een PET-scan supraregionaal moet georganiseerd worden. Het is beter de ziekten aldus te organiseren en daarna kan men kijken hoe deze ziekten worden aangepakt.

Zingeving, de hervorming van het systeem en besparingen zijn met elkaar verweven. De spreker verwijst naar het verzorgingssysteem in Singapore dat zeer efficiënt werkt. De ziekenhuizen zijn er niet op uit steeds meer middelen in de wacht te slepen. Men moet zich redden met wat er is. Maar zonder grondige hervorming van het systeem, zal men niet kunnen besparen. Het bestaande systeem redt het niet meer. De MAHA-studie toont aan dat een groot deel van de sector jaar na jaar meer verliezen noteert. Dit is onhoudbaar. Want elke keer dat de mensen op het terrein iets vragen, dan krijgen ze steevast het antwoord dat er geen geld voor is. En niemand wil blijven werken in een sector waar er een voortdurend tekort aan middelen is. Dit is dodelijk voor de zingeving. Volgens de spreker is er geen tekort aan financiële middelen, deze moeten eenvoudigweg anders besteed worden.

De spreker beaamt dat er bij de DRG-financiering een rangschikking is al naargelang de ernst van de pathologie. Het is niet moeilijk om een soortgelijke rangschikking op te stellen die rekening houdt met de sociale situatie van de patiënt. Een all-in-DRG-systeem zal ook met de sociale context van de patiënt rekening moeten houden.

Une coopération plus étroite entre les hôpitaux et les maisons de repos sera nécessaire pour l'accompagnement de la fin de vie. Il existe un lien entre les maisons de repos et les hôpitaux mais il dépend de la bonne volonté de chacun et des relations personnelles. Il convient cependant de prévoir un cadre et un financement plus étendus pour organiser structurellement cette coopération. Des économies pourraient néanmoins être réalisées dans ce domaine. Si un hôpital dépêchait un gériatre auprès des maisons de repos de sa région, ce gériatre pourrait y examiner les patients et éviter certaines hospitalisations (et les coûts y afférents). Il s'agirait d'une source d'économies considérables en termes de santé publique. Aucun hôpital ne prend toutefois cette mesure car l'hôpital devrait alors payer lui-même les honoraires du gériatre.

L'orateur renvoie ensuite à la répartition des compétences entre les Régions et le niveau fédéral. Il importe que ces niveaux de pouvoir se concertent pour aboutir à une réforme largement soutenue.

Il est exact que certains hôpitaux ont anticipé la mise en place d'un DPI mais il convient de ne pas les sanctionner pour leur proactivité. Des compensations doivent être prévues pour le travail déjà réalisé. L'orateur estime que l'on aura à terme un DPI pour l'ensemble du pays mais il appartient évidemment au Parlement de déterminer les modalités de ce processus.

Mme Margot Cloet (*Zorgnet-Icuro*) souligne le risque de choix sélectif en cas de financement par DRG. Il convient soit d'exclure certaines prestations du financement par DRG dans l'ensemble des hôpitaux, soit de prévoir quelques paramètres supplémentaires pour veiller à éviter tout choix sélectif. Il importe que toutes les personnes qui ont besoin de soins, en particulier les personnes financièrement les plus vulnérables, reçoivent les soins nécessaires.

Les directions des hôpitaux sont associées aux projets de réforme au travers du groupe *ad hoc* créé par le cabinet. À l'instar des mutualités, des médecins et des autorités publiques, les directions des hôpitaux défendent leurs positions, et des compromis sont recherchés.

L'oratrice estime qu'il convient de tendre vers une proximité maximale avec les patients dans l'organisation des soins de santé. C'est la raison pour laquelle il convient de transférer un plus grand nombre de compétences aux entités fédérées. Actuellement, les normes sont établies à deux niveaux de pouvoir, ce qui a un effet paralysant. On doit toujours se demander ce qui est régional et ce qui est fédéral. Il importe, à cet égard, de mettre en place une bonne coopération interfédérale. Il est en

Voor de begeleiding van het levenseinde is een sterkere samenwerking nodig tussen de ziekenhuizen en de rusthuizen. De link tussen rusthuizen en ziekenhuizen bestaat maar is afhankelijk van de wederzijdse goodwill en persoonlijke relaties. Er is echter meer nood aan een kader en aan een financiering om dit structureel te organiseren. Toch valt hier nog winst te boeken. Wanneer een ziekenhuis een geriater naar de omliggende rusthuizen stuurt, dan kan hij de patiënten ter plaatse onderzoeken, aldus wordt een hospitalisatie (en de eraan verbonden kost) vermeden. Dit betekent een grote winst in termen van volksgezondheid. Een ziekenhuis doet dit echter niet omdat het zelf het salaris van deze geriater moet dragen.

Verder wijst de spreker op de bevoegdheidsverdelingen tussen de regio's en het federale niveau. Het is nodig dat deze verschillende beleidsniveaus met elkaar in overleg gaan om te komen tot een breed gedragen, uniforme hervorming.

Het klopt dat een aantal ziekenhuizen voorop gingen in de ontwikkeling van een EPD. Zij mogen daarvoor niet gestraft worden. Er moeten compensaties voorzien worden voor het werk dat reeds werd verricht. De spreker meent dat er op termijn een EPD voor heel België komt maar het is natuurlijk aan het Parlement om te bepalen hoe dat proces zal verlopen.

Mevrouw Margot Cloet (*Zorgnet-Icuro*) waarschuwt dat bij een DRG-financiering het risico op *cherry picking* bestaat. Ofwel worden een aantal prestaties in alle ziekenhuizen uitgesloten van de DRG-financiering, ofwel worden bepaalde extra parameters opgenomen om ervoor te zorgen dat er niet aan *cherry picking* wordt gedaan. Het is belangrijk dat iedereen die nood heeft aan zorg, en zeker de financieel kwetsbaren, de nodige zorg krijgt.

De ziekenhuisbesturen zijn betrokken bij de hervormingsplannen via de ad-hocgroep die door het kabinet werd opgericht. Samen met mutualiteiten, artsen en overheid verdedigen de ziekenhuisbesturen hun standpunt en wordt er naar compromissen gezocht.

Gezondheidszorg moet volgens de sprekerster zo dicht mogelijk bij de mensen georganiseerd worden, en dus is het nodig meer bevoegdheden naar de deelstaten over te hevelen. Op dit moment situeert normering zich op twee bevoegdheidsniveaus en dit werkt verlamdend. Men moet zich steeds afvragen wat regionaal en wat federaal is. Het is belangrijk daarvoor een goede inter-federale samenwerking op poten te zetten. Het is verder ook heel belangrijk om te zien hoe de *governance*

autre très important de savoir comment la gouvernance est exercée au sein des entités fédérées. L'oratrice n'a pas eu que des expériences positives en la matière. Elle renvoie à ce sujet aux hôpitaux de revalidation, qui ont été transférés. Cette coopération doit pouvoir s'appuyer sur l'expertise et la concertation nécessaires. L'oratrice préconise une grande solidarité interfédérale à cet égard.

La programmation va de pair avec le financement. Il est positif de garder une programmation nationale mais des conventions asymétriques permettraient aux entités fédérées d'adapter cette programmation à leurs propres besoins. En Flandre, la planification stratégique des soins et l'organisation de la première ligne a lieu dans les zones de première ligne.

L'agrandissement d'échelle dans les hôpitaux découle de la volonté de coopération accrue des autorités publiques. En pratique, de nombreux hôpitaux constatent que la coopération fonctionne mieux avec des capacités, des finances, un pilotage et une vision uniques. Ce type de coopération constitue les prémisses de fusions. L'oratrice s'attend à une nouvelle vague de fusions en Flandre au cours des prochaines années. Elle fait observer qu'il est possible qu'une grande organisation offre des soins de proximité aux patients, et donc possible de concilier un gain d'efficacité et une approche plus ciblée sur les patients. En outre, les grandes organisations sont des employeurs plus attractifs, ce qui facilite le recrutement d'infirmiers, de médecins et d'autres professionnels de la santé. Cet argument n'est pas négligeable compte tenu de la pénurie observée sur le marché du travail.

Il importe de fournir un travail de grande qualité, et non de travailler rapidement. L'appel aux hôpitaux pilotes doit encore être lancé. L'adjudication au consortium scientifique est actuellement en cours. L'oratrice compare la réforme à l'examen aux opérations de virage d'un pétrolier. Elle prendra du temps et doit faire l'objet d'une réflexion approfondie. Si l'intention est de fermer certains hôpitaux à terme ou d'imposer certaines opérations, il importe de communiquer en toute franchise dès le début.

Dans le domaine de la biologie clinique, des propositions d'adaptation de la lettre clé sont à l'examen. Des avancées peuvent être réalisées en matière d'imagerie médicale et de médicaments dans le cadre de la réforme de la nomenclature. L'oratrice ne sait pas si le timing établi sera respecté. Il est préférable de travailler plus longtemps mais en fournissant un travail de qualité que de travailler vite mais avec moins d'attention.

En ce qui concerne l'imagerie médicale, la biologie clinique, les médicaments et les honoraires, il importe de

binnen de deelstaten gebeurt. De spreker heeft daar niet altijd goede ervaringen mee, ze verwijst naar de revalidatieziekenhuizen die overgeheveld werden. Bij deze samenwerking moet de nodige expertise en overleg aanwezig zijn. De spreker pleit daarbij voor een grote interfederale solidariteit.

De programmatie hangt samen met financiering. Het is goed een nationale programmatie te blijven behouden maar via asymmetrische afspraken kunnen deelstaten dat dan naar eigen behoeften invullen. In Vlaanderen gaat het dan om de zorgstrategische planning en de organisatie van de eerste lijn die binnen eerstelijnszones gebeurt.

Schaalvergroting binnen ziekenhuizen is het gevolg van de wens van de overheden om meer samen te werken. Veel ziekenhuizen zien in de praktijk dat dit het beste lukt wanneer er een eenheid van vermogen, van financiën, van aansturing en van visie is. Dat leidt tot fusies. De spreker verwacht de komende jaren nog een verdere fusiegolf in Vlaanderen. De spreker merkt op dat een grote organisatie toch in staat is zorg aan te bieden die dicht bij de patiënten staat. Er is dus efficiëntiewinst en tegelijkertijd een meer populatiegerichte benadering. Verder is een grote organisatie aantrekkelijk als werkgever waardoor het makkelijker wordt verpleegkundigen, artsen en andere zorgberoepen te rekruteren. Dit is niet onbelangrijk aangezien er toch een krapte heerst op de arbeidsmarkt.

Het is belangrijk dat het werk hoogstaand verloopt, snel werken is niet aangewezen. De oproep rond de peilziekenhuizen moet nog gebeuren. Men is op dit moment bezig met de aanbesteding aan het wetenschappelijk consortium. De spreker vergelijkt de hervorming met het draaien van een tanker, dit neemt tijd in beslag en moet heel zorgvuldig gebeuren. Wanneer men de intentie heeft om bepaalde ziekenhuizen op termijn te laten verdwijnen of bepaalde taken op te leggen, dan is het belangrijk dat vanaf het begin in alle openheid te communiceren.

Rond klinische biologie liggen voorstellen op tafel om de sleutelletter aan te passen. Er kunnen stappen gezet worden rond medische beeldvorming en geneesmiddelen binnen de hervorming van de nomenclatuur. De spreker weet niet of de vooropgestelde timing gerespecteerd zal worden. Het is beter kwalitatief langer te werken dan snel en onvoldoende zorgvuldig.

In het verhaal van medische beeldvorming, klinische biologie, geneesmiddelen en honoraria is het belangrijk

prévoir des compensations et de veiller à la réalisation de calculs précis en la matière.

Mme Cloet n'observe pas de tendance à la polarisation mais plutôt la tendance inverse. Suite aux fusions, des hôpitaux publics coopèrent avec des hôpitaux d'origine confessionnelle. L'objectif est de tendre vers une approche axée sur la population. Ces hôpitaux coopèrent évidemment au travers de certains services (soins à domicile, par exemple) et le libre choix du patient doit prévaloir.

Il importe de prévoir des mécanismes de transition et des compensations suffisantes. Dans le cadre d'un système basé sur la performance, 10 % du financement des hôpitaux peut dépendre des prestations. On pourra ensuite éventuellement augmenter ce pourcentage, car les citoyens et les patients ont droit à des soins de qualité.

Compte tenu des investissements et des développements nécessaires, il est utopique de viser un DPI pour l'ensemble du pays. Il importe cependant de veiller à ce que ces différents systèmes puissent communiquer entre eux. Beaucoup de choses restent à faire à cet égard et les autorités publiques devront donner un coup de pouce financier pour atteindre cet objectif. Il convient d'éviter que le patient soit lésé.

M. Yves Smeets (*Santhea*) aborde la problématique des caractéristiques sociales du patient et la question de la manière dont ces caractéristiques peuvent être prises en compte dans le financement. On peut en effet élaborer des indicateurs psychosociaux pour différencier les patients en partant des patients non problématiques pour aller jusqu'aux patients présentant d'importants problèmes. Des dépenses supplémentaires sont réellement nécessaires afin de couvrir le séjour hospitalier plus long ou les soins supplémentaires liés aux pathologies complexes de ce dernier groupe.

La problématique du DPI est complexe car un investissement important a déjà été consenti en la matière. Plusieurs sociétés belges développent actuellement des DPI pour des hôpitaux. Il ne s'agit que de quelques sociétés, ce qui permet une certaine harmonisation. L'orateur estime que des gains d'efficacité sont possibles dans la tarification et la facturation des prestations de soins de santé. Il serait cependant nettement plus simple que les autorités publiques (par exemple l'INAMI) mettent un programme de tarification unique à la disposition de l'ensemble des acteurs. Tout le monde travaillerait en effet selon les mêmes règles. Cela entraînerait des gains d'efficacité importants pour les hôpitaux et les mutualités. Actuellement, chaque hôpital compte au moins dix employés qui s'occupent du traitement administratif de la facturation, du contrôle des données des mutualités,

compensaties te voorzien en er voor te zorgen dat daar exacte berekeningen rond gemaakt worden.

Mevrouw Cloet ziet geen tendens naar verzuiling, eerder het omgekeerde. Door de fusies zijn er publieke ziekenhuizen die gaan samenwerken met ziekenhuizen van confessionele origine. Het is de bedoeling naar een populatiegerichte benadering te gaan. Deze ziekenhuizen werken vanzelfsprekend samen met bepaalde diensten (zoals thuisverpleging) en de vrije keuze van de patiënt moet daar voorop staan.

Transitiemechanismen en voldoende compensaties zijn belangrijk. Bij *pay for performance* mag er gerust 10 % van de financiering van de ziekenhuizen afhankelijk van gemaakt worden. Men kan dan eventueel in een groeipad gaan omdat de burger en de patiënt recht hebben op een kwaliteitsvolle zorg.

Het is onhaalbaar gezien de investeringen en de ontwikkelingen om naar één EPD voor heel België te gaan. Het is wel belangrijk ervoor te zorgen dat al deze systemen met elkaar kunnen communiceren. Daar is nog veel werk aan en de overheid zal een financieel duwtje in de rug moeten geven om dit te realiseren. De patiënt mag daar zeker niet de dupe van worden.

De heer Yves Smeets (*Santhea*) gaat in op de problematiek van de sociale karakteristieken van de patiënt en hoe dit in de financiering kan geïntegreerd worden. Er kan inderdaad werk gemaakt worden van psychosociale indicatoren die toelaten de patiënten te differentiëren, gaande van patiënten zonder problemen tot patiënten met grote problemen. Voor deze laatste groep zijn er werkelijk extra uitgaven nodig om hun langer ziekenhuisverblijf of extra zorg voor hun complexe aandoeningen te dekken.

De problematiek van het EPD is complex omdat er al veel in geïnvesteerd werd. Er zijn in België een aantal bedrijven werkzaam die EPD's voor ziekenhuizen ontwikkelen. Het gaat maar om enkele bedrijven dus er is toch al enige harmonisering. De spreker meent dat er toch we efficiëntiewinsten te boeken vallen bij de tarifiering en de facturatie van de geneeskundige prestaties. Het is toch veel eenvoudiger dat de overheid (bijvoorbeeld via het RIZIV) één tarifieringsprogramma ter beschikking stelt aan alle actoren. Iedereen werkt immers volgens dezelfde regels. Dit zou toch tot grote efficiëntiewinsten leiden bij ziekenhuizen en mutualiteiten. Op dit moment zijn er in elk ziekenhuis minstens 10 personen die zich bezig houden met de administratieve afhandeling van facturatie, controle van gegevens van mutualiteiten, verzameling van gegevens... Dit is uiteindelijk overbodig

de la collecte de données, etc. Il s'agit d'un travail totalement superflu et les économies réalisées pourraient être investies dans les soins en faveur du patient.

La facturation de suppléments d'honoraires n'est pas une décision prise par le seul gestionnaire de l'hôpital: cette décision se prend en concertation avec les médecins. Quand on évoque les suppléments, on parle souvent des taux maximums. Or, ceux-ci ne sont pas appliqués dans de nombreux hôpitaux. En réalité, le taux maximum n'est appliqué qu'à une petite partie des patients. La question se pose également de savoir à quelle base de patients ces suppléments d'honoraires sont appliqués. Est-ce pour tous les traitements de la nomenclature pour lesquels ils sont autorisés? Est-ce appliqué dans toutes les situations, donc tant aux soins hospitaliers qu'aux soins extra-muros? Ou seulement à ces derniers? Certains hôpitaux optent pour des suppléments d'honoraires élevés, mais uniquement pour une partie de la patientèle ou une partie des prestations, ou uniquement pour les soins prodigués à l'hôpital et pas pour les soins extra-muros. L'orateur souligne les différences entre les situations et estime par conséquent que comparer les taux maximums n'a guère de sens.

Chaque hôpital cherche un équilibre qui est limité par l'offre ambulatoire extrahospitalière. L'orateur craint non seulement une médecine à deux vitesses mais surtout la fuite des médecins hospitaliers vers le secteur extrahospitalier. Les hôpitaux ont des obligations en termes de permanence (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) et d'offre de soins. Les hôpitaux ont de plus en plus de mal à répondre à ces exigences de permanence car certains médecins ne souhaitent plus travailler de manière conventionnée, étant donné d'en dehors des hôpitaux, ils sont libres de demander ce qu'ils veulent. On ne peut limiter les suppléments d'honoraires dans les hôpitaux sans prendre des mesures concernant les suppléments facturés en dehors de l'hôpital. Si on le faisait, ce serait la chronique d'une mort annoncée pour les hôpitaux.

Le problème des suppléments d'honoraires est d'ailleurs lié, dans certains cas, à une réforme de la nomenclature. Aujourd'hui, certaines prestations ne sont pas suffisamment rétribuées dans le cadre du système de remboursement de l'INAMI et, par conséquent, les médecins sont presque obligés de facturer des suppléments d'honoraires.

Ensuite, il y a la question récurrente du surplus de lits d'hôpitaux. Mme Muylle a parlé de 10 000 lits. Ces lits physiques excédentaires ne sont pas financés. Les supprimer ne rapporterait donc pas un centime. Par contre, ils sont bel et bien utiles en période hivernale,

werk en de gerealiseerde besparingen kunnen dan geïnvesteed worden in de zorg voor de patiënt.

Het aanrekenen van de ereloonsupplementen is geen beslissing die enkel door de ziekenhuisbeheerder wordt genomen maar in samenspraak met de artsen. Wanneer men spreekt over supplementen, dan heeft men het over de maximale percentages maar die worden in heel wat ziekenhuizen niet toegepast. Het maximale percentage wordt maar aan een miniem segment van de patiënten aangerekend. Verder stelt zich de vraag op welke patiëntenbasis deze ereloonsupplementen worden toegepast. Is dat voor alle behandelingen van de nomenclatuur waar dit wordt toegestaan? Is dat voor alle situaties, dus zorg in het ziekenhuis en extramuraal? Of enkel voor extramurale zorg? Sommige ziekenhuizen kiezen misschien voor hoge ereloonsupplementen maar enkel voor een deel van patiënten of een deel van de prestaties, of enkel voor de prestaties die in het ziekenhuis verricht worden en niet voor de extramurale zorg. De spreker wijst op het verschil in de situaties, het is dan ook zinloos de maximale tarieven met elkaar te vergelijken.

Elk ziekenhuis zoekt een evenwicht dat begrensd wordt door het ambulante aanbod buiten de ziekenhuizen. De spreker vreest niet enkel voor de geneeskunde op twee snelheden maar vooral de vlucht van de artsen uit de ziekenhuizen naar de zorg buiten de ziekenhuizen. In ziekenhuizen zijn er verplichtingen qua permanenties (24/24 uur per dag en 7/7 dagen per week) en qua zorgaanbod. Het valt de ziekenhuizen steeds zwaarder deze permanenties in te vullen want sommige artsen wensen niet meer te werken onder de conventie omdat ze buiten de ziekenhuizen mogen aanrekenen wat ze willen. Men kan de ereloonsupplementen in het ziekenhuis niet beperken zonder maatregelen te nemen aangaande de ereloonsupplementen buiten de ziekenhuizen. Anders is dit gewoon een kroniek van een aangekondigde dood voor de ziekenhuizen.

De problematiek van de ereloonsupplementen is in een aantal gevallen trouwens verweven met een hervorming van de nomenclatuur. Er zijn vandaag prestaties die niet genoeg vergoed worden in termen van RIZIV-terugbetaling en waardoor de artsen bijna verplicht worden ereloonsupplementen aan te rekenen.

Dan is er de steeds terugkerende vraag over het overschot aan ziekenhuisbedden, mevrouw Muylle had het over 10 000 bedden. Deze fysieke overtoollige bedden worden niet gefinancierd, dus het afschaffen van deze bedden brengt geen cent op. Ze zijn wel nuttig in de

lorsque les épidémies génèrent une augmentation de la demande de lits d'hôpitaux.

L'orateur évoque ensuite la question du timing de la réforme, s'inquiétant plus précisément du non-respect du calendrier. La réforme a déjà pris du retard. Or, jusqu'à présent, il n'y a pas encore eu de concertation avec le ministre à propos de la réforme du financement. À un moment donné, il faudra bien entamer cette discussion, notamment pour savoir ce que le ministre veut réellement. Une première lecture rapide de sa note donne l'impression que demain, un patient sera lié à une pathologie (et donc à un groupe de diagnostics), qui sera elle-même liée à un financement. Mais ce n'est pas ça ce que le ministre a en tête. Le ministre souhaite un financement global de l'hôpital, alors qu'actuellement, le financement dépend d'un calcul compliqué du nombre de lits justifiés en fonction du nombre de journées d'hospitalisation par pathologie. Demain, ce financement global sera basé sur un financement par DRG (groupe de diagnostics) "all-in". Ce n'est pas la même chose. L'incertitude règne quant à la manière dont tout cela fonctionnera. L'orateur demande des précisions au ministre. Évoquant la longueur probable du processus, il insiste sur la nécessité de prévoir une période de transition pour amortir les effets indésirables de la réforme.

L'orateur ne voit pas clairement ce que l'on cherche précisément à obtenir via les réseaux et la concentration des soins. Ne serait-il pas plus opportun de demander d'abord aux réseaux de s'organiser pour se concentrer un certain nombre de choses? Les réseaux pourraient alors fixer certains objectifs, par exemple pour le cancer ou d'autres pathologies. On chargerait ensuite les réseaux de désigner un seul endroit par réseau où cette pathologie serait traitée. En procédant de la sorte, on pourrait déterminer dans quelle mesure cette façon de travailler améliore ou non la qualité des soins dispensés, et ce, avant de passer à l'étape suivante. Or, ce qui se passe aujourd'hui en réalité, c'est qu'on saute cette étape en passant immédiatement d'une concentration locale à un niveau suprarégional. L'orateur insiste sur la nécessité de mener une réflexion approfondie sur le rôle des réseaux hospitaliers.

M. Christophe Happe (UNESSA) aborde la problématique de l'accréditation. Dans quelle mesure serait-il pertinent d'adopter un système d'accréditation uniformisé à l'échelle du pays? L'orateur estime que c'est la démarche d'amélioration qui prime, indépendamment de l'outil utilisé et de sur quoi il repose. Il est essentiel en revanche qu'il y ait une évaluation des hôpitaux et d'établir un lien avec l'inspection. Vu la régionalisation des compétences, plusieurs systèmes d'évaluation sont

winterperiode wanneer de winterepidemieën de vraag naar ziekenhuisbedden doen toenemen.

Dan is er nog de timing van de hervorming. De spreker is ongerust dat de timing niet gerespecteerd wordt. Er is al achterstand opgelopen maar tot op heden is er met de minister nog niet gesproken over de hervorming van de financiering. Op een moment zal dat gesprek toch moeten starten om te weten wat de minister nu eigenlijk wenst. Een snelle eerste lezing van zijn nota geeft de indruk dat morgen een patiënt aan een pathologie gekoppeld wordt (dus een DRG) en daaraan is weer een financiering verbonden. Maar het is niet dat wat de minister voor ogen heeft. De minister wenst een globale financiering van het ziekenhuis waar momenteel de financiering afhangt van een ingewikkelde berekening van het aantal gerechtvaardigde bedden in functie van de ligdagen per pathologie. Maar morgen zal deze globale financiering zich baseren op een all-in-DRG financiering. Dit is niet hetzelfde. Er heerst onzekerheid over hoe alles gaat functioneren. De spreker vraagt opheldering van de minister, het zal een lang proces zijn en de spreker dringt aan op een overgangperiode om de perverse effecten van de hervorming op te vangen.

Het is voor de spreker niet duidelijk wat men precies beoogt met de netwerken en de concentratie van de zorgtaken. Is het niet opportuener om eerst te netwerken te vragen zich te concentreren op een aantal zaken? De netwerken kunnen dan een aantal objectieven vaststellen op het gebied van kanker of een andere pathologie. De netwerken wordt dan opgedragen per netwerk één plaats aan te duiden waar aan die pathologie wordt gewerkt. Dan kan bepaald worden in welke mate deze werkwijze de kwaliteit van de verstrekte zorg verhoogt voordat men tot de volgende stap overgaat. Deze etappe wordt nu eigenlijk overgeslagen. Men gaat onmiddellijk van een lokale concentratie naar een *supra*-regionaal niveau. De spreker dringt aan op een grondige reflectie over de rol van de ziekenhuisnetwerken.

De heer Christophe Happe (UNESSA) gaat in op de problematiek van de accreditatie. In welke mate is het pertinent om een Belgisch geüniformiseerd systeem te gebruiken? De verbetering primeert ongeachte de stap die uiteindelijk gezet wordt. Het heeft minder belang op welke leest deze tool gestoeld wordt. Het is essentieel dat er een evaluatie komt van de ziekenhuizen. Dit is gekoppeld aan inspectie. Er is nood aan een aantal systemen voor evaluatie, het is immers niet zinvol slechts

nécessaires. Utiliser un seul système n'aurait en effet guère de sens, la dynamique étant différente selon les régions.

Le sous-financement des hôpitaux s'élève à 4 milliards d'euros. La question est de savoir si cela pourrait être compensé par des gains d'efficacité. Les hôpitaux s'efforcent sans cesse d'améliorer leur efficacité. Mais quel doit être l'objectif d'une plus grande efficacité: une qualité accrue ou davantage d'économies? L'orateur estime que réaliser des économies supplémentaires ne constitue par l'objectif suprême vers lequel les hôpitaux devraient tendre.

M. Happe relativise ensuite la concurrence entre les hôpitaux. Chaque hôpital souhaite disposer d'une offre accessible pour la région dans laquelle il se situe. Lorsque certains programmes de soins ne sont plus proposés, ce n'est pas dans l'intérêt de la population et c'est aussi une source de financement qui disparaît. Une révision du système de financement et du travail au niveau des réseaux devrait conduire à une réduction de la concurrence entre les hôpitaux. La coordination des expertises pour offrir les meilleurs soins possibles doit être l'objectif principal.

L'orateur évoque ensuite la coordination entre les différents piliers. Il existe certes des hôpitaux catholiques et des hôpitaux publics, mais il n'existe plus vraiment, selon lui, une réelle pilarisation dans ce domaine. Il est faux de dire qu'un hôpital catholique ou public n'oriente les patients qu'au sein de son propre pilier. Cela a beaucoup plus à voir avec le lieu d'établissement des médecins. Le paysage hospitalier se réorganise et il est important de disposer d'une offre de soins complète et coordonnée. Les processus et les procédures doivent être optimisés à cet effet. Chaque acteur doit être satisfait du rôle qu'il a à jouer. L'orateur estime que le cloisonnement entre les piliers appartient au passé.

L'orateur accueille favorablement l'idée d'établir une liste des obstacles qui entravent la coopération au sein des réseaux hospitaliers. Il souligne que Santhea et UNESSA ont créé une commission wallonne pour les réseaux en vue d'optimiser leur organisation. Cette commission pourra établir une telle liste.

Quel pourcentage serait acceptable pour le *pay for performance*? L'orateur n'a pas la réponse à cette question. Il attire l'attention sur la progressivité, qui est essentielle dans le cadre d'une telle approche. On devrait commencer avec 1 ou 2 % en vue d'une première évaluation, et ce, afin d'éviter que le système ne connaisse des excès.

één systeem te gebruiken aangezien de dynamiek in de verschillende regio's anders is.

De onderfinanciering van de ziekenhuizen bedraagt 4 miljard euro. Kan dit door efficiëntiewinsten gecompenseerd worden? De ziekenhuizen streven naar een continue verbetering van hun efficiëntie. Maar moet meer efficiëntie leiden tot meer kwaliteit of tot meer besparingen? Extra besparingen zijn geen doelstellingen waarnaar ziekenhuizen horen te streven.

De spreker relateert de concurrentie tussen de ziekenhuizen. Elk ziekenhuis wil over een toegankelijk aanbod beschikken voor eigen streek. Wanneer bepaalde programma's niet meer worden aangeboden, dan is dat niet in het belang van de bevolking en dan valt er een financieringsbron weg. Een herziening van het financieringssysteem en het werken op het niveau van de netwerken moet ertoe leiden dat de concurrentie tussen de ziekenhuizen afneemt. De coördinatie van de expertise voor de beste zorgen moet het hoofddoel zijn.

De spreker gaat in op de coördinatie tussen de verschillende zuilen. Er zijn katholieke en openbare ziekenhuizen maar dit is geen verzuiling. Het is niet zo dat een katholiek of openbaar ziekenhuis enkel binnen de eigen zuil doorverwijst. Het heeft meer te maken met waar de artsen zich gevestigd hebben. Het ziekenhuislandschap wordt gereorganiseerd en het is belangrijk een compleet en gecoördineerd zorgaanbod te hebben. Daar moeten de processen en procedures voor geoptimaliseerd worden. Elke actor moet tevreden zijn over de eigen te spelen rol. De spreker meent dat verzuiling tot het verleden behoort.

De suggestie van een lijst van hindernissen voor samenwerking binnen de ziekenhuisnetwerken kan op bijval van de spreker rekenen. De spreker benadrukt dat Santhea en UNESSA een Waalse commissie voor netwerken oprichten met het oog op het streven naar een optimale organisatie. Deze commissie kan dan zo een lijst opstellen.

Wat is een aanvaardbaar percentage voor *pay for performance*? De spreker moet het antwoord schuldig blijven. De spreker wijst op het progressieve aspect dat essentieel is in het kader van een dergelijke aanpak. Men zou moeten beginnen met 1 of 2 % voor een eerste evaluatie om er voor te waken dat dit systeem geen uitwassen kent.

M. Dieter Goemaere (GIBBIS) rappelle qu'un certain nombre d'objectifs avaient été définis au niveau medicomut pour 2023 en matière de biologie clinique, d'imagerie médicale et de médicaments. L'orateur souligne que son organisation n'était pas représentée et demande qu'à l'avenir, la concertation soit organisée au format tripartite, c'est-à-dire avec les médecins, les hôpitaux et les autorités. Toutes ces matières sont en effet étroitement imbriquées.

Les échanges de données médicales ne doivent pas se cantonner à un hôpital. Ces échanges constituent le fondement de toute collaboration entre les hôpitaux entre eux et entre les hôpitaux et la première ligne.

La pénurie de personnel soignant pourrait être résolue en rendant la profession plus attrayante. Il faudrait à la fois augmenter les investissements et accroître l'offre de personnel soignant. L'orateur pointe l'éparpillement des compétences entre les différents niveaux de pouvoir.

M. Goemaere souligne qu'il y a plus de similitudes que de différences entre les hôpitaux bruxellois. La démographie bruxelloise, avec de grandes inégalités sociales, pose un certain nombre de défis. Comme dans toutes les grandes villes de Belgique, il y a une grande concentration de l'offre. Ce phénomène est encore accentué à Bruxelles, étant donné qu'il s'agit de la seule métropole de Belgique. Il y a également une concentration de l'offre à Anvers, à Liège et à Gand. L'orateur est partisan du maintien d'une programmation nationale faisant l'objet d'accords sur la répartition des moyens compte tenu des flux de patients.

Si l'on aborde la question de la répartition des compétences, il est impératif que Bruxelles soit associée aux négociations. Toute la complexité de nos institutions se trouve concentrée dans la région bruxelloise. Bruxelles est souvent considérée comme un problème, mais l'orateur considère qu'il faudrait plutôt parler d'opportunités. Un système qui fonctionne à Bruxelles est un système qui peut s'appliquer à l'ensemble du pays. L'orateur plaide en faveur du maintien de la solidarité.

Mme Frieda Gijbels (N-VA) aborde la question du sous-financement du secteur hospitalier. Comment ce problème est-il réglé dans d'autres pays? Le budget est-il insuffisant en Belgique ou est-il mal utilisé? Il est exact que les hôpitaux s'efforcent de trouver des moyens de faire des économies. Mais dans le même temps, les hôpitaux cherchent aussi à accroître leurs recettes, notamment par des examens techniques. Ne mise-t-on pas assez sur la prévention et est-ce la raison pour laquelle les hôpitaux ont besoin de moyens supplémentaires?

De heer Dieter Goemaere (GIBBIS) brengt in herinnering dat er een aantal ambities voor 2023 inzake klinische biologie, medische beeldvorming en geneesmiddelen op Medicomut-niveau zijn afgesproken. De spreker merkt op dat zijn organisatie daar niet in betrokken werd en vraagt dat het verdere overleg in een tripartite georganiseerd wordt, dus met artsen, ziekenhuizen en overheden. Alles is nu eenmaal sterk met elkaar verweven.

De uitwisseling van medische gegevens moet de ziekenhuismuren overschrijden. Het is de basis voor verdere samenwerking tussen de ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en de eerste lijn.

De schaarste bij het zorgpersoneel kan verholpen worden door de attractiviteit van het beroep te verhogen. Er is zowel nood aan extra investeringen als meer aanbod van zorgpersoneel. De spreker wijst op de versnipperde bevoegdheden over verschillende beleidsniveaus.

De heer Goemaere stelt dat er meer gelijkheid is dan verschillen tussen de ziekenhuizen in Brussel. De Brusselse demografie, met grote sociale ongelijkheden, biedt een aantal uitdagingen. Zoals in alle grote steden in België is er een grote concentratie van aanbod. Dit wordt in Brussel nog uitvergroott omdat Brussel de enige metropool in België is. Ook in Antwerpen, Luik en Gent is er een concentratie van het aanbod. De spreker is een voorstander van het behoud van een nationale programmatie waarbij afspraken gemaakt worden hoe die verdeeld zal worden, rekening houdend met de patiëntenstromen.

Wanneer er wordt gesproken over bevoegdheidsverdelingen, dan is het belangrijk dat Brussel mee aan tafel zit. Alle institutionele complexiteit komt samen in het Brussels Gewest. Vaak wordt Brussel als een probleem gezien maar de spreker spreekt liever in termen van opportuniteit. Een systeem dat werkbaar is voor Brussel, is een systeem dat voor het hele land werkbaar is. De spreker pleit voor het behoud van solidariteit.

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) gaat in op de onderfinanciering van de ziekenhuissector. Hoe zit het daarmee in andere landen? Is het budget in België te laag of wordt het niet goed besteed? Het klopt dat ziekenhuizen op zoek zijn naar manieren om te bezuinigen. Tegelijkertijd zoeken ziekenhuizen naar extra inkomsten via bijvoorbeeld technische onderzoeken. Wordt er te weinig ingezet op preventie en zijn er juist daardoor extra middelen nodig voor de ziekenhuizen?

La note du ministre prévoit-elle des actions suffisantes en faveur d'une utilisation correcte des soins de santé? Cette note accorde-t-elle une place suffisante à la dissuasion des visites inutiles aux urgences?

L'intervenante pose des questions à propos de la reconnaissance des normes d'activité au niveau des réseaux. L'échange de médecins et d'autres prestataires de soins entre les hôpitaux d'un même réseau est indispensable, sans quoi il sera impossible d'accumuler de l'expertise.

Quelles seront les répercussions des techniques innovantes et de l'hospitalisation de jour sur le nombre de lits nécessaires à l'avenir? Permettront-elles de réduire le nombre de lits?

Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit) évoque l'exode vers les soins extramuraux. Comment enrayer ce phénomène, que l'intervenante considère comme l'un des défis majeurs?

Quel est le rôle des syndicats de médecins dans la co-gouvernance? Quels sont les blocages et quels sont les domaines où un compromis reste à trouver?

Il convient de continuer à réaliser des innovations techniques et à investir dans ce domaine. Serait-il judicieux de continuer à maintenir un financement distinct à cet effet?

Mme Catherine Fonck (Les Engagés) aborde la question du financement des hôpitaux. M. Happe a évoqué l'analyse comparative qu'il a réalisée à propos du modèle de financement d'autres pays. L'intervenante a demandé au SPF Santé publique et à l'INAMI s'il existait, à l'étranger, de bonnes pratiques pouvant être adoptées en Belgique. Serait-il envisageable que les administrations et les fédérations professionnelles coopèrent pour incorporer le travail réalisé en matière d'analyse comparative dans l'étude actuelle et dans les travaux de la réforme de financement?

Mme Margot Cloet (Zorgnet-Icuro) souligne que tous les pays se débattent avec la question du financement hospitalier. La France est parvenue à instaurer un financement (partiel) par DRG, et elle a créé à cette fin un *Institut National des Données de Santé* (INDS). L'oratrice souligne que de nombreuses données ne sont pas exploitées dans la stratégie menée. S'il est vrai que de nombreuses données sont collectées et enregistrées, ces opérations sont néanmoins nécessaires pour mener les réformes à bien. Les autorités des pays scandinaves récoltent les données, ce qui leur permet de modifier le financement par DRG où c'est nécessaire.

Is er in de nota van de minister genoeg sturing naar een correct gebruik van de gezondheidszorg? Zit het ontraden van onnodig gebruik van de spoeddiensten voldoende in de nota?

De spreekster heeft vragen bij het erkennen van de activiteitsnormen op netwerk niveau. Het moet een voorwaarde zijn dat artsen en andere zorgverstrekkers uitwisselbaar zijn tussen de ziekenhuizen van hetzelfde netwerk. Het is anders onmogelijk om aan opbouw van expertise te doen.

Wat is de impact van innovatieve technieken en dag-hospitalisatie op het aantal benodigde bedden naar de toekomst toe? Resulteert dit in het voorzien van minder bedden?

Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit) gaat in op de vlucht naar de extramurale zorg. Hoe kan men dat verhinderen? Dit vormt voor de spreekster één van de grootste uitdagingen.

Wat is de rol van de artsensyndicaten in de co-governance? Wat zijn de knelpunten en op welke gebieden met er nog tot een vergelijk worden gekomen?

Het is nodig te blijven innoveren in technieken en daarin te blijven investeren. Is het raadzaam daarvoor een aparte financiering te blijven behouden?

Mevrouw Catherine Fonck (Les Engagés) gaat in op de financiering van de ziekenhuizen. De heer Happe had het over een analyse die hij uitvoerde over de benchmarking van het financieringsmodel in andere landen. De spreekster heeft aan de FOD Volksgezondheid en het RIZIV de vraag gesteld of er goede praktijken zijn uit het buitenland die in België kunnen overgenomen worden. Is het denkbaar dat de administraties en de beroepsfederaties samenwerken om het al gerealiseerde werk qua benchmarking te integreren in de huidige studie en in de hervorming van de financiering?

Mevrouw Margot Cloet (Zorgnet-Icuro) merkt op dat alle landen worstelen met de ziekenhuisfinanciering. In Frankrijk is men er in geslaagd om naar een (niet zuivere) DRG-financiering te gaan. Daarvoor werd een *Institut National des Données de Santé* (INDS) opgericht. De spreekster benadrukt dat in het beleid veel data gemist wordt. Er worden inderdaad vele gegevens verzameld, er wordt veel geregistreerd maar dit is nodig om de hervormingen in goede banen te leiden. In de Scandinavische landen verzamelt men gegevens en daardoor past men de DRG-financiering aan waar nodig.

Les États baltes appliquent un modèle de soins de santé qui investit davantage dans la prévention. Ce modèle serait difficile à mettre en œuvre en Belgique, car les bases du financement des hôpitaux ne sont pas prévues à cette fin. L'oratrice indique qu'il faut abandonner l'approche basée sur les prestations. Nous investissons effectivement trop peu dans la prévention. Par exemple, une visite chez le psychiatre est aujourd'hui moins chère qu'une visite chez le psychologue. Il s'agit d'un modeste premier pas qui pourrait être fait. À cela s'ajoute le problème des compétences réparties à différents niveaux. Les communautés sont compétentes pour la prévention, mais le niveau fédéral détient les leviers du financement des soins de santé et de la fiscalité.

La note du ministre contient-elle suffisamment d'indications? Tout hôpital doit disposer d'un service d'urgence. On ne peut pas facilement y changer grand-chose. Certains points de la note doivent être développés. Outre que cette réforme coûtera de l'argent, elle nécessitera une actualisation de la réglementation.

L'impact de la substitution par l'hospitalisation de jour ne peut pas être estimé aujourd'hui. Il convient de se diriger vers un système de transformation de lits ordinaires en un certain nombre de lits d'hospitalisation de jour dans les hôpitaux. Pour l'instant, c'est le financement qui est problématique à cet égard.

Il n'est pas évident d'inverser la fuite vers les soins extra-muros. La ministre Laurette Onkelinx a tenté d'enrayer cette tendance, mais elle s'est heurtée à plusieurs obstacles juridiques au Conseil d'État. Pourtant, selon l'oratrice, plusieurs mesures pourraient être prises. Si une limitation des suppléments est imposée pour les activités hospitalières, elle devra également l'être pour les activités extra-muros. Le statut des médecins est une autre question qu'il convient d'examiner. Ce débat ne se limite pas à la rémunération mais s'étend à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée pouvant être mis en place dans les hôpitaux. Le statut des médecins indépendants pourra également être examiné à cette occasion. L'oratrice indique que les jeunes médecins ont tendance à opter pour des avantages extra-légaux plutôt que pour un salaire plus élevé.

Mme Cloet indique que les médecins et les autres groupes professionnels sont des partenaires de la politique hospitalière. Cependant, les propositions formulées par l'un des syndicats de médecins suivent plutôt une logique conflictuelle qui empêche de procéder à des recrutements sans discussion préalable. Une autre proposition formulée par un autre syndicat de médecins propose qu'au moins 50 % des mandats soient réservés à des médecins au sein du conseil d'administration. L'oratrice émet deux réserves à ce sujet: elle estime que

In de Baltische staten wordt een model van gezondheidszorg geïmplementeerd waar meer geïnvesteerd wordt in preventie. Dit is in België moeilijk omdat de fundamentele van de ziekenhuisfinanciering daar niet op voorzien zijn. De spreker stelt dat van de prestatiegerichte benadering moet afgestapt worden. Er wordt inderdaad te weinig geïnvesteerd in preventie. Op dit moment is een bezoek aan een psychiater goedkoper dan een bezoek aan een psycholoog. Dit is een eerste kleine stap die genomen kan worden. Verder is er het probleem van de bevoegdheden op verschillende niveaus. De gemeenschappen zijn bevoegd voor preventie, maar op federaal niveau zijn er hefboomen zoals de financiering van de gezondheidszorg en fiscaliteit.

Zit er voldoende sturing in de nota van de minister? Een ziekenhuis moet beschikken over een spoedafdeling. Het is niet makkelijk om daar iets in te sturen. Er zitten een aantal zaken in de nota die extra moeten ontwikkeld worden. Dit zal niet alleen centen kosten, er is ook een aanpassing van de regelgeving voor nodig.

De impact van de substitutie via daghospitalisatie valt vandaag niet in te schatten. Het is nodig naar een systeem te gaan waar men reguliere verblijfsbedden zal omzetten in een aantal bedden daghospitalisatie. Het is op dit moment de financiering die daarvoor een probleem vormt.

De vlucht naar de extramurale zorg ombuigen is niet evident. Minister Laurette Onkelinx heeft gepoogd deze trend tegen te gaan maar ze is daarbij op een aantal juridische obstakels gebotst bij de Raad van State. Toch zijn er volgens de spreker stappen mogelijk. Wanneer er naar een inperking van supplementen wordt gegaan voor de ziekenhuisactiviteiten, dan moet dit ook opgelegd worden voor de extramurale activiteiten. Verder is het statuut van de artsen ook een werkpunt. Dit beperkt zich niet tot de vergoeding maar ook over de *work-life-balance* die in ziekenhuizen kan ontwikkeld worden. Het zelfstandige statuut van artsen kan daarbij ook in vraag gesteld worden. De spreker stelt dat jonge artsen toch eerder kiezen voor extralegale voordelen dan voor een hogere remuneratie.

Mevrouw Cloet stelt dat artsen en de andere beroepsgroepen partners zijn in het ziekenhuisbeleid. De voorstellen die door één artsensyndicaat geformuleerd worden, bevinden zich echter eerder in een conflictmodel dat ertoe leidt dat er geen aanwervingen meer kunnen plaatsvinden zonder dat dit besproken wordt. Een ander voorstel van een ander artsensyndicaat is dat er minstens 50 % van de mandaten in een raad van bestuur voorbehouden is voor artsen. De spreker formuleert daar twee bedenkingen bij. 50 % van de mandaten is

le pourcentage de 50 % est légèrement excessif et que les médecins qui siègent dans le conseil d'administration d'un hôpital ne devraient pas travailler dans cet hôpital. Mme Cloet estime que le modèle devrait être repensé et que tout devrait être réévalué. Cela vaudrait mieux que de se retrancher dans des positions catégoriques.

M. Yves Smeets (Santhea) évoque la question de savoir si le budget prévu pour le financement est trop élevé ou trop peu élevé. Les hôpitaux utilisent-ils efficacement les ressources dont ils disposent? L'orateur pense que c'est le cas. Il est cependant toujours possible de faire mieux. L'accréditation encourage les hôpitaux à travailler efficacement. Mais travailler plus efficacement ne suffit pas pour couvrir les pertes. Les hôpitaux doivent se conformer à de nombreuses obligations qui ne sont pas nécessairement liées à la fourniture de soins, et ils ne reçoivent aucun financement pour cela. L'orateur évoque la mise en œuvre de la directive européenne sur les lanceurs d'alerte. Toute entreprise de plus de cinquante employés doit confier cette responsabilité à une personne. Tous les hôpitaux devront donc le faire. Mais cela nécessitera un financement supplémentaire. L'orateur souligne que, depuis trente ou quarante ans, des tâches supplémentaires de ce type ont sans cesse été imposées aux hôpitaux et que les hôpitaux ont chaque fois dû trouver les moyens nécessaires pour s'en acquitter. Il est temps que les pouvoirs publics y contribuent financièrement.

Le financement sur la base de forfaits globaux n'est possible que si la programmation des équipements lourds est abandonnée. L'orateur donne un exemple. Lorsqu'un financement est prévu pour une pathologie nécessitant un examen d'imagerie, il n'y a pas d'égalité de traitement entre les hôpitaux qui disposent des équipements requis et les hôpitaux qui n'en disposent pas. Un quart des hôpitaux belges disposent d'un PET scan. Il y a donc des hôpitaux qui ne peuvent pas effectuer l'examen précité. Nous devons sortir de la logique de programmation exhaustive et passer à un système plus souple. L'orateur préconise de confier aux hôpitaux la responsabilité de leur budget, et de leur permettre de décider eux-mêmes de la manière d'obtenir les meilleurs résultats.

M. Smeets évoque la question des soins extra-muros. Il n'y a pas de solution miracle face à ce problème. Mais certains instruments ne sont pas suffisamment utilisés pour y remédier. Les médecins ont à la fois des droits et des obligations. On pourrait imposer à tous les médecins spécialistes l'obligation de participer à un système de permanence. Ce système existe déjà pour les médecins généralistes. Cela permettrait d'éliminer le problème du refus d'assurer un service de garde.

toch iets teveel en de artsen die zetelen in een raad van bestuur van een ziekenhuis mogen eigenlijk niet werkzaam zijn in hetzelfde ziekenhuis. Mevrouw Cloet is van oordeel dat het model herdacht moet worden, alles moet een keer moet gerevalueerd worden. Dit valt te verkiezen boven het zich ingraven in stellingen.

De heer Yves Smeets (Santhea) gaat in op de vraag of het budget voor de financiering te hoog of te laag is. Gaan ziekenhuizen efficiënt om met de middelen waarover ze beschikken? De spreker meent dat dit wel degelijk het geval is. Het kan wel steeds efficiënter. De accreditatie zet de ziekenhuizen aan tot efficiënt werken. Maar efficiënter werken volstaat niet om de verliezen te dekken. De ziekenhuizen moeten een heel aantal verplichtingen nakomen die niet noodzakelijk een link hebben met het verstrekken van zorg. Voor deze verplichtingen krijgen ze geen financiering. De spreker verwijst naar de omzetting van de Europese Klokkenluidersrichtlijn. In elke onderneming met meer dan vijftig werknemers zal een persoon worden aangeduid die daarvoor verantwoordelijk is. Dus alle ziekenhuizen moeten dit voorzien. Daar is eigenlijk bijkomende financiering voor nodig. De spreker wijst erop dat de voorbije dertig tot veertig jaar, ziekenhuizen onophoudelijk met dit soort extra opdrachten worden opgezadeld waarvoor ze het geld moeten bijeen rapen. Het wordt tijd dat de overheid hiervoor financieel een bijdrage levert.

De financiering volgens all-in-forfaits kan enkel wanneer van de programmatie voor zware uitrustingen wordt afgestapt. De spreker geeft een voorbeeld. Er is financiering voor een pathologie die een beeldvormingsonderzoek vereist. Dan is er geen gelijk speelveld tussen de ziekenhuizen die over dergelijke apparatuur beschikken en ziekenhuizen die daar niet over beschikken. Een vierde van de Belgische ziekenhuizen beschikt over een PET-scan. Er zijn dus ziekenhuizen die dit onderzoek niet kunnen uitvoeren. Men moet afstappen van de logica waar alles geprogrammeerd wordt en overgaan op een soepeler systeem. De spreker pleit ervoor de ziekenhuizen de verantwoordelijkheid over hun budget te geven en hen toe te laten zelf te bepalen hoe ze de beste resultaten bereiken.

De heer Smeets gaat in op de problematiek van de extramurale zorg. Hiervoor bestaat geen mirakeloplossing. Maar een aantal instrumenten worden niet genoeg gebruikt om deze vlucht een halt toe te roepen. De artsen hebben rechten maar ook plichten. Men zou aan alle artsen-specialisten kunnen opleggen om verplicht mee te draaien in een systeem van permanentie. Dit systeem bestaat immers al voor huisartsen. Daardoor wordt het probleem van de weigering om wachtdiensten te vervullen uit de wereld geholpen.

M. Christophe Happe (UNESSA) indique que la Belgique est bien classée au niveau européen en ce qui concerne la qualité des soins fournis. L'orateur en déduit que les ressources sont bien utilisées, fût-ce avec moins de personnel que chez nos voisins. Toutefois, il est important de prévoir davantage de budgets pour la prévention.

Pourquoi une programmation a-t-elle été prévue? A-t-elle été introduite pour freiner la surconsommation ou pour réaliser des économies? Un financement global permettrait peut-être de mieux utiliser l'équipement lourd. L'orateur estime qu'il importe que les patients soient traités dans un délai raisonnable. Il n'y a pas de risque de surconsommation lorsque le financement est suffisant.

Le projet de l'UNESSA ne vise pas seulement l'étalement (*benchmarking*) pour les projets au niveau européen mais vise aussi à chiffrer le DRG. L'objectif est de parvenir à des simulations dans les hôpitaux belges. Le gouvernement sera informé des résultats de ce projet. L'INAMI est également associé à ce projet.

III. — AUDITION DU 6 JUILLET 2022

MATIN

A. Exposés introductifs

1. *Exposé introductif de M. Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds)*

M. Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds) cite quelques chiffres éloquentes. Les statistiques de l'OCDE montrent qu'en Belgique, les patients paient plus de 23 % des frais "de leur poche", alors que cette proportion est d'environ 15 % dans les pays voisins. Les plus grandes différences avec nos voisins se situent au niveau des coûts des interventions dentaires (53 %), des soins ambulatoires (35 %) et des médicaments (41 %). L'orateur note également de grandes différences entre les Régions quant au nombre de personnes ayant droit à une intervention majorée: 1 sur 7 pour la Flandre, 1 sur 5 pour la Wallonie et 1 sur 3 pour Bruxelles. Les suppléments d'honoraires pour une chambre individuelle présentent également une tendance similaire: en moyenne 151 % pour la Flandre, 212 % pour la Wallonie et 270 % pour Bruxelles. Le coût moyen d'une chambre individuelle en 2021 s'élevait à 1 619 euros, contre 320 euros pour une chambre partagée. Nonante pour cent des Belges disposent d'une assurance hospitalisation qui couvre ces coûts dans une certaine mesure.

De heer Christophe Happe (UNESSA) stelt dat België het goed doet op Europees niveau met betrekking tot de kwaliteit van de verstrekte zorg. De spreker leidt hieruit af dat de middelen goed besteed worden, zelfs met een bestaande die minder goed is dan in de ons omringende landen. Het is wel belangrijk meer budgetten te voorzien voor preventie.

Waarom was er programmatie? Werd dit ingevoerd om overconsumptie in te dijken of om te besparen? Misschien leidt een all-in-financiering tot een beter gebruik van de zware uitrustingen. De spreker vindt het wel van belang dat patiënten binnen een redelijke termijn behandeld worden. Er is geen risico op overconsumptie wanneer er genoeg financiering is.

Het UNESSA-project gaat niet alleen over benchmarking voor projecten op Europees vlak maar ook over het plakken van een kost op de DRG. De doelstelling is tot simulaties te komen in de Belgische ziekenhuizen. De overheid zal geïnformeerd worden over de resultaten van het project. Ook het RIZIV wordt bij het project betrokken.

III. — HOORZITTING VAN 6 JULI 2022

VOORMIDDAG

A. Inleidende uiteenzettingen

1. *Inleidende uiteenzetting door de heer Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds)*

De heer Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds) presenteert enkele sprekende cijfers. Uit statistieken van de OESO blijkt dat patiënten in België meer dan 23 % kosten "uit eigen zak" betalen, waar dit voor onze buurlanden rond 15 % ligt. De grootste verschillen met onze buurlanden zijn terug te vinden bij de eigen kosten voor tandheelkundige ingrepen (53 %), ambulante verzorging (35 %) en geneesmiddelen (41 %). De spreker merkt ook grote verschillen tussen de gewesten inzake het aantal personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming: 1 op 7 voor Vlaanderen, 1 op 5 voor Wallonië en 1 op 3 voor Brussel. Ook de honorarijsupplementen voor een éénpersoonkamer vertonen eenzelfde patroon: gemiddeld 151 % voor Vlaanderen, 212 % voor Wallonië en 270 % voor Brussel. De gemiddelde oplegkosten voor een éénpersoonkamer bedroegen in 2021 1 619 euro tegenover 320 euro voor een tweepersoonkamer. Negentig procent van de Belgen heeft een ziekenhuisopnameverzekering die deze kosten in een bepaalde mate dekt.

M. Constandt propose que les suppléments d'honoraires soient progressivement réduits jusqu'à un maximum de 150 %. En guise de compensation, les hôpitaux pourraient augmenter les tarifs standard des chambres. Structurellement, le VNZ envisage un mécanisme de compensation par le biais des Régions, qui sont déjà responsables de la reconnaissance du nombre de lits d'hôpitaux. Quelles que soient les mesures prises, les soins doivent rester accessibles aux patients, des moyens généraux suffisants doivent être prévus pour les hôpitaux et ces derniers doivent en outre être récompensés pour leur qualité et leur efficacité. Si un mécanisme de compensation est instauré, il doit certainement être équitable. Il ne faut surtout pas récompenser les hôpitaux avec des suppléments élevés. Enfin, l'orateur souligne que le choix d'une compensation structurelle ne sera pas une sinécure pour le secteur des assurances, entre autres en raison de la directive Solvabilité II, du devoir de vigilance qui incombe aux assureurs et du contexte européen.

2. Exposé introductif de M. Luc Van Gorp (MC)

M. Luc Van Gorp (MC) souligne que la réforme du financement des hôpitaux ne représente que le début d'une réforme plus fondamentale, à savoir la façon dont nous considérons la santé en tant que société. Il faut également réfléchir à la place de cette réforme des hôpitaux dans l'écosystème plus large de la santé et du bien-être, au rôle des hôpitaux du futur et à la position des patients à cet égard. Des soins s'articulant réellement autour de l'aspect relationnel et de la confiance auront-ils encore leur place?

L'orateur considère que le modèle de soins du futur misera beaucoup plus sur la prévention et la promotion de la santé. Il faudra organiser différemment les hôpitaux et les soins en général. Les examens inutiles devront être évités et le fossé social devra être comblé. Il faudra également miser davantage sur la santé mentale. Enfin, il faudra fixer des objectifs de santé spécifiques à la lumière des objectifs de santé qui ont été convenus dans l'accord de gouvernement fédéral.

M. Van Gorp indique que les organismes assureurs soutiennent les grands principes et les chantiers définis dans les projets du ministre Frank Vandenbroucke, mais souligne simultanément que seule une approche complète et globale de ces chantiers permettra de réussir. Il évoque brièvement les cinq grands chantiers:

— Réforme du paysage hospitalier

Les organismes assureurs sont d'accord avec les principes de base, à savoir "soins de proximité lorsque

De heer Constandt stelt voor om de honorariassupplementen stapsgewijs af te bouwen tot maximaal 150 %. Ter compensatie zouden ziekenhuizen de standaard kamerprijzen kunnen verhogen. Structureel ziet het VNZ een compensatiemechanisme via de regio's, die nu reeds verantwoordelijk zijn voor de erkenning van het aantal ziekenhuisbedden. Ongeacht de genomen maatregelen, moet de zorg toegankelijk blijven voor de patiënt, moet in voldoende algemene middelen worden voorzien voor de ziekenhuizen en moeten deze laatste ook beloond worden voor kwaliteit en efficiëntie. Indien een compensatiemechanisme wordt ingevoerd, moet dit zeker rechtvaardig zijn. Beloon zeker de ziekenhuizen met hoge ereloonsupplementen niet extra. Tot slot benadrukt de spreker dat de keuze voor een structurele compensatie vanuit de verzekeringssector geen sinecure zal zijn, onder meer door Solvency II, de zorgplicht voor de verzekeraars en de Europese context.

2. Inleidende uiteenzetting door de heer Luc Van Gorp (CM)

De heer Luc Van Gorp (CM) benadrukt dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering slechts het begin is van een fundamentele hervorming, met name hoe we als maatschappij naar gezondheid kijken. Er moeten worden nadacht over welke plaats deze ziekenhuishervorming heeft in het ruimere zorg- en welzijnsecosysteem, over de rol van de ziekenhuizen van de toekomst en over de positie van de patiënten hierin. Zal er nog plaats zijn voor echte relationele, vertrouwelijke zorg?

Het zorgmodel van de toekomst zal volgens de spreker veel meer inzetten op preventie en gezondheidspromotie. De organisatie van de ziekenhuizen en de zorgverlening in het algemeen zal anders moeten. Onnodige onderzoeken moeten worden vermeden en de sociale kloof gedicht. Ook moet er meer ingezet worden op geestelijke gezondheid. Finaal moeten er, aan de hand van de gezondheidsdoelstellingen zoals overeengekomen in het federale regeerakkoord, specifieke gezondheidszorgdoelstellingen worden vastgelegd.

De heer Van Gorp geeft aan dat de verzekeringsinstellingen achter de grote principes en de omschreven werven in de plannen van minister Frank Vandenbroucke staan, maar benadrukt tegelijk dat enkel een volledige en globale aanpak van deze werven tot succes kan leiden. Hij bespreekt kort de vijf grote werven:

— Hervorming van het ziekenhuislandschap

De verzekeringsinstellingen gaan akkoord met de basisprincipes, met name "nabije zorg waar mogelijk,

c'est possible, soins concentrés lorsque c'est nécessaire" en facilitant la collaboration horizontale et verticale. Il est toutefois important de préserver la liberté de choix du patient afin de se baser sur les besoins en soins de la population et de garantir des soins intégrés.

— *Réforme du financement hospitalier*

Les organismes assureurs sont d'accord avec le principe de base, à savoir l'évolution vers un système forfaitaire, lorsque celui-ci est approprié et possible, basé sur les coûts. Il est important de s'orienter vers un prix tout compris uniforme pour l'intervention provenant de moyens publics et du patient pour un seul et même "produit". Il faut que le forfait DRG soit le plus complet possible de manière à minimiser le risque que le patient soit confronté à des coûts supplémentaires. Il sera en outre nécessaire que la répartition de certaines rémunérations entre le médecin et l'hôpital soit transparente.

— *Réforme de la nomenclature*

Ce projet est en cours depuis un certain temps déjà et constitue une condition du succès de la réforme. Il est important à cet égard qu'une réflexion éthique soit menée au sujet de ce qu'il convient d'entendre par une rémunération raisonnable et justifiée des prestataires de soins.

— *Value-based purchasing*

Les organismes assureurs sont d'accord avec le principe de base selon lequel le financement des hôpitaux est modulé en fonction de la qualité des soins fournis. Il est important à cet égard de développer un système logique, cohérent, soigneusement construit et soutenu, basé sur des indicateurs de qualité scientifiquement étayés, en concertation avec les différentes parties prenantes. Un financement de base approprié est indispensable étant donné chaque patient a droit à des soins de qualité adaptés à ses besoins individuels.

— *Maîtrise des suppléments*

L'actuel accord de gouvernement fédéral mentionne que la croissance des suppléments d'honoraires sera régulée, stabilisée et ensuite diminuée en évitant autant que faire se peut un glissement des activités vers des structures ambulatoires. Le Collège intermutualiste national (CIN) plaide depuis longtemps en faveur de la réduction, de la suppression ou de l'élimination des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation.

Les organismes assureurs estiment qu'il est important que cette réforme mise davantage sur des soins de santé accessibles et de qualité, permettant ainsi de

geconcentreerde zorg waar nodig" en het faciliteren van horizontale en verticale samenwerking. Belangrijk is wel om de keuzevrijheid van de patiënt te vrijwaren, om te vertrekken vanuit de zorgnoden van de bevolking en om de geïntegreerde zorg te waarborgen.

— *Hervorming van de ziekenhuisfinanciering*

De verzekeringsinstellingen gaan akkoord met de basisprincipes, met name de evolutie naar een forfaitair systeem waar dit raadzaam en mogelijk is, berekend op kosten. Belangrijk hierbij is om naar één uniforme all-in-prijs te gaan zowel voor de bijdrage vanuit publieke middelen als vanuit de patiënt, voor eenzelfde "product". Het DRG-forfait moet zo omvattend mogelijk gemaakt worden zodat het risico om als patiënt met extra kosten te worden geconfronteerd, wordt geminimaliseerd. Verder zal er transparantie nodig zijn omtrent de verdeling van bepaalde vergoedingen tussen arts en ziekenhuis.

— *Hervorming van de nomenclatuur*

Dit project loopt al enige tijd en is een voorwaarde voor het welslagen van de hervorming. Belangrijk hierbij is dat er ook een ethische reflectie komt over wat nu een redelijke en verantwoorde verloning is voor zorgverleners.

— *Value-based purchasing*

De verzekeringsinstellingen gaan akkoord met het basisprincipe dat de ziekenhuisfinanciering wordt gemoduleerd overeenkomstig de geleverde kwaliteit van de zorg. Het is daarbij belangrijk om, in samenspraak met de diverse stakeholders, een logisch, coherent, zorgvuldig opgebouwd en gedragen systeem te ontwikkelen, op basis van wetenschappelijk onderbouwde kwaliteitsindicatoren. Omdat elke patiënt recht heeft op kwaliteitsvolle zorg, aangepast aan zijn individuele noden, is een gepaste basisfinanciering onontbeerlijk.

— *Beheersen van de supplementen*

Het huidige federale regeerakkoord vermeldt dat de groei van de honorariaspecten zal worden gereguleerd, gestabiliseerd en vervolgens afgebouwd, waarbij een verschuiving naar extramurale setting maximaal wordt vermeden. Vanuit het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) wordt reeds lang gepleit voor de afbouw, afschaffing of wegwerking van honorariaspecten bij ziekenhuisopname.

Voor de verzekeringsinstellingen is het belangrijk dat deze hervorming verder inzet op een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, waarbij de

réduire effectivement les frais à charge du patient (*out of pocket*) et ce, dans un cadre de sécurité tarifaire pour ce dernier. Il est également nécessaire de déterminer à quoi servent actuellement les suppléments d'honoraires dans le cadre du financement des hôpitaux et pour quelles parties ils doivent être compensés, le cas échéant. Il est en outre important d'éviter un transfert des suppléments vers le milieu ambulatoire.

Il existe actuellement nombre d'incertitudes quant à savoir à quoi ressembleront les hôpitaux du futur. Deviendront-ils des centres de soins spécialisés? Y aura-t-il encore des lits dans les hôpitaux ou les patients seront-ils suivis à domicile depuis un lieu central? Se concentrera-t-on davantage sur le volet préventif de la santé? Quel sera le rôle de l'intelligence artificielle et de la robotique?

L'orateur passe en revue quelques défis à relever par les soins de santé:

- Qui est le gardien de nos soins de santé?
- Allons-nous encore trouver suffisamment de personnes pour travailler dans les hôpitaux?
- La première mission des hôpitaux ne devrait-elle pas être d'empêcher les hospitalisations?
- Comment faire pour que le patient soit réellement l'élément central? Comment organiser les soins autour du patient?
- Comment développer une offre de soins qui réponde à la diversité des situations?
- Comment appliquer le principe de l'universalisme proportionnel dans le contexte des soins hospitaliers?
- Quelle est la place de l'hôpital dans le continuum de soins?
- Les hôpitaux du futur seront-ils encore les nouvelles cathédrales de la ville?
- Quelle sera la relation entre l'homme et la technologie?
- Y aura-t-il encore des chambres communes?
- Qui paiera tout cela?

M. Van Gorp conclut qu'une réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux s'impose et que les organismes assureurs apportent leur soutien total au succès

*out-of-pocket*kosten voor de patiënt dan ook effectief kunnen dalen en dit binnen een kader van tariefzekerheid voor de patiënt. Ook is het noodzakelijk om in kaart te brengen waarvoor de honorarijsupplementen vandaag in het kader van de ziekenhuisfinanciering worden aangewend en voor welke onderdelen ervan in voorkomend geval in een compensatie moet worden voorzien. Verder moet een verschuiving van supplementen naar de ambulante setting worden vermeden.

Er zijn momenteel heel wat onzekerheden over hoe het ziekenhuis van de toekomst eruit zal zien. Zullen dit centra worden voor gespecialiseerde zorg? Zullen er nog bedden zijn in de ziekenhuizen of zal men vanuit een centrale locatie de mensen thuis opvolgen? Zal men zich meer richten op het preventieve aspect van gezondheid? Wat zal de rol zijn van artificiële intelligentie en robotica?

De spreker overloopt enkele uitdagingen voor de gezondheidszorg:

- Wie is de poortwachter van onze gezondheidszorg?
- Gaan we nog voldoende mensen vinden om in de ziekenhuizen te werken?
- Moet het niet de eerste opdracht zijn van ziekenhuizen om mensen uit het ziekenhuis te houden?
- Hoe stellen we de patiënt echt centraal? Hoe organiseren we de zorg rondom de patiënt?
- Hoe ontwikkelen we een zorgaanbod dat inspeelt op de diversiteit aan levenssituaties?
- Hoe kunnen we het principe van proportioneel universalisme toepassen in de context van ziekenhuiszorg?
- Wat is de plaats van het ziekenhuis in het zorgcontinuüm?
- Zullen de ziekenhuizen van de toekomst nog steeds de nieuwe kathedralen van de stad zijn?
- Wat zal de verhouding zijn tussen mens en technologie?
- Zullen er nog gemeenschappelijke kamers bestaan?
- Wie zal dat allemaal betalen?

De heer Van Gorp concludeert dat een hervorming van de ziekenhuisorganisatie en –financiering broodnodig is en dat de verzekeringsinstellingen hun volle steun

de ces chantiers importants. Toutefois, l'organisation et le financement ne sont qu'un moyen. Le débat sur la place des hôpitaux dans l'écosystème, à partir d'une vision large de la santé, doit également être mené. Les organismes assureurs veulent poursuivre cette réforme avec les médecins et les hôpitaux, également au-delà de la législature. Ils espèrent le soutien du Parlement si le gouvernement passe en affaires courantes à partir de la mi-2024.

3. *Exposé introductif de M. François Perl (Solidaris)*

M. François Perl (Solidaris) estime que la réforme du financement de l'hôpital est devenue indispensable pour assurer la qualité des soins, l'accessibilité des soins, le bien-être du personnel médical et soignant et plus globalement, la soutenabilité financière du système de soins de santé

Il constate que la pandémie nous a fait basculer dans un nouveau paradigme sanitaire et que c'est donc le moment pour lancer une série de chantiers importants. Il accueille favorablement l'idée de la réforme. Il énumère ensuite les enjeux de la réforme.

La réforme du paysage hospitalier implique la "division des tâches" entre *supra-régional* et *loco-régional*. L'objectif est de rencontrer un point d'équilibre avec des coopérations fonctionnelles qui permet d'optimiser la qualité de soins et de rationaliser l'offre, tout en conservant l'accessibilité géographique des soins, en évitant les déserts médicaux comme en France.

Quant à la réforme de la structure du financement hospitalier, il considère que les forfaits "all-in" sont indispensables pour arrêter le cercle vicieux du financement à l'acte, générateur de surconsommation, sans arriver à un financement trop forfaitisé.

L'intervenant explique que la limitation des suppléments d'honoraires est une des principales conditions pour favoriser l'accessibilité des soins, freiner la progression lancinante de la privatisation et enrayer la concurrence entre hôpitaux qui se joue notamment sur les suppléments. Il faudra veiller à mieux financer certaines disciplines.

Pour réussir la réforme de la nomenclature, il suggère de faire évoluer le financement à l'acte vers un

verlenen om de belangrijke werven te doen slagen. Organisatie en financiering zijn echter maar een middel. Ook het debat over de plaats van de ziekenhuizen in het ecosysteem, vanuit een brede visie op gezondheid, moet worden gevoerd. De verzekeringsinstellingen willen deze hervorming met de artsen en de ziekenhuizen voortzetten, ook regeerperiode-overschrijdend. Zij hopen op de steun van het Parlement als de regering in lopende zaken zou zijn vanaf medio 2024.

3. *Inleidende uiteenzetting van de heer François Perl (Solidaris)*

De heer François Perl (Solidaris) is van oordeel dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering absoluut nodig is geworden om de zorgkwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen, om het welzijn van het medisch en zorgpersoneel te verzekeren en – algemener – omwille van de financiële houdbaarheid van het gezondheidszorgsysteem.

Hij stelt vast dat de pandemie tot een nieuw gezondheidsparadigma heeft geleid en dat de tijd derhalve rijp is om een aantal belangrijke werkzaamheden aan te vatten. Hij is voorstander van de hervorming en somt vervolgens de daarmee verbonden uitdagingen op.

De hervorming van het ziekenhuislandschap vereist dat de taken worden verdeeld tussen het bovenregionale en het locoregionale niveau. Het is de bedoeling aan de hand van functionele samenwerkingsverbanden een evenwicht tot stand te brengen dat het mogelijk maakt de zorgkwaliteit te optimaliseren en het aanbod te rationaliseren, terwijl toch de geografische toegankelijkheid van de zorg behouden blijft en wordt voorkomen dat zorgwoestijnen ontstaan, zoals in Frankrijk.

Wat de hervorming van de ziekenhuisfinancieringsstructuur betreft, meent de spreker dat de all-in-forfaits noodzakelijk zijn om de vicieuze cirkel van de financiering per medische handeling te doorbreken, want die leidt tot overconsumptie; zulks mag echter niet leiden tot een financiering die al te zeer op vaste bedragen is gebaseerd.

De spreker licht toe dat de beperking van de honorarijsupplementen een van de voornaamste voorwaarden vormt om de toegankelijkheid van de zorg te bevorderen, om de sluimerende privatisering af te remmen, alsook om een einde te maken aan de concurrentie tussen ziekenhuizen, want die wordt onder meer via de supplementen gevoerd. Sommige takken moeten beter worden gefinancierd.

Om de hervorming van de nomenclatuur te doen slagen, oppert de heer Perl om de financiering per handeling

financement forfaitaire, en améliorant la capacité de gestion via un financement prospectif et non plus rétrospectif, moins théorique et plus uniformisé.

Pour réussir le chantier de la gouvernance hospitalière, il s'agira pour Solidaris de mettre l'accent sur une approche combinant une stratégie médicale ambitieuse et une gestion financière rigoureuse. Il juge par ailleurs nécessaire de mettre en place une véritable transparence des flux financiers mais aussi de renforcer la régulation dans le secteur ambulatoire, sans générer une fuite des médecins hospitaliers vers l'ambulatoire, qui serait non régulé.

L'hôpital doit trouver sa place dans un réseau de soins intégrés.

Il énumère les points d'attention pour Solidaris:

- le financement par forfait doit pouvoir prendre en considération les différences objectives entre patients et hôpitaux: il faut inclure un financement des missions sociales de l'hôpital;

- la limitation des suppléments d'honoraires ne doit pas ouvrir la porte à d'autres suppléments: prestations non remboursables, suppléments de chambre "cachés", ...

- le renforcement de l'attractivité du secteur hospitalier: la continuité des soins est en danger et le risque de "fuite" du personnel médical est réel, en continuant à attirer les médecins spécialistes avec un salaire attractif.

- la qualité et l'accessibilité doivent rester les principales balises.

4. Exposé introductif de M. Xavier Brenez (Mutualités Libres)

M. Xavier Brenez (Mutualités Libres) estime que la réforme proposée est logique et cohérente: elle répond aux défis et aux besoins du secteur et est en ligne avec plusieurs systèmes mis en place à l'étranger. Il ne s'agit pas d'une révolution.

Il souhaite faire passer deux messages principaux: certaines questions fondamentales doivent être tranchées

te doen evolueren naar een financiering op basis van vaste bedragen, alsook om de beheerscapaciteit te verbeteren via een financieringswijze die niet langer retrospectief maar prospectief zou zijn en die minder theoretisch en eenvormiger zou zijn.

Om de projecten inzake goed bestuur van de ziekenhuizen te doen slagen, moet volgens Solidaris de klemtoon worden gelegd op een benadering waarin een ambitieuze medische strategie wordt gecombineerd met een strak financieel beleid. De spreker acht het voorts noodzakelijk ervoor te zorgen dat de financiële stromen daadwerkelijk transparant worden, maar ook dat de regelgeving betreffende de ambulante sector wordt versterkt, zonder dat de ziekenhuisartsen naar de ambulante zorg overstappen, want daarop zou geen regelgeving van toepassing zijn.

Het ziekenhuis moet zijn plaats vinden in een netwerk van geïntegreerd zorg.

De heer Perl somt de voor Solidaris gewichtige aandachtspunten op:

- de financiering met vaste bedragen moet rekening kunnen houden met de objectieve verschillen tussen patiënten en ziekenhuizen en moet financiering omvatten voor de sociale opdrachten van de ziekenhuizen;

- de beperking van de honorariussupplementen mag niet leiden tot andere toeslagen, zoals niet-terugbetaalbare prestaties, verborgen kamersupplementen enzovoort;

- de ziekenhuissector moet aantrekkelijker worden en men moet artsen-specialisten blijven aantrekken middels een aantrekkelijk loon, want de bestendigheid van de zorg loopt gevaar en er bestaat een reëel risico dat het medisch personeel weggaat;

- de zorgkwaliteit en -toegankelijkheid moeten de voornaamste ijkpunten blijven.

4. Inleidende uiteenzetting van de heer Xavier Brenez (Onafhankelijke Ziekenfondsen)

De heer Xavier Brenez (Onafhankelijke Ziekenfondsen) meent dat de voorgestelde hervorming logisch en samenhangend is; zij komt tegemoet aan de uitdagingen en behoeften van de sector en strookt met meerdere systemen die in het buitenland bestaan. De hervorming is geen revolutie.

De heer Brenez wil twee zeer belangrijke boodschappen meegeven, namelijk dat met betrekking tot bepaalde

et la “révolution” résidera dans la capacité à mener à bien la réforme.

Il énumère ensuite quelques questions fondamentales:

— Quelle sera la répartition entre budget fixe, forfaits all-in et prestations à l’acte?

— Quelle est la vision sur les impacts budgétaires (hôpitaux et administrations), à court terme (compensations, mécanismes de transition, ...) et à moyen & à long terme?

— Un débat sur la valeur absolue des prestations par rapport à la valeur relative: la norme salariale sociétale sera à définir.

— L’architecture actuelle des réseaux est-elle adéquate? Ne faut-il pas réformer sur une base géographique?

— Quelle articulation entre les réseaux hospitaliers et l’organisation de la 1^{ère} ligne? Cette organisation de la première ligne existe en Flandre, il existe d’autres initiatives, à Bruxelles et en Wallonie. Il y a sans doute lieu d’homogénéiser.

— Quel sera le degré de liberté managériale pour les hôpitaux? L’hôpital est responsabilisé avec une marge de manœuvre donnée aux hôpitaux pour gérer au mieux les ressources. Il estime que certaines directions sont plus orientées sur le respect des normes et des règles, plutôt que sur leurs missions et activités, en fonction de leur patientèle et activités.

À ses yeux, un accord politique large est nécessaire pour mener la réforme sur les 10 prochaines années.

Il plaide pour une plus grande transparence, notamment sur l’utilisation des suppléments d’honoraires. Comme il n’existe aucune vision sur la hauteur des suppléments dans l’ambulatoire, l’intervenant juge nécessaire d’objectiver les coûts, les surfinancements et sous-financements

Il considère qu’il faudra prévoir des mécanismes de transition et systèmes de financement en parallèle. Il invite à une planification des différents chantiers et de bien identifier les interdépendances

fundamentele kwesties knopen moeten worden doorgehakt en dat de “revolutie” zal schuifgaan in het vermogen hervorming tot een goed einde te brengen.

Hij haalt vervolgens enkele fundamentele vraagstukken aan:

— Welke verdeling zal worden toegepast tussen de vaste begroting, de all-in-forfaits en de prestaties per handeling?

— Wat is de zienswijze op de begrotingsweerslag (ziekenhuizen en overheidsdiensten) op korte termijn (compensaties, overgangsregelingen enzovoort), op middellange termijn en op lange termijn?

— Er moet een debat worden gevoerd over de absolute waarde van de prestaties ten opzichte van de relatieve waarde; de maatschappelijke loonnorm zal moeten worden bepaald.

— Is de huidige structuur van de netwerken geschikt? Moet die niet op geografische basis worden hervormd?

— Hoe verhouden de ziekenhuisnetwerken en de organisatie van de eerstelijnszorg zich tot elkaar? Die organisatie van de eerstelijnszorg bestaat in Vlaanderen, terwijl er in Brussel en in Wallonië andere initiatieven bestaan. Een en ander moet wellicht homogener worden gemaakt.

— Welke vrijheid krijgen de ziekenhuizen inzake management? De ziekenhuizen krijgen verantwoordelijkheid door een bewegingsvrijheid om de middelen zo goed mogelijk te beheren. De spreker meent dat sommige directies meer aandacht schenken aan de inachtneming van de normen en de regels, in plaats van aan hun opdrachten en activiteiten, rekening houdend met hun patiëntenbestand en met wat zij doen.

De heer Brenez meent dat een breed politiek akkoord nodig is om de hervorming tijdens de tien komende jaren ten uitvoer te leggen.

Hij pleit voor meer transparantie, in het bijzonder met betrekking tot de aanwending van honorariumsupplementen. Aangezien men absoluut geen zicht heeft op de hoogte van de supplementen in de ambulante zorg, meent de spreker dat de kosten en de over- en onderfinanciering moeten worden geobjectiveerd.

De spreker stelt dat moet worden voorzien in overgangsregelingen en in parallelle financieringsregelingen. Hij spoort aan tot planning van de diverse projecten en tot een correcte omschrijving van de onderlinge afhankelijkheidsbanden.

Il juge indispensable de prévoir les moyens humains nécessaires pour la mise en place du nouveau système et pour la maintenance du nouveau système. Il suggère en parallèle mesurer de la qualité des soins (au-delà du *value-based purchasing*), de partager ces indicateurs avec le personnel de soins et de s'inspirer des expériences à l'étranger. Il s'agit d'éviter une sous-utilisation des soins et de s'appuyer sur les données existantes. Enfin, il explique qu'il faut avoir une attention particulière sur la pression directe et indirecte sur le personnel hospitalier, afin de ne pas passer à côté de la réforme.

B. Questions et observations des membres

Mme Frieda Gijbels (N-VA) demande quelle différence la proposition de limiter les suppléments d'honoraires à 150 % permettrait de produire par rapport à la situation actuelle (610 millions d'euros). Avec quels moyens publics la réduction des suppléments d'honoraires sera-t-elle compensée? Quel est le montant total des assurances hospitalisation payées en Belgique?

L'intervenante demande quelle sera l'approche adoptée vis-à-vis des hôpitaux présentant les suppléments d'honoraires les plus élevés, sans les récompenser en gelant ces suppléments, mais aussi sans les mettre en difficulté sur le plan financier. Elle demande des précisions à propos d'éventuelles différences communautaires en termes de consommation de soins financée par des moyens publics.

Mme Gijbels est favorable à une plus forte intégration des soins de santé, une philosophie dans laquelle l'hôpital ne serait qu'un des éléments du trajet de soins élaborés autour du patient. Dans ce cadre, la marge d'investissement dans la prévention est encore très large. Comment les orateurs envisagent-ils cette question au regard du morcellement de notre paysage de soins de santé? Ne faudrait-il pas améliorer le lien avec les soins de première ligne? Les orateurs estiment-ils que les plans du ministre Vandenbroucke permettront d'initier une évolution suffisante vers une utilisation correcte des soins, par exemple en recourant moins aux services d'urgence et davantage aux soins de première ligne?

Comment obtenir rapidement une idée plus précise du coût exact de nos soins, qui ne sont aujourd'hui pas toujours des plus transparents? Quelles seront les répercussions de l'innovation sur l'hôpital futur et devons-nous déjà en tenir compte dans le cadre du financement des hôpitaux?

De heer Brenez acht het onontbeerlijk te voorzien in het nodige personeel om het nieuwe systeem op te starten en in stand te houden. Hij oppert daarnaast om de zorgkwaliteit te meten en daarbij verder te gaan dan een waardegebaseerd aankoopbeleid, dat de indicatoren in kwestie worden gedeeld met het zorgpersoneel en dat men inspiratie haalt uit de ervaringen in het buitenland. Het is zaak onderbenutting binnen de zorg te voorkomen en zich te baseren op de bestaande gegevens. Tot slot geeft de spreker aan dat bijzondere aandacht moet worden geschonken aan de rechtstreekse en onrechtstreekse druk op het ziekenhuispersoneel, teneinde te voorkomen dat de hervorming op niets uitdraait.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Wat het voorstel tot beperking van de honorariassupplementen tot 150 % betreft, wenst *mevrouw Frieda Gijbels (N-VA)* te weten hoeveel het verschil met de huidige situatie (610 miljoen euro) zou bedragen. Met welke publieke middelen zal de afbouw van de honorariassupplementen worden gecompenseerd? Wat is het totale bedrag van de in België betaalde verzekeringen voor ziekenhuisopname?

De spreekster vraagt op welke manier de ziekenhuizen met de hoogste honorariassupplementen zullen worden benaderd, zonder ze te belonen door de supplementen te bevrozen, maar ook zonder ze in financiële problemen te brengen. Ze vraagt toelichting over eventuele communautaire verschillen inzake de consumptie van zorg die wordt gefinancierd met publieke middelen.

Mevrouw Gijbels is voorstander van een evolutie naar meer geïntegreerde zorg, waarbij een ziekenhuis maar een van de elementen is in het traject dat rond een patiënt wordt opgebouwd. In dat kader is er nog veel ruimte voor investering in preventie. Hoe zien de sprekers dit tegenover de versnippering van het zorglandschap? Moet er geen betere band komen met de eerstelijnszorg? Vinden de sprekers dat er in de plannen van minister Vandenbroucke voldoende sturing zit richting een correct gebruik van zorg, bijvoorbeeld door minder gebruik te maken van de spoedgevallendiensten en het meer aanspreken van de eerstelijnszorg?

Hoe kunnen wij snel meer zicht krijgen op de exacte kosten van onze zorg, die momenteel niet altijd even transparant is? Wat zal de impact zijn van innovatie op het ziekenhuis van de toekomst en moeten wij daar nu reeds rekening mee houden bij de financiering van de ziekenhuizen?

Mme Gijbels observe que l'organisation des zones de première ligne en Wallonie et à Bruxelles connaît des difficultés. En ce qui concerne les réseaux hospitaliers, on y observe davantage de problèmes qu'en Flandre, où les hospitalisations de jour sont également plus courantes. Comment l'expliquer? Dans ces conditions, il n'est pas aisé de développer une vision commune pour le paysage des soins en Belgique. Comment expliquer le coût plus élevé des séjours hospitaliers à Bruxelles et en Wallonie?

En ce qui concerne l'objectif de soumettre les hôpitaux à une obligation non plus d'effort mais de résultat, il convie de veiller à ne pas sanctionner les hôpitaux qui consentent des efforts. C'est pourquoi nous devrions regarder les protocoles plutôt que les résultats. La membre conclut son intervention en demandant l'avis des orateurs sur la mesure de la qualité des soins au moyen de mécanismes d'accréditation comme la *Joint Commission International* (JCI) ou l'Institut néerlandais pour l'accréditation dans les soins (*Nederlands Instituut voor Accreditatie in de zorg* (NIAZ)). Ces mécanismes exerçant énormément de pression sur le personnel de soins, celui-ci n'est plus en mesure d'accorder autant d'attention aux soins proprement dits. Comment utiliser ces outils autrement ou avec moins de rigidité?

Mme Laurence Hennuy (Ecolo-Groen) relève dans les interventions des invités le risque d'un mécanisme au forfait qui ne couvrirait pas tous les besoins des patients, comme ceux qui n'ont pas la possibilité de rentrer chez eux après une hospitalisation d'un jour parce qu'ils ne vivent pas dans un logement suffisamment salubre. Elle invite à trouver des moyens d'ajuster ces forfaits, en intégrant des critères socio-économiques. Elle aimerait savoir ce qui se pratique déjà à l'étranger, sans complexifier le mécanisme, qui doit rester fluide et prévisible.

Elle souligne que le problème de l'articulation entre l'hôpital et les soins de première ligne est un des aspects importants de la réforme. Elle s'interroge sur le sort des patients chroniques, qui représentent un défi important pour toutes les parties concernées.

Enfin, elle aimerait savoir en quoi les mécanismes de mesure de la qualité des soins pourraient être un incitant visant à valoriser le personnel des soins, sans que cela soit perçu comme une pression supplémentaire. Elle se demande si des études existent à ce sujet.

M. Patrick Prévot (PS) souligne que dans le cadre de la réforme en projet, il est prévu des forfaits DRG

Mevrouw Gijbels merkt dat de organisatie van de eerstelijnszones in Wallonië en Brussel moeilijk loopt. Wat de ziekenhuisnetwerken betreft, zijn er meer problemen dan in Vlaanderen en ook dagopnamen zijn in Vlaanderen meer ingeburgerd. Hoe komt dit? Het is niet evident om zo een gemeenschappelijke visie uit te bouwen voor het zorglandschap in België. Kan een verklaring gegeven worden voor de hogere kosten voor ziekenhuisverblijven in Brussel en Wallonië?

Wat de verschuiving voor de ziekenhuizen van een inspanningsverbintenis naar een resultaatsverbintenis betreft, moet men voorzichtig zijn om de ziekenhuizen die inspanningen leveren niet te straffen. Daarom moet eerder gekeken worden naar protocollen dan naar resultaten. Het lid informeert ten slotte naar de mening van de sprekers over het meten van kwaliteit via accreditatiemechanismen als *Joint Commission International* (JCI) en het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de zorg (NIAZ). Deze methodes leggen veel druk op het zorgpersoneel, dat zich hierdoor ook minder kan concentreren op de echte zorg. Hoe kan zoiets anders of lichter worden aangepakt?

Mevrouw Laurence Hennuy (Ecolo-Groen) merkt op dat in de uiteenzettingen van de uitgenodigde sprekers wordt gewezen op het risico dat een forfaitaire regeling niet alle behoeften van de patiënten zou dekken, zoals die van de patiënten die niet de mogelijkheid hebben om naar huis te gaan na een ziekenhuisopname van één dag, omdat hun woning niet hygiënisch genoeg is. Zij vraagt om de middelen te vinden waarmee die vaste bedragen kunnen worden aangepast, door sociaaleconomische criteria in aanmerking te nemen. Ze zou willen weten hoe een en ander reeds wordt toegepast in het buitenland, zonder de regeling ingewikkelder te maken, want die moet vlot en voorspelbaar blijven.

De spreekster beklemtoont dat de onderlinge afstemming van de ziekenhuiszorg en de eerstelijnszorg een belangrijk aspect van de hervorming uitmaakt. Ze stelt zich vragen over het lot van de chronische patiënten, want die vormen voor alle betrokken partijen een grote uitdaging.

Tot slot zou ze willen vernemen hoe de regelingen ter meting van de zorgkwaliteit een prikkel zouden kunnen vormen om het zorgpersoneel te valoriseren, zonder dat zulks zou worden ervaren als een bijkomende bron van druk. Het lid vraagt of er ter zake studies bestaan.

De heer Patrick Prévot (PS) wijst erop dat het binnen de voorliggende hervorming de bedoeling is om DRG-forfaits

(*diagnostic related groups*, en français, groupe homogène de patients). Ce système d'analyse des coûts et des pratiques hospitaliers implique que l'hôpital facture ses interventions sur la base de forfaits établis en fonction du diagnostic, au lieu d'être payé pour un nombre donné de prestations effectivement fournies ou sur la base d'un forfait journalier. Il observe que certains hôpitaux accueillent davantage de patients *ouliers* (en dehors des normes moyennes) et se demande comment ils seront financés, s'il ne faut pas prévoir un financement complémentaire pour ces missions sociales, quels sont les points d'attention et comment éviter la sélection de patients.

Sur le sujet de la fuite des spécialistes, il estime que la réforme ne pourra réussir que si les mêmes règles sont d'application dans les hôpitaux et dans l'ambulatorio pour les suppléments et, si tel n'est pas le cas, beaucoup de prestations sortiront de l'hôpital et seront réalisées en ambulatoire, avec suppléments à la clé. Il aimerait connaître l'avis des experts invités sur ce point.

Dans le cadre de la révision de la nomenclature, il est question de scinder prestations intellectuelles et coûts de la pratique. Certains estiment que cela va réduire la marge de négociation entre gestionnaires hospitaliers et médecins, tout en risquant de freiner l'innovation et l'investissement. L'intervenant se demande si cette crainte est justifiée et si une réflexion doit aussi être menée sur les consultations à distances, le télé monitoring et les technologies nouvelles qui permettent une surveillance, parfois même un traitement, de patients à distance.

M. Steven Creyelman (VB) s'interroge sur les compensations qui seraient prévues si le financement des hôpitaux était organisé sur la base de montants forfaitaires. Cette façon de procéder ne nuirait-elle pas à la responsabilisation et ne générerait-elle pas de nouveaux excès?

En ce qui concerne la forfaitarisation de la rémunération des différents actes médicaux, le membre craint qu'à terme, celle-ci ne crée des pénuries et des excédents au sein de certaines professions de santé spécifiques. Selon les orateurs, quelle est la probabilité que ce soit le cas et comment y remédieraient-ils?

Le membre conclut en demandant ce qu'il ne faut surtout pas faire dans ce dossier, si l'on veut éviter un échec.

te hanteren (*diagnostic related groups*). Die werkwijze voor de ontleding van de kosten en van de praktijken van de ziekenhuizen houdt in dat het ziekenhuis zijn prestaties factureert op basis van vaste bedragen die op basis van de diagnose werden bepaald, in plaats van te worden betaald voor een bepaald aantal daadwerkelijk uitgevoerde prestaties of op basis van een vast bedrag per dag. Het lid merkt op dat in sommige ziekenhuizen een groter aandeel patiënten niet beantwoordt aan de gemiddelde normen en vraagt zich af hoe die zullen worden gefinancierd. Moet er geen bijkomende financiering voor die sociale opdrachten komen? Wat zijn de aandachtspunten? Hoe kan patiëntselectie worden voorkomen?

Wat het weggaan van specialisten betreft, meent het lid dat de hervorming alleen kan slagen indien met betrekking tot de supplementen in de ziekenhuizen dezelfde regels gelden als in de ambulante zorg. Indien zulks niet het geval is, zullen veel prestaties niet langer in het ziekenhuis plaatsgrijpen, maar ambulant worden uitgevoerd, en daarbij zullen supplementen worden aangerekend. De heer Prévot zou ter zake de mening van de uitgenodigde sprekers willen vernemen.

In het kader van de herziening van de nomenclatuur is er sprake van scheiding tussen intellectuele en praktijkgebonden kosten. Sommigen menen dat zulks de onderhandelingsruimte tussen ziekenhuisbeheerders en artsen zou kunnen verkleinen en tevens een rem zou kunnen zetten op innovatie en investeringen. Het lid vraagt of die vrees gegrond is en of ook een denkoefening moet worden gehouden over de raadplegingen op afstand, over telemonitoring en over de nieuwe technologieën waarmee patiënten op afstand onder toezicht kunnen worden gehouden en soms zelfs kunnen worden behandeld.

De heer Steven Creyelman (VB) stelt zich vragen bij de compensaties waarin zou worden voorzien wanneer wordt gewerkt met forfaitaire bedragen voor de financiering van ziekenhuizen. Wordt de responsabilisering op deze manier niet ondergraven en zal dit niet opnieuw tot excessen leiden?

Wat het forfaitair vastleggen van vergoedingen voor de verschillende medische handelingen betreft, vreest het lid dat dit op termijn tekorten en overschotten binnen specifieke zorgberoepen zal creëren. Hoe groot denken de sprekers dat de kans is dat dit zal gebeuren en hoe zouden zij hieraan verhelpen?

Het lid sluit af met de vraag wat er vooral niet gedaan moet worden in dit hele dossier, als men een mislukking wil vermijden.

M. Daniel Bacquelaine (MR) revient sur la forfaitarisation “all in” mise en opposition avec le financement à l’acte. Il se demande si cette opposition est absolue, s’il n’y a pas lieu de rechercher des complémentarités ou, à tout le moins, d’aborder la question du financement du temps consacré aux patients. Cela paraît être une réforme essentielle au moment où il est question des droits du patient. L’acte intellectuel doit être pris en compte.

La forfaitarisation comporte un risque de sous-utilisation des soins, ce qui nécessite d’avoir une évaluation et un monitoring de la qualité et de l’efficacité. Il se demande à ce sujet pourquoi ces informations ne pourraient pas circuler dans le grand public, comme le préconisent les mutuelles. Il estime que les affiliés ont droit à l’information et à connaître l’efficacité des structures de soins pour exercer leur consentement éclairé de la manière la plus effective. Il y a peut-être une tension entre la proximité des soins et la qualité des soins. Il suggère de prendre en compte cette tension.

Sur le lien entre le médecin et l’hôpital, il invite à inverser le raisonnement: il y a aujourd’hui des médecins qui disposent d’un certain nombre d’outils hospitaliers et non des hôpitaux qui disposent d’un certain nombre de médecins, d’autant plus qu’il y a de moins en moins de césure entre les hôpitaux et l’*extra muros*.

Sur la norme salariale sociétale évoquée par M. Brenez, l’intervenant aimerait savoir ce qu’il entend par là et s’il estime que tout le monde doit avoir le même salaire, quelle que soit son activité. Il constate qu’il y a des écarts inexplicables pour le public et que cette question doit être abordée sans tabou, en ne perdant pas la qualité.

Mme Nathalie Muylle (cd&v) renvoie à la proposition de loi visant à modifier la loi relative aux hôpitaux et à d’autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, en ce qui concerne les suppléments d’honoraires (DOC 53 2843/001), qu’elle avait déjà déposée en 2013 et qui visait à plafonner les suppléments à 100 %. Pour l’instant, seul un gel des suppléments a été péniblement obtenu et tout indique que les hôpitaux qui demandent 200 à 300 % exigeront une compensation. Les bons élèves de la classe, qui affichent déjà de bons résultats depuis des années malgré des suppléments maximums de 150 % et de lourds investissements, sont en fait sanctionnés. La situation n’évolue-t-elle pas

De heer Daniel Bacquelaine (MR) komt terug op de instelling van vaste bedragen waarin alles inbegrepen is tegenover de financiering per handeling. Het lid vraagt zich af of die tegenstelling absoluut is. Moet geen complementariteit moet worden gezocht? Moet niet minstens dieper worden ingegaan op de financiering van de tijd die aan de patiënten wordt besteed? Zulks lijkt een cruciaal hervormingsaspect te zijn nu sprake is van de patiëntenrechten. Er moet rekening worden gehouden met de intellectuele handelingen.

De instelling van een op vaste bedragen gebaseerde regeling dreigt te leiden tot onderbenutting van de zorg. Een en ander vereist dat de kwaliteit en de doelmatigheid worden geëvalueerd en gemonitord. Het lid vraagt zich in dat opzicht af waarom de informatie in kwestie niet publiek zou mogen zijn, zoals de ziekenfondsen voorstaan. De heer Bacquelaine meent dat de ziekenfondsleden recht hebben op informatie en dat ze mogen weten wat de doelmatigheid van de zorgstructuren is, teneinde zo doeltreffend mogelijk hun geïnformeerde toestemming te kunnen verlenen. Er bestaat misschien een spanningsveld tussen nabijheid en kwaliteit van de zorg. Het lid oppert om daarmee rekening te houden.

Wat de band tussen de artsen en de ziekenhuizen betreft, wenst de heer Bacquelaine dat de redenering wordt omgekeerd: er zijn thans artsen die over een aantal ziekenhuisinstrumenten beschikken en geen ziekenhuizen die over een aantal artsen beschikken, temeer daar de kloof tussen de ziekenhuizen en de extra-muros-zorg almaar kleiner wordt.

In verband met de door de heer Brenez vermelde maatschappelijke loonnorm zou het lid willen vernemen wat hij daarmee bedoelt en of hij van oordeel is dat iedereen hetzelfde loon zou moeten krijgen, ongeacht zijn activiteit. De heer Bacquelaine stelt vast dat er voor het publiek onverklaarbare verschillen bestaan. Dat vraagstuk moet zonder taboe worden benaderd, zonder dat de kwaliteit erbij inboet.

Mevrouw Nathalie Muylle (cd&v) verwijst naar het wetsvoorstel tot wijziging van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wat de ereloonsupplementen betreft (DOC 53 2843/001), dat zij reeds in 2013 indiende en dat supplementen wil aftoppen op 100 %. Op dit moment is enkel een *standstill* van de supplementen op moeilijke wijze verkregen en wijst alles erop dat ziekenhuizen die 200 tot 300 % vragen een compensatie zullen eisen. De goede leerlingen van de klas die al jaren mooie resultaten neerleggen, ondanks supplementen van maximaal 150 % en een zware investeringsportefeuille, worden eigenlijk gestraft. Gaat het allemaal niet veel te

beaucoup trop lentement, et les organismes assureurs ne peuvent-ils pas jouer un rôle plus important à cet égard?

Quel est le point de vue des organismes assureurs sur l'évolution actuelle au sein des réseaux hospitaliers, sachant que l'absence d'un cadre légal plus strict pénalise les patients? Quel est leur avis sur l'évolution de la qualité, comme le choix des hôpitaux de renoncer aux accréditations JCI et NIAZ ou de procéder à une sélection des risques?

En ce qui concerne la forfaitarisation, il y aura toujours des exceptions qui ne rentrent pas dans le cadre établi. Comment peut-on traiter cette question de manière alternative?

En conclusion, la membre demande s'il n'est pas temps de réduire les importants excédents de lits et d'affecter ces moyens à d'autres soins, dans l'intérêt des patients.

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) souligne que les conditions à la réussite de la réforme ne sont pas encore toutes remplies à ce jour, d'où l'importance de mener ces débats. Elle rappelle l'importance de collaborer avec les soins de première ligne quand on envisage de réformer le système de financement des hôpitaux. Elle se demande quels incitants pourraient être mis en place pour stimuler les hôpitaux à collaborer avec la première ligne.

Sur la proposition de sortie du financement rétrospectif pour aller vers un financement prospectif, elle mentionne qu'il s'agit d'un élément important d'inquiétude dans le chef des directeurs d'hôpitaux. Elle rappelle avoir déposé avec son groupe une proposition de financement qui donnerait un budget fixe pendant 5 ans avant d'évoluer vers un budget prospectif.

Elle rappelle qu'un des grands changements sur la table, est le financement *all in* ou DRG (*diagnostic related groups*). Sa crainte concerne le financement du personnel, financé actuellement par des règles précises liées au nombre de lits par service. L'intervenante mentionne que les organisations syndicales demandent de revoir ces normes de personnel, en ayant plus de personnel par nombre de lits. Or, si le personnel était financé via les forfaits par pathologie, il n'y aurait plus de lien avec le nombre de lits. L'hôpital pourrait avoir une plus grande liberté pour définir combien de soignants sont alloués par service. Elle craint que cela augmente la pression sur le personnel et éventuellement diminue les normes d'encadrement.

traag en kunnen de verzekeringsinstellingen hier geen grotere rol in spelen?

Wat is de visie van de verzekeringinstellingen over de huidige evolutie binnen de ziekenhuisnetwerken, in de wetenschap dat het uitblijven van een strikter wettelijk kader ten koste gaat van de patiënten? Wat is hun visie over de evolutie rond kwaliteit, zoals de keuze van ziekenhuizen om uit JCI of NIAZ stappen of om aan risicoselectie te doen?

Wat de forfaitaire financiering betreft, zullen er steeds uitzonderingen zijn die niet binnen het vastgelegde kader passen. Hoe kan hier op een eventueel alternatieve manier mee worden omgegaan?

Om af te sluiten vraagt het lid of het niet tijd is om de grote overschotten aan bedden af te bouwen en de middelen in te zetten voor andere zorg ten voordele van de patiënt.

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) benadrukt dat de voorwaarden voor het welslagen van de hervorming thans nog niet allemaal vervuld zijn. Daarom is het belangrijk deze debatten te voeren. De sprekerster wijst op het belang van samenwerking met de eerstelijnszorg wanneer wordt overwogen om de regeling inzake ziekenhuisfinanciering te hervormen. Zij vraagt zich af voor welke prikkels zou kunnen worden gezorgd om de ziekenhuizen ertoe aan te zetten samen te werken met de eerstelijnszorg.

Ze geeft aan dat het voorstel om van retrospectieve naar prospectieve financiering over te stappen bij de ziekenhuisdirecteurs grote zorgen baart. Mevrouw Merckx herinnert eraan dat haar fractie inzake financiering een voorstel heeft ingediend dat ertoe strekt dat gedurende vijf jaar een vast budget zou worden toegekend, alvorens te evolueren naar een prospectieve begroting.

Zij herinnert eraan dat de all-in-financiering (ook DRG-financiering genoemd – *diagnostic related groups*) één van de voorliggende hoofdwijzigingen vormt. De sprekerster vreest voor de financiering van het personeel, want die berust thans op nauwkeurige regels die verband houden met het aantal bedden per dienst. Mevrouw Merckx stipt aan dat de vakbonden vragen om die personeelsnormen te herzien, waarbij er meer personeel per aantal bedden zou zijn. Mocht het personeel via vaste bedragen per aandoening worden gefinancierd, dan zou er niet langer een verband zijn met het aantal bedden. Het ziekenhuis zou dan een grotere vrijheid hebben om te bepalen hoeveel zorgpersoneel per dienst wordt toegewezen. Het lid vreest dat zulks de druk op het personeel zal verhogen en mogelijk zal leiden tot lagere normen inzake personeelsbezetting.

Sur le découplage des honoraires en modifiant son financement, elle constate qu'ils restent, malgré tout, calculés par prestation (à l'acte). Elle se demande s'il ne faut pas profiter de la réforme pour le remettre en question. Elle aimerait aussi connaître le point de vue des intervenants sur l'intégration de la norme salariale sociétale.

Enfin, sur la volonté d'avoir plus de prévention, elle s'interroge sur la manière dont cela va se réaliser concrètement.

Sur le sous-financement chronique de 4 milliards d'euros évoqué par les directeurs d'hôpitaux, elle se demande comment il sera comblé et quels secteurs pourraient être mis à contribution.

Enfin sur les 610 millions d'euros de suppléments d'honoraires payés aujourd'hui, elle aimerait connaître la part payée par les assureurs et celle payée par les patients directement.

M. Robby De Caluwé (Open Vld) souligne l'importance du débat en cours et se rallie aux questions déjà posées.

Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit) demande s'il ne faut pas aller au-delà de la suppression progressive des suppléments d'honoraires actuellement convenue.

En ce qui concerne le financement des hôpitaux, la prévention est importante, mais que faire concrètement à cet égard? S'agit-il uniquement d'une question financière ou plutôt d'un état d'esprit?

Dans le cadre de la forfaitarisation, il convient également de tenir compte du profil des patients. Dispose-t-on actuellement de suffisamment d'indicateurs fiables pour comparer les profils des patients dans tous les hôpitaux?

Que faut-il faire pour éviter l'ingénierie financière, au profit d'une véritable transparence financière?

La question de la délimitation/logique territoriale est-elle sur la table des négociations et le CIN s'efforce-t-il de faire également avancer ce dossier?

Enfin, Mme Vanpeborgh souhaite savoir s'il existe actuellement suffisamment d'indicateurs fiables permettant de contrôler la qualité des soins.

Mme Catherine Fonck (Les Engagés) partage les enjeux de la réforme en matière d'accessibilité, de qualité,

Inzake de loskoppeling van de honoraria via de wijziging van de financiering ervan stelt het lid dat de honoraria ondanks alles nog steeds worden berekend per prestatie (dus per handeling). Mevrouw Merckx vraagt of de hervorming geen goede gelegenheid is om ze in vraag te stellen. Zij zou ook willen vernemen wat de sprekers denken van de opname van de maatschappelijke loonnorm.

Tot slot vraagt mevrouw Merckx hoe het streven naar meer preventie concreet zal worden verwezenlijkt.

Zij wil ook weten hoe de door de ziekenhuisdirecteurs vermelde chronische onderfinanciering ten belope van 4 miljard euro zal worden weggewerkt en aan welke sectoren daartoe een bijdrage zou kunnen worden gevraagd.

Voorts zou zij willen weten welk aandeel van de thans betaalde honorariasupplementen ten bedrage van 610 miljoen euro wordt uitgekeerd door de verzekeraars en welk deel rechtstreeks door de patiënten wordt gedragen.

De heer Robby De Caluwé (Open Vld) benadrukt het belang van huidig debat en sluit zich aan bij de reeds gestelde vragen.

Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit) vraagt of er niet meer moet gebeuren dan de huidige overeengekomen stapsgewijze afbouw van de honorariasupplementen.

Wat de ziekenhuisfinanciering betreft, is preventie belangrijk, maar wat moet daar concreet gebeuren? Is het enkel een financiële kwestie of is het eerder een mindset?

In het kader van de forfaitaire vergoedingen zou ook het profiel van de patiënten moeten meespelen. Beschikt men momenteel over voldoende en betrouwbare indicatoren om, over alle ziekenhuizen heen, de profielen van de patiënten te kunnen vergelijken?

Wat is er nodig om financiële *engineering* te voorkomen ten voordele van een echte financiële transparantie?

Ligt de kwestie van de territoriale logica-afbakening op de onderhandelingstafel en probeert men vanuit het NIC daar ook beweging in te brengen?

Ten slotte wil mevrouw Vanpeborgh weten of er momenteel voldoende en betrouwbare indicatoren bestaan die toelaten om de kwaliteit van de zorg te monitoren.

Mevrouw Catherine Fonck (Les Engagés) is het eens over de uitdagingen die de hervorming met zich brengt

de concentration des soins complexes et plus rares, de soins chroniques beaucoup plus intégrés, sans oublier un financement actuellement extrêmement complexe qui va devenir beaucoup plus simple et transparent, avec aussi des exigences en matière d'efficacité. Elle remercie les intervenants de placer le patient au centre de leurs réflexions, avec l'aide des soignants, tout en soulignant l'importance de la confiance dans la relation entre prestataires de soins et patients. Elle ajoute une dimension de confiance à restaurer entre prestataires de soins et autorités, tant la situation s'est aggravée pendant la crise du COVID-19.

Au niveau des réseaux, elle constate que toute une série de freins législatifs subsistent dans l'organisation interne des réseaux. Elle se demande pourquoi ces freins persistent. Sur les réseaux, la loi permet d'intégrer des structures non hospitalières. Sur les 25 réseaux, elle souhaiterait savoir combien l'ont déjà réalisé ou l'ont projeté. Elle pense particulièrement aux maisons de repos et maisons de repos & de soins.

Pour ce qui concerne le volet de la révision de la nomenclature, elle évoque M. Van Gorp qui a cité une étude des Mutualisés Chrétiennes sur ce sujet. Mme Fonck aimerait avoir un complément d'information sur les mécanismes de solidarité existants (à la fois au niveau des gestionnaires avec les taux de rétrocession – qui sont parfois très différents par spécialisation ou par hôpital-, mais aussi internes, entre médecins ou entre services). Elle estime que cela modifie complètement la vision et cela doit être intégré pour avoir une vue complète sur ce sujet.

Sur le financement des hôpitaux pendant la période transitoire, qui lui semble un élément important, elle aimerait savoir comment le calendrier différé qui est proposé va garantir les rentrées financières des hôpitaux, en attendant l'arrivée du calcul basé sur les DRG.

Sur la biologie et la radiologie clinique, certains évoquent une surconsommation et l'importance de la responsabilisation. Elle fait observer qu'il n'y a pas d'auto prescription et que ce sont les prescripteurs qui doivent assumer cette responsabilité.

Enfin sur la dimension sociale, elle se demande si un aspect de dimension sociale apporté au forfait n'est finalement pas indispensable pour intégrer cet aspect important.

inzake toegankelijkheid, kwaliteit, concentratie van complexe en zeldzame zorg, veel meer geïntegreerde chronische zorg, om nog maar te zwijgen van een thans uiterst ingewikkelde financiering die eenvoudiger en transparanter zal worden, met eveneens efficiëntie-eisen. Ze dankt de sprekers omdat zij de patiënt centraal stellen in hun overwegingen, met hulp van de zorgverstrekkers, en omdat zij het belang benadrukken van het vertrouwen in de relatie tussen de zorgverstrekkers en de patiënten. Zij voegt daaraan nog toe dat het vertrouwen tussen zorgverstrekkers en overheden moet worden hersteld, omdat de situatie dermate is verergerd tijdens de COVID-19-crisis.

Zij stelt vast dat er op het niveau van de netwerken nog tal van wettelijke belemmeringen bestaan bij de interne organisatie ervan. Zij vraagt zich af waarom die belemmeringen blijven bestaan. Wat de netwerken betreft, staat de wet toe dat niet-ziekenhuisstructuren worden geïntegreerd. Zij wenst te weten hoeveel van de 25 netwerken dat reeds hebben gerealiseerd of gepland. Zij denkt in het bijzonder aan de rusthuizen en aan de rust- en verzorgingstehuizen.

Wat de herziening van de nomenclatuur betreft, verwijst zij naar de heer Van Gorp die een studie over dat onderwerp van de Christelijke Mutualiteiten heeft aangehaald. Mevrouw Fonck wenst aanvullende informatie over de bestaande solidariteitsmechanismen (zowel op het niveau van de beheerders met de doorstortingspercentages – die soms heel erg kunnen variëren naargelang de specialisatie of het ziekenhuis – als intern, tussen artsen of tussen diensten). Zij meent dat dit de visie volledig verandert en dat dit moet worden geïntegreerd om ter zake een volledig beeld te krijgen.

Inzake de financiering van de ziekenhuizen tijdens de overgangperiode, die haar belangrijk lijkt, zou ze willen weten hoe het voorgestelde aangepaste tijdspad de financiële inkomsten van de ziekenhuizen zal garanderen, in afwachting van de berekening op basis van de DRG.

In verband met de biologie en de klinische radiologie verwijzen sommigen naar een overconsumptie en naar het belang van de verantwoordelijkheidstoedeling. Zij merkt op dat patiënten zichzelf niets voorschrijven en dat het diegenen zijn die de voorschriften afleveren die deze verantwoordelijkheid moeten nemen.

Wat ten slotte de sociale dimensie betreft, vraagt zij zich af of een aspect van sociale dimensie in het forfait niet onontbeerlijk is om dit belangrijke aspect te integreren.

C. Réponses des invités et questions complémentaires

M. Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds) indique que la masse des suppléments d'honoraires représente quelque 20 % de toutes les factures sortantes des hôpitaux belges.

En ce qui concerne les réserves des compagnies d'assurances, l'orateur indique que ces chiffres sont accessibles au public, tant pour les mutualités que pour les compagnies privées.

Il confirme aussi l'existence de différences communautaires, notamment en ce qui concerne les soins dentaires, les soins de santé mentale, les soins gériatriques et la prévention. On observe également des différences régionales au sein des hôpitaux, avec pour conséquence que la vision des soins de santé n'est pas partout la même.

Pour pouvoir financer le mécanisme de compensation, il conviendra d'atteindre un taux d'emploi de 80 %, comme le recommande l'Europe. La Flandre avoisine les 77 %, contre 66 % pour Bruxelles et la Wallonie. Pour poursuivre la diminution de la charge de travail, les trajets d'activation réservés aux demandeurs d'emploi devront également être davantage orientés vers les soins.

Pour éviter de subir un échec dans ce dossier, il importera surtout de ne pas rester les bras croisés. C'est pourquoi l'orateur est favorable au transfert de la compétence aux entités fédérées, ce qui permettra de réaliser plus rapidement des avancées mais aussi d'apporter une solution aux spécificités communautaires.

Enfin, M. Constandt indique que les mutualités prennent leurs responsabilités en informant, en accompagnant, en conseillant et en sensibilisant leurs membres.

M. Luc Van Gorp (MC) indique que les Belges paient environ 2,4 milliards d'euros de primes d'assurances hospitalisation, soins ambulatoires et soins dentaires, les assurances hospitalisation représentant à elles seules 1,6 milliard d'euros. Les mutualités reçoivent 868 millions d'euros, contre 1,467 milliard d'euros pour les compagnies d'assurances privées.

En ce qui concerne le rôle des organismes assureurs, l'orateur souligne que le résultat aurait été désastreux si les mutualités n'avaient pas siégé à la table des négociations. Il est évident que les compagnies d'assurances privées souhaitent continuer à réaliser des bénéfices et ne sont pas enclines à remédier à la situation actuelle.

C. Antwoorden van de genodigden en bijkomende vragen

De heer Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds) geeft aan dat de massa aan honoraria-supplementen zo'n 20 % vertegenwoordigd van alle uitgaande facturen van de ziekenhuizen in België.

Wat de reserves van de verzekeringsmaatschappijen betreft, wijst de spreker erop dat deze cijfers, zowel voor de mutualiteiten als de particuliere maatschappijen, publiek beschikbaar zijn.

Hij bevestigt ook het bestaan van communautaire verschillen, onder meer in de tandzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de ouderenzorg en de preventie. Ook in de ziekenhuizen zijn verschillen tussen de regio's. Hierdoor wordt niet overal met eenzelfde visie naar gezondheidszorg gekeken.

Om het compensatiemechanisme te kunnen financieren, zal men een activiteitsgraad van 80 % moeten realiseren, zoals door Europa wordt aanbevolen. Vlaanderen zit bijna aan 77 %, Brussel en Wallonië zitten rond de 66 %. Om de werkdruk verder te verlagen, zullen de activeringstrajecten voor werklozen ook meer richting de zorg moeten worden gericht.

Als men een mislukking in dit dossier wil vermijden, is het vooral belangrijk om niet niks te doen. De spreker is daarom voorstander van het overdragen van de bevoegdheid naar de deelstaten, wat voor een snellere vooruitgang zal zorgen en ook een oplossing kan bieden voor de communautaire eigenheden.

Tot slot geeft de heer Constandt aan dat de ziekenfondsen hun verantwoordelijkheid opnemen door hun leden te informeren, te begeleiden, te adviseren en te sensibiliseren.

De heer Luc Van Gorp (CM) laat weten dat de Belgen voor ongeveer 2,4 miljard euro aan verzekeringspremies betalen voor opname in het ziekenhuis, ambulante zorg en tandzorg. Ziekenhuisopname vertegenwoordigt hierin 1,6 miljard euro. De mutualiteiten ontvangen 868 miljoen euro, de private verzekeringsmaatschappijen 1,467 miljard euro.

Wat de rol van de verzekeringsinstellingen betreft, benadrukt de spreker dat als de mutualiteiten niet aan de onderhandelingstafel hadden gezeten, het resultaat desastreus zou zijn geweest. Private verzekeringsondernemingen willen vanzelfsprekend winst blijven maken en staan niet te springen om de huidige situatie aan te pakken.

La MC s'est efforcée de définir ce qu'est une rémunération raisonnable au regard des disparités extrêmes que nous connaissons actuellement. Faire valoir le nombre d'années d'études pour justifier une rémunération plus élevée est insuffisant. En effet, les soins ne sont pas uniquement déterminés par les prestations d'un médecin bien payé, aucun soin préalable et de suivi ne pouvant être prodigué sans les professions moins bien rémunérées au sein d'un hôpital. Au final, le plus important est que des soins de qualité soient prodigués.

Pour changer notre approche des soins, il nous faudra surtout miser sur la prévention plutôt que sur le traitement de la maladie. Cela permettrait par exemple de prévenir 80 % des infarctus du myocarde. À terme, les prestataires de soins devront donc être formés autrement et ils devront axer davantage leur travail sur l'accompagnement des patients. En effet, l'amélioration de la santé de la population d'un quartier ou d'un voisinage améliorera automatiquement la santé de l'individu.

Sous leur forme actuelle, les réseaux hospitaliers ne sont pas bien organisés et diffèrent en outre de l'organisation des réseaux de soins de première ligne. L'orateur estime dès lors qu'une initiative des pouvoirs publics en vue d'y remédier serait certainement la bienvenue.

M. Van Gorp souligne que la prévention ne constitue aujourd'hui pas un sujet de préoccupation pour les hôpitaux. La Belgique compte actuellement environ 500 000 malades de longue durée. Le système de soins de santé actuel n'apporte aucune réponse à ce problème. En conséquence, d'autres méthodes, qui existent parfois déjà, seront nécessaires pour améliorer la santé de la population ou la préserver. Or, il n'en est nullement tenu compte dans les formations, le système de soins et son financement.

L'orateur conclut son intervention en indiquant qu'il est devenu infirmier parce qu'il aime s'occuper des gens, comme la plupart des prestataires de soins. Si l'argent devient la principale motivation de certains prestataires, cela créera d'office des situations inacceptables.

M. François Perl (*Solidaris*) souligne qu'il faut faire attention à ne pas tomber dans le piège de la communautarisation du débat car cela fait passer à côté de toute une série de réalités qui concernent l'ensemble du pays. Il constate sur le terrain essentiellement des disparités sociales et socio-économiques: le principal facteur d'aggravation de santé mais aussi de consommation de soins avec des éléments très contrastés montre que le problème essentiel ce sont des différences socio-économiques et non des différences de mentalité, de culture ou de langue. C'est un élément à garder à l'esprit, notamment quand on regarde la différence au niveau

De CM heeft getracht te bepalen wat een verantwoorde verloning is in verhouding tot de extreme verschillen die we momenteel kennen. Het aantal studiejaren als argument om meer te verdienen is onvoldoende. Zorg wordt niet enkel bepaald door de prestaties van een goed betaalde arts. Zonder de minder betaalde beroepen in een ziekenhuis kan er geen voor- en nazorg worden geleverd. Uiteindelijk is het belangrijkste dat er kwaliteit wordt opgeleverd.

Bij het anders kijken naar zorg, gaat het vooral om de preventie, eerder dan het behandelen van de ziekte. Zo kan 80 % van de hartinfarcten worden voorkomen door preventie. Op termijn zullen zorgverleners dus anders opgeleid moeten zijn en meer gericht zijn op het begeleiden van mensen. Als men werkt aan de gezondheid van de populatie van een wijk of buurt, zal de gezondheid van het individu volgen.

De ziekenhuisnetwerken zoals ze momenteel bestaan zijn niet goed uitgetekend, en bovendien verschillen zij van de tekeningen voor de eerstelijnszorg. Overheidsinitiatief om hieraan te verhelpen is voor de spreker dus zeker welkom.

De heer Van Gorp merkt op dat preventie niet iets is waarmee ziekenhuizen momenteel bezig zijn. België telt momenteel rond de 500 000 langdurig zieken. Het huidige gezondheidszorgsysteem biedt geen oplossing aan dit probleem. Er zullen dus andere, soms reeds bestaande, methodieken nodig zijn om mensen in een gezondheidsconditie te brengen of te houden. Daar wordt echter nog geen rekening mee gehouden in de opleidingen, het zorgsysteem en de financiering.

Tot slot geeft de spreker mee dat hij verpleger is geworden omdat hij graag voor mensen zorgt, net zoals de meeste zorgverleners. Indien geld voor sommigen de drijfveer wordt, zal dit steeds voor onwerkbaar situaties zorgen.

De heer François Perl (*Solidaris*) waarschuwt ervoor niet in de val van de communautarisering van het debat te trappen, want daarmee zou worden voorbijgegaan aan tal van realiteiten die het hele land betreffen. In het veld bemerkt hij vooral sociale en sociaaleconomische verschillen: de voornaamste factor inzake de achteruitgang van de gezondheid maar ook inzake de zorgconsumptie met zeer contrasterende elementen leert dat het grootste probleem sociaaleconomische verschillen zijn en niet verschillen in mentaliteit, cultuur of taal. Dat aspect moeten we in het achterhoofd houden, meer bepaald wanneer we kijken naar het verschil in de

des coûts des hospitalisations: une fois qu'une personne entre à l'hôpital avec un profil socio-économique moins élevé, le risque de séjour plus long est avéré. Il constate que c'est un élément de consommation de soins. Pour lui, la question est de savoir comment éviter ce genre de problème et comment en tenir compte lors des calculs de financement qui vont évoluer de plus en plus vers des forfaits par pathologie.

Au niveau des soins de première ligne, les différentes existantes sont presque historiques mais il observe qu'elles ont tendance à se réduire, notamment le taux de couverture du dossier médical global. Il y a aussi des éléments géographiques et politiques qui peuvent expliquer certaines différences.

Sur la compensation au niveau des suppléments d'honoraires, il fait remarquer que le gel des suppléments d'honoraires ne doit pas entraîner automatiquement une compensation. Il faut tendre à la maîtrise des coûts pour le futur et les nouveaux mécanismes de financement de l'activité hospitalière doivent rendre le recours au supplément inutile. Mais il est évident que certains éléments de la réforme engendreront sans doute des besoins de refinancement.

À la question de Mme Hennuy de savoir comment le système de financement est organisé en tenant compte de critères socio-économiques, il précise qu'il existe aujourd'hui la sous-partie budgétaire "B8" qui vise à corriger certains éléments en termes de différences socio-économiques de patientèle.

L'orateur observe que quand on interroge le secteur, le système n'est pas jugé entièrement satisfaisant (le montant consacré à la ligne de budget B8 n'est pas suffisant pour couvrir l'ensemble des différences) et la forfaitarisation va probablement entraîner un plus grand besoin de corrections sociales. Il précise qu'il n'est pas à l'ordre du jour de supprimer la ligne de budget "B8" mais que plus la forfaitarisation va s'accroître, plus le financement des hôpitaux tiendra moins compte des différences entre patients: tout ce qui va aller au-delà de la durée de séjour fixe devant être financé par l'hôpital, soit via des suppléments, soit par un mécanisme de compensation financière comme le "B8".

Au niveau des suppléments d'honoraires, il estime qu'il faut affiner la vision par rapport à l'origine et la limitation. À ses yeux, la limitation est une nécessité absolue. Il faut voir les suppléments d'honoraires comme

kosten voor de ziekenhuisopnames: eenmaal iemand met een minder hoog sociaaleconomisch profiel in het ziekenhuis wordt opgenomen, is er een risico dat diens verblijf langer zal duren. Hij stelt vast dat dit een element van zorgconsumptie is. De spreker meent dat het zaak is te weten hoe dergelijke problemen te voorkomen en hoe er rekening mee te houden bij de berekeningen van de financiering, die meer en meer in de richting van forfaits per pathologie zullen evolueren.

Wat de eerstelijnszorg betreft, zijn de bestaande verschillen bijna historisch, maar de spreker merkt op dat ze de neiging hebben te verminderen, meer bepaald de dekkingsgraad van het globaal medisch dossier. Ook geografische en beleidselementen kunnen bepaalde verschillen verklaren.

Wat de compensatie inzake honorariassupplementen betreft, wijst de spreker erop dat wanneer de honorariassupplementen worden bevroren, dit betekent dat er geen compensatie nodig is. Men moet pogen de kosten in de toekomst te beheersen. De nieuwe financieringsmechanismen voor de activiteiten in de ziekenhuizen moeten de vlucht naar de ereloonsupplementen overbodig maken. Het is evident dat bepaalde elementen van de hervorming zullen leiden tot andere financieringsnoden.

Als antwoord op de vraag van mevrouw Hennuy hoe het financieringssysteem is georganiseerd rekening houdend met sociaaleconomische criteria, verduidelijkt de spreker dat momenteel begrotingsonderdeel B8 bestaat, dat ertoe strekt bepaalde aspecten inzake sociaaleconomische patiëntenverschillen te corrigeren.

De spreker stelt dat de sector, wanneer die wordt bevraagd, van oordeel is dat het systeem niet volledig toereikend is (het bedrag dat wordt besteed aan begrotingslijn B8 volstaat niet om alle verschillen te dekken) en dat de forfaitarisering waarschijnlijk zal nopen tot een grotere nood aan sociale correcties. Hij stelt dat het niet aan de orde is begrotingslijn B8 af te schaffen, maar dat hoe meer de forfaitarisering zal toenemen, hoe minder de financiering van de ziekenhuizen rekening zal houden met de verschillen tussen patiënten: alles wat verder zal gaan dan de vaste verblijfsduur die dient te worden gefinancierd door het ziekenhuis, hetzij via supplementen, hetzij via een financieel compensatiemechanisme zoals de B8.

Wat de honorariassupplementen betreft, vindt hij dat de visie moet worden verfijnd met betrekking tot de oorsprong en de beperking ervan. Hij meent dat de

un symptôme, celui d'un sous financement structurel de l'hôpital, auquel la forfaitarisation peut répondre en partie.

À la question de Mme Merckx, sur le budget fixe pendant 5 ans et un *stand still* garantissant la pérennité des moyens avant d'évoluer vers un budget prospectif, il considère qu'il est important de garantir a minima les financements actuels des hôpitaux, sans aller vers des diminutions.

La mesure d'économie en biologie clinique prévue dans la réforme envisage une réduction de 15 % de la lettre clé mais ce montant sera réinvesti intégralement dans le secteur hospitalier.

À la question de savoir où trouver des marges supplémentaires, M. Perl considère que le modèle hospitalier actuel et son "hospitalo-centrisme" nécessitent à la fois une approche de soins intégrés mais aussi un renforcement de la première ligne et de la prévention. L'hôpital ne peut pas devenir le réceptacle de l'ensemble des pathologies et, en plus, des pathologies sociales.

Il fait remarquer que le problème de la surconsommation est souvent vu à tort sous l'angle que la surconsommation est organisée par les hôpitaux eux-mêmes. Elle est en réalité liée à un besoin objectif de soins, qui augmente en fonction de la qualité de la prévention et de la première ligne. À défaut, il y a une croissance des dépenses hospitalières.

À la question de Mme Vanpeborgh sur les indicateurs permettant de définir les patients sociaux, il reconnaît que c'est un problème. Il existe un indicateur de base, notamment pour les patients sous statut BIM (bénéficiaire d'intervention majorée), mais il doit être affiné. Le statut BIM est un statut octroyé automatiquement via la mutuelle aux personnes qui ont bénéficié du revenu d'intégration sociale ou une aide équivalente sur une période de 3 mois ininterrompus, aux personnes bénéficiant du revenu garanti aux personnes âgées (GRAPA), aux personnes qui présentent un handicap et qui reçoivent une allocation, aux personnes qui reçoivent une allocation pour un enfant à charge atteint d'un handicap d'au moins 66 %, aux mineurs étrangers non accompagnés (MENA) et aux orphelins qui ont perdu leurs deux parents et qui ont moins de 25 ans. Il note qu'il y a parfois un effet d'aubaine dans le statut BIM même s'il donne une couverture assez précise.

bepierking een absolute noodzaak is. De honorariasupplementen moeten worden beschouwd als een symptoom, namelijk dat van een structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen, waarop de forfaitarisering deels een antwoord kan bieden.

Op de vraag van mevrouw Merckx over het vaste budget gedurende vijf jaar en een *stand still* die de duurzaamheid van de middelen zal garanderen, alvorens te evolueren naar een prospectief budget, antwoordt de spreker dat het belangrijk is de huidige financieringen van de ziekenhuizen minimaal te waarborgen en deze niet te verminderen.

De besparingsmaatregel voor klinische biologie waarin de hervorming voorziet, beoogt een vermindering van 15 % van de sleutelletter, maar dat bedrag zal integraal opnieuw worden geïnvesteerd in de ziekenhuissector.

Op de vraag waar bijkomende middelen worden gevonden, stelt de heer Perl dat het huidige ziekenhuismodel en zijn "ziekenhuiscentrisme" zowel een geïntegreerde zorgaanpak als een versterking van de eerstelijnszorg en van de preventie vereisen. Het ziekenhuis mag niet de verzamelplaats worden van alle pathologieën en, daarnaast, van de sociale pathologieën.

De spreker wijst erop dat het probleem van overconsumptie vaak ten onrechte wordt gezien als zou de overconsumptie door de ziekenhuizen zelf in de hand worden gewerkt. Ze is in werkelijkheid gelinkt aan een objectieve zorgbehoefte, die toeneemt naargelang de kwaliteit van de preventie en de eerstelijnszorg. Bij gebrek daaraan, is er een stijging van de ziekenhuisuitgaven.

Inzake de vraag van mevrouw Vanpeborgh over de indicatoren waardoor de "sociale patiënten" kunnen worden gedefinieerd geeft de spreker toe dat dit een probleem is. Er bestaat een basisindicator, meer bepaald voor de patiënten met het RVV-statuu (rechthebbende op een verhoogde tegemoetkoming), maar die moet worden verfijnd. Het RVV-statuu wordt automatisch toegekend door het ziekenfonds aan personen die gedurende drie maanden ononderbroken het leefloon of een equivalente vergoeding hebben ontvangen, aan personen die het gewaarborgd inkomen voor bejaarden (IGO) ontvangen, aan personen die een handicap hebben en die een uitkering ontvangen, aan personen die een uitkering ontvangen voor een kind met een handicap van minstens 66 % dat ten laste is, aan niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV's) en aan wezen die hun beide ouders hebben verloren en die jonger zijn dan 25 jaar. Hij merkt op dat er inzake het RVV-statuu soms een buitenkanseffect is, ook al geeft het een redelijk nauwkeurige dekking.

Sur la transparence financière, l'orateur mentionne qu'elle a bien progressé grâce à la facturation électronique qui permet aux mutualités d'avoir une idée plus précise sur la facture du patient et notamment sur les suppléments. Il ajoute qu'il reste malgré tout encore du travail sur ce point.

M. Xavier Brenez (Mutualités Libres) estime que ce qu'il ne faut pas faire, c'est manquer de cohérence. Si on décide de s'embarquer dans cette réforme, il faut une cohérence sur le long terme, sur les moyens, sur les impacts qui peuvent exister. Il précise que si c'est cette voie qui est choisie, d'autres réformes ne sont pas envisageables: c'est soit une réforme des soins de santé, soit une réforme de l'État. C'est illusoire de combiner les deux.

Sur la question de la qualité, il constate, sur la base des études existantes, qu'il n'y a pas de lien entre l'accréditation et la qualité. Il y a une suspicion que cela peut améliorer les choses mais pas vraiment de liens. Il s'agit de certifier des processus, de se conformer à une règle, de rapporter toute une série de choses mais c'est sur le processus avant tout. Il y a d'autres moyens d'atteindre des objectifs de qualité de manière plus simple. Il relève que les systèmes de certification sont à la fois lourds à gérer et coûteux pour les organisations.

À la question de M. Bacquelaine invitant les mutualités et organismes assureurs à publier les indicateurs de qualité afin que le public puisse être éclairé dans ses choix, il précise que la littérature montre que cela a très peu d'impact sur le choix des patients. C'est surtout le personnel soignant qui est concerné par ces informations, avec le risque de mettre un surcroît de pression sur lui. À ses yeux, le plus adéquat est de mettre en place de indicateurs de qualité et de d'abord les faire circuler en interne, entre institutions et personnel de soins, de sorte à ce qu'ils puissent les comprendre, se challenger et faire les adaptations nécessaires. Il craint aussi la caricature qu'en ferait la presse.

La part du financement attribuée à la qualité doit-elle être de 5, 8 ou 10 %? Selon lui, ce n'est pas une question car la qualité doit se mesurer et être discutée avec le personnel de soins.

Pour la norme salariale sociétale, il va falloir la définir en fixant une norme moyenne. C'est un débat sociétal, en comparant avec ce qui se fait à l'étranger (avec un plafond maximum par exemple).

Wat de financiële transparantie betreft, stelt de spreker dat die veel vooruitgang heeft geboekt dankzij de elektronische facturatie, waardoor de ziekenfondsen een nauwkeuriger beeld hebben van de factuur van de patiënt en meer bepaald van de supplementen. Hij voegt eraan toe dat op dat punt ondanks alles nog veel werk aan de winkel is.

De heer Xavier Brenez (Onafhankelijke Ziekenfondsen) is van oordeel dat we een gebrek aan samenhang moeten vermijden. Als we beslissen deze hervorming door te voeren, dan is er een samenhang op lange termijn nodig, wat de middelen en de mogelijke weerslag betreft. Hij verduidelijkt dat indien deze weg wordt gekozen, andere hervormingen niet denkbaar zijn: het is ofwel een hervorming van de gezondheidszorg, ofwel een staats-hervorming. Het is een illusie de beide te combineren.

Wat de kwaliteit betreft, stelt hij op basis van de bestaande studies vast dat er geen verband bestaat tussen de accreditatie en de kwaliteit. Er is een vermoeden dat dit de zaken kan verbeteren, maar er zijn niet echt verbanden. Het gaat erom procedures te certificeren, zich te conformeren aan een regel, verslag uit te brengen over tal van zaken, maar het gaat vooral om de procedure. Er bestaan andere middelen om de kwaliteitsdoelen eenvoudiger te bereiken. De spreker stelt dat de certificatiesystemen voor de organisaties zowel moeilijk te beheren als duur zijn.

Inzake de vraag van de heer Bacquelaine, die de ziekenfondsen en de verzekeringsinstellingen verzoekt de kwaliteitsindicatoren te publiceren opdat het publiek kan worden geïnformeerd bij zijn keuzes, verduidelijkt de spreker dat de literatuur aantoonde dat dit heel weinig invloed heeft op de keuze van de patiënten. Die informatie is vooral voor het zorgpersoneel bedoeld, met het risico dat dit personeel extra onder druk komt te staan. De spreker is van oordeel dat de meest geschikte manier is kwaliteitsindicatoren in te voeren en deze eerst intern te verspreiden, tussen instellingen en zorgpersoneel, zodat zij ze kunnen begrijpen, zich kunnen uitdagen en de nodige aanpassingen kunnen doen. Hij vreest ook de karikatuur die de pers ervan zou maken.

Moet het deel van de financiering dat aan de kwaliteit wordt toegekend 5, 8 of 10 % zijn? Volgens hem is dat geen vraag want de kwaliteit moet zich meten met en worden besproken met het zorgpersoneel.

De maatschappelijke loonnorm zal moeten worden bepaald door een gemiddelde norm vast te stellen. Dat is een maatschappelijk debat, waarbij wordt vergeleken met wat er in het buitenland gebeurt (bijvoorbeeld met een maximumplafond).

Sur la question de savoir ce qu'il fallait inclure dans le forfait "all in", il considère qu'on peut faire un travail avec une règle fixant qu'au-delà d'une telle variabilité, cela doit être financé à l'acte et en deçà de telle variabilité, cela doit être financé par un forfait. Il est aussi possible de s'inspirer de ce qui se fait bien à l'étranger.

Sur la prévention, l'orateur a l'impression qu'il y a un problème culturel et même politique: ce n'est pas dans les habitudes car il s'agit d'investissements à long terme. Il y a un vrai problème de fond: il attire l'attention sur le fait que tout un chacun est responsable de la prévention. La complexité du modèle belge ne facilite pas la tâche: le fédéral est responsable pour tout ce qui est acte préventif, les communautés sont responsables pour la prévention santé de manière générale. Il rappelle que la prévention se situe aussi dans le logement, l'aménagement du territoire ou encore l'environnement et que l'hôpital arrive quelque part en bout de course, sans prendre soin du cadre vital-santé des citoyens. Or, le débat sur l'environnement va devenir central au vu des évolutions récentes. Il y a un changement culturel à opérer et qui invite à la réflexion de sortir du cadre tracé d'une société qui guérit des maladies créées par l'homme, par l'environnement et son mode de vie.

Mme Frieda Gijbels (N-VA) craint que l'effort actuel ne soit pas suffisant pour changer la façon de concevoir les soins. L'aspect de la prévention et du maintien en bonne santé ne peut être dissocié du débat sur le financement des hôpitaux et sur l'avenir du paysage hospitalier. Les ajustements techniques proposés ne régleront pas le cœur du problème. L'on peut de surcroît s'interroger sur la faisabilité et la soutenabilité de la réforme. Les moyens dépensés à la suite de l'inefficacité des soins, du manque de prévention et de la surconsommation sont estimés à plus de trois milliards d'euros. Si l'on trouve une solution pour mettre fin à ce gaspillage, on économisera suffisamment d'argent pour payer les 2,4 milliards d'euros de primes d'assurance de tous les Belges. L'intervenante est favorable à ce que la priorité soit donnée à une approche institutionnelle afin d'optimiser l'organisation et l'affectation des ressources. L'ancrage des réformes proposées mettra un frein à cette approche institutionnelle.

Concernant la question des honoraires des médecins, l'intervenante indique que les montants exubérants empêchent dans certains cas les médecins de s'établir extra-muros. Comment peut-on intégrer cette dimension à la réflexion relative aux suppléments?

Inzake de vraag wat er moet worden opgenomen in het all-in-forfait stelt de spreker dat er kan worden gewerkt met een regel die bepaalt dat boven een dergelijke variabiliteit per prestatie moet worden gefinancierd en dat onder een dergelijke variabiliteit aan de hand een forfait moet worden gefinancierd. Mogelijks kan ook inspiratie worden gevonden bij wat er goed verloopt in het buitenland.

Wat de preventie betreft, heeft de spreker de indruk dat er een cultureel en zelfs politiek probleem bestaat: het behoort niet tot de gewoonten aangezien het gaat om investeringen op lange termijn. Er is een wezenlijk probleem: hij vestigt er de aandacht op dat iedereen verantwoordelijk is voor de preventie. De complexiteit van het Belgische model vergemakkelijkt de taak niet: de Federale Staat is bevoegd voor al wat preventieve maatregelen betreft en de gemeenschappen zijn bevoegd voor gezondheidspreventie in algemene zin. Hij herinnert eraan dat preventie ook te maken heeft met de huisvesting, de ruimtelijke ordening of het leefmilieu en dat het ziekenhuis ergens op het einde van de rij komt, zonder te zorgen voor de gezondheid en de leefomgeving van de burgers. Gelet op de recente evoluties zal het milieudebat echter centraal komen te staan. Er moet een culturele verandering worden doorgevoerd die ertoe noopt erover na te denken om af stappen van het model van een samenleving die door de mens, door het milieu en door zijn levensstijl veroorzaakte ziekten geneest.

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) vreest dat de huidige inspanning niet voldoende is om de zorg anders op te vatten. Het aspect preventie en gezond blijven, valt niet los te zien van het debat rond de ziekenhuisfinanciering en de toekomst van het ziekenhuislandschap. De voorgestelde technische aanpassingen zullen de kern van het probleem niet aanpakken. Bovendien zijn er vragen rond de haalbaarheid en betaalbaarheid van de hervorming. De middelen uitgegeven als gevolg van ondoelmatige zorg, gebrek aan preventie en overconsumptie worden geschat op meer dan drie miljard euro. Een oplossing vinden voor deze verkeerd uitgegeven middelen brengt genoeg geld op om de 2,4 miljard euro aan verzekeringspremies van alle Belgen te betalen. De spreker is voorstander om voorrang te geven aan een institutionele aanpak om een juiste organisatie en een juiste besteding van middelen te kunnen verkrijgen. Door de voorgestelde hervormingen te verankeren, wordt er een rem gezet op deze institutionele aanpak.

Wat het aanpakken van de honoraria van de artsen betreft, geeft de spreker aan dat de exuberante bedragen in sommige gevallen voorkomen dat artsen zich extra-muros gaan vestigen. Hoe kan men hiermee rekening houden bij de aanpak van de honoraria?

M. Patrick Prévot (PS) regrette le discours militant et communautariste de M. Jürgen Constandt du *Vlaams & Neutraal Ziekenfonds*, qui n'apporte pas la sérénité aux débats.

Mme Dominiek Snelpe (VB) souligne que la réforme du financement des hôpitaux ne peut pas s'appuyer sur un vaste accord politique. De même, la responsabilité de l'investissement dans la prévention incombe aux entités fédérées, mais c'est le niveau fédéral qui en récolte les bénéfices. Une bonne réforme des soins de santé implique donc également une réforme du volet institutionnel.

M. Brenez a évoqué certains exemples provenant de l'étranger. Quelles bonnes pratiques d'autres pays pouvons-nous reproduire et quelles mauvaises pratiques devons-nous absolument éviter?

Les gains d'efficacité potentiels dans les soins de santé sont estimés à 3 à 4 milliards d'euros. Ce montant est-il correct? Où ces gains peuvent-ils principalement être réalisés?

Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit) demande si d'autres leviers peuvent encore être actionnés pour contrecarrer la fuite vers la médecine de luxe, en plus du lissage des suppléments d'honoraires frais extra-muros.

M. Thierry Warmoes (PVDA-PTB), réitère la question de savoir si le financement *all in* tient également compte du financement du personnel. Ce point n'a-t-il pas encore été décidé? Existe-t-il des exemples à l'étranger?

M. Van Gorp préconise d'accroître la prévention, les soins liés à la population et la coopération entre les zones de première ligne et les hôpitaux. Quelles pistes sont les plus appropriées pour atteindre ces objectifs?

M. Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds) indique que le discours qu'il a tenu correspond à ce qu'a voté le Parlement flamand dès 1999. La Constitution prévoit que les matières personnalisables relèvent des Communautés. Affirmer que les soins de santé, une matière personnalisable par excellence, ressortissent aux Communautés, ce n'est donc pas prôner une idéologie extrémiste.

Quant à la rémunération des médecins, la question se pose parfois de savoir si elle doit être plafonnée au niveau de celle du premier ministre. Si l'on compare avec le football, ne faut-il pas craindre un exode de nos talents? Cette discussion s'inscrit dans un vaste débat social sur l'appréciation des connaissances et des compétences.

De heer Patrick Prévot (PS) betreurt het militante en "communautaristische" discours van de heer Jürgen Constandt van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds dat de debatten niet sereen maakt.

Mevrouw Dominiek Snelpe (VB) benadrukt dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering niet op een breed politiek akkoord kan steunen. Ook ligt de verantwoordelijkheid voor de investering in preventie bij de deelstaten, maar de baten op federaal niveau. Een goede hervorming van de zorg betekent daarom ook een hervorming van het institutioneel aspect.

De heer Brenez sprak over voorbeelden in het buitenland. Welke goede gebruiken kunnen we overnemen uit andere landen, en welke slechte moeten we zeker vermijden?

De mogelijke efficiëntiewinsten in de gezondheidszorg worden geschat op zo'n drie à vier miljard euro. Is dit bedrag correct? Waaruit kan deze winst hoofdzakelijkheid worden gehaald?

Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit) vraagt of er nog andere elementen zijn waarop kan worden ingezet om de vlucht naar de villageneeskunde tegen te gaan, naast het afvlakken van de extra-muros honorariumsupplementen.

De heer Thierry Warmoes (PVDA-PTB), herhaalt de vraag of de *all-in*-financiering ook rekening houdt met de financiering van het personeel? Is dit nog niet beslist? Zijn er voorbeelden uit het buitenland?

De heer Van Gorp breekt een lans voor meer preventie, voor meer populatiegebonden zorg, voor meer samenwerking tussen de eerstelijnszones en de ziekenhuizen. Welke opties zijn daarvoor geschikt?

De heer Jürgen Constandt (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds) laat weten dat wat hij vertelde, reeds in 1999 door het Vlaams Parlement werd gestemd. De Grondwet bepaalt dat persoonsgebonden materies toekomen aan de gemeenschappen. De bewering dat gezondheidszorg, een persoonsgebonden materie bij uitstek, aan de gemeenschappen toekomt is bijgevolg geen extremistische ideologie.

Wat de verloning van artsen betreft, rijst soms de vraag of deze moet afgetopt worden op het niveau van de eerste minister. Als men vergelijkt met het voetbal, moet men dan niet vrezen voor een exodus van onze talenten? Deze discussie maakt onderdeel van een brede maatschappelijk debat over de appreciatie van kennis en kunnen.

M. Luc Van Gorp (CM) souligne que créer la transparence constitue une première étape nécessaire dans l'ensemble de son raisonnement. Il faudra en outre opérer un changement de paradigme car tout le monde a été éduqué différemment en matière de soins. On se rend d'abord aux urgences afin d'avoir la certitude de recevoir des soins, puis seulement chez un médecin généraliste. Dès lors que les soins d'urgence sont plus onéreux, il va sans dire qu'un gain d'efficacité pourra également être enregistré à ce niveau. Il souligne par ailleurs aussi l'utilisation excessive des antibiotiques et de l'imagerie médicale.

En ce qui concerne la réglementation et la législation, le travail des mutualités est souvent sous-estimé. Assembler les différentes pièces du puzzle est devenu de plus en plus compliqué en raison de la structure complexe de l'État. L'orateur est favorable à ce que l'on s'attèle premièrement à un changement de paradigme. La réforme du volet institutionnel suivra par la suite.

Contrairement à l'orateur précédent, M. Van Gorp estime que l'on ne peut pas faire de comparaison avec les sportifs de haut niveau. Les rémunérations des prestataires de soins sont en effet payées avec de l'argent public. C'est pourquoi il est favorable aux conventions salariales qui sont négociées avec le secteur et auxquelles chaque prestataire de soins doit se tenir dans le cadre de la spécialité spécifique. Si les infirmiers pouvaient également travailler sans être conventionnés, il ne serait plus possible de payer les soins de santé.

Enfin, il dénonce le manque de transparence des hôpitaux en ce qui concerne les frais de traitement et la qualité.

M. François Perl (Solidaris) rappelle quelques fondamentaux: la loi du 6 janvier 2014 relative à la 6^e réforme de l'État attribue au pouvoir Fédéral la matière de l'assurance-maladie. Quand on regarde les dépenses de santé par habitant en Belgique, elles sont fort homogènes d'une région à une autre. Il y a très peu de différences, encore plus quand elles sont standardisées, en introduisant dans la comparaison des éléments de profil socio-économique, d'âge, ... Il souligne qu'il y a peu de pays en Europe avec des profils si homogènes, en dehors des pays nordiques. Il ajoute qu'il y a également des études intéressantes sur les disparités intra-régionales qui montrent à quel point les profils de santé entre les habitants du Limbourg et de la province de Liège sont semblables, tout comme ceux des patients d'Anvers et de Bruxelles.

La question de la prévention est à ses yeux un excellent "mauvais" exemple: si une partie a été régionalisée, une

De heer Luc Van Gorp (CM) benadrukt dat het creëren van transparantie een eerste noodzakelijke stap is in zijn hele verhaal. Verder is een paradigmashift nodig, omdat iedereen anders opgevoed is wat de zorg betreft. Men gaat eerst naar de spoed, om zeker geholpen te worden, en pas dan naar een huisarts. Aangezien spoed duurder is valt ook hier zeker een efficiëntiewinst te boeken. Hij wijst verder ook op het overmatig gebruik van antibiotica en medische beeldvorming.

Naar regelgeving en wetgeving toe wordt het werk van de mutualiteiten vaak onderschat. Door de complexe staatsstructuur is het matchen van de verschillende puzzelstukken steeds moeilijker geworden. De spreker is voorstander om eerst werk te maken van de paradigmashift. De hervorming van het institutioneel aspect volgt later.

In tegenstelling met de vorige spreker, ziet de heer Van Gorp geen vergelijking met de topsporters. De lonen van zorgverleners worden immers betaald met publiek geld. Hij is daarom voorstander van loonconventies die met de sector worden onderhandeld, en waar iedere zorgverlener binnen de specifieke specialiteit zich aan moet houden. Indien verplegers ook niet-geconventioneerd zouden mogen werken, zou de gezondheidszorg onbetaalbaar worden.

Tot slot hekelt hij het gebrek aan transparantie bij ziekenhuizen wat behandelingskosten en kwaliteit betreft.

De heer François Perl (Solidaris) brengt enkele fundamentele aspecten in herinnering: krachtens de wet van 6 januari 2014 betreffende de zesde Staatshervorming is de Federale Staat bevoegd voor de ziekteverzekering. De gezondheidsuitgaven per inwoner in België zijn sterk gelijkaardig van regio tot regio. Er zijn zeer weinig verschillen, te meer als ze gestandaardiseerd zijn door in de vergelijking elementen inzake sociaaleconomisch profiel, leeftijd enzovoort op te nemen. Hij benadrukt dat er in Europa, met uitzondering van de Scandinavische landen, weinig landen zijn met dermate homogene profielen. De spreker voegt eraan toe dat er ook interessante studies bestaan over de verschillen tussen de gewesten die aantonen hoezeer de gezondheidsprofielen van de inwoners van de provincies Limburg en Luik op elkaar lijken, net als die van de patiënten in Antwerpen en in Brussel.

Het vraagstuk van de preventie is volgens hem een perfect "slecht" voorbeeld: hoewel een deel van de

grande partie de la prévention relève encore de l'assurance-maladie. La prévention doit avoir lieu partout, par chacun: elle est une imbrication d'acteurs et de tâches.

Il craint que la prolongation de débats sur la régionalisation et communautarisation des soins fasse passer à côté de l'essentiel, à savoir le rapport entre prestataire de soins et le patient et le rapport du patient à sa propre santé. Qu'il habite Ostende, Schaerbeek ou Arlon, c'est la même problématique.

M. Xavier Brenez (Mutualités Libres) revient sur la question de savoir de quel système de soins de santé il faut s'inspirer à l'étranger. Il relève que la France, les Pays-Bas et Allemagne ont mis en place ce système avec comme résultats une stabilité à long terme, des mécanismes de compensation, des moyens humains, une cohérence et des mécanismes de mesure de la qualité, qui sont un ensemble de bonnes pratiques. Il souligne qu'il est intéressant d'aller plus dans la technicité pour éviter de réinventer la roue. Il rappelle que le KCE a fait un certain nombre d'analyses et a présenté les éléments qui peuvent être repris de ces différents pays.

Il plaide pour qu'un accord politique puisse se dégager sur un certain nombre de domaines sans quoi il est difficile d'être cohérent. De par son expérience, il n'a jamais vu qu'un débat institutionnel réglait des problèmes. Que du contraire, il en apporte d'autres. Il existe selon lui un mirage de croire que ça ira mieux avec une nouvelle réforme de l'État alors que cela ne fera que complexifier les choses, en faisant la même chose moins bien, de manière plus chère et moins lisible pour les citoyens. Il invite à choisir entre réforme du financement des hôpitaux et réforme de l'État et surtout de se poser la question de comment mieux collaborer entre niveaux de pouvoir car, dans tous les systèmes, il n'y en a aucun entièrement centralisé ou décentralisé: il y a toujours des compétences qui sont partagées. Il regrette que le système fédéral ne soit pas armé pour ces collaborations car les accords de coopération intra belge sont d'une grande lourdeur, sans souplesse.

Mme Frieda Gijbels (N-VA) signale que certains spécialistes n'ont souvent d'autre choix que de se déconventionner faute de nomenclature adaptée.

Actuellement, le développement des zones de première ligne et des réseaux hospitaliers dans certaines parties du pays est laborieux si bien que l'ensemble stagne.

preventie naar de gemeenschappen werd overgeheveld, behoort een groot deel ervan nog tot de ziekteverzekering. Preventie moet overal en door iedereen gebeuren: het is een kluwen van actoren en van taken.

De spreker vreest dat door de verlenging van de debatten over de overheveling van de zorg naar de gewesten en de gemeenschappen wordt voorbijgegaan aan de essentie, namelijk de relatie tussen de zorgverstrekker en de patiënt en de relatie van de patiënt met zijn eigen gezondheid. Of hij nu in Oostende, Schaarbeek of Aarlen woont, de problematiek is dezelfde.

De heer Xavier Brenez (Onafhankelijke Ziekenfondsen) komt terug op de vraag op welk buitenlands gezondheidszorgsysteem we ons moeten inspireren. Hij stelt dat Frankrijk, Nederland en Duitsland dat systeem hebben ingevoerd met als resultaten een stabiliteit op lange termijn, compensatiemechanismen, menselijke middelen, een samenhang en mechanismen om de kwaliteit te meten, die een geheel van goede praktijken vormen. Hij benadrukt dat het interessant is om naar techniciteit over te stappen om te voorkomen dat we opnieuw het wiel uitvinden. De spreker herinnert eraan dat het KCE een aantal analyses heeft uitgevoerd en elementen heeft voorgesteld die van die verschillende landen kunnen worden overgenomen.

Hij pleit ervoor dat inzake een aantal domeinen een politiek akkoord tot stand zou kunnen komen, anders is het moeilijk om samenhangend te zijn. Zijn ervaring heeft hem geleerd dat een institutioneel debat nooit problemen heeft opgelost. Integendeel, het brengt enkel andere problemen met zich mee. Het is een illusie te geloven dat het beter zal gaan met een nieuwe staatshervorming, terwijl dat de zaken alleen maar ingewikkelder zal maken en hetzelfde minder goed, duurder en minder begrijpelijk voor de burgers zal maken. De spreker vraagt te kiezen tussen een hervorming van de ziekenhuisfinanciering en een Staatshervorming en nodigt vooral uit om na te gaan hoe er beter kan worden samengewerkt tussen bevoegdheidsniveaus want van alle systemen bestaat er geen enkel dat volledig gecentraliseerd of gedecentraliseerd is: er zijn altijd bevoegdheden die worden gedeeld. Hij betreurt dat het federale systeem niet is uitgerust voor die samenwerkingen, want de intra-Belgische samenwerkingsovereenkomsten zijn zeer log en star.

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) wijst erop dat sommige specialisten, door het gebrek aan aangepaste nomenclatuur, vaak geen andere keuze hebben dan zich te deconventioneren.

Momenteel blijft de ontwikkeling van onder meer de eerstelijnszones en de ziekenhuisnetwerken in sommige delen van het land haperen, waardoor het geheel

L'intervenante insiste dès lors sur l'importance d'octroyer la compétence en matière de soins aux Communautés de manière à ce que celles-ci puissent définir, chacune en ce qui la concerne, ce qu'elles souhaitent prioriser.

M. Luc Van Gorp (MC) indique que les cinq composantes de la réforme, parmi lesquelles figure la nomenclature, sont indissociablement liées. Il est en faveur d'une révision de la nomenclature de manière à ce que tous les prestataires de soins puissent être conventionnés.

APRÈS-MIDI

A. Exposés introductifs

1. *Exposé introductif de M. Marc Noppen (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique, RUZB-CHAB)*

M. Marc Noppen commence par présenter le contexte des soins de santé belges sur la base du profil de santé *State of Health in the EU* de l'OCDE et de la Commission européenne⁵.

Les points forts sont la satisfaction élevée des patients, l'accessibilité et l'assurabilité, ainsi qu'une assez bonne qualité médicale et l'efficacité des traitements.

Les points faibles par rapport aux autres pays de l'OCDE sont l'état de santé moyen de la population, l'attention relativement faible accordée à la prévention et à la promotion de la santé, les dépenses assez élevées (10,7 % du PIB, dont 75 % sont publiques et un pourcentage élevé de dépenses non remboursées par rapport aux autres pays), et une certaine inégalité en matière de santé, c'est-à-dire une distinction entre les personnes qui utilisent le système de santé en fonction de leur statut socio-économique. La Belgique a un système plutôt hospitalocentrique par rapport à d'autres pays européens, ce qui se traduit, par exemple, par le pourcentage de traitements de jour et le nombre d'hospitalisations évitables, qui est plus élevé en Belgique que la moyenne de l'UE. La régulation de l'accès aux hôpitaux est relativement faible. Le nombre et l'âge moyen des médecins et le ratio *patient-to-nurse* constituent un dernier point faible.

La présentation des points forts et des points faibles des soins de santé belges montre la nécessité d'une nouvelle organisation et d'un nouveau financement des hôpitaux.

⁵ https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_be_french.pdf.

niet vooruit geraakt. Ze benadrukt daarom het belang van het toekennen van de zorg aan de gemeenschappen, zodat deze elk voor zich kunnen bepalen waar zij prioriteit aan willen geven.

De heer Luc Van Gorp (CM) geeft aan dat de vijf componenten van de hervorming, waaronder de nomenclatuur, onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Hij is voorstander van een herziening van de nomenclatuur, zodat alle zorgverstrekkers geconventioneerd kunnen zijn.

NAMIDDAG

A. Inleidende uiteenzettingen

1. *Inleidende uiteenzetting van de heer Marc Noppen (Raad van Universitaire Ziekenhuizen van België, RUZB-CHAB)*

De heer Marc Noppen schetst om te beginnen de context van de Belgische gezondheidszorg op basis van het gezondheidsprofiel *State of Health in the EU* van de OESO en de Europese Commissie⁵.

Sterke punten zijn een grote patiënttevredenheid, toegankelijkheid en verzekeraarbaarheid en een vrij goede medische kwaliteit en effectiviteit in de behandelingen.

Zwakke punten in vergelijking met andere OESO-landen zijn de gemiddelde gezondheidsstatus van de bevolking, de relatief geringe aandacht voor preventie en gezondheidspromotie, vrij hoge uitgaven (10,7 % van het bbp, waarvan 75 % publiek en een hoog percentage *out of pocket* in vergelijking met andere landen), en een zekere *health inequity*, een onderscheid tussen mensen die gebruikmaken van de gezondheidszorg in functie van hun socio-economische status. België kent een vrij hospitalocentrisch systeem in vergelijking met andere Europese landen, wat bijvoorbeeld blijkt uit het percentage dagbehandelingen en het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames dat in België hoger ligt dan het EU-gemiddelde. De *gatekeeping* voor toegang tot het ziekenhuis is relatief zwak. Het aantal en de gemiddelde leeftijd van de artsen en de *patient-to-nurse-ratio* is een laatste zwak punt.

Het overzicht van de sterktes en zwaktes van de Belgische gezondheidszorg toont de noodzaak aan om een nieuwe ziekenhuisorganisatie en -financiering door te voeren.

⁵ https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_be_dutch.pdf.

Le vieillissement est le principal défi auquel la Belgique est confrontée et n'a pas encore vraiment commencé. Ce n'est qu'à partir de 2030 que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus commencera à augmenter fortement, surtout dans les Régions flamande et wallonne. Le vieillissement entraînera une forte augmentation de la demande de soins. La probabilité de souffrir d'au moins une maladie chronique au-delà de 75 ans est supérieure à 80 %. Cela s'accompagne de dépenses supplémentaires. Si la politique reste inchangée, le vieillissement nécessitera 2 % de moyens supplémentaires en plus de l'index. M. Noppen soutient dès lors les projets visant à modifier drastiquement le financement et l'organisation des soins de santé.

Deuxièmement, l'offre de soins doit évoluer avec la demande. Ce n'est malheureusement pas le cas. Les chiffres de la Commission de planification fédérale montrent que l'âge moyen des médecins actifs en Belgique est élevé. Le flux entrant est trop faible pour compenser le grand nombre de médecins qui prendront leur retraite à partir de 2030. Le temps presse, car il faut 9 ans pour former un généraliste et 12 ans pour un spécialiste. Par rapport aux autres pays européens, la Belgique occupe la quatrième place avant la fin du classement en ce qui concerne le nombre de médecins actifs et diplômés. L'âge moyen des médecins en activité occupe, lui, la troisième place du classement. Il faut penser à adapter les cohortes à la réalité. Les médecins diplômés d'aujourd'hui ont, à juste titre, un équilibre différent entre vie professionnelle et vie privée, mais il faudra répondre à la demande de soins.

Troisièmement, on met aujourd'hui fortement l'accent sur les soins aux malades et beaucoup moins sur les soins de santé. 98 % du budget de près de 50 milliards d'euros sont consacrés aux soins aux malades, contre seulement 2 % à la prévention et à la promotion de la santé. De nombreux lits d'hôpitaux sont occupés par des personnes qui ne devraient pas se trouver là. Des habitudes de vie s'étendant sur des décennies, comme le tabagisme, et des facteurs de risque cardiovasculaire, comme le poids corporel, le régime alimentaire ou l'alcool, entraînent une morbidité et donc une demande de soins. Un effort concerté pour tenter de remédier à ce problème est nécessaire. L'investissement est très vite rentabilisé: les effets sont déjà visibles au bout de six mois.

Une solution possible sera l'augmentation très importante des connaissances dans le domaine de la technologie et de la pharmacologie. Cependant, cela a aussi un coût. Dans le domaine de l'oncologie en particulier, les coûts explosent en raison des nouveaux médicaments. Il est positif que ces médicaments soient disponibles,

De vergrijzing is de belangrijkste uitdaging voor België en moet nog goed en wel beginnen. Pas vanaf 2030 zal het aantal 85-plussers sterk beginnen te stijgen, vooral in het Vlaams en Waals Gewest. Met de stijgende leeftijd zal ook de zorgvraag vanaf dan zeer sterk toenemen. De probabieliteit om boven de leeftijd van 75 jaar aan minstens één chronische aandoening te lijden ligt boven de 80 %. Dit gaat gepaard met bijkomende uitgaven. Bij ongewijzigd beleid zal het leeftijdseffect 2 % bijkomende middelen boven op de index vereisen. De heer Noppen staat dan ook achter de plannen om de financiering en de organisatie van de zorg drastisch aan te pakken.

Ten tweede moet het zorgaanbod mee evolueren wanneer de zorgvraag stijgt. Helaas is dat niet het geval. Uit cijfers van de Federale Planningscommissie blijkt de hoge gemiddelde leeftijd van de actieve artsen in België. De instroom is te laag om het grote aantal artsen te compenseren dat vanaf 2030 met pensioen gaat. De tijd dringt, want het duurt negen jaar om een huisarts op te leiden en twaalf jaar voor een specialist. Vergeleken met andere Europese landen staat België op de vierde laatste plaats wat het aantal actieve artsen en afstuderende artsen betreft. De gemiddelde leeftijd van de actieve artsen staat op de derde hoogste plaats gerangschikt. Er moet nagedacht worden over het aanpassen van de cohorten aan de realiteit. Vandaag afstuderende artsen hebben terecht een andere invulling van hun *work-life-balance*, maar de zorgvraag zal wel beantwoord moeten worden.

Ten derde ligt de focus vandaag sterk op ziekenzorg en veel minder op gezondheidszorg. 98 % van het budget van bijna 50 miljard euro gaat naar ziekenzorg, tegenover slechts 2 % voor preventie en gezondheidspromotie. Veel ziekenhuisbedden zijn gevuld met mensen die er eigenlijk niet hadden moeten liggen. Decennialange levensgewoonten als roken en cardiovasculaire risicofactoren als lichaamsgewicht, dieet en alcohol leiden tot morbiditeit en bijgevolg zorgvraag. Een gezamenlijke inspanning om aan dit probleem te werken, is noodzakelijk. De investering loont zeer snel: zelfs binnen de zes maanden zijn de effecten reeds zichtbaar.

Een mogelijke oplossing zal bestaan in de zeer sterke toename van kennis op het vlak van technologie en farmacologie. Dit gaat echter ook gepaard met een kostenplaatje. Vooral op het vlak van oncologie exploderen de kosten door de nieuwe geneesmiddelen. Het is positief dat deze medicatie beschikbaar is, maar het

mais cela signifie qu'un ajustement du modèle de financement doit être envisagé.

La technologie numérique (le *big data* et la télémédecine, les applications mobiles de santé ou la santé numérique) fera également partie de la solution. Il y a une évolution claire de l'hôpital coûteux vers le domicile du patient, où la technologie numérique sera utile. Comme l'indique le ministre dans sa note, les parcours de soins doivent être résolus en même temps que la première ligne.

Enfin, l'approche *value based healthcare* constitue un fil conducteur du texte. Elle consiste à intégrer autant de soins que possible par-delà les lignes et à utiliser les données en temps réel.

L'orateur présente ensuite en détail les hôpitaux universitaires.

Les conditions pour être reconnu comme hôpital universitaire sont fixées par la loi. Par exemple, un hôpital universitaire doit être lié à une université disposant d'une faculté de médecine de plein exercice. Une autre condition est un statut distinct pour les médecins: 70 % des médecins doivent être salariés. En outre, les tarifs conventionnés doivent être appliqués. En plus de la fonction hospitalière générale, les hôpitaux universitaires ont une mission légale dans le domaine de la recherche scientifique, de la formation et de l'offre de soins innovants. Enfin, les hôpitaux universitaires constituent souvent le dernier recours pour les personnes chez lesquelles les traitements réguliers ne fonctionnent plus.

La Belgique ne compte que sept hôpitaux universitaires, mais ces établissements ont un impact majeur sur les soins de santé et représentent une part proportionnellement très importante du chiffre d'affaires et des prestations.

Les hôpitaux universitaires ont été obligés d'adhérer aux réseaux hospitaliers locorégionaux, mais ils n'étaient pas demandeurs. La raison pour laquelle cette adhésion leur a néanmoins été imposée est que les hôpitaux universitaires offrent également des soins spécialisés locorégionaux. Toutefois, de 20 à 30 % des traitements des groupes apparentés par diagnostic (*Diagnose Related Groups*, DRG) sont des traitements universitaires, par exemple en matière de transplantations ou de brûlures graves.

De plus, 80 % des résultats de la recherche biomédicale proviennent de ces sept hôpitaux. Les grands hôpitaux généraux disposent également de services spécialisés où des travaux innovants sont réalisés, mais dans une moindre mesure que les hôpitaux universitaires.

betekent wel dat er nagedacht moet worden over een aanpassing van het financieringsmodel.

Ook digitale technologie (*big data* en de zogenaamde telegeneeskunde, *mobile health* of *digital health*) zal een deel van de oplossing vormen. Er is een duidelijke evolutie gaande van het dure ziekenhuis naar de woonomgeving van de patiënt, waarbij digitale technologie zal helpen. Zoals de minister in zijn nota aangeeft, moeten de zorgpaden samen met de eerste lijn opgelost worden.

Value based healthcare loopt ten slotte als een rode draad door de tekst. Dit komt neer op het integreren van zo veel mogelijk zorg over de linies heen en het realtime gebruik van data.

De spreker gaat vervolgens dieper in op de universitaire ziekenhuizen (UZ).

De voorwaarden om als universitair ziekenhuis erkend te worden, zijn wettelijk bepaald. Een UZ moet bijvoorbeeld verbonden zijn aan een universiteit die beschikt over een faculteit geneeskunde met een volledig leerplan. Een andere voorwaarde is een apart artsenstatuut: 70 % van de artsen moet in loondienst werken. Verder moeten ook de geconventioneerde tarieven gehanteerd worden. Boven op de algemene ziekenhuisfunctie hebben de UZ een wettelijke opdracht op het vlak van wetenschappelijk onderzoek, opleiding en het aanbieden van innovatieve zorg. Vaak treden de universitaire ziekenhuizen ten slotte op als een *last resort* voor mensen bij wie reguliere behandelingen niet meer aanslaan.

België telt slechts zeven universitaire ziekenhuizen, maar deze instellingen hebben een grote impact op de gezondheidszorg en een naar verhouding zeer groot aandeel in omzet en output.

De universitaire ziekenhuizen werden verplicht om in de locoregionale ziekenhuisnetwerken te stappen, hoewel ze geen vragende partij waren. De reden waarom dit toch werd opgelegd is dat de UZ ook een locoregionale specialistische zorg aanbieden. Ongeveer 20 tot 30 % van de *Diagnose Related Groups* (DRG's) zijn echter universitaire behandelingen, zoals transplantaties of zware brandwonden.

80 % van de biomedische *research output* is afkomstig van die zeven ziekenhuizen. Ook de grotere algemene ziekenhuizen (AZ) hebben nichediensten waar innovatief werk wordt geleverd, maar de schaal is nu eenmaal omvangrijker in de UZ. De reden ligt bij de link met de

C'est dû aux liens entre ces derniers et les laboratoires des facultés, qui facilitent la recherche translationnelle. En outre, les hôpitaux universitaires ont un accès direct aux sciences et à l'ingénierie des données. Cela n'est pas sans importance en ce qui concerne la médecine numérique. En outre, certaines spécialisations visant, par exemple, la génétique, les maladies rares et les transplantations sont *quasi* exclusivement proposées dans les hôpitaux universitaires.

Les incitations à la rentabilité qui peuvent être présentes dans les hôpitaux généraux y sont moins présentes, car les revenus des médecins dépendent du volume de prestations. Les deux systèmes ont des avantages et des inconvénients.

Enfin, les hôpitaux universitaires comptent proportionnellement plus de personnes en formation, tant en médecine qu'en matière de soins infirmiers et de techniques de laboratoire, ainsi que dans autres professions paramédicales. Par conséquent, le rendement horaire y est plus faible, car la formation des étudiants prend du temps.

La CHAB approuve largement les principes de la réforme du financement des hôpitaux proposée par le ministre. Le système actuel est extrêmement complexe et peu transparent. Le double financement est désavantageux et il est en outre devenu extrêmement difficile de tarifier et de coder correctement. La nomenclature est également dépassée. Aujourd'hui, il existe très peu d'incitants qualitatifs: dans le cadre du financement actuel des hôpitaux, peu de leviers contribuent à la mise en place de soins de santé fondés sur la valeur (*value based healthcare*). Il est positif que la note du ministre soit attentive à ce problème.

Dès 2014, la CHAB a présenté au gouvernement alors en fonction plusieurs lignes directrices reproduites dans la note à l'examen. La CHAB demande à être associée davantage à cet exercice.

Un financement stable, juridiquement sûr et suffisant des tâches essentielles est nécessaire pour que les hôpitaux universitaires puissent assumer leur mission universitaire. D'une part, en termes de soins, les hôpitaux universitaires se distinguent peu des hôpitaux généraux (sauf en ce qui concerne la fonction tertiaire et quaternaire). D'autre part, leur mission universitaire (recherche scientifique et formation) nécessite du temps de la part des médecins alors qu'elle n'est compensée qu'à hauteur de 4,4 % du budget total de l'hôpital. Cela fait de la Belgique l'un des pays les moins bien classés en Europe. Deloitte a réalisé une étude comparative avec les pays environnants en 2021. Par rapport aux

laboratoria en de faculteiten, wat translationeel onderzoek gemakkelijker maakt. De universitaire ziekenhuizen hebben daarnaast rechtstreekse toegang tot *data sciences* en *engineering*. Voor digitale geneeskunde is dat niet onbelangrijk. Verder gebeuren enkele specialisaties, zoals genetica, zeldzame ziekten en transplantaties, vrijwel uitsluitend in universitaire ziekenhuizen.

De *for profit*-incentives die in algemene ziekenhuizen zouden kunnen bestaan, zijn er minder aanwezig omdat het inkomen van de artsen onafhankelijk is van het gepresteerde volume. Beide systemen hebben voor- en nadelen.

Ten slotte hebben de universitaire ziekenhuizen proportioneel ook meer mensen in opleiding, zowel in de richtingen geneeskunde als verpleegkunde, laboratoriumtechnologie en andere paramedische beroepen. De tijdsperformantie ligt bijgevolg lager, want het opleiden van deze studenten neemt tijd in beslag.

De RUZB kan zich in grote lijnen vinden in de principes van de door de minister voorgestelde hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het huidige systeem is bijzonder complex en ontransparant. De tweeledige financiering is nadelig en het is daarnaast bijzonder moeilijk geworden om correct te tarifieren en te coderen. De nomenclatuur is eveneens achterhaald. Vandaag zijn er zeer weinig incentives voor kwaliteit: in de huidige ziekenhuisfinanciering bestaan weinig hefboomen om een *value based healthcare* te helpen bewerkstelligen. Het is positief dat de nota van de minister aandacht besteedt aan dat probleem.

Reeds in 2014 legde de RUZB aan de toenmalige regering een aantal richtlijnen voor die in de voorliggende nota terug te vinden zijn. De RUZB is vragende partij om verder betrokken te worden bij deze oefening.

Een stabiele, rechtszekere en afdoende financiering voor de kernopdrachten is noodzakelijk om de universitaire missie van de UZ te vervullen. Enerzijds verschillen de UZ wat zorg betreft weinig van de algemene ziekenhuizen (behalve voor de tertiaire en quaternaire functie), anderzijds vraagt de academische opdracht (wetenschappelijk onderzoek en opleiding) tijd van de artsen, terwijl daar slechts 4,4 % van het totale ziekenhuisbudget tegenover staat. Dit maakt België een van de slechtste leerlingen in Europa. Deloitte voerde in 2021 een vergelijkende studie met de omringende landen uit. In vergelijking met Nederland en Frankrijk scoort België bijzonder zwak. De zuiver academische functie kent een zeer beperkte

Pays-Bas et à la France, la Belgique obtient des résultats particulièrement faibles. La fonction purement académique bénéficie d'un financement distinct très limité. La CHAB demande avec insistance une rémunération raisonnable des prestations académiques.

La CHAB ne se prononce pas sur le statut des médecins salariés ou indépendants. Selon la législation actuelle, au moins 70 % des médecins doivent être salariés. Toutes les cotisations ONSS (150 à 160 millions d'euros par an) sont dès lors prises en charge par les hôpitaux. Il y a vingt ans, une première tentative avait été faite pour compenser ces cotisations ONSS, mais ce projet n'a jamais été poursuivi après une première tranche via la sous-partie B7A du BMF.

Les économies sur les honoraires réalisées dans les hôpitaux universitaires sont supportées à 100 % par les hôpitaux, car il n'y a pas de rétrocessions dans ces établissements. Dans les hôpitaux généraux, en revanche, les rétrocessions atteignent, en moyenne, un tiers, les économies réalisées étant alors directement ressenties par les médecins sur le plan financier.

M. Noppen souligne ensuite que s'il est vrai que les hôpitaux universitaires ont été obligés d'adhérer aux réseaux locorégionaux, les fonctions suprarégionales et universitaires en sont toutefois exclues. La finalité des réseaux est encore très floue. Tant qu'aucun financement n'y sera associé, cette forme d'organisation sera peu susceptible d'aller plus loin qu'aujourd'hui.

Enfin, la CHAB souhaite entamer un dialogue avec le ministre et l'administration à propos de la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux et de l'organisation des soins. Elle estime qu'elle peut contribuer à la qualité et à l'accessibilité des soins.

2. Exposé introductif de M. Donald Claey (Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes, VBS-GBS)

M. Donald Claey explique que le GBS regroupe 32 associations de spécialistes. Près de 9 900 médecins spécialistes y sont affiliés. Cela fait du GBS l'une des organisations les plus représentatives des médecins spécialistes de Belgique.

Réforme de l'organisation des hôpitaux

L'intervenant présente une analyse basée sur la note du 28 janvier 2022 du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique concernant la réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux. Cette note apporte de la clarté. Elle est ambitieuse et elle permettra d'améliorer la situation des patients et des prestataires de soins de

aparte financiering. De RUZB dringt aan op een redelijke vergoeding voor de academische prestaties.

Over het statuut van gesalarieerde of vrij gevestigde artsen spreekt de RUZB zich niet uit. Volgens de huidige wetgeving moet minstens 70 % gesalarieerd zijn. Dit betekent dat het volledige RSZ-bedrag (150 tot 160 miljoen euro per jaar) ten laste van het ziekenhuis valt. Twintig jaar geleden werd een eerste aanzet gegeven om deze RSZ-bijdrage te compenseren, maar dit plan werd na een eerste schijf via de B7A-component van het BFM nooit verder doorgezet.

Besparingen op honoraria in universitaire ziekenhuizen vallen 100 % ten laste van het ziekenhuis, aangezien er geen afdrachten zijn. In algemene ziekenhuizen wordt daarentegen gemiddeld een derde afgedragen, waardoor het effect van de besparing daar wel rechtstreeks in de portemonnee van de artsen wordt gevoeld.

De heer Noppen stipt voorts aan dat universitaire ziekenhuizen werden verplicht om in te stappen in de locoregionale netwerken. De supraregionale en universitaire functies vallen daar echter buiten. De finaliteit van de netwerken is nog zeer onduidelijk. Zolang er geen financiering aan gekoppeld is, heeft deze organisatievorm weinig kans om verder te gaan dan vandaag het geval is.

De RUZB wil tot slot graag met de minister en de administratie in dialoog gaan bij de hervorming van de nomenclatuur en van de ziekenhuisfinanciering en de zorgorganisatie. De vereniging meent te kunnen bijdragen aan de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg.

2. Inleidende uiteenzetting van de heer Donald Claey (Verbond van Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten, VBS-GBS)

De heer Donald Claey legt uit dat het VBS 32 specialistische organisaties verenigt. Ongeveer 9 900 artsen-specialisten zijn aangesloten. Hierdoor is het VBS een van de meest representatieve organisaties wat specialistische geneeskunde in België betreft.

Hervorming van de ziekenhuisorganisatie

De spreker maakt een analyse op basis van de nota van 28 januari 2022 van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid betreffende de hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering. De nota brengt duidelijkheid, is ambitieus en biedt een meerwaarde voor

santé si les projets proposés peuvent être concrétisés dans le délai fixé.

Le titre de la note indique clairement les objectifs qu'elle vise en mentionnant d'abord la réforme de l'organisation des hôpitaux et ensuite, par voie de conséquence logique, de leur financement.

Réseaux hospitaliers

L'organisation des réseaux hospitaliers est le premier sujet abordé dans le document précité. La loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, est un héritage de la législation précédente.

Lors d'une vaste enquête menée au début de l'année 2021, la majorité des médecins spécialistes ont déclaré qu'ils n'avaient pas été associés à la formation souvent assez rapide des réseaux. Les objectifs de la législation n'ont jamais été clairs non plus. L'intention était-elle d'économiser sur le budget des soins spécialisés, avec un objectif financier comme leitmotiv, ou de viser des soins plus robustes et une amélioration du sentiment de bien-être de la population?

L'idée initiale était de veiller à ce que les services cliniques ne soient pas offerts dans deux hôpitaux dans la même localité. Très rapidement, cependant, une surenchère s'est installée entre les directions et les conseils d'administration des hôpitaux, dont les intérêts des établissements et les intérêts géographiques étaient loin de plaire à tous les médecins.

L'obligation imposée aux hôpitaux universitaires d'adhérer à un réseau porte atteinte à leur crédibilité en tant que centres de référence et crée des perturbations dans toutes les villes proches d'un centre universitaire.

Un réseau basé sur l'optimisation des connaissances ainsi que sur la promotion et le partage de l'expertise par la coopération permettra également – s'il est bien conçu – de fournir de meilleurs soins de santé plus près du patient. Toutefois, la concentration des connaissances et de l'expertise n'implique pas nécessairement le déplacement et la concentration des services. Le GBS met en garde contre les effets secondaires imprévisibles d'une trop grande ambition à cet égard. De nombreuses études indiquent qu'un apport important de "volumes" améliore les résultats pour certaines pathologies. Toutefois, peu d'études, voire aucune, n'ont mesuré l'effet, sur les résultats, de services "décapités" dont l'expertise quotidienne a été déplacée. Un récent

patients et zorgverstrekkers indien de plannen binnen de vooropgestelde termijn uitgevoerd kunnen worden.

De titel van de nota is op zichzelf duidend door op de eerste plaats de hervorming van de ziekenhuisorganisatie te vernoemen en in tweede instantie, als logisch gevolg daarvan, de financiering.

De ziekenhuisnetwerken

De organisatie van de ziekenhuisnetwerken is het eerste onderwerp dat wordt toegelicht in de nota. De wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, is een erfenis van de vorige legislatuur.

Bij een brede bevraging begin 2021 gaf de meerderheid van de artsen-specialisten aan niet betrokken te zijn geweest bij de vaak vrij snelle vorming van de netwerken. De doelstellingen die aan de basis lagen van de wetgeving zijn ook nooit eenduidig geweest. Was het de bedoeling te besparen op het budget van de specialistische zorg, met een financiële invalshoek als leidmotief, of was het opzet een sterkere zorg en verbeterd welzijnsgevoel bij de bevolking?

Het oorspronkelijke idee was om ervoor te zorgen dat onder dezelfde kerktoeren geen klinische diensten in twee ziekenhuizen worden aangeboden. Zeer snel is echter vanuit ziekenhuisdirecties en raden van bestuur een opbod ontstaan met instellingsgebonden en geografische belangen waar lang niet alle artsen gelukkig mee zijn.

De verplichting voor de universitaire ziekenhuizen om zich te integreren in een netwerk ondermijnt hun geloofwaardigheid als referentiecentra en zorgt voor disruptie in alle steden met een universitair centrum in hun nabijheid.

Een netwerk gebaseerd op de optimalisatie van kennis en de promotie en deling van expertise door samenwerking kan – indien goed opgevat – ook betere gezondheidszorg dicht bij de patiënt brengen. Concentratie van kennis en expertise betekent echter niet noodzakelijk het verplaatsen en concentreren van diensten. Het VBS waarschuwt voor de onvoorspelbare neveneffecten van een te sterk doorgedreven ambitie op dat vlak. Tal van studies hebben aangetoond dat een groot aanbod van "volumes" de resultaten bij sommige aandoeningen verbetert. Weinig of geen studies hebben echter het effect gemeten op de resultaten van "onthoofde" diensten waar dagelijkse expertise is weggezogen. Een recent

rapport de l'Association française de chirurgie a révélé que parmi les chirurgiens hautement spécialisés interrogés, moins de 40 % se sentaient encore capables de stabiliser un traumatisme thoracique grave ou une hémorragie hépatique potentiellement mortelle lors d'une catastrophe. Cela donne matière à réflexion. L'association professionnelle de médecine d'urgence a déjà prévenu qu'en cas de catastrophe, un centre de traumatologie sera obligé de renvoyer les patients vers des centres plus petits, où l'expertise devra encore être présente.

Réforme du fonctionnement hospitalier

En ce qui concerne la réforme du fonctionnement hospitalier, il est bon qu'un arrêté royal récemment élaboré établisse une distinction claire entre les trajets de soins locorégionaux et suprarégionaux. Il apporte au moins des précisions axées sur le patient et attentives à la proximité et à l'accessibilité, et pas seulement aux groupes d'intérêt dans le cadre des soins.

En effet, les soins de santé ne sont pas géographiquement limités ou délimités, mais constituent plutôt un parcours fonctionnel qui vise à apporter les bons soins, au bon moment et au bon endroit. Le trajet de soins, qu'il soit de nature diagnostique ou thérapeutique, commence au domicile du patient et s'achève de préférence au même endroit. La réforme proposée devrait faciliter et donc financer cette fonction. Les nouveaux moyens de communication et la technologie numérique joueront un rôle important à cet égard. Il faut aussi leur accorder une place.

Réforme du financement des hôpitaux

En 2017, moins de 40 % des revenus des hôpitaux provenaient du budget des moyens financiers (BMF) et 40 % des honoraires des médecins, qui en remettent en moyenne un tiers aux hôpitaux à titre de rétrocessions. Enfin, 18 % des revenus des hôpitaux provenaient des médicaments et des implants.

Sur les trois sources de revenus précitées, seul le BMF est fixé annuellement. Cependant, chaque hôpital a intérêt à étoffer autant que possible son éventail de cas (*case mix*), éventail sur la base duquel ce budget est établi rétrospectivement pour chaque établissement. Ce subventionnement rétrospectif oblige en quelque sorte les hôpitaux à encourager la consommation.

Au cours des dernières décennies, les prélèvements sur les honoraires ont constitué la principale source de revenus supplémentaires pour combler les déficits du bilan. Cela stimule peut-être également la consommation.

rapport van de *Association française de chirurgie* leert dat bij de ondervraagde hooggespecialiseerde chirurgen minder dan 40 % zich nog in staat ziet om tijdens een ramp een zwaar thoraxtrauma of een levensbedreigende leverbloeding te stabiliseren. Dit stemt tot nadenken. De beroepsvereniging voor urgentiegeneeskunde waarschuwde er reeds voor dat een traumacentrum tijdens een rampscenario verplicht zal moeten doorverwijzen naar kleinere centra, waar nog expertise aanwezig zal moeten zijn.

De hervorming van de ziekenhuiswerking

Wat de hervorming van de ziekenhuiswerking betreft, is het een goede zaak dat recent een koninklijk besluit werd uitgewerkt met een helder onderscheid tussen locoregionale en supraregionale zorgtrajecten. Op zijn minst brengt het verduidelijkingen aan die focussen op de patiënt, met aandacht voor nabijheid en toegankelijkheid, en niet louter op belangengroepen binnen de zorg.

Gezondheidszorg is immers niet geografisch beperkt of gebonden, maar vormt eerder een functioneel traject dat bestaat in de juiste zorg, op het juiste ogenblik en op de juiste plaats. Het zorgtraject, ongeacht of het eerder diagnostisch of therapeutisch is, begint in de thuissituatie van de patiënt en eindigt bij voorkeur op dezelfde plaats. De voorgestelde hervorming moet deze functie faciliteren en bijgevolg financieren. Nieuwe communicatiemiddelen en digitale technologie zullen hierbij een belangrijke rol spelen. Ook daarvoor moet een plaats gezocht worden.

Hervorming van de ziekenhuisfinanciering

In 2017 kwam minder dan 40 % van de ziekenhuisinkomsten uit het Budget van Financiële Middelen (BFM). 40 % van de omzet komt uit de erelonen van de artsen, die gemiddeld een derde daarvan afstaan aan de ziekenhuizen als retrocessies. 18 % van de inkomsten van de ziekenhuizen komt ten slotte uit geneesmiddelen en implantaten.

Van de drie bovenstaande inkomstenbronnen is enkel het BFM jaarlijks vastgelegd. Elk ziekenhuis heeft er echter baat bij om zijn *case mix*, op basis waarvan dit budget per instelling retroactief wordt bepaald, zo goed mogelijk te stofferen. Deze retrospectieve betoelaging verplicht de instellingen als het ware om consumptie te stimuleren.

De afhoudingen op de ereloonmassa zijn gedurende de laatste decennia de voornaamste aanvullende inkomstenbron geweest om de tekorten op de balans aan te zuiveren. Opnieuw stimuleert dit mogelijk de consumptie.

Chaque année, l'importance de la contribution des produits pharmaceutiques et des implants augmente dans les budgets. En soi, il n'y a rien de mal à ce que cette industrie lucrative, souvent mondialisée, apporte sa contribution, mais cette situation présente également un risque de conflit d'intérêts car cette contribution est directement liée à la consommation.

L'initiative visant à passer à un financement prospectif lié aux DRG et prévoyant un remboursement intégral des coûts de fonctionnement, à l'exception des honoraires purs et simples des médecins, est jugée réalisable par le GBS à condition que certaines observations pratiques soient prises en compte lors de son élaboration.

De nombreux calculs sont déjà disponibles et sont cités dans la note du ministre. Toutefois, il est conseillé de vérifier les coûts réels sur le terrain. Le risque de choix sélectif (*cherry picking*) est réel, surtout si des erreurs de calcul potentielles pénalisent certaines pathologies ou en favorisent d'autres.

Ce financement prospectif et dynamique des coûts d'exploitation devrait inclure l'abandon complet du système de rétrocessions. Il faut donc travailler sur le principe des honoraires purs et simples.

Tout d'abord, il faut veiller à ce que les honoraires puissent effectivement être qualifiés de nets. Par exemple, il faut également inclure les coûts du matériel et de l'informatique dans la consultation. La rémunération prévue à cet égard est loin d'être suffisante. Les spécialités chirurgicales ont, elles aussi, d'importants coûts en personnel qui sont aujourd'hui mis à leur charge. Le risque existe que, pour obtenir des gains et des progrès rapides, on se limite aux services médico-techniques. C'est intéressant d'un point de vue budgétaire, mais ce n'est pas suffisant du point de vue de l'amélioration de l'accessibilité.

La question est de savoir si les frais de fonctionnement doivent toujours être imputés à l'établissement de soins ou s'il faut prévoir un montant qui permette au médecin de récupérer ses frais réels. En effet, de nombreuses opérations spécialisées ne sont pas toujours effectuées dans les murs de l'hôpital. Les hôpitaux généraux et les centres universitaires ont également ouvert des sites extérieurs pour accroître leur accessibilité.

Co-gouvernance

Si l'on souhaite continuer à séparer les coûts, les ténors doivent être impliqués. Le nouveau modèle de co-gouvernance ne se limite pas à inscrire quelques principes dans de nouvelles lois, mais exige un changement

Elk jaar groeit in de budgetten het belang van de inbreng uit farma en van implantaten. Op zich is er niets mis met een bijdrage vanuit de lucratieve, veelal geglobaliseerde industrie, maar ook hier bestaat het gevaar van belangenvermenging omdat deze inbreng rechtstreeks verbonden is met de consumptie.

Het initiatief tot omschakeling naar een prospectieve DRG-gerelateerde financiering met een all-in-vergoeding van de werkingskosten, met uitzondering van de zuivere erelonen van de artsen, wordt door het VBS als uitvoerbaar ervaren, mits bij de uitwerking rekening gehouden wordt met enkele praktische opmerkingen.

Veel berekeningen liggen reeds klaar en worden ook aangehaald in de nota van de minister. Toch zal het raadzaam zijn de reële kosten af te toetsen bij het werkveld. Het risico op *cherry picking* is reëel, zeker indien potentiële fouten in de berekening sommige aandoeningen zouden benadelen of andere bevoordelen.

Bij deze prospectieve en dynamische financiering van de exploitatiekosten hoort de volledige stopzetting van het systeem van afdrachten op erelonen. Daarom moet worden gewerkt aan het principe van de zuivere erelonen.

Vooreerst moet ervoor gezorgd worden dat het ereloon daadwerkelijk *netto* kan worden genoemd. Zo moet men bij een consultatie ook de kosten van hardware en informatica erkennen. De vergoeding daarvoor is ruim onvoldoende. Ook de chirurgische specialiteiten hebben een zware personeelskost die hun vandaag ten laste wordt gelegd. Het risico bestaat dat men zich met het oog op een *quick win* en een snelle vooruitgang beperkt tot de medisch-technische diensten. Budgettair is dat weliswaar interessant, maar in het kader van een betere toegankelijkheid is dit ruim ontoereikend.

Het is de vraag of men de werkingskosten steeds moet toewijzen aan de zorginstelling, dan wel moet voorzien in een bedrag waarmee de arts de werkelijke kostprijs recupereert. Tal van specialistische verrichtingen gebeuren immers lang niet altijd binnen de muren van een ziekenhuis. Ook de algemene ziekenhuizen en zelfs de universitaire centra hebben externe locaties geopend om de toegankelijkheid te verhogen.

Co-governance

Indien men de afsplitsing van de kosten wil doorzetten, moeten de tenoren betrokken worden. Het zogenaamde nieuwe co-governancemodel vraagt meer dan het louter in nieuwe wetten gieten van enkele principes, maar

fondamental dans l'organisation et le modèle de participation des médecins dans les établissements de santé. La participation ne doit pas être achetée par des rétrocessions sur honoraires, mais par la croyance en un partenariat, par le respect et la confiance mutuels, les prestataires de soins et la direction étant responsables d'une coopération harmonieuse dans la recherche d'une amélioration des soins. M. Claeys estime que le terrain est prêt pour cela.

Les conseils médicaux servent à veiller aux intérêts des médecins sur le plan global et individuel. Avec le Conseil d'administration, le Conseil médical constitue depuis longtemps le modèle de concertation dual pour la gestion de l'hôpital. Toutefois, si l'on veut ancrer le changement dans le modèle de coûts, il faut aller beaucoup plus loin.

Afin de déterminer et de garantir l'utilisation des moyens disponibles, chaque spécialité doit bénéficier d'une participation directe, avec un avis décisionnel au niveau de la direction. La tâche principale des différents chefs de service est la gestion quotidienne du service, mais aussi la gestion des investissements, de la main-d'œuvre et du matériel, de l'évaluation et de l'innovation. Dans certains hôpitaux, des structures sont déjà en place aujourd'hui, mais généralement avec un pouvoir consultatif plutôt que décisionnel. Cela doit changer lors de la réforme.

Réforme de la nomenclature

La réforme du financement des hôpitaux est indissociable de la réforme de la nomenclature.

Le GBS estime qu'il est peu réaliste de de salarier purement et simplement les médecins, compte tenu des coûts supplémentaires et de la baisse de performance associée. De plus, le nombre limité d'hôpitaux (comme les universités) où c'est actuellement le cas, sont très souvent obligés contractuellement de créer toutes sortes d'avantages extra-légaux pour leurs médecins.

La rémunération à l'acte est probablement la plus facile à appliquer dans la plupart des cas, ce qui n'exclut pas la possibilité de prévoir des montants plus forfaitaires lors de la révision de la nomenclature, par exemple pour la permanence, le contrôle, le contrôle de la qualité, la médecine préventive et la médecine d'urgence.

L'objectif est d'éliminer les écarts excessifs entre les revenus des différentes spécialités. Pour évaluer ce point, il convient d'analyser les origines de ces différences.

vergt een fundamentele wijziging in de organisatie en het participatiemodel van artsen in de zorginstellingen. Participatie dient niet te worden afgekocht met afdrachten op erelonen, maar met het geloof in partnerschap, door middel van wederzijds respect en vertrouwen, waar zorgverstrekkers en directies verantwoordelijk zijn voor harmonieuze samenwerking in het streven naar betere zorg. De heer Claeys is van mening dat het werkveld daar klaar voor is.

Medische raden dienen om de belangen van de artsen globaal en individueel te bewaken. Samen met de raad van bestuur vormt de Medische Raad sinds jaar en dag het duale overlegmodel om het ziekenhuis te besturen. Indien men de shift in het kostenmodel wil verankeren, is er echter veel meer nodig.

Om de aanwending van de beschikbare middelen te bepalen en te verzekeren, dient elke specialiteit rechtstreeks te participeren met een beslissingsadvies op managementniveau. De voornaamste opdracht van de verschillende diensthoofden is de dagelijkse leiding van de dienst, maar ook het sturen van investeringen, mankracht en materialen, evaluatie en innovatie. In sommige ziekenhuizen zijn vandaag reeds structuren aanwezig, maar meestal eerder met een adviserende dan een beslissingsbevoegdheid. Bij de omschakeling moet dit veranderen.

Hervorming van de nomenclatuur

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering kan niet los worden gezien van de hervorming van de nomenclatuur.

De pure salariering van de artsen lijkt het VBS weinig realistisch, gelet op de meerkosten en bijhorende verminderde performantie. Bovendien is het beperkte aantal ziekenhuizen (zoals universitaire) waar dit momenteel het geval is, zeer vaak contractueel verplicht om allerlei extralegale voordelen voor hun artsen te creëren.

De vergoeding per prestatie is waarschijnlijk in de meeste gevallen het gemakkelijkst toepasbaar, wat niet uitsluit dat men bij de herziening van de nomenclatuur meer forfaitaire bedragen kan vastleggen, zoals voor permanentie, toezicht, kwaliteitscontrole, preventieve geneeskunde en urgentiegeneeskunde.

De bedoeling is om de te grote discrepanties weg te werken tussen de inkomens van de verschillende specialiteiten. Om dit te beoordelen, is het zaak het ontstaan van deze verschillen te analyseren.

Tout d'abord, de nombreux numéros de nomenclature qui ont été attribués à de nouvelles techniques ont souvent été surestimés en valeur parce que ces techniques étaient difficiles et prenaient du temps. Après une courte période d'expérience, ces techniques se sont avérées ne plus prendre trop de temps et ne plus être trop difficiles, mais la nomenclature est restée inchangée. Dans le même esprit, les actes intellectuels médicaux ont été sous-estimés en raison de l'absence de paramètres mesurables.

Deuxièmement, l'inclusion des frais de fonctionnement dans la nomenclature entraîne des fluctuations importantes, surtout en ce qui concerne les prestations des services médico-techniques. Lorsque, pour une prestation donnée, le montant des frais de fonctionnement est estimé à 70 % des honoraires, le solde restant varie considérablement et dépend d'autres revenus nets variables selon les rétrocessions à l'hôpital ou selon la qualité de la gestion des dépenses.

Troisièmement, il existe de grandes différences en matière de charge et de volume de travail entre les disciplines, et selon les possibilités de mieux répartir les efforts dans le cadre d'associations et de viser un équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée (ce qui est une bonne chose). Dans certaines disciplines spécialisées, voire au sein d'une même spécialité, on investit parfois plus que la norme dans l'acquisition de compétences supplémentaires, non seulement durant la formation, mais aussi tout au long de la carrière. Cela mérite également une rémunération complémentaire.

M. Claeys souligne trois points en ce qui concerne la nomenclature:

- les valeurs divergentes seront améliorées lors de la révision de la nomenclature;
- les différences de revenus dues à une nomenclature qui inclut déraisonnablement le total des frais de fonctionnement seront réduites ou éliminées en séparant les honoraires des frais;
- ce qui ne peut ou doit pas disparaître, c'est la différence qui découle d'un plus grand investissement en matière d'expertise et d'innovation, de lourdes gardes éventuelles et de la différence démontrable en matière de temps de travail.

Contrôle des suppléments d'honoraires

Si, comme dans la proposition du ministre, on part du principe général que les suppléments ne peuvent être appliqués qu'aux honoraires purs et simples sans

Vooreerst is het zo dat vele nomenclatuurnummers die werden toegekend aan nieuwe technieken, vaak te hoog in waarde zijn ingeschat omdat ze moeilijk en tijdrovend waren. Na een korte periode van ervaring vielen de tijdsduur en de moeilijkheidsgraad best mee, maar bleef de nomenclatuur met hoge waardering ongewijzigd. In dezelfde lijn werden de medische intellectuele prestaties ondergewaardeerd door de afwezigheid van meetbare parameters.

Ten tweede zorgt de integratie van de werkingsmiddelen in de nomenclatuur vooral bij de prestaties van medisch-technische diensten voor grote schommelingen. Wanneer bij een bepaalde prestatie de vergoeding voor de werkingskosten ingeschat wordt op 70 % van het ereloon, is het overblijvende bedrag onderhevig aan zeer grote schommelingen en bijhorende netto-inkomsten, afhankelijk van een situatie met meer of minder afdrachten aan het ziekenhuis of beter dan wel slechter beheer van de uitgaven.

Ten derde is er tussen de disciplines onderling een groot verschil in werkbelasting en werkvolume, al naargelang van de mogelijkheid om in associaties de inspanningen beter te verdelen en te werken aan de *work-life balance* (wat een goede zaak is). Voor sommige specialistische disciplines en zelfs binnen eenzelfde specialiteit wordt soms meer dan normaal geïnvesteerd in het verwerven van bijkomende vaardigheden, en dit niet alleen tijdens de opleiding maar tijdens de hele carrière. Ook dit verdient een bijkomende verloning.

De heer Claeys zet drie punten inzake de nomenclatuur in de verf:

- de uiteenlopende waarden zullen worden verbeterd bij de herziening van de nomenclatuur;
- de inkomensverschillen door nomenclatuur waarin op onredelijke wijze de volledige werkingskosten geïntegreerd zijn, zullen verminderen of verdwijnen door de splitsing van ereloon en kosten;
- wat niet kan of mag verdwijnen, is het verschil dat volgt uit een grotere investering in expertise en innovatie, het al dan niet waarnemen van zware permanenties en het aantoonbare verschil in werktijden.

Beheersen van de ereloonsupplementen

Indien men zoals in het voorstel van de minister uitgaat van het algemene principe dat enkel supplementen kunnen geheven worden op zuivere erelonen zonder

rétrocession aux hôpitaux, on sera surpris du résultat: cela entraînera une réduction considérable de la part restant à la charge du patient. Un avantage supplémentaire sera la transparence vis-à-vis du patient.

Conclusion

Sous réserve d'une future concertation constructive, sans déclarations populistes, sans négociations secrètes avec les hôpitaux, et moyennant une législation qui établira les nouvelles relations, le modèle proposé peut emporter l'adhésion du GBS.

3. Exposé introductif de M. Thomas Gevaert (ASGB/ Cartel)

M. Thomas Gevaert est président du Cartel, qui est l'une des trois associations de médecins représentées au travers d'élections dans le modèle de concertation. Le Cartel réunit le *Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België* (ASGB), le *Groupement Belge des Omnipraticiens* (GBO) et le *Monde des Spécialistes* (MoDeS). Il réunit donc à la fois des médecins généralistes et des médecins spécialistes. À ce titre, le Cartel participe à de nombreuses discussions.

En ce qui concerne la note du ministre, l'orateur met l'accent sur quelques propositions du Cartel ainsi que sur certains points qui posent problème aux yeux des médecins.

Les piliers de la note sont les réseaux, un forfait par pathologie et par admission, le *bundled payment* (financement du trajet de soins complet du patient auprès de tous les prestataires), une révision de la nomenclature, la maîtrise des suppléments et la co-gouvernance.

Le ministre a créé une *task force* placée sous la direction de MM. Johan Kips (cellule stratégique du ministre) et Jo De Cock (INAMI). Depuis environ six mois, des réunions de concertation ont lieu avec des représentants du cabinet, des médecins, des organismes assureurs et des coupoles hospitalières. Un accord est déjà intervenu sur le gel des suppléments (instauration d'un "*standstill*"). Par ailleurs, la co-gouvernance est en cours d'élaboration et l'exercice visant à réduire la valeur de la lettre-clé pour la biologie clinique (afin d'entraîner un transfert des analyses réalisées en laboratoire privé vers les hôpitaux) est également en cours. Le Cartel travaille de manière proactive sur ces dossiers, en tenant compte de sa base.

La révision de la nomenclature est, entre autres, l'œuvre du Cartel. La question de la scission entre l'acte

afrachten aan de ziekenhuizen, zal men verbaasd zijn over het resultaat: dit zal een aanzienlijke vermindering van de eigen bijdrage van de patiënt opleveren. Een bijkomend voordeel is de transparantie ten aanzien van de patiënt.

Besluit

Door middel van toekomstig constructief overleg, los van populistische uitspraken, zonder onderhandse deals met de ziekenhuizen, en met een wetgeving die de nieuwe verhoudingen vastlegt, kan het voorgestelde model op de goedkeuring van het VBS rekenen.

3. Inleidende uiteenzetting van de heer Thomas Gevaert (ASGB/Kartel)

De heer Thomas Gevaert is voorzitter van het Kartel, een van de drie artsverenigingen die via verkiezingen in het overlegmodel vertegenwoordigd zijn. Tot het Kartel behoren het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB), de *Groupement Belge des Omnipraticiens* (GBO) en de *Monde des Spécialistes* (MoDeS). Het omvat bijgevolg zowel huisartsen als specialisten. In die hoedanigheid zit het Kartel in heel wat discussies mee aan tafel.

De spreker focust in verband met de nota van de minister op enkele voorstellen van het Kartel en op de valkuilen vanuit het standpunt van de artsen.

Pijlers van de nota zijn de netwerken, een pathologieforfait per opname, *bundled payment* (financiering voor een volledig patiëntentraject voor alle zorgverleners), een herijking van de nomenclatuur, de beheersing van supplementen en co-governance.

De minister heeft een taskforce gecreëerd onder leiding van de heren Johan Kips (beleidsceel van de minister) en Jo De Cock (RIZIV). Sinds ongeveer zes maanden vindt samen met vertegenwoordigers van het kabinet, artsen, verzekeringsinstellingen en ziekenhuiskoepels overleg plaats. Er is reeds een akkoord over een *standstill* voor supplementen. Daarnaast wordt de co-governance uitgewerkt en loopt de oefening om de sleutelletter voor de klinische biologie te verlagen (om een transfer van privélabo's naar ziekenhuizen te bewerkstelligen). Het Kartel werkt proactief mee aan deze dossiers, rekening houdend met zijn achterban.

De herijking van de nomenclatuur komt bijvoorbeeld uit de koker van het Kartel. De opsplitsing tussen de

intellectuel et les frais de fonctionnement avait déjà été mise sur la table en 2016 et se retrouve aujourd'hui également dans la note du ministre.

Le système actuel, dont le ministre veut se débarrasser en partie, se caractérise par l'éternelle discussion entre le Conseil médical et les gestionnaires des hôpitaux concernant les prélèvements sur honoraires. Ces rétrocessions comportent souvent des flux non transparents. Le système présente toutefois aussi certains avantages et peut générer des politiques dynamiques dans des hôpitaux bien gérés.

Dans le nouveau modèle, les médecins recevraient des honoraires "purs", ce qui mettrait fin aux discussions avec les directions. Pour ce qui concerne la partie des honoraires couvrant les frais, le Cartel préconise une forte co-gouvernance.

Le changement de paradigme proposé par le Cartel modifie la manière de gérer les hôpitaux. M. Gevaert plaide en faveur d'un conseil d'administration dans lequel siègeraient également des médecins et d'autres prestataires de soins. La proposition prévoit un conseil d'administration paritaire composé pour moitié de membres délégués par le Conseil médical, la fin des cumuls (pour une gouvernance moderne), une expérience ou une formation en gestion hospitalière, la parité hommes-femmes et un renouvellement tous les quatre ans. Le Cartel réfléchit en outre à la création d'une commission d'arbitrage ainsi qu'à une indemnisation transparente et équitable, indépendante des honoraires médicaux, qui passerait par une commission d'indemnisation.

Le nouveau cadre financier consiste, d'une part, en un "honoraire intellectuel" pour les médecins, et, d'autre part, un honoraire destiné à couvrir les frais. Le budget serait géré par les médecins et les gestionnaires dans le cadre d'une co-gouvernance. Le Cartel préconise un modèle dans lequel les deux parties ne s'opposent pas mais dialoguent l'une avec l'autre en vue de gérer l'hôpital. Dans certains hôpitaux, une bonne entente existe déjà entre les prestataires de soins et les gestionnaires, mais ce n'est pas le cas partout. Tant les médecins que les gestionnaires doivent être responsabilisés. La transparence et une forme plus moderne de gestion sont des éléments primordiaux à cet égard.

L'orateur aborde ensuite la question du coût. Le gel des suppléments (*standstill*) a entraîné la disparition d'une source de financement. L'indexation est limitée et ne couvre pas l'inflation. Il est certes possible de rationaliser et de réaliser des économies pour pouvoir continuer à tout financer, mais il faut souligner par ailleurs que la demande de soins augmente. Le contenu précis du volet financier continue à faire débat.

intellectuele akte en de kostenakte werd reeds in 2016 op tafel gelegd en komt nu ook naar voor in de nota.

Kenmerkend voor het huidige systeem, waar de minister deels van af wil, is de eeuwige discussie tussen de Medische Raad en de ziekenhuisbeheerders over de afdrachten. Deze retrocessies omvatten vaak ondoorzichtige stromen. Het systeem heeft weliswaar ook voordelen en kan een dynamisch beleid genereren in ziekenhuizen die goed gerund worden.

In het nieuwe model zouden artsen een puur honorarium krijgen, wat de discussies met de directies zou beëindigen. Wat het kostendekkend honorarium betreft, pleit het Kartel voor een sterke co-governance.

De paradigmashift die het Kartel voorstelt, wijzigt de manier waarop ziekenhuizen beheerd worden. De heer Gevaert pleit voor een raad van bestuur waarin ook artsen en andere zorgverstrekkers vertegenwoordigd zijn. Het voorstel omvat een paritair samengestelde raad van bestuur met leden die voor de helft afgevaardigd worden door de Medische Raad, afstappen van cumuls (een moderne manier van governance), een achtergrond of opleiding in ziekenhuismanagement, genderpariteit en hernieuwing om de vier jaar. Verder wordt gedacht aan een Arbitragecommissie en aan een transparante en billijke vergoeding, onafhankelijk van medische honoraria, via een vergoedingscommissie.

Het nieuwe financieel kader bestaat enerzijds uit een intellectueel honorarium voor de artsen en anderzijds een kostendekkend honorarium waarbij artsen en beheerders in co-governance het budget beheren. Het Kartel pleit voor een model waarbij beiden geen opponenten zijn, maar samen in dialoog gaan om het ziekenhuis te runnen. In sommige ziekenhuizen bestaat reeds een goede entente tussen zorgverstrekkers en beheerders, maar dat is niet overal het geval. Zowel artsen als beheerders moeten geresponsabiliseerd worden. Transparantie en een modernere vorm van beheer dienen voorop te staan.

De spreker gaat vervolgens in op het kostenplaatje. De *standstill* voor supplementen heeft een financieringsbron doen wegvallen. De indexering is beperkt en dekt de inflatie niet. Rationaliseren en besparen is een mogelijkheid om alles te blijven financieren, maar tegelijk dient erop te worden gewezen dat de zorgvraag toeneemt. De precieze invulling van het financiële gedeelte blijft voer voor discussie.

La vision du Cartel sur la gouvernance hospitalière comprend les éléments suivants:

— des soins de santé largement accessibles et abordables;

— nécessité de stimuler et de rétribuer les activités hospitalières, de manière à lutter contre l'exode de disciplines et de médecins. Ce mouvement ne peut être totalement contenu; la question est de savoir comment les ramener à l'hôpital;

— entrepreneuriat social: l'entrepreneuriat ne doit pas être un mot tabou dans le contexte hospitalier. Les institutions qui sont bien gérées, de même que les médecins et les autres prestataires de soins qui gèrent bien leur cabinet et offrent des soins de qualité, doivent pouvoir être récompensés. S'il ne s'agit certes pas, dans le secteur des soins de santé, de réaliser des profits excessifs, l'uniformité complète de l'offre n'est pas davantage préférable;

— récompenser la bonne gestion: certains hôpitaux demandent des suppléments élevés, mais la question est de savoir où va cet argent. Il arrive que des institutions réclamant des suppléments moins élevés soient mieux gérées;

— le corps médical (y compris d'autres prestataires de soins) devrait participer à la gestion de l'hôpital et élargir l'horizon de leurs intérêts, de manière à être davantage associé, en tant que médecins, au fonctionnement de l'hôpital;

— le terme de "gestionnaire" devrait désigner l'ensemble des administrateurs, y compris les médecins et d'autres prestataires de soins, qui doivent faire partie intégrante de la structure de gestion;

— la transparence, l'expertise et la complémentarité sont des conditions essentielles auxquelles doivent répondre les administrateurs;

— le principe du bon père de famille: la gratuité n'existe pas, pas plus que les solutions simples. Lorsque certaines sources de revenus disparaissent, un exercice de réflexion doit être mené. Dans le contexte budgétaire actuel, les options sont limitées.

La note ambitieuse du ministre contient de nombreux points positifs, comme la séparation entre le volet intellectuel et le volet coût des honoraires. M. Gevaert épingle toutefois quelques aspects potentiellement problématiques:

De visie van het Kartel op ziekenhuisgovernance bestaat uit de volgende elementen:

— een breed toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg;

— het stimuleren en honoreren van ziekenhuisactiviteiten, waarmee wordt tegengegaan dat disciplines en artsen uit de ziekenhuizen vertrekken. Deze beweging kan niet helemaal tegengehouden worden; de vraag is hoe men hen terug naar het ziekenhuis krijgt;

— sociaal ondernemerschap: ondernemen hoeft geen vies woord te zijn in de context van ziekenhuizen. Instellingen die goed beheerd worden, alsook artsen en andere zorgverstrekkers die hun praktijk goed runnen en kwaliteit bieden, moeten beloond kunnen worden. Het gaat in de zorg niet om excessieve winsten, maar eenheidsworst is evenmin te verkiezen;

— het belonen van goed bestuur: in sommige ziekenhuizen worden hoge supplementen gevraagd, maar de vraag rijst waar dit geld heen gaat. Instellingen met minder hoge supplementen worden soms beter beheerd;

— het artsenkorps (en andere zorgverstrekkers) moeten het ziekenhuis mee besturen en naar het bredere belang kijken, zodat ze als arts meer betrokken raken bij het functioneren;

— de term "beheerder" moet staan voor het geheel van bestuurders, waaronder artsen en andere zorgverstrekkers die een integraal deel van het bestuur moeten vormen;

— transparantie, expertise en complementariteit zijn essentiële voorwaarden voor bestuurders;

— het goedehuisvaderprincipe: gratis bestaat niet, eenvoudige oplossingen evenmin. Wanneer sommige inkomstenbronnen wegvallen, zal een denkoefening moeten plaatsvinden. In de huidige budgettaire context zijn de opties beperkt.

De ambitieuze nota van de minister bevat heel wat positieve plannen, zoals de scheiding van het intellectueel en het kostenhonorarium. Daarnaast waarschuwt de heer Gevaert voor enkele valkuilen:

— le caractère ambitieux du calendrier proposé soulève la question de savoir si l'on ne veut pas parfois aller trop vite en besogne;

— la réforme est un puzzle et ne peut être basée sur des pièces distinctes. Par exemple, un gel des suppléments a déjà été décidé, mais les projets en la matière n'aboutiront que si l'ensemble du puzzle est assemblé;

— les réseaux hospitaliers sont le problème incontournable que tout le monde feint d'ignorer. Les hôpitaux universitaires n'y ont pas vraiment leur place, car le statut de leurs médecins et leur mission sont différents; L'intégration se fait beaucoup plus vite et mieux dans des réseaux sans hôpitaux universitaires. Cette donnée devrait donc être reconsidérée.

— il est peu question du coût de la réforme;

— exode vers le secteur extrahospitalier: on constate déjà, dans les hôpitaux, une fuite importante de certaines spécialités. Une réforme doit veiller à ce que les médecins ne soient pas encore davantage incités à quitter l'hôpital. Les médecins doivent pouvoir prodiguer des soins, et ne pas être accablés par des tâches d'administration et de gestion et des structures de concertation;

— le statut des médecins est un autre sujet tabou. La majorité des médecins travaille sous statut indépendant, sauf dans les hôpitaux universitaires où ils sont pour la plupart salariés. La pire des solutions serait un statut de pseudo-indépendant associé à un mode de rémunération qui serait *de facto* entièrement forfaitaire. Peu de médecins accepteraient de travailler dans un tel cadre;

— l'importance de l'entrepreneuriat social;

— la bureaucratie est une crainte partagée par de nombreux prestataires de soins. Il y a déjà trop peu de personnes pour prodiguer tous les soins nécessaires. L'orateur demande donc que l'on veille à ce que les prestataires de soins puissent effectivement prodiguer ces soins. Les structures intermédiaires ont un effet très démotivant.

Il serait préférable d'attirer des médecins dans les hôpitaux et, s'agissant de la gouvernance, d'y établir une culture de la concertation. Les gestionnaires et les prestataires de soins peuvent coopérer afin de mettre en place une gouvernance plus moderne. Puisqu'ils travaillent avec de l'argent public, les médecins doivent prendre leurs responsabilités. Enfin, M. Gevaert souligne l'importance de l'empathie, ce qui signifie que dans un contexte hospitalier, tous les acteurs doivent essayer de comprendre la position de l'autre afin de pouvoir mettre en œuvre une meilleure politique.

— de ambitieuze tijdslijn doet de vraag rijzen of men soms niet te snel wil gaan;

— de hervorming is een puzzel en kan niet gebaseerd worden op afzonderlijke stukjes. Zo werd de *standstill* voor supplementen vastgelegd, maar de plannen zullen pas slagen indien de volledige puzzel gelegd wordt;

— ziekenhuisnetwerken zijn de olifant in de kamer. Universitaire ziekenhuizen horen er eigenlijk niet thuis, omdat het statuut van de artsen en de opdracht verschillend zijn. Netwerken zonder universitaire ziekenhuizen integreren veel sneller en beter. Dit gegeven zou bijgevolg herbekeken moeten worden;

— over het financiële plaatje wordt te weinig gesproken;

— extramurale vlucht: er is reeds een grote uitstroom van bepaalde specialismen uit de ziekenhuizen. Een hervorming moet ervoor zorgen dat artsen niet nog meer uit de ziekenhuizen gedreven worden. Artsen moeten zorg kunnen leveren en niet belast worden met administratie, management en overlegstructuren;

— het statuut van artsen is een andere olifant in de kamer. De meerderheid werkt met een zelfstandig statuut, behalve in de universitaire ziekenhuizen, waar zij grotendeels in loondienst werken. Het slechtste van twee werelden zou een pseudo-zelfstandigenstatuut zijn waarbij *de facto* volledig forfaitair verlonnd wordt. Weinig artsen zullen daarin willen meestappen;

— het belang van sociaal ondernemerschap;

— bureaucratie is een vrees van veel zorgverstrekkers. Er zijn te weinig mensen om alle zorg te verlenen. De spreker roept dan ook op om te verzekeren dat zorgverleners deze zorg inderdaad kunnen leveren. Tussenstructuren werken zeer demotiverend.

Het geniet de voorkeur om artsen intramuraal te halen en op het vlak van governance een overlegcultuur te creëren. Beheerders en zorgverstrekkers kunnen samen een modernere governance bewerkstelligen. Aangezien ze werken met overheids geld, moeten artsen hun verantwoordelijkheid nemen. De heer Gevaert benadrukt ten slotte het belang van empathie, wat betekent dat alle actoren in een ziekenhuiscontext moeten proberen elkaars positie te begrijpen om tot beter beleid te komen.

4. *Exposé introductif de Mme Nathalie Lionnet (SETCa-BBTK)*

Mme Nathalie Lionnet souligne que la réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux n'est pas une fin en soi, mais un moyen d'assurer à chaque citoyen des soins de qualité, sûrs et accessibles sur les plans financier et géographique.

Les hôpitaux doivent disposer de moyens suffisants pour pouvoir honorer leurs engagements. De leur côté, les prestataires de soins de santé doivent pouvoir travailler dans des conditions qui leur permettent de faire leur travail correctement. Les conditions de travail ont en effet un impact direct sur la qualité des soins.

Une réforme du financement des hôpitaux pose la question fondamentale du choix d'un projet de société dans le domaine des soins de santé. Que sommes-nous prêts à investir pour que chacun puisse bénéficier de soins de qualité? Ce n'est qu'à partir du moment où l'on se met d'accord sur ce qui constitue un niveau de service souhaitable dans une société solidaire que l'on peut débattre de la manière d'atteindre cet objectif.

Le système doit fonctionner dans le cadre d'un système de sécurité sociale performant. Le modèle de sécurité sociale belge a permis de surmonter une crise sanitaire qui a duré deux ans. Les soins de santé sont financés par des deniers publics et doivent disposer de moyens financiers suffisants pour réaliser les objectifs fixés à l'égard de chaque citoyen.

Les soins de santé sont effectivement coûteux, surtout pour les personnes qui ne sont pas en bonne santé. Tant la prévention que le niveau de vie de la population constituent à cet égard des éléments cruciaux. La pauvreté a en effet un impact direct sur la santé et sur la qualité de vie.

Une réforme comportant des objectifs positifs et ambitieux ne sera pas facile à mettre en œuvre dans le contexte dans lequel se trouve le secteur aujourd'hui. La grave pénurie de personnel dans différentes professions de soins persiste et devient structurelle. Par conséquent, toute réforme doit tenir compte de son impact potentiel sur les prestataires de soins. La situation actuelle met en danger la santé publique et l'accès à des soins de qualité. Chaque jour, on entend parler de lits d'hôpitaux indisponibles par manque de personnel. Des places ne sont du reste déclarées indisponibles que lorsqu'il n'y a plus d'autre option: avant d'en arriver là, il arrive souvent que l'on travaille pendant un certain temps avec trop peu de moyens pour pouvoir continuer à assurer des soins suffisants.

4. *Inleidende uiteenzetting van mevrouw Nathalie Lionnet (SETCa-BBTK)*

Mevrouw Nathalie Lionnet stipt aan dat de hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering geen doel op zich is, maar een middel om voor elke burger kwaliteitsvolle, veilige en zowel financieel als geografisch toegankelijke zorg te garanderen.

Ziekenhuizen moeten over voldoende middelen beschikken om hun verplichtingen na te komen. Tegelijk moeten de zorgverstrekkers kunnen werken in omstandigheden die hun toelaten hun werk goed te doen. De arbeidsomstandigheden hebben immers een rechtstreekse impact op de kwaliteit van de zorg.

Een hervorming hangt samen met de fundamentele vraag voor welk maatschappelijk project wordt gekozen op het vlak van gezondheidszorg. Wat is men bereid te investeren opdat iedereen kan rekenen op kwaliteitsvolle zorg? Pas wanneer men het eens raakt over het wenselijke niveau in een solidaire samenleving, kan gediscussieerd worden over de manier waarop dat doel bereikt wordt.

Het systeem moet functioneren in het kader van een sterke sociale zekerheid. Het Belgische socialezekerheidsmodel heeft het mogelijk gemaakt om een twee jaar durende gezondheids crisis te boven te komen. De gezondheidszorg wordt met publieke middelen gefinancierd en moet over voldoende geld beschikken om te voldoen aan de doelstellingen ten aanzien van elke burger.

Gezondheidszorg is inderdaad duur, vooral voor wie niet gezond is. Zowel preventie als het welvaartsniveau van de bevolking zijn daarom fundamentele elementen. Armoede heeft immers ook een rechtstreekse impact op de gezondheid en de levenskwaliteit.

Een hervorming met sterke en positieve doelstellingen wordt niet eenvoudig in de context waarin de sector zich vandaag bevindt. Het ernstige personeelstekort in verschillende zorgberoepen blijft aanslepen en wordt stilaan structureel. Een hervorming moet dan ook aandacht besteden aan de mogelijke impact op de zorgverstrekkers. De huidige situatie brengt de volksgezondheid en de toegang tot kwaliteitsvolle zorg in gevaar. Dagelijks zijn berichten te horen over onbeschikbare ziekenhuisbedden bij gebrek aan personeel. Plaatsen worden overigens pas onbeschikbaar wanneer het echt niet meer anders kan. Vooraleer dat gebeurt, wordt vaak al een tijd lang met te weinig middelen gewerkt om doorlopend voldoende zorg te verzekeren.

Il y a déjà eu, par le passé, des réformes par lesquelles des forfaits ont été instaurés, de même que des valeurs de référence (*benchmarks*). Il est effectivement possible d'envisager un système de forfaits, mais il ne faut pas oublier que ce n'est pas seulement des actes techniques qui doivent être financés: un travail valorisant est également un élément important pour les prestataires de soins et pour les jeunes qui envisagent une carrière dans la santé. Ces personnes souhaitent avoir des conditions de travail qui leur permettent à la fois de bien faire leur travail et de réhumaniser les soins. Le sentiment de faire un travail utile allonge par ailleurs la durée potentielle d'une carrière. On remarque en effet que les carrières des médecins et des infirmiers sont de plus en plus courtes, malgré tous les efforts qu'ils investissent dans leur formation. La cause de cette tendance réside dans les conditions de travail.

Les activités des prestataires de soins en milieu hospitalier constituent un point d'attention important pour les syndicats dans le cadre du financement des hôpitaux. Les professionnels de la santé travaillent dans un contexte difficile. La patientèle a évolué au cours des dernières décennies. L'intensité des soins est beaucoup plus élevée, alors que le nombre de prestataires n'a pas changé. Par le passé, les patients qui nécessitaient des soins moins pressants rendaient la charge de travail supportable, mais aujourd'hui, ces patients sont admis en hôpital de jour.

Les activités liées aux soins comprennent non seulement les actes techniques, mais aussi une partie "invisible". Si l'on veut améliorer la qualité des soins, il est plus important que jamais d'apporter un soutien au personnel soignant et de prévoir des possibilités d'intervision. Or, la participation à une formation ou à un groupe de travail fait en sorte que moins de temps peut être consacré au patient. Si l'on ne dispose pas de moyens pour remplacer les personnes, ces participations se font donc toujours au détriment des collègues. Par conséquent, les soignants ne participent plus à des formations ou des programmes de recherche, ce qui a un impact négatif sur leur motivation. Le modèle de financement doit donc également prévoir des moyens pour cette partie du travail, peut-être invisible, mais fondamentale du point de vue de la qualité des soins.

Il y a quelques années, un système a été mis en place en vue d'assurer le financement d'un infirmier accompagnateur chargé d'accueillir les nouveaux venus et d'entretenir des contacts avec les instituts de formation. Cinq années d'expérience professionnelle sont requises pour ce poste. Pour garantir une qualité durable des soins, il est plus que jamais nécessaire de bien encadrer

Hervormingen op het gebied van forfaits en benchmarks werden reeds eerder doorgevoerd. Er kan inderdaad over een forfait nagedacht worden, maar men mag niet vergeten dat niet alleen de technische activiteit gefinancierd moet worden: voor de zorgverstrekkers en voor jongeren die een loopbaan in de zorg overwegen, is ook betekenisvol werk belangrijk. Zij wensen arbeidsomstandigheden die hun toelaten zowel hun werk goed te doen als de zorg opnieuw menselijk te maken. Het gevoel zinvol werk te leveren zorgt er ook voor dat een langere carrière haalbaar wordt. De loopbanen van artsen en verpleegkundigen worden immers korter, ondanks alle inspanningen die zij in hun opleiding investeren. De oorzaak ligt bij de arbeidsomstandigheden.

De activiteiten zijn in het kader van de ziekenhuisfinanciering een belangrijk aandachtspunt voor de vakbonden. Gezondheidsprofessionals functioneren in een moeilijke werkcontext. Het patiëntenbestand is de voorbije decennia geëvolueerd. De zorgintensiteit ligt een stuk hoger, terwijl het aantal zorgverstrekkers gelijk gebleven is. Patiënten die iets minder acute zorg nodig hadden, maakten de werkdruk in het verleden houdbaar. Vandaag worden zij met een dagopname geholpen.

Zorggerelateerde activiteiten bestaan uit de technische handeling, met daarnaast een onzichtbaar gedeelte. Het is belangrijker dan ooit om ondersteuning en intervisie te voorzien, teneinde aan de kwaliteit van de zorg te werken. Deelnemen aan een opleiding of werkgroep betekent echter dat er weer minder tijd is om aan de patiënt te besteden. Zonder middelen om mensen te vervangen gebeurt dit dus altijd ten nadele van de collega's. Zorgverstrekkers nemen bijgevolg niet langer deel aan opleidingen of onderzoek, wat een negatieve impact heeft op hun motivatie. Het financieringsmodel moet daarom ook middelen voorzien voor dit onzichtbare maar op het vlak van kwaliteitszorg fundamentele gedeelte van de job.

Enkele jaren geleden werd een financieringsregeling getroffen voor de begeleidingsverpleegkundige die nieuwe medewerkers onthaalt en contact houdt met de opleidingsinstituten. Voor deze functie is vijf jaar beroepservaring vereist. Om een blijvende kwaliteit van de zorg te garanderen, is het meer dan ooit noodzakelijk om nieuwe werknemers goed te begeleiden, opdat ze

les nouveaux travailleurs, afin qu'ils restent motivés et ne quittent pas le secteur des soins. Un bon coaching n'est pas une perte de temps.

Mme Lionnet évoque ensuite les normes d'encadrement des patients. Grâce au Fonds Maribel social et au Fonds blouses blanches, une croissance de l'emploi a été possible. Cette croissance a permis de compenser un déficit structurel. Le taux d'encadrement doit absolument faire partie d'une réforme mettant l'accent sur l'élaboration d'un modèle de financement le plus équitable possible. Il s'agit en définitive d'une question de priorités.

Au niveau international, le consensus prévoit un ratio de huit patients par infirmier. En journée, ce ratio est tout juste atteint. Mais une journée compte 24 heures. Il n'est d'ailleurs plus correct d'utiliser le terme de "garde" pour les équipes de nuit. Les patients nécessitent le même niveau de soins après 20 heures. Les exigences de qualité et de sécurité sont les mêmes. Il arrive de plus en plus fréquemment que des patients reviennent de la salle d'opération en toute fin de journée et se réveillent juste au moment où l'équipe se réduit.

Un hôpital ne peut pas être géré comme un stock, avec une logistique de flux tendus et des équipes minimums. L'obligation d'assurer une permanence doit être incluse dans le financement. Des moyens financiers sont nécessaires pour renforcer les équipes de nuit, mais pas au détriment des équipes de jour.

À certains moments de la journée, une marge de sécurité doit être prévue pour garantir la qualité des soins, même à des moments où l'on pourrait supposer que le niveau d'activité est moindre. C'est un élément dont il faut tenir compte lors de la conception du financement.

Tout hôpital est une chaîne de soins qui ne se compose pas seulement de prestataires de soins. Au cours de la pandémie de coronavirus, il est apparu plus clairement que jamais que les services techniques et les services de soutien sont également importants. Il est crucial d'assurer une concertation sociale efficace qui tienne compte du rôle de chacun. L'objectif final est que les patients sortent de l'hôpital satisfaits et que les nouveaux membres du personnel infirmier puissent envisager une longue carrière dans des conditions de travail favorables.

5. Exposé introductif de M. Yves Hellendorf (ACV-CSC)

M. Yves Hellendorf rappelle que le 22 janvier 2022, le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, M. Frank Vandenbroucke, a présenté sa note sur la

gemotiveerd blijven en de zorgsector niet verlaten. Een goede begeleiding is geen verloren tijd.

Mevrouw Lionnet gaat vervolgens in op de omkaderingsnormen voor patiënten. Dankzij het Fonds Sociale Maribel en het Zorgpersoneelsfonds kon de werkgelegenheid toenemen. Hiermee werd een structureel deficit gecompenseerd. Het omkaderingscijfer dient absoluut deel uit te maken van een hervorming, waarbij wordt nagedacht over de uitwerking van een zo rechtvaardig mogelijk financieringsmodel. Uiteindelijk betreft het een kwestie van prioriteiten.

De internationale consensus hanteert een verhouding van acht patiënten per verpleegkundige. Overdag wordt dit aantal nipt bereikt. Een dag telt echter 24 uren. Het is bovendien niet langer correct om de term "van wacht" te gebruiken voor nachtdiensten. Patiënten blijven ook na 20 uur 's avonds evenveel zorg nodig hebben. De kwaliteits- en veiligheidsvereisten zijn dezelfde. Almaar vaker keren patiënten helemaal op het einde van de dag terug uit het operatiekwartier, en worden ze wakker net op het moment dat de ploeg kleiner wordt.

Een ziekenhuis kan niet beheerd worden zoals een voorraad, met een *just in time*-regeling en een minimum-bezetting. De verplichting om een permanentie te voorzien moet worden opgenomen in de financiering. Financiële middelen voor een versterking van de nachtdienst zijn noodzakelijk, maar niet ten koste van de dagploeg.

Er moet op bepaalde momenten van de dag een veiligheidsmarge ingebouwd worden om de kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen, ook op momenten waarop men zou kunnen uitgaan van een lagere activiteit. Hiermee moet rekening gehouden worden bij het uittekenen van de financiering.

Een ziekenhuis is een zorgketen en bestaat niet alleen uit zorgverstrekkers. Tijdens de coronapandemie werd duidelijker dan ooit dat ook de technische en ondersteunende diensten belangrijk zijn. Een efficiënt sociaal overleg dat rekening houdt met eenieders taken is cruciaal. De uiteindelijke doelstelling is dat patiënten het ziekenhuis tevreden verlaten, en dat nieuwe verpleegkundigen een lange carrière met gunstige arbeidsomstandigheden in het vooruitzicht hebben.

5. Inleidende uiteenzetting van de heer Yves Hellendorf (ACV-CSC)

De heer Yves Hellendorf verwijst naar de nota die de heer Frank Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, op 22 januari 2022 heeft

réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux. La CSC peut souscrire aux principes qui sous-tendent cette note, à savoir une réelle qualité des soins, une amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population, et une accessibilité réelle (non seulement au niveau financier mais aussi sur le plan géographique, culturel et temporel). L'efficacité du dispositif doit être un objectif réel et le ministre énonçait aussi la nécessité de conditions de travail durables et tenables permettant de maintenir le personnel en place et de maintenir l'attractivité de ces professions. L'orateur ne peut en outre que souscrire à l'intention d'intensifier la coordination multidisciplinaire avec les prestataires et services extrahospitaliers, même s'il constate que la vision "santé publique" reste quasi exclusivement orientée à partir du point de vue médical, et particulièrement hospitalier.

Depuis, malgré des demandes répétées, le ministre n'a jamais accepté de présenter sa note aux représentants du personnel hospitalier. Lors du lancement du dispositif des réseaux par la ministre de la Santé précédente, Mme Maggie De Block, une note avait quand même été négociée entre la ministre, les organisations syndicales et les fédérations d'employeurs pour prévoir un cadre social à la mise en œuvre de ces réseaux. Cette note n'a jamais pu être signée par les seules fédérations d'employeurs.

La volonté de la CSC était d'apporter un cadre social permettant au personnel des services de santé, et notamment des hôpitaux, de s'inscrire positivement dans cette démarche, qui n'est pas une initiative négative en soi. Cela n'a en effet pas de sens que deux hôpitaux offrent les mêmes services dans la même ville. Les moyens sont limités et il est bon de voir où ils peuvent être déployés au mieux.

Par contre, l'évolution vers les réseaux aura inévitablement une série de conséquences pour le personnel. Lors des négociations sur un nouvel accord social en 2020, il était explicitement prévu qu'une concertation se mettrait en place pour définir ce cadre social. L'orateur s'étonne donc que les organisations syndicales ne soient jusqu'à présent en aucune façon associées.

Entre-temps, une CCT a été signée en comité paritaire 330, alors que rien n'est prévu à ce jour dans le secteur public.

M. Hellendorf évoque ensuite les enjeux pour le personnel.

voorgesteld over de hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering. Het ACV kan zich vinden in de achterliggende principes van de nota, namelijk het streven naar een echte zorgkwaliteit, naar een verbetering van de gezondheidstoestand van de volledige bevolking en naar een daadwerkelijke toegankelijkheid (niet enkel uit financieel oogpunt maar ook geografisch, cultureel en tijdsgebonden bekeken). De doeltreffendheid van het zorgstelsel moet een echte doelstelling zijn. Voorts brak de minister een lans voor duurzame en doenbare werkomstandigheden die uitstroom van personeel voorkomen en de zorgberoepen aantrekkelijk houden. Ook kan de spreker het streven van de minister naar een meer doorgedreven multidisciplinaire afstemming met extramurale zorgverstrekkers en diensten alleen maar toejuichen, hoewel hij vaststelt dat de visie op "volksgezondheid" haast uitsluitend uitgaat van een medisch en dan nog in de eerste plaats "hospitalocentrisch" oogpunt.

Herhaalde verzoeken ten spijt is de minister sindsdien nooit ingegaan op de vraag zijn nota voor te stellen aan de vertegenwoordigers van het ziekenhuispersoneel. Bij het opzetten van de ziekenhuisnetwerkstructuur door gewezen minister van Volksgezondheid Maggie De Block hebben de toenmalige minister, de vakbonden en de werkgeversfederaties nog tenminste onderhandeld over een nota om de implementatie van die netwerken te voorzien van een sociaal kader. Het was uit den boze dat die nota enkel door de werkgeversfederaties zou zijn ondertekend.

Het ACV wilde een sociaal kader doen uittekenen dat het gezondheidszorgpersoneel en inzonderheid het ziekenhuispersoneel positief zou stemmen over de evolutie naar een netwerkstructuur, die op zich niet negatief is. Het heeft immers geen zin dat in eenzelfde stad twee ziekenhuizen dezelfde diensten aanbieden. De middelen zijn beperkt en het is maar goed na te gaan waar ze het best kunnen worden ingezet.

Die inzet op netwerken heeft daarentegen onvermijdelijk gevolgen voor het personeel. Bij de onderhandelingen over het nieuwe sociaal akkoord in 2020 werd expliciet afgesproken dat het sociale raamwerk zou worden uitgetekend via overleg. De spreker is dan ook verwonderd dat de vakbonden vooralsnog op geen enkele manier betrokken werden.

Ondertussen werd ter zake in paritair comité 330 een cao ondertekend, terwijl voor de overheidssector thans in dezen niets ophanden is.

De heer Hellendorf legt vervolgens uit wat er voor het personeel op het spel staat.

Une réorganisation des missions de soins au sein du réseau, y compris les changements en matière d'infrastructures, va inévitablement s'accompagner d'une concentration de services, qu'ils soient de soins ou de soutien. Cela va entraîner des modifications importantes dans les prestations professionnelles, les statuts, les conditions de travail, mais aussi dans l'emploi du personnel hospitalier. En effet, soit il y aura des déplacements géographiques, soit il y aura une modification du contenu professionnel. Si le pôle mère-enfant n'est plus assuré dans son hôpital, une sage-femme, par exemple, devrait choisir d'aller travailler dans un autre hôpital ou de ne plus exercer sa profession de base. On sait d'ores et déjà que la concentration de certains types de services loco-régionaux va amener la suppression de ce que certains appellent des "doublons" notamment dans le cadre de la continuité des soins et des services logistiques et de soutien. Enfin, les économies d'échelles recherchées par la coopération renforcée intensifie l'externalisation.

De la même façon, prétendre que les réseaux ne créent pas de fusion est un leurre. Le marchepied du réseau a permis de rassembler des gestionnaires qui élaborent des projets de fusion et non pas de stabilité au niveau du premier étage. Il s'agit donc clairement d'une première étape vers des projets plus importants qu'il faut pouvoir désigner et encadrer. Il n'est pas sain de vouloir créer des réseaux si la conséquence en est que 80 % des hôpitaux deviendront des mastodontes centralisés autour desquels graviteront quelques institutions très locales qui assureront la base minimale et pour lesquelles il faudra sans doute se demander si cette base minimale restera possible et souhaitable. Il y a donc un modèle caché qu'il faut pouvoir identifier et encadrer ou refuser. On ne peut pas parler de réseaux sans dire où ils mènent.

La définition même de l'hôpital se fragilise. Un laboratoire commun au sein d'un réseau reste-t-il une partie intégrante de l'hôpital? Sans parler des cuisines, buanderie, stérilisation etc. qui, une fois centralisées ne sont plus considérées comme telles. Le personnel risque fort de ne plus bénéficier du statut de personnel hospitalier, mais bien, selon son activité, de celui de la commission paritaire correspondante (moins intéressante). La sous-traitance et l'externalisation sont des éléments de dumping social, mais aussi de concurrence entre les institutions.

Wanneer zorgopdrachten in een netwerkstructuur ingebed worden, met alle bijbehorende infrastructurale wijzigingen, dan zal dat onvermijdelijk leiden tot een concentratie van zowel zorg- als ondersteuningsdiensten. Van de weeromstuit volgen ingrijpende veranderingen inzake arbeidsprestaties, statuten en werkomstandigheden. Ook het inzetten van ziekenhuispersoneel ontsnapt niet aan de gevolgen, want ofwel zullen personeelsleden naar een andere locatie moeten gaan, ofwel zal hun werk anders worden ingevuld. Zo zal een vroedvrouw die nu in een ziekenhuis werkt waar niet langer kraamzorg zal worden verstrekt, moeten kiezen: in een ander ziekenhuis gaan werken of haar basisberoep niet langer uitoefenen. Nu al staat vast dat de concentratie van bepaalde loco-regionale diensten zal leiden tot de schrapping van wat sommigen "overlaps" noemen, met name in het kader van de zorgcontinuïteit en van logistieke en ondersteunende diensten. Tot slot zullen de schaalvoordelen die via een versterkte samenwerking worden nagestreefd, tot een grotere uitbesteding van taken leiden.

Evenzo is het een illusie te denken dat netwerkvorming fusies voorkomt. Ziekenhuisbeheerders kunnen het netwerk immers als opstapje gebruiken om projecten uit te werken om fusies tot stand te brengen en niet om de ziekenhuiszorg zelf stabiel te maken. Aldus wordt onmiskenbaar het pad geëffend voor grootschaligere projecten, die men moet durven te benoemen en te omkaderen. Het is niet gezond netwerken te willen creëren wanneer als gevolg daarvan 80 % van de ziekenhuizen centraal gelegen mastodonten worden, met in hun werkingssfeer luttel lokale instellingen die een minimumaanbod aan gezondheidszorg zullen verstrekken maar waarvoor wellicht al snel de vraag zal rijzen of zelfs dat houdbaar en wenselijk blijft. Achter de netwerkvorming zit dus een verborgen model dat men openlijk moet kunnen erkennen en duiden, dan wel afwijzen. Het slaat nergens op het over netwerken te hebben zonder te zeggen waar ze toe dienen.

De definitie zelf van wat een ziekenhuis is, staat op losse schroeven. Is een ziekenhuislaboratorium dat binnen een netwerk dienstdoet als een gemeenschappelijk laboratorium, nog wel een volwaardig deel van het ziekenhuis? De spreker heeft het dan nog niet over de keukens, de wasserij, de sterilisatieafdeling enzovoort, die eenmaal gecentraliseerd niet langer als een integraal deel van het ziekenhuis worden beschouwd. Voor het personeel is het gevaar groot dat het niet langer onder het ziekenhuispersoneelsstatuut zal vallen, maar wel onder het – minder interessante – statuut van het paritair comité waar de beroepsactiviteit onder ressorteert. Onderaanneming en uitbesteding zijn niet alleen symptomen van sociale dumping, maar ook kenmerkend voor wedijver tussen de ziekenhuisinstellingen.

Rentrer dans une logique de *benchmarking* au niveau de la gestion et de l'utilisation des moyens, créera une spirale dans laquelle la variable du statut du personnel est fondamentale.

Le cadre avec des pratiques de vérification d'une bonne utilisation des moyens doit absolument garantir la plateforme commune qui permet une réelle comparaison. La CSC demande donc de sacraliser cette définition des institutions qui dépendent de la loi sur les hôpitaux, y compris de considérer que si un hôpital externalise une série de services, il doit perdre de façon importante le financement qui avait été prévu par rapport au statut hospitalier. Il n'est pas de question de rentabiliser le dispositif à travers de dumping social.

L'annonce d'un financement lié aux soins, pouvant dorénavant passer par le réseau plutôt que par "l'hôpital-source", amplifie fortement ces risques.

La CSC appelle de ses vœux la mise en place des "honoraires purs", extrayant des honoraires la couverture des coûts hospitaliers des prestations. La négociation sur les rétrocessions d'honoraires donne au corps médical un pouvoir démesuré dans le dispositif de santé publique, et plus particulièrement dans les hôpitaux. La santé n'est pas une propriété privée de la médecine.

L'organisation syndicale craint terriblement les résultats des recherches annoncées par le ministre, sur "le coût de l'encadrement nécessaire en personnel soignant par pathologie pendant le séjour hospitalier" et "les coûts d'hébergement par DRG (personnel en unités de soins, notamment)". Tout le monde reconnaît aujourd'hui la pénurie de personnel et l'existence de nombreux postes vacants. Cette situation est d'ailleurs à la source de nombreux dysfonctionnements et pertes de qualité. Depuis des dizaines d'années, la CSC dénonce le fait que les enregistrements des activités infirmières et médicales soient prises comme étalonnage d'une activité normale, saine et donc finançable comme telle. La situation actuelle n'est pas la norme, et ne doit pas le devenir non plus. Le taux d'encadrement doit être revu à la hausse. D'autre part, l'orateur attire l'attention sur la surcharge administrative déjà énorme au niveau du personnel soignant.

La CSC n'est pas opposé à la vérification de ce qui fonctionne ou pas, mais on ne peut pas demander au personnel à la fois de déléguer du travail administratif et en même temps lui imposer une nouvelle charge administrative.

Door inzake beheer en gebruik van middelen een benchmarkinglogica te hanteren, ontstaat een neerwaartse spiraal waarin het personeelsstatuut als variabele zeer belangrijk wordt.

Het kader, met inbegrip van praktijken om na te gaan of de middelen goed worden besteed, moet het absoluut mogelijk maken het gemeenschappelijk platform tot stand te brengen waarin echte vergelijkingen mogelijk zijn. Het ACV vraagt bijgevolg dat de definitie van instellingen die onder de ziekenhuiswet ressorteren, terdege wordt verankerd en daarbij zelfs zo te redeneren dat als een ziekenhuis diensten uitbesteedt, het dient te stellen zonder een groot deel van de financiering die het onder het ziekenhuisstatuut had. Het kan niet de bedoeling zijn dat aan sociale dumping wordt gedaan om het stelsel rendabeler te maken.

De in uitzicht gestelde zorggerelateerde financiering, die niet langer via het "bronziekenhuis" maar via het netwerk zou verlopen, vergroot die risico's sterk.

Het ACV had graag gezien dat met "zuivere honoraria" zou worden gewerkt, waarbij de ziekenhuiskosten ter dekking van de prestaties uit de honoraria zouden worden gelicht. De onderhandelingen over de retrocessies verlenen het artsenkorps buitensporig veel invloed in het gezondheidszorgstelsel, inzonderheid in de ziekenhuizen. Geneeskunde heeft gezondheid niet in eigendom.

De vakbond kijkt heel bezorgd uit naar de resultaten van het door de minister aangekondigde onderzoek naar de kosten van "de benodigde omkadering aan zorgpersoneel per pathologie tijdens het ziekenhuisverblijf" en naar die van het onderzoek naar "de verblijfskosten per DRG (hoofdzakelijk inzet personeel op verpleegafdelingen (...))." Het personeelstekort en de vele openstaande betrekkingen ontgaan inmiddels niemand meer. Die situatie leidt overigens tot tal van disfuncties en tot kwaliteitsverlies. Al decennialang laakt het ACV dat een normale, gezonde en dus financierbare activiteit wordt afgemeten aan de geregistreerde verpleegkundige en medische activiteiten. De huidige situatie is echter niet de norm en mag die ook niet worden. De personeelssterkte moet omhoog. Daarnaast vestigt de spreker de aandacht op de nu al enorme administratieve overlast bij het zorgpersoneel.

Het ACV heeft er niets op tegen dat men nagaat wat al dan niet werkt, maar het kan niet de bedoeling zijn dat het personeel aan de ene kant administratie moet delegeren maar aan de andere kant nieuwe administratieve taken opgelegd krijgt.

Mais il ne faut pas seulement réfléchir à la norme au niveau des soins. Les normes de financement pour les services de soutien, financés via le BMF (notamment B1), ne permettent absolument pas de garantir des conditions de travail correctes. La pression économique sur ces services intensifie les risques d'externalisation et de dumping social.

En matière de complémentarité avec l'extrahospitalier, M. Hellendorf ne peut que constater le copier-coller que contient cette note: "projets pilotes", "alternatives à l'hospitalisation classique", "formes alternatives de soins", ... Depuis Jean-Luc Dehaene, ce même discours est recopié, sans que sur le terrain, les services de première ligne ne soient en capacité de concrétiser ces bonnes intentions, encore moins dans une vision intégrant les différents déterminants de la santé.

Aujourd'hui, toute une série de soins à domicile sont en difficulté majeure, notamment à cause de l'augmentation du prix des carburants. Aucune initiative crédible n'est prise pour s'assurer que ces services survivent et soient une alternative et un complément réel à une réduction de l'hospitalisation.

Enfin, en ce qui concerne les suppléments d'honoraires, la CSC ne peut que se réjouir de voir commencer à se concrétiser une réelle volonté de limiter ces pratiques, y compris au niveau ambulatoire. L'organisation reste cependant déçue de la lenteur du dispositif prévu.

Concernant l'accessibilité et l'équité, la CSC est convaincue de la nécessité de réguler le transfert de patientèle de l'hôpital vers l'ambulatoire. De plus en plus, on constate que la durée d'attente pour un rendez-vous en hôpital s'allonge, mais que, y compris souvent avec le soutien du personnel administratif de l'hôpital, une solution plus rapide est proposée en consultation privée du même prestataire, à un tarif non conventionné.

Particulièrement, en ce qui concerne le personnel hospitalier, la CSC demande l'adoption d'un cadre social impératif à la mise en place des réseaux hospitaliers. Celui-ci devra prévoir:

- une obligation d'information et de concertation avec les représentants syndicaux du personnel préalable à toute initiative ayant des implications sur le statut, l'emploi, les conditions d'exercice ou de travail;

- la CSC n'est pas opposée à la réforme du paysage hospitalier, mais souhaite un engagement politique de réinvestissement en amélioration des normes de personnel de conditions de travail (mais aussi dans les soins de première ligne), des économies réalisées par

Er moet echter niet alleen worden nagedacht over de norm bij zorg. De financieringsnormen voor de via het BFM gefinancierde ondersteuningsdiensten (meer bepaald B1) zijn absoluut geen garantie voor correcte arbeidsomstandigheden. De economische druk op die diensten verhoogt het risico op outsourcing en sociale dumping.

Wat de complementariteit met de extramurale zorg betreft, stelt de heer Hellendorf vast dat deze nota niets nieuws onder de zon is: "pilotprojecten", "alternatieven voor klassieke hospitalisatie", "alternatieve zorgvormen" enzovoort; al sinds Jean-Luc Dehaene weerklinkt dit discours zonder dat de eerstelijnsdiensten in het veld al die goede voornemens gestalte kunnen geven, al zeker niet als onderdeel van een geïntegreerde visie op de verschillende bepalende gezondheidszorgelementen.

De thuiszorg beleeft vandaag zware tijden, niet het minst door de stijging van de brandstofprijs. Niet één geloofwaardig initiatief wordt genomen opdat die diensten kunnen voortbestaan en kunnen fungeren als alternatief voor en volwaardige aanvulling op de ziekenhuisopnames, waarvan de vermindering wordt beoogd.

Wat ten slotte de honorarijsupplementen betreft, kan het ACV alleen maar tevreden zijn dat stilaan de reële bereidheid ontstaat om ze aan banden te leggen, ook in de ambulante zorg. Toch blijft de vakbond ontgoocheld dat een en ander nog lang op zich zal laten wachten.

Aangaande de toegankelijkheid en de billijkheid is het ACV ervan overtuigd dat het afleiden van ziekenhuispatiënten naar de ambulante zorg moet worden gereguleerd. De wachttijd voor een afspraak in het ziekenhuis wordt almaar langer, terwijl, vaak met steun van het administratief personeel van het ziekenhuis, een snellere oplossing wordt geboden via een privéconsult bij dezelfde zorgverlener tegen niet-conventioneel tarief.

In het bijzonder met betrekking tot het ziekenhuispersoneel bepleit het ACV de uittekening van een sociaal kader waaraan de oprichting van ziekenhuisnetwerken onderworpen zou zijn. Dat raamwerk dient volgens het ACV in het volgende te voorzien:

- een plicht tot kennisgeving en overleg met de vakbondsafvaardiging van het personeel voorafgaand aan elk initiatief dat gevolgen heeft voor het statuut, het werk en de uitoefenings- of arbeidsvoorwaarden;

- zonder afbreuk te doen aan de noodzakelijkheid van een hervorming van het ziekenhuislandschap, een politieke verbintenis om de bedragen die werden uitgespaard door ziekenhuisinstellingen samen te brengen (via netwerken, samenwerkingsverbanden, fusies

le rapprochement des institutions hospitalières (réseaux, coopération, fusion, etc.) Ce point était acquis lors de discussions avec la ministre de la Santé précédente, Mme Maggie De Block, mais a disparu pour l'instant;

— la définition non ambiguë de la notion d'établissement soumis à la loi sur les hôpitaux" incluant l'ensemble du dispositif diagnostic, préventif et curatif, y compris les services de soutien. De ce fait, il doit être prévu que toute externalisation doit rester sous contrôle de l'hôpital;

— une compensation pour la flexibilité géographique ou professionnelle engendrée par cette réforme;

— des balises claires en matière de modification du financement des hôpitaux.

La situation actuelle n'est pas la norme et ne doit pas le devenir: le financement doit prévoir une amélioration des normes d'encadrement, aussi bien dans les soins que dans les services de support.

Le financement des "coûts relatifs aux honoraires" doit être autonome et direct, de façon à garantir l'emploi et les conditions de travail sur le long terme.

La CSC n'est pas opposée à une évolution du financement vers plus d'utilité, et donc de justification. L'organisation exige inversement que les critères qualitatifs indispensables pour éviter une sous-consommation et donc une iniquité, soient atteignables dans un contexte de tenabilité et de durabilité pour le personnel hospitalier. Les conditions de travail actuelles sont une hypothèque énorme sur la capacité du système à produire des soins de qualité à l'avenir, en ce qu'elles réduisent fortement la rétention du personnel et l'attractivité pour les jeunes.

Cette réforme devrait casser le cercle vicieux, sinon on est en train de créer un très beau modèle qui ne fonctionnera pas.

B. Questions et observations des membres

Mme Frieda Gijbels (N-VA) retient que M. Claeys met en garde contre une réglementation excessive de la concentration des soins. Il n'est pas toujours bon qu'une certaine expertise ne soit plus disponible dans un hôpital. Peut-on y remédier, par exemple grâce à la rotation des médecins entre les hôpitaux?

Selon M. Claeys, il n'y a pas de réelle surconsommation de prestations médicales dans les hôpitaux et les

enzovoort), te herinvesteren in de verbetering van de personeelsnormen met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden (ook in de eerstelijnszorg). Na gesprekken met de toenmalige minister van Volksgezondheid, Maggie De Block, bestond in dezen consensus, maar inmiddels is dit punt opnieuw van de agenda verdwenen;

— een ondubbelzinnige definitie van het begrip "aan de ziekenhuiswet onderworpen instelling", met inbegrip van alle diagnostische, preventieve en curatieve aspecten, alsook de ondersteunende diensten. In dat verband moet elke vorm van outsourcing onder toezicht van het ziekenhuis blijven staan;

— een compensatie voor de geografische of professionele flexibiliteit die met de hervorming gepaard zal gaan;

— duidelijke bakens met betrekking tot de wijziging van de ziekenhuisfinanciering.

De huidige situatie is niet de norm en mag die ook niet worden: de financiering moet leiden tot betere omkaderingsnormen, in zowel de zorg als de ondersteunende diensten.

De "honorariumkosten" moeten autonoom en rechtstreeks worden gefinancierd om de werkgelegenheid en de arbeidsvoorwaarden te waarborgen op lange termijn.

Het ACV is er niet tegen gekant dat in de financiering meer aandacht uitgaat naar doelmatigheid en dus naar verantwoording. Aan de andere kant eist de vakbond dat de onmisbare kwaliteitscriteria om onderconsumptie en dus ongelijkheid te voorkomen, haalbaar zijn, in die zin dat ze voor het ziekenhuispersoneel vol te houden en duurzaam zijn. De huidige arbeidsvoorwaarden leggen een zware hypotheek op het vermogen van het systeem om in de toekomst kwaliteitszorg te waarborgen, in die zin dat ze uitstroom van personeel amper tegengaan en het beroep veel minder aantrekkelijk maken voor jongeren.

Deze hervorming zou de vicieuze cirkel moeten doorbreken, anders zal ze niet meer opleveren dan een knap maar onwerkbaar model.

B. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) heeft begrepen dat de heer Claeys waarschuwt voor een overregulering van de zorgconcentratie. Het is niet altijd goed wanneer een bepaalde expertise een ziekenhuis verlaat. Zijn er oplossingen voor dit probleem, zoals bijvoorbeeld een rotatie van artsen tussen ziekenhuizen?

Volgens dezelfde spreker is er niet echt sprake van overconsumptie van medische prestaties in de

hôpitaux auraient vraiment besoin des revenus générés par ces prestations. L'intervenante n'est pas tout à fait d'accord. Elle pense qu'il existe certainement des exemples de surconsommation dans les hôpitaux. Elle évoque des CT-scans superflus ou des interventions chirurgicales superflues. M. Claeys est-il d'accord? Les intervenants pensent-ils qu'il faudrait viser davantage l'efficacité des soins?

M. Claeys a également évoqué le sous-financement des applications informatiques. Selon Mme Gijbels, il y a encore beaucoup de possibilités d'amélioration dans les hôpitaux en matière d'informatique. Elle cite l'exemple d'une meilleure évaluation comparative (*benchmarking*) des hôpitaux grâce à l'échange de données. Quelle est l'opinion de l'orateur à ce sujet? Les médecins sont-ils ouverts à cette idée? Faut-il recourir à une évaluation comparative (*benchmarking*) pour mesurer la qualité des soins?

En ce qui concerne la nomenclature, M. Claeys a indiqué que certaines prestations techniques étaient trop valorisées et que de nombreuses prestations intellectuelles l'étaient trop peu. L'actualisation des prestations surévaluées est-elle soutenue?

Est-il judicieux de prévoir des montants nominaux plutôt que des pourcentages en ce qui concerne les suppléments d'honoraires?

M. Noppen a indiqué qu'à partir de 2030, la demande de soins augmentera considérablement en raison du vieillissement de la population. D'autre part, on peut s'attendre à de nombreux progrès dans le domaine des soins de santé au cours des prochaines années. Dans quelle mesure ces progrès permettront-ils de répondre à cette demande croissante de soins? Ces innovations entraîneront-elles une diminution du nombre de médecins ou de lits nécessaires dans les hôpitaux?

Il a également été indiqué que l'offre de médecins était trop faible en Belgique et qu'il convenait donc de former davantage de médecins. L'intervenante se demande si les médecins ne pourraient pas déléguer davantage de tâches afin de pouvoir se concentrer davantage sur leurs tâches principales. Cela pourrait également contribuer à accroître l'attractivité de la profession d'infirmier.

M. Noppen a fait une déclaration remarquable. Selon lui, la prévention produit déjà des effets après six mois. Mme Gijbels s'en réjouit et estime qu'il s'agit également d'une information utile pour les décideurs politiques. Elle se demande en outre si les incitants en faveur du travail de prévention sont aujourd'hui suffisants dans le secteur des soins de santé. La fragmentation des soins de santé réduit-elle l'intérêt du travail de prévention?

ziekenhuizen. De ziekenhuizen zouden de inkomsten die uit deze prestaties voortkomen echt nodig hebben. De spreker is het daar niet helemaal mee eens. Zij meent dat er wel degelijk voorbeelden van overconsumptie in de ziekenhuizen te vinden zijn, zoals overbodige CT-scans of overbodige chirurgische ingrepen. Is de heer Claeys het daarmee eens? Menen de sprekers dat er meer werk moet worden gemaakt van doelmatige zorg?

De heer Claeys sprak ook over de onderfinanciering van IT-toepassingen. Op het vlak van IT zijn er volgens mevrouw Gijbels nog heel wat mogelijkheden in de ziekenhuizen. Eén daarvan is de mogelijkheid van een betere benchmarking van ziekenhuizen, door middel van het uitwisselen van gegevens. Wat is hierover de mening van de spreker? Staan artsen hiervoor open? Moet door middel van benchmarking de kwaliteit van de zorg worden gemeten?

Met betrekking tot de nomenclatuur gaf de heer Claeys aan dat bepaalde technische prestaties te hoog gewaardeerd worden, terwijl vele intellectuele prestaties te laag worden gewaardeerd. Is er animo om de waardering van de overgewaardeerde prestaties aan te passen?

Is het een goed idee om met betrekking tot de ere-loonsupplementen met nominale bedragen te werken in plaats van met procenten?

De heer Noppen heeft aangetoond dat vanaf 2030 de zorgvraag aanzienlijk zal toenemen omwille van de vergrijzing van de bevolking. Aan de andere kant kunnen de komende jaren heel wat nieuwe ontwikkelingen in de zorg worden verwacht. In welke mate kunnen deze ontwikkelingen een oplossing bieden voor die toenemende zorgvraag? Zullen die vernieuwingen er voor kunnen zorgen dat we minder artsen of ziekenhuisbedden zullen nodig hebben?

Er werd ook aangegeven dat het Belgisch aanbod aan artsen te laag is en er werd bijgevolg gepleit voor het opleiden van meer artsen. De spreker vraagt zich af of artsen meer taken kunnen delegeren, zodat ze zich nog meer kunnen toespitsen op hun kerntaken. Dit zou ook kunnen bijdragen tot een verhoging van de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige.

De heer Noppen deed de opmerkelijke uitspraak dat preventie reeds na zes maanden een impact heeft. Mevrouw Gijbels is blij dit te horen en meent dat dit ook nuttige kennis is voor de beleidsmakers. Verder vraagt ze zich af of er vandaag voldoende incentives in de zorg zijn om aan preventie te doen. Maakt de versnippering van de gezondheidszorg het minder interessant om aan preventie te doen?

M. Gevaert pense-t-il que le paiement groupé (*bundled payment*) est possible dans un paysage de soins de santé fragmenté? Une réforme et une homogénéisation des paquets de compétences sont-elles nécessaires pour que le paiement groupé puisse être utile?

M. Gevaert a parlé de différences financières entre les hôpitaux. Peut-il expliquer pourquoi certains hôpitaux rencontrent systématiquement des difficultés alors que d'autres n'en rencontrent pas?

Comment peut-on déterminer si un hôpital est bien géré? Comment peut-on ensuite récompenser les bons gestionnaires?

Le gel des suppléments tarira une source de financement des hôpitaux. Comment ce gel doit-il être compensé? Comment peut-on éviter en outre que les hôpitaux qui facturent aujourd'hui les suppléments les plus faibles soient pénalisés par ce gel?

De nombreux prestataires de soins de santé craignent une aggravation de la bureaucratie. Serait-il judicieux de soumettre toute nouvelle mesure à un "test bureaucratique" dans le domaine des soins de santé?

Quels seraient les gains rapides, selon les invités, de l'amélioration des conditions de travail des soignants et de l'attractivité du travail?

Mme Laurence Hennuy (Ecolo-Groen) revient sur la question de la co-gouvernance. M. Gevaert préconise un modèle dans lequel la moitié du conseil d'administration serait composée de professionnels de la santé. Vise-t-il seulement les médecins ou d'autres prestataires de soins pourraient-ils en faire partie? Quel serait le rôle de la direction médicale au sein du conseil d'administration? Les patients doivent-ils également être représentés?

Quelles mesures faut-il prendre pour prévenir la fuite des médecins vers les soins ambulatoires ou vers les établissements privés, ou pour inciter les médecins à revenir dans les hôpitaux?

M. Patrick Prévot (PS) est favorable à la maîtrise des suppléments d'honoraires. Toutefois, selon les experts entendus précédemment par la commission de la santé, une importante source de revenus des hôpitaux serait alors perdue. Quel est l'avis des invités à ce sujet?

Pour le groupe PS, l'introduction du forfait par APR-DRG est un point d'attention particulier. Comment continuer à tenir compte des variations entre les patients, ainsi que des hôpitaux qui accueillent un grand nombre de

Meent de heer Gevaert dat *bundled payment* mogelijk is in een versnipperd zorglandschap? Is er nood aan een hervorming en homogenisering van de bevoegdheidspakketten voordat *bundled payment* een nuttige maatregel kan worden?

De heer Gevaert sprak over financiële verschillen tussen de ziekenhuizen. Kan hij verklaren waarom sommige ziekenhuizen stevast in moeilijkheden komen en andere niet?

Hoe kan men evalueren of een ziekenhuis goed wordt bestuurd? Hoe kan goed bestuur vervolgens worden beloond?

De *standstill* voor supplementen zal een financieringsbron doen wegvallen voor de ziekenhuizen. Hoe moet dit worden gecompenseerd? Hoe kan men bovendien voorkomen dat ziekenhuizen die vandaag de laagste supplementen vragen worden gestraft door de *standstill*-maatregel?

Veel zorgverleners zijn bevreesd voor een toename van de bureaucratie. Zou het een goed idee zijn om elke nieuwe maatregel in de zorg te onderwerpen aan een "bureaucratietoets"?

Welke *quick wins* zien de genodigden om de werkomstandigheden van het zorgpersoneel te verbeteren en de job-inhoud aantrekkelijker te maken?

Mevrouw Laurence Hennuy (Ecolo-Groen) komt terug op het thema van de co-governance. De heer Gevaert pleit voor een model waarbij de helft van de Raad van Bestuur zou bestaan uit zorgverleners. Bedoelt hij daarmee enkel artsen of kunnen dat ook andere zorgverleners zijn? Welke rol is er binnen de Raad van Bestuur weggelegd voor de medische directie? Moeten de patiënten ook worden vertegenwoordigd?

Welke maatregelen moeten er worden genomen om de vlucht van artsen naar de ambulante zorg of privé-instellingen te voorkomen of om artsen naar de ziekenhuizen te laten terugkeren?

De heer Patrick Prévot (PS) is voorstander van de beheersing van de ereloonsupplementen. Volgens experts die eerder in de commissie Gezondheid werden gehoord zou er echter een belangrijke bron van inkomsten wegvallen voor de ziekenhuizen. Wat is de mening van de genodigden?

Voor de PS-fractie is de invoering van het forfait per APR-DRG een bijzonder aandachtspunt. Hoe kan er toch nog rekening gehouden worden met variaties tussen patiënten en met ziekenhuizen die een groot aantal

patients “atypiques”? Un financement supplémentaire peut-il être prévu pour les missions sociales? Comment éviter la sélection des patients?

Au cours d'auditions précédentes, il a été indiqué que de plus en plus d'hôpitaux quittaient le système d'accréditation. Comment les intervenants expliquent-ils ce phénomène? Le système d'accréditation est-il encore suffisamment adapté à nos hôpitaux? Faut-il concevoir un nouveau système?

Mme Dominiek Sneppe (VB) a lu dans une interview de M. Noppen qu'il était favorable à un salaire fixe pour les médecins. Peut-il préciser cette position?

Au cours des auditions précédentes, une réforme des fonctions de soutien a également été demandée. Sera-t-il encore nécessaire que chaque hôpital dispose du même personnel de soutien lorsque les réseaux fonctionneront bien? Des économies pourront-elles par exemple être réalisées en matière de personnel administratif au niveau des réseaux?

Selon l'économiste de la santé Lieven Annemans, 4 milliards d'euros de gains d'efficacité supplémentaires pourraient être réalisés dans le domaine des soins de santé. Les invités sont-ils d'accord? Dans quels domaines ces gains d'efficacité peuvent-ils être réalisés?

Selon M. Hellendorf, les syndicats ne sont pas associés aux discussions concernant la réforme du financement des hôpitaux. Alors que les autres intervenants se sont montrés modérément positifs à propos des projets de réforme du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, M. Hellendorf s'est montré plutôt critique. Est-ce parce que la CSC n'a pas été associée à ces discussions, ou la note du ministre manque-t-elle de substance?

Mme Sofie Merckx (PVDA-PTB) souhaite connaître l'avis de M. Noppen à propos du système actuel de quotas de médecins et du *numerus clausus*. Est-il judicieux de conserver ce système alors que la pénurie de médecins ne cesse d'augmenter?

Dans les hôpitaux universitaires, 70 % des médecins sont salariés. Quels sont les avantages et les inconvénients de ce système? Serait-il judicieux d'étendre ce système aux autres hôpitaux?

Le groupe PVDA-PTB a reçu de nombreux signaux d'hôpitaux qui s'inquiètent des conséquences financières de la réforme. Le groupe PVDA-PTB propose dès lors d'allouer chaque année le même budget aux hôpitaux durant cinq ans et de les laisser décider eux-mêmes de

“atypische” patiënten opvangen? Kan er een bijkomende financiering worden voorzien voor sociale opdrachten? Hoe kan men selectie van patiënten voorkomen?

Tijdens een vorige sessie van de hoorzittingen werd aangegeven dat steeds meer ziekenhuizen het accreditatiesysteem verlaten. Welke verklaring hebben de sprekers voor dit fenomeen? Is het accreditatiesysteem nog voldoende aangepast aan onze ziekenhuizen? Moet er een nieuw systeem worden bedacht?

Mevrouw Dominiek Sneppe (VB) las in een interview met de heer Noppen dat deze laatste voorstander zou zijn van een vast loon voor artsen. Kan hij dit standpunt wat meer verduidelijken?

Tijdens de eerdere sessies van de hoorzittingen werd ook opgeroepen tot een hervorming van de ondersteunende functies. Zal het, op het moment dat de netwerken goed functioneren, nog nodig zijn dat elk ziekenhuis evenveel ondersteunend personeel heeft? Kan er bijvoorbeeld op netwerkniveau bespaard worden op administratieve krachten?

Volgens gezondheidseconoom Lieven Annemans zou er nog 4 miljard efficiëntiewinst kunnen worden geboekt in de zorg. Zijn de genodigden het daar mee eens? In welke domeinen kan die efficiëntiewinst worden geboekt?

De heer Hellendorf heeft aangegeven dat de vakbonden niet betrokken zijn bij de gesprekken rond de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Daar waar de andere sprekers gematigd positief waren over de hervormingsplannen van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, was de heer Hellendorf tamelijk kritisch. Is dat omdat het ACV niet betrokken werd bij de gesprekken, of schiet de nota van de minister inhoudelijk tekort?

Mevrouw Sofie Merckx (PVDA-PTB) wenst de mening van de heer Noppen te kennen over het huidige systeem van artsenquota en *numerus clausus*. Is het zinvol om dit systeem te behouden als het artsentekort steeds groter wordt?

In de universitaire ziekenhuizen werkt 70 % van de artsen in loondienst. Welke voor- en nadelen heeft dit systeem? Zou het een goed idee zijn om dit systeem door te trekken naar de andere ziekenhuizen?

De PVDA-PTB-fractie krijgt vanuit de ziekenhuizen heel wat signalen van ongerustheid over de financiële gevolgen van de hervorming. Daarom stelt de fractie voor om de ziekenhuizen vijf jaar lang elk jaar hetzelfde budget toe te kennen en ze zelf te laten beslissen over

l'affectation de ces moyens. Cela pourrait apaiser les craintes à l'égard d'un choc financier. Que pensent les intervenants de cette idée?

Selon M. Gevaert, le financement ne pourra pas être transparent tant qu'il y aura des rétrocessions. Pourquoi? Ne peut-on pas œuvrer en faveur d'une plus grande transparence en matière de rétrocessions?

L'intervenante constate que le personnel soignant est à peine mentionné dans la note du ministre. Il est décevant que les syndicats n'aient pas encore été associés aux discussions. Que pensent les syndicats de l'intention du ministre d'encourager davantage l'hospitalisation de jour? Quelle est la position des syndicats à propos des forfaits complets? Les frais de personnel seraient inclus dans ces forfaits. Les hôpitaux risquent-ils d'essayer de réaliser des économies de personnel?

M. Hellendorf peut-il préciser quels services sont actuellement externalisés? Y a-t-il un lien entre cette externalisation et les forfaits complets? L'externalisation a-t-elle lieu pour réduire les coûts? Quelles sont les fusions déjà réalisées aujourd'hui? Des services ont-ils déjà été fermés à la suite de fusions, et leur fermeture a-t-elle réduit l'accessibilité des soins pour les patients?

Mme Gitta Vanpeborgh (Vooruit) retient des exposés que les médecins spécialistes n'ont pas été associés à la formation des réseaux hospitaliers. Quels éléments les médecins spécialistes prendraient-ils en compte aujourd'hui si les réseaux pouvaient être constitués à partir de zéro?

M. Noppen a évoqué une pénurie de médecins qui serait perceptible à partir de 2030 en raison du vieillissement de la population. N'est-il toutefois pas vrai que la Commission fédérale de planification tient compte du vieillissement de la population dans ses calculs? N'est-il pas vrai que les quotas de médecins tiennent déjà compte de l'augmentation des besoins en matière de soins?

Aujourd'hui, 4,4 % seulement du financement des hôpitaux sont consacrés aux missions essentielles des hôpitaux universitaires. Comment les hôpitaux universitaires font-ils dès lors pour disposer de fonds suffisants? Ou les hôpitaux universitaires sont-ils aujourd'hui incapables de s'acquitter correctement de leurs missions essentielles?

Plusieurs intervenants estiment que les hôpitaux universitaires ne devraient pas être inclus dans les réseaux. Quels sont leurs arguments?

de la besteding ervan. Dit zou de ongerustheid over een financiële schok kunnen wegnemen. Wat vinden de sprekers van dit idee?

Volgens de heer Gevaert kan er geen transparantie in de financiering zijn zolang er afdrachten zijn. Waarom is dat zo? Kan er niet worden geijverd voor meer transparantie van de afdrachten?

De spreekster stelt vast dat het zorgpersoneel nauwelijks wordt vermeld in de nota van de minister. Het is teleurstellend dat de vakbonden nog steeds niet betrokken zijn geweest bij de gesprekken. Wat vinden de vakbonden van de intentie van de minister om meer daghospitalisatie te stimuleren? Wat is het standpunt van de vakbonden over het all-in-forfait? De kost van het personeel zou inbegrepen zijn in dit forfait. Bestaat het risico dat de ziekenhuizen gaan trachten te besparen op personeel?

Kan de heer Hellendorf verduidelijken welke diensten vandaag worden geëxternaliseerd? Is er een verband tussen die externalisering en het all-in-forfait? Wordt dit gedaan om kosten te besparen? Welke fusies worden er vandaag al uitgevoerd? Worden er ten gevolge van fusies reeds diensten gesloten, waardoor de zorg minder toegankelijk wordt voor de patiënt?

Mevrouw Gitta Vanpeborgh (Vooruit) heeft uit de uiteenzettingen onthouden dat de artsen-specialisten niet betrokken waren bij de vorming van de ziekenhuisnetwerken. Met welke elementen zouden de artsen-specialisten vandaag rekening houden, als de netwerken terug van nul konden worden opgebouwd?

De heer Noppen wees op een artsentekort dat omwille van de vergrijzing vanaf 2030 merkbaar zou zijn. Is het echter niet zo dat de Federale Planningscommissie in haar berekeningen rekening houdt met de vergrijzing? Klopt het niet dat de artsenuota reeds rekening houden met de toenemende zorgnood?

Vandaag gaat slechts 4,4 % van de ziekenhuisfinanciering naar de kernopdrachten van de universitaire ziekenhuizen. Hoe komen de universitaire ziekenhuizen dan aan voldoende middelen? Of kunnen de universitaire ziekenhuizen vandaag hun kernopdrachten niet naar behoren uitvoeren?

Verschillende sprekers zijn van mening dat universitaire ziekenhuizen niet opgenomen zouden moeten worden in de netwerken. Welke argumenten hebben zij om dit standpunt te staven?

M. Gevaert a plaidé en faveur de l'entrepreneuriat social dans le secteur des soins. Qu'est-ce que cela signifie concrètement? M. Gevaert estime en outre qu'il faut s'efforcer de garder les médecins dans les hôpitaux. Quels sont les facteurs qui peuvent y contribuer?

Les représentants des syndicats ne semblent pas être opposés à la réforme. Sont-ils principalement mécontents de l'absence de concertation sociale?

Le représentant du Cartel pense-t-il que les prestataires de soins devraient faire partie du Conseil médical? Ou préfère-t-il les organes de concertation traditionnels?

La charge de travail du personnel de santé a considérablement augmenté ces dernières années. Les représentants des syndicats pensent-ils que cet élément n'est pas suffisamment pris en compte dans les projets de réforme du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique?

Mme Catherine Fonck (*Les Engagés*) a entendu dire que 4,4 % de l'ensemble du budget hospitalier allait aux hôpitaux universitaires. Ce montant inclut-il le financement B7? Quel pourcentage de ce budget serait-il équitable pour les hôpitaux universitaires par rapport aux autres pays européens? Les difficultés de financement ont-elles un impact sur l'ensemble des missions de l'hôpital universitaire, c'est-à-dire sur les soins, l'enseignement et la recherche? Ou certains départements ont-ils plus de mal que d'autres? Une partie du financement provient des universités. Dispose-t-on de données à ce sujet?

M. Noppen a soulevé la question des coûts salariaux dans les hôpitaux universitaires. Quel serait le montant de la compensation que les hôpitaux universitaires n'ont jamais reçue?

En 2018, le KCE a publié un rapport sur le financement des soins à haute variabilité. Ces soins ont été peu évoqués au cours des auditions et ils ne le sont guère dans la note du ministre, où il est plutôt question de situations exceptionnelles (*outliers*), mais cela ne correspond pas entièrement à la notion de soins à haute variabilité, car un patient qui reste à l'hôpital pendant une période exceptionnellement longue, par exemple, peut également être un "*outlier*". La définition des soins à haute variabilité a-t-elle progressé depuis 2018?

Le système des rétrocessions est extrêmement complexe. Il existe de grandes différences entre les hôpitaux en matière de rétrocessions, voire entre les services d'un même hôpital, et il existe parfois des mécanismes de solidarité entre les services d'un même hôpital pour valoriser davantage les spécialités moins bien rémunérées.

De heer Gevaert brak een lans voor sociaal ondernemerschap in de zorg. Wat betekent dat concreet? Dezelfde spreker meent dat men moet trachten om artsen binnen de ziekenhuizen te houden. Welke factoren kunnen hiertoe bijdragen?

De vertegenwoordigers van de vakbonden lijken niet tegen de hervorming gekant te zijn. Zijn zij voornamelijk ontevreden over het gebrek aan sociaal overleg?

Meent de vertegenwoordiger van het Kartel dat de zorgverleners deel uit moet maken van de Medische Raad? Of geeft hij de voorkeur aan de klassieke overlegorganen?

De werklust van het zorgpersoneel is de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen. Vinden de vertegenwoordigers van de vakbonden dat dit element niet voldoende aandacht krijgt in de hervormingsplannen van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid?

Mevrouw Catherine Fonck (*Les Engagés*) hoorde dat 4,4 % van het volledige budget voor ziekenhuizen naar de universitaire ziekenhuizen gaat. Is de B7-financiering daarin opgenomen? Welk percentage van dat budget zou billijk zijn voor de universitaire ziekenhuizen, als men de vergelijking maakt met andere Europese landen? Hebben de moeilijkheden op het vlak van financiering een impact op alle opdrachten van het universitair ziekenhuis, namelijk zorg, onderwijs en onderzoek? Of hebben bepaalde afdelingen het moeilijker dan andere? Een deel van de financiering komt van de universiteiten. Bestaan daar gegevens over?

De heer Noppen haalde de kwestie van de loonkosten in de universitaire ziekenhuizen aan. Hoeveel zou de compensatie bedragen die de universitaire ziekenhuizen nooit hebben ontvangen?

In 2018 bracht het KCE een rapport uit over de financiering van de hoogvariabele zorg. In het kader van de hoorzittingen en ook in de nota van de minister wordt er weinig gesproken over hoogvariabele zorg. Het gaat wel vaker over de zogenaamde *outliers*, maar dit komt niet volledig overeen met hoogvariabele zorg, gezien een *outlier* bijvoorbeeld ook een patiënt kan zijn die buitengewoon lang in het ziekenhuis verblijft. Zijn er sinds 2018 vorderingen gemaakt met betrekking tot de definitie van de hoogvariabele zorg?

Het systeem van de afdrachten is enorm complex. Er bestaan grote verschillen in afdrachten tussen ziekenhuizen of zelfs tussen diensten van eenzelfde ziekenhuizen, en soms bestaan er in ziekenhuizen solidariteitsmechanismen tussen diensten om minder goed betaalde specialismen hoger te waarderen. Zijn er transparante

Des données transparentes sont-elles disponibles à ce sujet? Dans la négative, les orateurs estiment-ils que ces données devraient être disponibles pour évaluer correctement l'impact de la réforme sur les différents hôpitaux?

M. Gevaert a mentionné le financement groupé (*bundled*). Est-il aujourd'hui possible d'appliquer un financement groupé à l'ensemble du parcours de soins du patient? Ne serait-il pas préférable de procéder par étapes et de commencer par adopter des modèles de financement groupé pour certains traitements spécifiques? Le financement groupé pourrait alors également être adopté pour les patients chroniques.

Le modèle de co-gouvernance vise-t-il à éviter le va-et-vient entre le conseil médical et le conseil d'administration?

Les médecins des hôpitaux non universitaires devraient-ils également être salariés? Les médecins doivent-ils pouvoir choisir entre les différents statuts?

Les syndicats sont-ils actuellement associés aux discussions concernant l'attractivité de la profession d'infirmier? Un calendrier concret a-t-il été fixé à cet égard? L'attractivité de la profession de technicien en radiologie est-elle également débattue?

Dans certains réseaux, on constate en effet une évolution vers des fusions. En cas de fusion, il faut harmoniser les statuts. Convient-il d'établir un cadre au niveau fédéral pour faciliter ces négociations, plutôt que de laisser les hôpitaux négocier au cas par cas?

M. Steven Creyelman (VB) a trouvé particulièrement intéressante l'idée de confier à des médecins le rôle de coactionnaires et d'administrateurs de l'hôpital. Toutefois, n'y a-t-il pas un risque que les médecins ne sélectionnent alors que les activités financièrement intéressantes pour l'hôpital ("*cherry picking*")?

C. Réponses des invités et questions complémentaires

M. Marc Noppen (UZ Brussel) estime qu'une augmentation de la numérisation peut certainement apporter une réponse à la demande croissante de soins. Malheureusement, le financement actuel n'encourage pas la numérisation. Par exemple, la rémunération de la télémedecine accordée pendant la période du COVID-19 a de nouveau été réduite. Les investissements dans les

gegevens beschikbaar? Indien niet, menen de sprekers dat deze gegevens beschikbaar moeten zijn om de impact van de hervorming op de verschillende ziekenhuizen goed in te kunnen schatten?

De heer Gevaert heeft de *bundled payment* aangehaald. Is het vandaag haalbaar om met een *bundled payment* te werken voor het volledige gezondheidsparcours van een patiënt? Is het niet beter om in stappen te werk te gaan en eerst te beginnen met modellen van *bundled payment* voor specifieke behandelingen? In een latere fase kan er dan ook *bundled payment* worden ingezet bij chronische patiënten.

Is het de bedoeling van het co-governance-model om het heen en weer gepraat tussen de Medische Raad en de Raad van Bestuur te vermijden?

Zouden artsen in andere ziekenhuizen dan de universitaire ziekenhuizen ook in loondienst moeten werken? Moet de arts kunnen kiezen tussen de verschillende statuten?

Zijn de vakbonden momenteel betrokken bij de gesprekken rond de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige? Is er voor deze werf een concrete kalender vastgesteld? Wordt er ook gesproken over de aantrekkelijkheid van het beroep van technicus in de radiologie?

In bepaalde netwerken ziet men inderdaad een evolutie in de richting van fusies. Het zal bij een fusie nodig zijn om de statuten op elkaar af te stemmen. Moet er vanuit federaal niveau een kader worden vastgelegd om deze onderhandelingen te vergemakkelijken, in plaats van dat individuele ziekenhuizen geval per geval moeten onderhandelen?

De heer Steven Creyelman (VB) vond het idee om artsen in te zetten als medeaandeelhouder en bestuurder van het ziekenhuis bijzonder interessant. Bestaat er echter geen risico dat artsen vervolgens enkel financieel interessante activiteiten gaan selecteren voor het ziekenhuis ("*cherry picking*")?

C. Antwoorden van de genodigden en bijkomende vragen

De heer Marc Noppen (UZ Brussel) is van mening dat meer digitalisering zeker een antwoord kan bieden op de toenemende zorgvraag. In de huidige financiering wordt digitalisering helaas niet aangemoedigd. Zo werd de vergoeding voor telegeneeskunde die tijdens de COVID-19-periode werd toegekend, terug verlaagd. Ook in andere nieuwe trends wordt niet genoeg geïnvesteerd. De

autres nouvelles tendances sont également insuffisants. Les programmes d'hospitalisation à domicile mis en place par l'UZ Brussel, par exemple, ne sont pas financés. En d'autres termes, le financement ne suit pas la même vitesse que les nouveaux développements, qui pourraient pourtant bénéficier au patient.

L'orateur est un défenseur absolu d'une plus grande délégation des tâches de soins aux infirmiers. Cependant, la réglementation en la matière, plus précisément l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, est très rigide. Dans de nombreux pays qui nous entourent, les examens de routine sont déjà effectués par des infirmiers de pratiques avancées et non plus par des médecins spécialistes. En outre, certaines associations professionnelles ne sont pas vraiment ouvertes à cette délégation de tâches de soins. Néanmoins, l'orateur pense que la tendance internationale finira par s'étendre à notre pays.

Peu de gens savent en effet que les actions préventives portent leurs fruits très rapidement. Par exemple, les effets bénéfiques de l'arrêt du tabac peuvent déjà être mesurés après six mois. Dans ce cas, pourquoi ne fait-on pas plus de prévention? La fragmentation des compétences après la sixième réforme de l'État joue certainement un rôle. Une plus grande homogénéisation des compétences est donc nécessaire. Par ailleurs, la prévention n'est pas la partie la plus populaire de la formation en médecine. Mais des gains rapides peuvent également être obtenus en modifiant les comportements, ce qui ne doit pas nécessairement coûter beaucoup d'argent. Les changements de comportement ont plus de chances d'être obtenus grâce à des campagnes intelligentes et à des incitations douces judicieuses.

La mesure de la qualité est une tâche très complexe. Il y a quelques années, une première étape a été franchie avec *Pay for quality*. Certains facteurs, tels que la mortalité, la réadmission et les complications évitables, peuvent facilement être inclus dans une analyse comparative. D'autres, comme la qualité du service fourni, sont souvent difficiles à mesurer. Il y a encore beaucoup de travail à réaliser dans ce domaine.

M. Noppen se félicite de la proposition de co-gouvernance présentée par M. Gevaert. En effet, l'UZ Brussel travaille depuis quarante ans avec une administration paritaire, composée pour moitié de médecins et d'infirmiers. Ce système fonctionne très bien et accroît l'implication des prestataires de soins dans la gestion de l'hôpital.

Une réduction des suppléments affectera en effet le résultat financier de l'hôpital. Cette perte devra être

programma's voor thuishospitalisatie die het UZ Brussel heeft opgezet, worden bijvoorbeeld niet gehonoreerd. De financiering volgt met andere woorden niet dezelfde snelheid als de nieuwe ontwikkelingen, die nochtans een voordeel zouden kunnen opleveren voor de patiënt.

De spreker is een absolute voorstander van meer delegatie van zorgtaken aan de verpleegkundige. De regelgeving hierrond, meer bepaald het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, is echter zeer rigide. In vele ons omringende landen worden routineonderzoeken reeds uitgevoerd door *advanced nurse practitioners* en niet meer door artsen-specialisten. Bovendien staan sommige beroepsverenigingen ook niet echt open voor deze delegatie van zorgtaken. Toch denkt de spreker dat de internationale trend uiteindelijk ook naar ons land zal overwaaien.

Het is inderdaad weinig bekend dat preventieve acties zeer snel hun vruchten afwerpen. De gunstige effecten van rookstop zijn bijvoorbeeld reeds na zes maanden meetbaar. Waarom wordt er dan niet meer aan preventie gedaan? De versnippering van bevoegdheden na de zesde staatshervorming speelt zeker een rol. Meer homogenisering van bevoegdheden is dus nodig. Preventie is daarnaast niet het meest populaire onderdeel van de geneeskundeopleiding. Maar snelle winsten kunnen ook geboekt worden door gedragswijziging, en dat laatste hoeft niet noodzakelijk veel geld te kosten. Men bereikt gedragswijzigingen eerder door slimme campagnes en slimme nudging.

Het meten van kwaliteit is een zeer complexe taak. Jaren geleden is een eerste aanzet gegeven met *Pay for quality*. Bepaalde factoren, zoals de mortaliteit, heropname en vermijdbare complicaties, kunnen gemakkelijk in een benchmarking worden opgenomen. Andere zaken, zoals de kwaliteit van de geleverde dienst, zijn dan weer vaak moeilijk meetbaar. Op dit vlak is er nog veel werk aan de winkel.

De heer Noppen is blij met het voorstel van co-governance dat de heer Gevaert naar voren heeft geschoven. Het UZ Brussel werkt immers al veertig jaar met een paritair bestuur, waarvan de helft bestaat uit artsen en verpleegkundigen. Dat systeem werkt erg goed en het vergroot de betrokkenheid van de zorgverleners bij het bestuur van het ziekenhuis.

Een verlaging van de supplementen zal inderdaad het financiële resultaat van het ziekenhuis beïnvloeden.

compensée par des fonds publics, alors qu'auparavant elle était compensée par l'argent de l'assurance.

En Flandre, il y a en effet eu une vague d'accréditations il y a quelques années. Ces accréditations ont été réalisées par deux sociétés étrangères, à savoir JCI et NIAZ-Qmentum. C'était utile, car il était positif de se voir tendre un miroir au niveau organisationnel. Cependant, on a aujourd'hui l'impression que les programmes mesurent de nombreux éléments qui n'ont pas d'impact direct sur les résultats en matière de soins. Les hôpitaux sont désormais plus favorables à un programme de suivi de la qualité qui peut émaner de la base.

Dans l'article de Knack auquel Mme Snelpe fait référence, M. Noppen a été mal cité. M. Noppen est justement favorable à une rémunération variable pour les médecins.

Si on souhaite que tous les médecins soient salariés, cela coûtera beaucoup d'argent. Dans les pays scandinaves, c'est ainsi que cela fonctionne, et aux Pays-Bas aussi, la moitié des médecins sont salariés. Pour M. Noppen, la généralisation du salariat n'est pas une priorité dans la réforme du financement des hôpitaux. Il préconise le modèle "cappuccino", basé sur une rémunération fixe, complétée par une partie variable qui récompense l'expertise, la formation, la responsabilité ou l'engagement. La divergence entre les revenus des différentes spécialités constitue bel et bien un problème pour M. Noppen. Parfois, les différences sont trop importantes et ne peuvent plus être justifiées. La réforme des honoraires peut offrir une solution à ce problème.

Des gains d'efficacité peuvent certainement être réalisés par un accroissement de la coopération entre les hôpitaux. L'UZ Brussel coopère avec d'autres hôpitaux dans le domaine de la logistique et des services d'appui. Le cadre législatif peut parfois encore constituer un obstacle.

Des gains d'efficacité pourraient également être réalisés dans les soins de santé en général. Des études montrent qu'aux États-Unis, environ 30 % du budget santé est gaspillé. En Europe, ce chiffre représente 15 à 20 %. On pourrait certainement encore faire mieux. Certains pays offrent de bons exemples de systèmes de soins de santé efficaces. Il est possible d'obtenir de bons résultats en partageant les informations et en évitant les redondances et les cas manifestes de surconsommation. On peut également harmoniser les incitants, par exemple en instaurant un système de paiement à la séquence de soins (*bundled payment*).

Dat verlies zal met publiek geld gecompenseerd moeten worden, terwijl het vroeger met verzekeringsgeld werd gecompenseerd.

In Vlaanderen is er enkele jaren geleden inderdaad een accreditatiegolf geweest. Die accreditatie gebeurde door twee buitenlandse bedrijven, namelijk JCI en NIAZ-Qmentum. Dat was nuttig, want het was goed om eens een spiegel voorgehouden te krijgen op organisatorisch vlak. Thans leeft echter de indruk dat de programma's veel zaken meten die geen rechtstreekse impact hebben op de zorg-outcome. Ziekenhuizen zijn nu eerder te vinden voor een programma voor kwaliteitsopvolging dat vanuit de basis kan ontstaan.

In het artikel in Knack waarnaar mevrouw Snelpe verwees, werd de heer Noppen verkeerd geciteerd. De heer Noppen is net voorstander van een variabele vergoeding van de arts.

Als men wil dat alle artsen gesalarieerd zijn, kost dat zeer veel geld. In de Scandinavische landen werkt men zo, en ook in Nederland is de helft van de artsen loontrekkend. Voor de heer Noppen is het veralgemenen van de loondienst geen prioriteit bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Hij pleit voor het zogenaamde cappuccinomodel, waarbij men werkt met een vaste vergoeding, aangevuld met een variabel gedeelte, dat expertise, opleiding, verantwoordelijkheid of inzet belooft. De inkomensspanning tussen verschillende specialismen is voor de heer Noppen wel een probleem. De verschillen zijn soms te groot en niet meer te verantwoorden. De hervorming van de erelonen kan een oplossing bieden voor dit probleem.

Er kunnen zeker efficiëntiewinsten worden geboekt door meer samenwerking tussen ziekenhuizen. Het UZ Brussel werkt op het vlak van logistiek en ondersteunende diensten samen met andere ziekenhuizen. Het wetgevend kader kan soms nog wel belemmerend werken.

Binnen de gezondheidszorg in het algemeen is er ook efficiëntiewinst mogelijk. Studies tonen aan dat in de Verenigde Staten ongeveer 30 % van het gezondheidsbudget verspild wordt. In Europa is er een verspillings van ongeveer 15 tot 20 % van het gezondheidsbudget. Dat kan zeker nog beter. Mooie voorbeelden van doelmatige zorg vindt men in het buitenland. Men kan goede resultaten bereiken door het delen van informatie en het vermijden van redundantie en van aantoonbare overconsumptie. Dat kan ook door het op elkaar afstemmen van incentives, bijvoorbeeld door middel van *bundled payment*.

M. Noppen estime que la Commission de planification fédérale sous-estime les besoins en matière de soins en Belgique. Il est trop peu tenu compte du désir qu'ont les jeunes médecins d'avoir une charge de travail leur permettant de concilier vie professionnelle et vie de famille. Chez beaucoup de nos voisins, les quotas de médecins ont été revus à la hausse pour tenir compte des besoins croissants en matière de soins. L'orateur n'est pas partisan d'un sous-contingentement. Il est impossible de prévoir plus de dix ans à l'avance de combien de médecins on aura besoin dans une spécialité donnée.

Il serait en tout état de cause bon de se demander si l'on ne pourrait pas supprimer certaines tâches administratives afin d'alléger la charge de travail qui pèse sur les médecins.

Le chiffre de 4,4 % pour les hôpitaux universitaires correspond à la somme des 3,4 % du financement B7-A et du financement émanant des universités, plus une compensation pour les MSF. Chez nos voisins, entre 6 et 16 % du budget hospitalier sont alloués aux hôpitaux universitaires. Dans les hôpitaux universitaires, une grande partie des heures prestées et des moyens sont consacrés à la formation et à la recherche et ne sont donc pas disponibles pour la dispensation de soins. Il en résulte que les hôpitaux universitaires sont moins performants que les hôpitaux généraux. Qui plus est, le nombre élevé de stages entraîne une perte d'efficacité de 10 à 20 %.

La définition de la notion de soins à haute variabilité n'a plus été modifiée depuis 2018. Or, cette définition devrait sans doute être revue à intervalles réguliers, étant donné que le profil des patients évolue.

L'orateur estime qu'il n'est pas simple d'intégrer des hôpitaux universitaires dans les réseaux. L'objectif final des réseaux est, semble-t-il, d'arriver à une fusion. C'est ce que l'on observe dans les régions d'Anvers et de Gand. La fusion entre un hôpital universitaire et un hôpital général n'est cependant pas une mince affaire, en raison de la différence de statut. Au moment où les premiers réseaux ont été constitués, sous la ministre De Block, l'UZ Brussel avait demandé de pouvoir faire partie de deux réseaux dans le cas où l'adhésion à un réseau deviendrait obligatoire. L'UZ Brussel est en effet confrontée à deux réalités démographiques différentes, dans la mesure où 40 % de sa patientèle est constituée de Bruxellois et 60 % de Flamands et de non-Belges.

M. Donald Claeys (GBS) souscrit aux observations formulées par M. Noppen à propos de l'accréditation.

De heer Noppen is van mening dat de Federale Planningscommissie de zorgnood in België onderschat. Er wordt te weinig rekening gehouden met het werkregime dat de jongere generatie artsen wenst aan te houden, met aandacht voor een betere work/life-balance. Er wordt ook te weinig rekening gehouden met artsen die het beroep verlaten. In veel buurlanden heeft men omwille van de toenemende zorgvraag de artsenuota opgetrokken. Het is evenwel geen goed idee om het ingangsexamen af te schaffen. De spreker is geen voorstander van subcontingentering. Het is onmogelijk om meer dan tien jaar op voorhand in te schatten hoeveel artsen van een bepaald specialisme nodig zullen zijn.

Om de werklust voor artsen te verlichten, is het zeker een goed idee om te bekijken welke administratieve taken kunnen worden geschrapt.

Het cijfer van 4,4 % voor de universitaire ziekenhuizen is de som van 3,4 % B7-A-financiering en de financiering die uitgaat van de universiteiten, plus een compensatie voor de ASO's. In onze buurlanden gaat tussen de 6 en de 16 % van het ziekenhuisbudget naar de universitaire ziekenhuizen. Een groot deel van de tijd en middelen van het universitair ziekenhuis gaat naar opleiding en onderzoek en kan niet meer aan zorg worden besteed. Dat maakt dat het universitair ziekenhuis minder performant is dan de algemene ziekenhuizen. Bovendien moet men rekening houden met een efficiëntieverlies van 10 à 20 % omwille van het hoge aantal stages.

De definitie van hoogvariabele zorg is sinds 2018 niet gewijzigd. Ze moet waarschijnlijk regelmatig worden herzien, omdat het profiel van de patiënt verandert.

Het is volgens de spreker niet eenvoudig om universitaire ziekenhuizen in de netwerken op te nemen. Het lijkt hem dat de uiteindelijke finaliteit van de netwerken is om tot fusie te komen. Dat ziet men ook gebeuren in de regio's Antwerpen en Gent. Een fusie tussen een universitair ziekenhuis en een algemeen ziekenhuis is echter niet eenvoudig, omwille van de verschillende statuten. Ten tijde van de netwerkvorming onder minister De Block heeft het UZ Brussel gevraagd om, als het verplicht werd om tot een netwerk toe te treden, deel uit te kunnen maken van twee verschillende netwerken. Het UZ Brussel heeft immers te maken met twee verschillende demografische realiteiten, waarbij het voor 40 % Brusselse patiënten opvangt, en voor 60 % Vlaamse en internationale patiënten.

De heer Donald Claeys (VBS-GBS) sluit zich aan bij de opmerkingen van de heer Noppen over de accreditatie.

Il est également d'accord avec M. Noppen sur la question du contingentement. M. Claeys n'est pas favorable au sous-contingentement. Le risque de cette méthode est de créer des pénuries dans des spécialités très importantes.

Si l'orateur pouvait construire les réseaux à partir de zéro, il commencerait tout d'abord par préciser beaucoup mieux l'objectif de la formation de tels réseaux, et il choisirait de former des réseaux d'expertise.

L'orateur aborde ensuite le thème de la surconsommation. M. Claeys estime qu'une grande partie de la consommation se fait de manière inconsciente. C'est par exemple souvent le cas dans les laboratoires. Il arrive aussi que des scans superflus soient effectués à cause d'un manque de partage des connaissances et non sur la base de raisons conscientes. Les cas de surconsommation délibérée sont assez rares.

Le budget consacré à l'informatique dans les hôpitaux est totalement insuffisant. Cette question doit être réexaminée.

La révision de la nomenclature s'attachera d'abord à redéfinir les prestations à l'intérieur des différentes spécialités. Ce n'est qu'ensuite que des liens seront établis entre spécialités comparables. Selon l'orateur, cela permettra de ramener les prestations hautement valorisées à un juste niveau.

L'idée de suppléments sous forme de montants nominaux est très intéressante, d'autant plus que c'est comme cela que l'on procédait à l'origine. Ce n'est que lorsque les organismes assureurs ont commencé à travailler avec des pourcentages que des suppléments ont été réclamés de manière massive et que le système est devenu un peu incontrôlable. L'effet secondaire le plus néfaste du système actuel est qu'il n'y a aucune transparence pour le patient. L'orateur espère que la réforme pourra apporter du changement à cet égard.

Le modèle de co-gouvernance est bien conçu. En ce qui concerne l'implication du personnel infirmier, l'orateur émet quelques réserves. Il serait préférable d'associer le personnel infirmier à la gestion quotidienne au niveau des services plutôt qu'au niveau du conseil d'administration.

M. Thomas Gevaert (ASGB/Cartel) précise que le paiement à la séquence de soins est déjà utilisé depuis début 2022 dans les projets transversaux. Ces projets, sept au total, portent par exemple sur les troubles de l'alimentation ou sur la revalidation pulmonaire. Des budgets ont été débloqués à cet effet et sont répartis entre tous les acteurs impliqués dans le trajet de soins.

Ook wat de contingentering betreft is de heer Claeys het eens met de heer Noppen. De heer Claeys is geen voorstander van subcontingentering. Het risico van deze methode is dat men tekorten creëert in zeer belangrijke specialismen.

Mocht de spreker de netwerken van nul mogen opbouwen, dan zou hij allereerst het doel van de netwerkvorming veel beter omschrijven. Hij zou ervoor kiezen om kennisnetwerken te vormen.

Vervolgens gaat de spreker in op het thema van de overconsumptie. De heer Claeys is van mening dat zeer veel consumptie onbewust gebeurt. In de labo's is dat bijvoorbeeld vaak het geval. Ook overbodige scans worden soms gemaakt omdat er een gebrekkige kennisdeling is, niet uit bewuste overwegingen. Gevallen van bewuste overconsumptie zijn vrij zeldzaam.

Het budget voor IT in de ziekenhuizen is totaal ontoereikend. Dat moet herbekeken worden.

Bij de herziening van de nomenclatuur zal er eerst binnen de specialismen worden herijkt. Daarna volgt een herijking tussen vergelijkbare specialismen. Volgens de spreker zal dit er voor kunnen zorgen dat de hoog gewaardeerde prestaties op het juiste niveau worden teruggebracht.

Het idee van de nominale bedragen als supplementen is zeer interessant, te meer daar men oorspronkelijk op die manier te werk ging. Het was slechts toen de verzekeringsinstellingen met percentages gingen werken, dat er massaal supplementen werden gevraagd en het systeem wat uit de hand gelopen is. Het meest nefaste neveneffect van het systeem is dat er helemaal geen transparantie naar de patiënt toe is. De spreker hoopt dat de hervorming hier verandering in kan brengen.

Het model van de co-governance is goed opgevat. Wat het betrekken van het verplegend personeel betreft, heeft de spreker wel enkele bedenkingen. Het is beter om het verplegend personeel te betrekken bij het dagelijks bestuur op het niveau van de dienst, dan bij de Raad van Bestuur.

De heer Thomas Gevaert (ASGB/Kartel) verduidelijkt dat er reeds sinds begin 2022 gewerkt wordt met *bundled payment* in de transversale projecten. Deze projecten, zeven in totaal, gaan bijvoorbeeld over eetstoornissen of pulmonaire revalidatie. Er zijn budgetten vrijgemaakt die worden verdeeld onder alle actoren die bij het zorgtraject betrokken zijn. De heer Gevaert heeft

M. Gevaert éprouve pour sa part des sentiments mitigés à l'égard de ce système de paiement à la séquence de soins. Les projets transversaux pourraient certes offrir une valeur ajoutée, mais pourraient aussi être complexes pour les prestataires de soins sur le plan administratif.

En réponse à la question de savoir pourquoi certains hôpitaux ont des difficultés financières et d'autres pas, l'orateur explique que les hôpitaux qui opèrent dans un cadre socioéconomique plus défavorisé ont souvent plus de difficultés financières. L'offre de soins est également un facteur important. Un autre facteur est la manière dont l'hôpital est géré. Dans certains hôpitaux, il y a peu de transparence à cet égard.

L'orateur explique ensuite que de nombreux suppléments ne sont pas versés au prestataire de soins mais directement à l'hôpital, pour financer des activités qui ne sont pas couvertes par de l'argent public. À l'AZ Klina, par exemple, des suppléments sont demandés pour financer un nouveau bâtiment et le dossier électronique du patient.

À l'heure actuelle, les hôpitaux s'efforcent déjà d'offrir des soins efficaces, mais des améliorations sont encore possibles. Des progrès peuvent encore être réalisés dans le domaine de la nomenclature. À certains numéros de nomenclature correspond une rémunération excessive tandis que d'autres sont sous-rémunérés.

L'orateur convient que les prestataires de soins de santé devraient pouvoir se concentrer principalement sur les soins et ne pas être accablés par toutes sortes de tâches administratives. C'est pourquoi M. Gevaert trouve intéressante l'idée d'un test révélateur d'excès de bureaucratie. M. Gevaert évoque à cet égard l'action "*Blauwe krokodil*" menée par de jeunes médecins flamands, lors de laquelle ils ont apposé un tampon représentant un crocodile bleu sur tous les certificats inutiles afin d'attirer l'attention des autorités sur l'excès de paperasserie.

Selon M. Gevaert, d'autres prestataires de soins de santé que les médecins devraient également être associés à la co-gouvernance. Les patients doivent également y être associés. En effet, le traitement médical est de plus en plus un dialogue entre le médecin et le patient.

Comment peut-on empêcher la fuite des médecins vers les pratiques privées? Il convient de veiller à ce que l'environnement de travail soit (presque) aussi attrayant à l'hôpital que dans le secteur privé. Les médecins doivent avoir voix au chapitre. Ils doivent bénéficier d'une autonomie et leur compensation financière doit être équitable. Il est souhaitable qu'il n'y ait pas trop d'interférence de la part des managers des hôpitaux.

zelf gemengde gevoelens bij die *bundled payment*. De transversale projecten zouden een meerwaarde kunnen bieden, maar zouden op administratief vlak ook complex kunnen zijn voor de zorgverstrekkers.

Er werd gevraagd waarom sommige ziekenhuizen financiële moeilijkheden hebben en andere niet. Ziekenhuizen die in een moeilijkere socio-economische context werken hebben het vaak financieel moeilijker. Ook het zorgaanbod is een belangrijke factor. Een andere factor is de manier waarop het ziekenhuis wordt gerund. Bij sommige ziekenhuizen is daarover weinig transparantie.

Voorts legt de spreker uit dat heel wat supplementen niet naar de zorgverstrekker gaan, maar rechtstreeks naar het ziekenhuis, om activiteiten te financieren die niet door overheidsgeld gedekt worden. In het AZ Klina worden supplementen gevraagd om onder andere een nieuwbouw en het elektronisch patiëntendossier te financieren.

Er wordt nu reeds gestreefd naar doelmatige zorg in de ziekenhuizen, maar er is nog ruimte voor verbetering. Op het vlak van de nomenclatuur kunnen nog vorderingen worden gemaakt. Sommige nomenclatuurnummers zijn nog te hoog gewaardeerd en andere te laag gewaardeerd.

De spreker is het ermee eens dat zorgverstrekkers zich voornamelijk moeten kunnen toeleggen op zorg, en niet lastiggevallen moeten worden met allerlei administratieve taken. Daarom meent de spreker dat het idee van de "bureaucratietoets" zeker interessant is. De heer Gevaert verwijst naar de "Blauwe krokodil"-actie van jonge Vlaamse artsen. Daarbij werd op alle zinloze attesten een stempel van een blauwe krokodil geplaatst om aandacht te vragen voor het teveel aan administratieve rompslomp.

Voor de heer Gevaert moeten andere zorgverstrekkers dan de artsen ook betrokken worden bij de co-governance. Ook patiënten moeten betrokken worden. Medische behandelingen zijn immers meer en meer een dialoog tussen arts en patiënt.

Hoe kan de vlucht van artsen naar privépraktijken worden voorkomen? Men moet ervoor zorgen dat de werkomgeving in het ziekenhuis (bijna) even aantrekkelijk wordt als in de privépraktijk. Artsen moeten inspraak hebben, ze moeten autonomie krijgen en de financiële vergoeding moet billijk zijn. Liefst is er niet te veel inmenging van het ziekenhuismanagement.

Dans un système où de nombreux forfaits sont appliqués, il y a en effet un risque que les patients dont la situation est exceptionnelle (*outliers*) ne reçoivent pas le traitement auquel ils ont droit. M. Gevaert craint surtout le “sous-traitement” de ces patients, plutôt que la sélection des patients.

En réponse à la question sur les gains d'efficacité, M. Gevaert estime qu'il faut avoir le courage d'admettre qu'en Belgique, les patients sont souvent “sur-traités”. Un budget important est également consacré aux médicaments. Les prestataires de soins de santé devraient pouvoir déterminer honnêtement lesquels de ces produits coûteux sont vraiment nécessaires. En outre, les médecins doivent vérifier s'il est vraiment nécessaire d'effectuer de très nombreux tests.

En ce qui concerne les sous-quotas, M. Gevaert n'est pas d'accord avec les orateurs précédents. Il ne suffira pas d'augmenter le quota de médecins; il faudra aussi que les médecins travaillent aux bons endroits pour remédier aux pénuries dans certaines disciplines. Il est également vrai que tous les étudiants en médecine ne deviennent pas médecins. Ils peuvent également travailler dans le secteur pharmaceutique, dans les services publics ou dans d'autres secteurs. Cet élément doit également être pris en compte lors de la planification de l'offre.

Selon le Cartel, il serait préférable que les hôpitaux universitaires ne fassent pas partie des réseaux. Un problème épineux dont on n'aime pas parler réside dans le fait que les hôpitaux universitaires exercent aujourd'hui des activités des première, deuxième et troisième ligne alors qu'ils ne devraient peut-être pas le faire. Ce débat doit avoir lieu.

Selon M. Gevaert, l'entrepreneuriat social signifie que le prestataire de soins de santé est récompensé lorsqu'il recherche l'efficacité et l'innovation et qu'il offre un service de qualité.

M. Gevaert craint que les pouvoirs publics n'aient pas les moyens de généraliser le salariat. Cette généralisation induirait peut-être aussi une limitation du temps de travail qui entraînerait un allongement des listes d'attente. Le Cartel croit fermement à un financement mixte composé de forfaits et d'une composante variable.

Enfin, M. Gevaert ne craint pas vraiment le choix sélectif (*cherry picking*) des activités rentables. Les hôpitaux généraux ont la mission sociale d'exercer tous les types d'activités et les médecins ont également la motivation intrinsèque de soigner tous les patients. L'orateur croit fermement à la co-gouvernance et indique que ce modèle est déjà appliqué dans certains hôpitaux, par exemple à l'AZ Klina. Ce modèle assure une certaine

In een systeem dat met vele forfaits werkt, is er inderdaad een risico dat de *outliers* niet de behandeling krijgen waar ze recht op hebben. De heer Gevaert vreest vooral voor “onderbehandeling” van *outliers*, eerder dan voor selectie van patiënten.

Ingaand op de vraag over efficiëntiewinsten, meent de spreker dat men moet durven toegeven dat er in België vaak “overbehandeld” wordt. Er gaat ook een groot budget naar farmaka. Zorgverstrekkers moeten eerlijk kunnen nagaan welke van die dure farmake echt nodig zijn. Daarnaast moeten artsen nagaan of het wel nodig is om zeer veel testen uit te voeren.

Over de subcontingentering verschilt de heer Gevaert van mening met de vorige sprekers. Louter de artsenquota optrekken volstaat niet; de artsen moeten ook op de juiste plaats terechtkomen, zodat tekorten in bepaalde disciplines opgelost kunnen worden. Verder is het inderdaad zo dat niet alle studenten geneeskunde uiteindelijk arts worden. Zij kunnen ook in de farmaceutische sector, bij de overheid of in andere sectoren terechtkomen. Met dit aspect moet men ook rekening houden bij de planning van het aanbod.

Volgens het Kartel is het beter dat de universitaire ziekenhuizen geen deel uitmaken van de netwerken. Een netelige kwestie waarover mensen niet graag spreken is dat universitaire ziekenhuizen nu activiteiten van de eerste, tweede en derde lijn uitvoeren, terwijl ze dat misschien beter niet zouden doen. Dat debat moet worden gevoerd.

Sociaal ondernemerschap betekent voor de heer Gevaert dat de zorgverstrekker beloond wordt wanneer hij efficiëntie en innovatie nastreeft en kwaliteit biedt.

De heer Gevaert vreest dat het voor de overheid onbetaalbaar zou zijn om het salariaat te veralgemenen. Misschien ontstaat er dan ook meer een nine to five mentaliteit, waardoor wachtlijsten nog langer worden. Het Kartel gelooft sterk in een gemengde financiering, bestaande uit forfaits en een variabel gedeelte.

Tot slot vreest de heer Gevaert niet echt voor “*cherry picking*” van winstgevende activiteiten. Algemene ziekenhuizen hebben de maatschappelijke opdracht om alle soorten activiteiten uit te voeren en ook artsen hebben de intrinsieke motivatie om alle patiënten te verzorgen. De spreker gelooft zeker in co-governance en geeft aan dat dit model in sommige ziekenhuizen, waaronder ook het AZ Klina, reeds bestaat. Dit model geeft een zekere

paix sociale dans les hôpitaux et également une forme de gouvernance moins politisée.

Mme Nathalie Lionnet (SETCa-BBTK) indique que les syndicats négocient avec le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique depuis un peu plus d'un an en vue de la création d'un groupe de travail consacré à l'attractivité des professions des soins de santé. Les syndicats ont formulé des propositions.

La pénurie de personnel dans le domaine des soins a un coût élevé à la fois humain et financier. De plus, cette situation a un effet indésirable: la commercialisation des soins. En effet, sous l'effet de la concurrence, des primes sont accordées au personnel infirmier et on observe une lutte en matière de recrutement, ce qui entache la relation en matière de soins.

Le personnel infirmier a d'abord besoin d'une réduction de sa charge de travail. Il aspire également à la stabilité.

Une proposition du cabinet du ministre prévoit d'employer plus d'étudiants. Selon les syndicats, ce n'est pas une solution idéale, car les étudiants doivent conserver suffisamment de temps et d'énergie pour leurs études. En outre, le cabinet a proposé de faire travailler de jeunes retraités dans ce secteur. Selon les syndicats, il ne sera pas possible de faire revenir les jeunes retraités.

Une autre proposition prévoit d'allonger le temps de travail. Les syndicats soulignent toutefois que les prestataires de soins qui travaillent aujourd'hui à temps partiel ont consciemment choisi de le faire.

En bref, il n'est pas facile de trouver des ressources humaines supplémentaires pour le secteur. La raison sous-jacente pour laquelle les gens quittent le secteur reste que le travail est trop lourd pour une personne moyenne en bonne santé. La solution devrait consister à réduire l'intensité de l'activité médicale. Par exemple, on pourrait examiner quels actes médicaux ne sont pas réellement utiles. D'une manière générale, il convient également de donner aux gens de l'espoir et des perspectives. S'ils peuvent constater que le secteur des soins commence à évoluer dans la bonne direction, cela peut être très bénéfique pour leur motivation.

La concertation avec le personnel sur le terrain est fondamentale pour trouver de bonnes solutions.

Il est également important d'être prévoyant et d'anticiper les besoins futurs en matière de soins. Il faut aussi bien planifier le nombre d'étudiants nécessaires. En outre, il convient d'examiner beaucoup plus attentivement

sociale vrede in de ziekenhuizen en is ook een minder gepolitiseerde vorm van bestuur.

Mevrouw Nathalie Lionnet (SETCa-BBTK) geeft aan dat de vakbonden sinds iets meer dan een jaar met de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid onderhandelen over de creatie van een task force Aantrekkelijkheid van het zorgberoep. De vakbonden hebben een aantal voorstellen gedaan.

Het tekort aan zorgpersoneel heeft een hoge prijs, zowel op menselijk als financieel vlak. Een ongewenst effect van de schaarste is bovendien de vermarkting van de zorg: er is concurrentie, verpleegkundigen krijgen premies, er is een strijd om talent aan te werven. De zorgrelatie wordt op deze manier bezoedeld.

In de eerste plaats hebben de verpleegkundigen een verlaging van de werkdruk nodig. Zij snakken ook naar stabiliteit.

Een voorstel dat vanuit het kabinet van de minister wordt gedaan is om meer studenten in te zetten. Voor de vakbonden is dit geen ideale oplossing, gezien studenten voldoende tijd en energie moeten overhouden voor hun studie. Daarnaast stelde het kabinet voor om jonge gepensioneerden aan het werk te zetten in de sector. Volgens de vakbonden zal men deze mensen niet terug kunnen aantrekken.

Een volgend voorstel was om de werktijd te verlengen. De vakbonden wijzen er echter op dat zorgverstrekkers die vandaag deeltijds werken, daar bewust voor hebben gekozen.

Het is kortom niet eenvoudig om extra menselijke krachten te vinden voor de sector. De onderliggende reden dat mensen de sector verlaten is nog steeds dat het werk te zwaar is voor de gemiddelde gezonde persoon. De oplossing zou moeten liggen in het verlagen van de intensiteit van de medische activiteit. Men kan bijvoorbeeld bekijken welke medische handelingen eigenlijk niet nuttig zijn. In het algemeen moeten mensen ook hoop en perspectief krijgen. Als zij kunnen zien dat de zorgsector in de goede richting begint te evolueren, kan dat zeer gunstig zijn voor hun motivatie.

Om tot goede oplossingen te komen, is het overleg met het personeel op het terrein van fundamenteel belang.

Voorts is het van belang om vooruitziend te zijn en een voorspelling te maken van de zorgnoden van de toekomst. Er moet ook een goede planning gemaakt worden van het aantal studenten dat men nodig heeft.

les raisons pour lesquelles tant d'infirmiers quittent la profession.

Déléguer des tâches aux infirmiers n'est pas facile, étant donné le manque de personnel infirmier.

M. Noppen a évoqué le temps consacré à la formation et à l'accompagnement, qui entraîne une perte d'efficacité. Mme Lionnet pense qu'il serait intéressant d'objectiver le temps consacré à la formation et à l'accompagnement.

M. Yves Hellendorff (CSC-ACV) indique que le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a annoncé qu'il présenterait, encore en 2022, un plan visant à accroître l'attractivité des professions des soins de santé. Le ministre est déjà en possession des notes des syndicats depuis 2021. Le ministre a cependant déjà indiqué qu'au cours de la législature actuelle, il n'y aura de budget que pour les mesures qui peuvent être prises immédiatement. Aucun financement ne sera prévu pour un cadre stratégique pouvant être utilisé à long terme. Il est donc fondamental que les mesures qui peuvent être prises s'inscrivent dans une vision stratégique.

L'orateur confirme que la CSC partage les valeurs sous-jacentes de la note sur la réforme du financement des hôpitaux. Ce qui préoccupe les syndicats, c'est que cette réforme ne peut être mise en œuvre sans créer en même temps un cadre social. Ce cadre social ne concerne pas seulement la concertation sociale. Il s'agit de donner une perspective aux travailleurs et de leur indiquer ce qu'ils peuvent attendre de la réforme. Ils doivent savoir combien de personnel il y aura, dans quelles conditions ils travailleront, etc. En d'autres termes, ils doivent savoir quel impact la réforme aura sur leur travail, leur rémunération et leur état de santé. Si l'on met davantage l'accent sur la qualité, mais au détriment de la santé du personnel, on hypothèque tout de même l'avenir de nos soins de santé.

L'objectif ne peut être d'essayer de faire des bénéfices en licenciant la moitié du personnel de soutien. L'ensemble du personnel est touché par l'intensification de la tâche de soins, y compris le personnel de soutien et le personnel administratif. Pour eux aussi, la pression du travail augmente.

La CSC n'est pas opposée à l'hospitalisation de jour, si elle se déroule dans de bonnes conditions et est encadrée par un personnel suffisant. L'intention ne peut être de transférer la responsabilité envers le patient à la famille ou à d'autres personnes. L'objectif ne peut pas non plus être de remplacer le suivi à l'hôpital par un

Daarnaast moet veel nauwkeuriger worden onderzocht waarom zo veel verpleegkundigen het beroep verlaten.

De delegatie van taken aan verpleegkundigen is niet eenvoudig, gezien de schaarste aan verplegend personeel.

De heer Noppen had het over de tijd gewijd aan opleiding en begeleiding, waardoor men aan efficiëntie verliest. Mevrouw Lionnet meent dat het interessant zou zijn om die tijd voor opleiding en begeleiding te objectiveren.

De heer Yves Hellendorff (CSC-ACV) geeft aan dat de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft aangekondigd dat hij nog in 2022 met een plan zal komen om de aantrekkelijkheid van het zorgberoep te verhogen. Sinds 2021 is de minister reeds in het bezit van de nota's van de vakbonden. De minister heeft wel reeds aangegeven dat er gedurende de huidige legislatuur enkel een budget zal zijn voor maatregelen die onmiddellijk kunnen worden genomen. Voor een strategisch kader dat op lange termijn bruikbaar is, zal geen financiering worden voorzien. Daarom is het fundamenteel dat de maatregelen die wel kunnen worden genomen, in een strategische visie zullen passen.

De spreker bevestigt dat het ACV de onderliggende waarden van de nota hervorming van de ziekenhuisfinanciering deelt. Waar het de vakbonden om gaat, is dat men deze hervorming niet kan doorvoeren, zonder tegelijk een sociaal kader te creëren. Dat sociaal kader heeft niet enkel te maken met het sociaal overleg. De bedoeling is dat werknemers perspectief krijgen en weten wat ze van de hervorming moeten verwachten. Ze moeten weten met hoeveel personeel ze zullen zijn, in welke omstandigheden ze zullen werken enzovoort. Ze moeten met andere woorden weten welke impact de hervorming op hun werk, verloning en gezondheidstoestand zal hebben. Als men meer gaat inzetten op kwaliteit, maar dit ten koste gaat van de gezondheid van het personeel, legt men toch een hypotheek op de toekomst van onze gezondheidszorg.

Het kan niet de bedoeling zijn om te trachten winsten te boeken door de helft van het ondersteunend personeel te ontslaan. Het volledige personeelsbestand ondervindt de gevolgen van de intensifiëring van de zorgtaak, ook het ondersteunend en administratief personeel. Ook voor hen neemt de werkdruk toe.

Het ACV is niet gekant tegen daghospitalisatie, indien dit in goede omstandigheden gebeurt en omkaderd wordt door voldoende personeel. Het kan niet de bedoeling zijn dat de verantwoordelijkheid voor de patiënt wordt afgeschoven op de familie of op andere personen. Het kan ook niet de bedoeling zijn dat de nazorg in het

accompagnement par des infirmiers à domicile. C'est trop cher et irréaliste.

Il est évident qu'un forfait "all-in" mal calculé conduira à une externalisation, ce qui entraînera un dumping social et une perte de qualité.

Toutes les parties doivent être impliquées dans la gestion des établissements de santé, y compris les infirmiers. Il faut créer des organes de concertation où chacun a sa place.

En conclusion, M. Hellendorff indique que la CSC soutient la réforme proposée du financement des hôpitaux, mais attend un engagement clair de la part du ministre et du parlement. Les ressources économisées grâce à la réforme (par exemple en fermant des lits) doivent être réinjectées dans le statut social.

Les rapporteuses,

Catherine FONCK
Nathalie MUYLLE

Le président,

Thierry WARMOES
Hervé RIGOT *a.i.*

ziekenhuis vervangen wordt door een begeleiding door thuisverpleegkundigen. Dat is immers onbetaalbaar en onrealistisch.

Het is evident dat een slecht berekend all-inforfait zal leiden tot externalisering, met sociale dumping en het verlies van kwaliteit tot gevolg.

Alle partijen moeten bij het bestuur van de zorginstellingen betrokken zijn, ook verpleegkundigen. Er moeten overlegorganen worden gecreëerd waarin iedereen zijn plaats krijgt.

Afsluitend geeft de heer Hellendorff aan dat het ACV achter de voorgestelde hervorming van de ziekenhuisfinanciering staat, maar van de minister en het Parlement een duidelijk engagement verwacht. De middelen die ten gevolge van de hervorming worden bespaard (bijvoorbeeld door de sluiting van bedden), moeten terug worden geïnjecteerd in het sociaal statuut.

De rapportrices,

Catherine FONCK
Nathalie MUYLLE

De voorzitter,

Thierry WARMOES
Hervé RIGOT *a.i.*