

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

10 maart 2017

**DE HERVORMING VAN DE
ZIEKENHUISFINANCIERING**

HOORZITTINGEN

**over het rapport KCE Reports 277B,
“Ziekenhuizen: van concurrentie
naar structurele samenwerking en
taakverdeling”**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
DE HEER **Benoît PIEDBOEUF**

Zie:

Doc 54 **0903/ (2014/2015):**

001: Hoorzittingen.

002: Verslag.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

10 mars 2017

**LA REFORME DU FINANCEMENT
DES HOPITAUX**

AUDITIONS

**sur le rapport KCE Reports 277B,
“Collaborations entre hôpitaux: remplacer
la concurrence par des collaborations
structurelles et une répartition des activités”**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET
DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
M. **Benoît PIEDBOEUF**

Voir:

Doc 54 **0903/ (2014/2015):**

001: Auditions.

002: Rapport.

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

Voorzitter/Président: Muriel Gerkens

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA Renate Hufkens, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel,
Jan Vercaemmen
PS André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry

CD&V Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a Karin Jiroflée
Ecolo-Groen Muriel Gerkens
cdH Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Eric Massin, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel, Stéphanie Thoron
Franky Demon, Nahima Lanjri, Vincent Van Peteghem
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Annemie Turtelboom
Monica De Coninck, Maya Detiège
Anne Dedry, Evita Willaert
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

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

DéFI Véronique Caprasse

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

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>	<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>
DOC 54 0000/000: Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA: Questions et Réponses écrites
CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV: Beknopt Verslag	CRABV: Compte Rendu Analytique
CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN: Plenum	PLEN: Séance plénière
COM: Commissievergadering	COM: Réunion de commission
MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
Bestellingen: Natieplein 2 1008 Brussel Tel. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail : publicaties@dekamer.be	Commandes: Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.lachambre.be courriel : publications@lachambre.be
<i>De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier</i>	<i>Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC</i>

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen besproken tijdens haar vergadering van 17 januari 2017.

Ze heeft de volgende deskundigen gehoord: de heer Koen Van den Heede en mevrouw Carine Van de Voorde, vertegenwoordigers van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, mevrouw Mathilde Coëffé en de heer Kristof Eeckloo, rechtsdeskundigen, over het rapport KCE Reports 277B, "Ziekenhuizen: van concurrentie naar structurele samenwerking en taakverdeling".¹

I. — VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) stelt vast dat de deskundigen aanbevelen om de ziekenhuisassociaties en ziekenhuisgroeperingen te handhaven. Betekent dit dat ze de fusies van ziekenhuizen willen afschaffen en vervangen door een geïntegreerd zorgsysteem met handhaving van de bestaande ziekenhuisassociaties en -groeperingen?

Hun doel is de instelling van een geïntegreerd zorgsysteem voor locoregionale samenwerking, dat tot stand kan komen via een netwerk of een combinatie met autonome samenwerkingsinitiatieven.

Mevrouw Muylle herinnert eraan dat de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid het plan heeft opgevat om 25 locoregionale netwerken uit te rollen.

De deskundigen hebben verklaard dat ze op *supra*-regionaal niveau een lichtere vorm van de zorgnetten willen houden voor welbepaalde zorgprogramma's. Die mogelijkheid bestaat vandaag op contractuele basis of via ziekenhuisassociaties.

Dergelijke ziekenhuisassociaties zullen in de toekomst niet meer mogelijk zijn. Wat zullen de specifieke voorwaarden van die lichtere vormen van die contracten zijn? Waarom zou men de bestaande ziekenhuisassociaties niet handhaven (bijvoorbeeld met een erkenning voor de plaatsing van Mithrakleppen).

De spreekster vraagt hoe de drie door de deskundigen voorgestelde modellen zullen worden geëvalueerd. Maken die modellen ook een samenwerking tussen alle actoren mogelijk (integratie van de huisartsen, wachtposten in de ziekenhuizen enzovoort)?

¹ <http://kce.fgov.be>.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a consacré sa réunion du 17 janvier 2017 à la réforme du financement hospitalier. Elle a entendu les experts suivants:

M. Koen Van den Heede et Mme Carine Van de Voorde, représentants du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Mme Mathilde Coëffé et M. Kristof Eeckloo, experts-juristes, sur le rapport KCE reports 277B, "Collaborations entre hôpitaux: remplacer la concurrence par des collaborations structurelles et une répartition des activités".¹

I. — QUESTIONS ET OBSERVATIONS DES MEMBRES

Mme Nathalie Muylle (CD&V) constate que les experts préconisent de maintenir les associations et les groupements d'hôpitaux. Cela signifie-t-il qu'ils souhaitent supprimer les fusions d'hôpitaux et les remplacer par un système de soins intégré tout en maintenant les associations et groupements existants?

Leur objectif est d'en arriver à un système de soins locorégional, ce qui est possible par le biais d'un réseau ou d'une combinaison avec les initiatives de collaboration autonome.

Mme Muylle rappelle que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a l'intention de développer 25 réseaux au niveau locorégional.

Les experts ont déclaré qu'ils souhaitaient maintenir une forme allégée des réseaux de soins au niveau *supra*-régional pour des programmes de soins spécifiques. Actuellement, cela est possible sur base contractuelle ou via des associations d'hôpitaux.

A l'avenir, de telles associations ne seront plus possibles. Quelles seront dès lors les conditions spécifiques de ces contrats en version allégée? Pour quelles raisons ne maintiendrait-on pas les associations actuellement existantes (par exemple obtenir un agrément pour le placement de valves Mithra).

L'intervenante demande de quelle manière les trois modèles proposés par les experts seront évalués. Ces modèles permettent-ils également une collaboration entre tous les acteurs (intégration des médecins généralistes, postes de garde dans les hôpitaux, ...)?

¹ <http://kce.fgov.be>.

Zullen de privéklinieken nog kunnen samenwerken met de openbare ziekenhuizen?

Mevrouw Muylle vraagt, wat de financiering betreft, of het aantal bedden door het nieuwe systeem kan worden verminderd via het BMF.

Welke rol kent het nieuwe systeem toe aan de artsen in de raad van bestuur van het ziekenhuis?

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) vraagt het tijdschap voor de evolutie naar een geïntegreerd samenwerkingsmodel. De deskundigen stellen drie modellen voor, naast het bestaande model. Het is niet doeltreffend om meerdere modellen naast elkaar te laten functioneren. Hoe willen ze de overgang beheren en de nieuwe structuren bemannen?

De spreekster vraagt of de door de deskundigen voorgestelde modellen op basis van de federale wetgeving kunnen worden geconcretiseerd. Ze herinnert er immers aan dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor de erkenningen.

Anderen vrezen het ontstaan van monopolies in een zorgregio, die nadelig zou kunnen zijn voor de keuzevrijheid van patiënten en artsen. Kunnen de deskundigen dit onderwerp toelichten?

Het KCE beveelt de creatie aan van een mededingingsautoriteit voor de gezondheidszorg. Hoe kan een dergelijke instantie borg staan voor de keuzevrijheid van patiënten en artsen?

Het KCE overweegt in een eerste fase een beperking van de samenwerkingsmogelijkheden tot de ziekenhuizen. Heeft het KCE al nagedacht over de toekomstige uitbreiding van dit systeem tot de geestelijke gezondheidszorg, de woonzorgcentra, enzovoort?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) wenst nadere uitleg over de "competitie" waarvan sprake is op slide nr. 11 van de presentatie.

Tevens wil zij weten waarom het KCE – naast de drie al complexe samenwerkingsvormen – nog voorziet in een *light*-overeenkomst voor de ziekenhuizen die alleen basiszorg aanbieden.

Welke voorbeelden in het buitenland hebben het KCE het meest geïnspireerd, en waarom?

Mevrouw Dedry wijst erop dat er proefprojecten lopen, bijvoorbeeld om de verblijfsduur in de kraamkliniek in te korten. Dergelijke projecten lopen over een periode

Les cliniques privées pourront-elles encore collaborer avec les hôpitaux publics?

En ce qui concerne le financement, Mme Muylle demande si le nouveau système proposé permettra de réduire le nombre de lits via le BMF.

Quel rôle le nouveau système réserve-t-il aux médecins au sein du conseil d'administration de l'hôpital?

Mme Ine Somers (Open Vld) demande dans quel délai il sera possible d'évoluer vers un modèle de collaboration intégré. Les experts proposent trois modèles à côté du modèle existant. La simultanéité de différents modèles n'est pas efficace. De quelle manière envisagent-ils de gérer la transition et de pourvoir en personnel les nouvelles structures?

L'intervenante demande si les modèles proposés par les experts peuvent être concrétisés sur base de la législation fédérale? Elle rappelle, en effet, que l'octroi des agréments relève des compétences des Communautés.

D'aucuns craignent la création de monopoles au sein d'une région de soins, ce qui pourrait porter préjudice au libre choix des patients et des médecins. Les experts peuvent-ils fournir quelques précisions à ce sujet?

Le KCE recommande de créer une autorité de la concurrence. De quelle manière une telle instance peut-elle être garante de la liberté de choix des patients et des médecins.

Dans une première phase, le KCE envisage de limiter les possibilités de collaboration aux hôpitaux. A-t-il déjà réfléchi à l'extension future de ce système aux soins de santé mentale, aux centres d'hébergement et de soins, etc.?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) demande des précisions sur la "compétition" mentionnée dans le slide n°11 de la présentation.

Elle demande également pour quelles raisons, en plus des trois niveaux de collaboration qui sont déjà complexes, le KCE prévoit encore une version "light" contractuelle pour les hôpitaux qui ne dispensent que des soins de base.

Quels sont les exemples étrangers qui ont le plus inspiré le KCE et pourquoi?

Mme Dedry rappelle que des projets pilotes sont en cours, par exemple pour le raccourcissement de la durée de séjour en maternité. De tels projets sont prévus pour

van twee jaar. Wat zal daarvan worden als na afloop van de proefperiode van het project in geen enkele concrete samenwerking is voorzien om die projecten te integreren in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg?

De heer Jan Vercammen (N-VA) maakt er zich zorgen over of het voorgestelde model strookt met het bestaande conventionerings- en accrediteringssysteem van de artsen.

Hij maakt zich ook zorgen over de kostprijs van de door het KCE voorgestelde samenwerkingsvormen; de financiële middelen zijn immers al versnipperd. De actoren in het veld hebben de alarmklok al geluid wat dat betreft.

Meerdere sprekers pleiten ervoor de artsen te betrekken bij de beslissingsinstanties van de nieuwe structuren. De belangrijkste taak van de artsen is echter het verlenen van zorg, veeleer dan hun tijd te verliezen met administratieve taken.

De heer Benoît Piedboeuf (MR) vraagt welke rol de medische raad zal spelen binnen het nieuwe voorgestelde bestuursmodel. Hij ziet niet in hoe men de artsen zal betrekken bij het besluitvormingsproces. In welk opzicht vormt het voorgestelde model een verbetering ten opzichte van de bestaande toestand?

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) betreurt dat het KCE zo weinig informatie geeft over de positie van de artsen in de beslissingsinstanties.

Klopt het dat het KCE overweegt geleidelijk over te stappen van een autonoom samenwerkingssysteem naar gecoördineerde netwerken, en uiteindelijk naar geïntegreerde zorgstructuren? Hoe kan een proces in evolutie worden begeleid?

Houdt het door het KCE voorgestelde bestuursmodel rekening met de verschillende ziekenhuisstatuten zoals die momenteel in België bestaan, met name de openbare ziekenhuizen, de privéziekenhuizen en de vzw-ziekenhuizen?

Hoe zullen de patiënten en de bemiddelingsdiensten worden betrokken bij het besluitvormingsproces van het nieuwe bestuursmodel?

Hoe zal het bestuursmodel rekening houden met de betrekking tussen de ziekenhuisstructuur en de ambulante zorg?

Mevrouw Gerkens wil weten of de bezoldigingswijze van de artsen (alomvattende bezoldiging dan

deux ans. Qu'advieront-ils si, à la fin de la période d'essai du projet, aucune collaboration concrète n'est prévue pour intégrer ces projets dans les première, deuxième et troisième ligne ?

M. Jan Vercammen (N-VA) s'inquiète de la concordance du modèle proposé avec le système actuel de convention et d'accréditation des médecins.

Il s'inquiète du coût des structures de collaboration proposées par le KCE, alors que les moyens financiers sont déjà saupoudrés. Les acteurs de terrain ont déjà lancé des signaux d'alerte à ce sujet.

Plusieurs intervenants plaident pour l'implication des médecins dans les instances de décision des nouvelles structures. Or, les médecins ont pour première vocation de prodiguer des soins et non pas de perdre leur temps dans des tâches administratives.

M. Benoît Piedboeuf (MR) demande quel sera le rôle du conseil médical au sein du nouveau modèle de gouvernance proposé. Il ne comprend pas comment on va intégrer les médecins dans le processus de décision. En quoi le modèle proposé améliore-t-il la situation actuelle?

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) déplore le manque d'informations fournies par le KCE sur la place des médecins dans les instances décisionnelles.

Est-il bien exact que le KCE envisage de passer progressivement d'un système de collaboration autonome vers des réseaux coordonnés et enfin vers des structures de soins intégrées? Comment accompagner un processus évolutif?

Le mode de gouvernance proposé par le KCE tient-il compte des différents statuts d'hôpitaux existants actuellement en Belgique, à savoir, des hôpitaux publics, des cliniques privées et des hôpitaux associatifs?

Comment les patients et les services de médiation seront-ils intégrés dans le processus décisionnel du nouveau modèle de gouvernance?

Comment le système de gouvernance tiendra-t-il compte de la relation entre la structure hospitalière et les pratiques ambulatoires?

Mme Gerkens demande si le mode de rémunération des médecins (rémunération globale ou basée sur des

wel gebaseerd op bepaalde criteria) belangrijk is in het nieuwe bestuursmodel.

Ook de heer *Daniel Senesael (PS)* geeft aan dat hij vragen heeft bij de positie van de patiënt in het voorgestelde nieuwe bestuursmodel. Staat dat nieuwe model garant voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten? Hoe kan men aan de patiënt de plaats toekennen die hem toekomt?

De heer *Damien Thiéry (MR)* wil weten met welke tegenwoordigers de rondetafels werden georganiseerd.

Onder verwijzing naar slide nr. 9 wil de spreker weten welke lering uit de internationale voorbeelden moet worden getrokken.

Met betrekking tot de voorafgaande criteria geeft het KCE aan dat het criterium van de afstand dat momenteel is opgenomen in de wetgeving inzake de groepering en de fusie van ziekenhuizen, zou moeten worden vervangen door nieuwe concepten, zoals het aantal inwoners van een homogene geografische regio waarop de samenwerking gericht is; op grond daarvan zou het ziekenhuislandschap worden hertekend. De heer *Thiéry* vreest dat de patiënt een langere afstand zal moeten afleggen om dezelfde zorg te krijgen.

Is tevens voorzien in een interregionale samenwerking? Kan in dat verband een in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gevestigd ziekenhuis samenwerken met een ziekenhuis dat zich in het Vlaams of het Waals Gewest bevindt?

II. — ANTWOORDEN VAN DE DESKUNDIGEN

De heer *Kristof Eeckloo, juridisch expert*, antwoordt dat het KCE de bestaande systemen restrictief wil behouden, met name de associaties, de groeperingen en de fusies, en wel om redenen van rechtszekerheid. Er is echter bepaald dat de nieuwe samenwerkingsvormen geen associaties of groeperingen mogen zijn; fusies zijn wel nog altijd mogelijk. De netwerken die zullen worden gevormd, zullen nog associaties omvatten, maar het KCE verwacht dat de ziekenhuizen zelf van die associaties afstappen om toe te treden tot de netwerken.

Het KCE beveelt aan dat de supraregionale samenwerking op contractuele basis zou gebeuren. De samenwerking tussen een ziekenhuis en een referentiecentrum kan echter ook via een gecoördineerd netwerk.

critères) est important dans le nouveau modèle de gouvernance.

M. Daniel Senesael (PS) se déclare également interpellé par la place du patient au sein du nouveau système de gouvernance présenté. Ce nouveau système est-il garant de la qualité et de l'accessibilité aux soins des patients? Comment donner au patient la place qu'il mérite?

M. Damien Thiéry (MR) demande avec quels représentants les tables rondes ont été organisées?

Se référant au slide n°9, *M. Thiéry* demande quels sont les enseignements à retirer des exemples internationaux.

En ce qui concerne les critères préalables, le KCE indique que le critère de la distance actuellement repris dans la législation sur les groupements et fusions d'hôpitaux devrait être remplacé par de nouveaux concepts, comme par exemple le nombre d'habitants d'une région géographique homogène à laquelle s'adresse la collaboration, qui servirait de base pour redessiner le paysage hospitalier. *M. Thiéry* craint que le patient ne doive se déplacer plus loin pour bénéficier des mêmes soins.

Une collaboration interrégionale est-elle également prévue? A ce titre, un hôpital situé dans la Région de Bruxelles Capitale pourrait-il collaborer avec un hôpital de la Région flamande ou de la Région wallonne?

II. — RÉPONSES DES EXPERTS

M. Kristof Eeckloo, expert juriste, répond que le KCE souhaite maintenir de manière restrictive les systèmes existants, à savoir les associations, les groupements et les fusions, pour des raisons de sécurité juridique. Toutefois, il est prévu que les nouvelles formes de collaboration ne peuvent être des associations ou des groupements. Les fusions sont toujours possibles. Les réseaux qui seront créés comporteront encore en leur sein des associations mais le KCE s'attend à ce que les hôpitaux eux-mêmes abandonnent ces associations pour s'intégrer aux réseaux.

Le KCE recommande que la collaboration suprarégionale puisse d'abord se faire sur base contractuelle. Toutefois, la collaboration entre un hôpital et un centre de référence peut également se faire par le biais d'un réseau coordonné.

De kenmerken van een gecoördineerd netwerk lijken op die van een associatieovereenkomst zonder de negatieve aspecten van dat soort overeenkomst. De door het KCE voorgestelde gecoördineerde netwerkvorm is veel duidelijker wat de besluitvormingsbevoegdheden betreft.

De KCE-studie ging niet over de privéklinieken.

Het door het KCE gesuggereerde autonoom samenwerkingsinitiatief zal de mogelijkheid bieden een onderscheid te maken tussen de zorgprogramma's van de ziekenhuizen alsook te voorzien in een eigen beheer (medische raad, raad van bestuur enzovoort). Er zal een wettelijk kader nodig zijn, maar de wetgever zal van grote waakzaamheid blij moeten geven door te zorgen voor functionele banden met, bijvoorbeeld, de wachtdiensten of de spoeddiensten. Uit het oogpunt van het KCE zal dat wettelijk kader ook van toepassing kunnen zijn op de privéklinieken.

Het oogmerk van de KCE-studie was vooral een nieuw *governancemodel* uit te werken voor de samenwerking tussen de ziekenhuizen, waarbij erop wordt toegezien dat het voorgestelde model niet contraproductief is en dat het niet indruist tegen de eventueel door de gemeenschappen genomen initiatieven. Op termijn wordt overwogen ook de eerstelijnszorg in het *governancemodel* op te nemen. Het KCE stelt weliswaar een model voor, maar voor de omzetting van dat model in wetteksten zijn de gemeenschappen bevoegd.

Het KCE heeft de rol van de artsen willen verduidelijken. Thans worden de beslissingen van de raad van bestuur van het ziekenhuis voor advies voorgelegd aan de medische raad. Het nieuwe *governancemodel* voorziet in een medebeslissingskanaal, met name dat er een netwerkcomité komt waarin de artsen zullen vertegenwoordigd zijn. Het beginsel van het autonoom samenwerkingsinitiatief zal eveneens de positie van de artsen verduidelijken. In verband met de individuele zorgprogramma's wordt voorop gesteld dat de desbetreffende artsen ook deel zouden uitmaken van de besluitvormingsinstanties.

Bij het eerste voorgestelde model, namelijk het geïntegreerd zorgsysteem, pleit het KCE voor de oprichting van een overkoepelende medische raad.

Daarom moet er een nieuw type van medische raad komen op het echelon van het geïntegreerd zorgstelsel, met eventueel een scheiding per sector. Het is de bedoeling bestuurders en artsen op hetzelfde niveau te plaatsen.

Les caractéristiques d'un réseau coordonné ressemblent à celles d'un contrat d'association sans les aspects négatifs de ce type de contrat. La forme de réseau coordonné proposé par le KCE est beaucoup plus claire en ce qui concerne les compétences de prise de décision.

L'étude du KCE n'a pas porté sur les cliniques privées.

L'initiative de collaboration autonome que suggère le KCE permettra de distinguer les programmes de soins des hôpitaux et de prévoir une gestion propre (conseil médical, conseil d'administration, ...). Un cadre légal sera nécessaire mais le législateur devra faire preuve d'une grande vigilance en prévoyant des liens fonctionnels avec, par exemple, les services de garde ou les services d'urgences. Dans l'optique du KCE, ce cadre légal pourra également s'appliquer aux cliniques privées.

L'objectif de l'étude du KCE visait principalement à imaginer un nouveau modèle de gouvernance pour la collaboration entre les hôpitaux en veillant à ce que le modèle proposé ne soit pas contreproductif et qu'il aille pas à l'encontre d'initiatives éventuellement prises par les Communautés. A terme, il est envisagé d'englober également la première ligne dans le modèle de gouvernance. Le KCE propose un modèle mais la traduction de ce modèle en textes légaux appartient aux Communautés.

Le KCE a voulu clarifier le rôle des médecins. Actuellement, les décisions du conseil d'administration de l'hôpital sont soumises pour avis au conseil médical. Dans le nouveau modèle de gouvernance, il est prévu un canal de codécision à savoir qu'il y aura un comité de réseau au sein duquel les médecins seront représentés. Le principe de l'initiative de collaboration autonome clarifiera également la position des médecins. En ce qui concerne les programmes de soins individuels, il est prévu que les médecins concernés fassent également partie des organes de gestion.

Dans le premier modèle proposé, à savoir le système de soins intégré, le KCE plaide pour la création d'un conseil médical faitier.

Il convient donc de créer un nouveau type de conseil médical au niveau du système de soins intégré avec éventuellement une séparation par secteur. L'objectif est de placer les administrateurs et les médecins au même niveau.

Wat de afstanden aangaat, herinnert *mevrouw Carine Van de Voorde, vertegenwoordigster van het KCE*, eraan dat de KCE-studie een heel aantal concepten overneemt uit de strategienota van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, zoals de locoregionale netwerken en de referentiepunten.

De locoregionale netwerken strekken er niet alleen toe de samenwerkingsmogelijkheden tussen ziekenhuizen maar ook de taakverdeling te bestuderen.

Het criterium afstand blijft relevant om de aan de patiënt geboden zorg te bepalen. Indien bepaalde zorg niet langer binnen een netwerk wordt aangeboden, blijkt uit peilingen die bij het Vlaamse Patiëntenplatform en bij de Christelijke Mutualiteit werden verricht dat de patiënten aan de kwaliteit van de zorg de voorkeur geven boven de nabijheid van de ziekenhuisinstelling; desalniettemin rijst het vraagstuk van de terugbetaling van de reiskosten door hun ziekenfonds.

De proefprojecten beogen na te gaan of in elk netwerk voor een kraamafdeling moet worden gezorgd en na te gaan wat de weerslag van een en ander is op de eerstelijnsactoren, te weten de artsen en de verpleegkundigen.

Momenteel moeten patiënten soms naar ziekenhuizen aan de andere kant van het land gaan om bepaalde specifieke verzorging te krijgen. De netwerken strekken ertoe de patiënten de mogelijkheid te bieden die zorg binnen elk locoregionaal netwerk te vinden, waardoor zij onvermijdelijk minder trajecten zullen afleggen.

De heer Eeckloo preciseert dat het een tiental jaar zal vergen om het ziekenhuislandschap te hertekenen en om het tot een geïntegreerd zorgnetwerk om te vormen. Dat zal van de regio's afhangen; in sommige zal een en ander sneller verlopen dan in andere.

Vervolgens gaat de spreker in op de voorbeelden uit het buitenland. In dat verband heeft het KCE het *IH Intermountain Healthcare*-systeem in de Verenigde Staten bestudeerd, dat een zeer goede internationale reputatie geniet. Het is een geïntegreerd zorgsysteem, dat voorziet in participatie van de artsen in het ziekenhuisbeheer, in een geïntegreerd beheer van de patiëntgegevens voor elke medische handeling en in een zeer geavanceerd elektronisch dossier. Daaruit blijkt dat een geïntegreerd zorgsysteem in deze casus borg staat voor kwaliteitsvolle zorg.

Hoewel internationale literatuur ter zake schaars is, toont ook die aan dat een geïntegreerd zorgsysteem een gunstige invloed heeft op de klinische en financiële resultaten van de ziekenhuizen.

En ce qui concerne les distances, *Mme Carine Van de Voorde, représentante du KCE*, rappelle que l'étude du KCE reprend toute une série de concepts issus de la note stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique comme, par exemple, les réseaux locorégionaux et les points de référence.

L'objectif des réseaux locorégionaux n'est pas seulement d'étudier les possibilités de collaboration entre hôpitaux mais aussi la répartition des tâches.

Le critère de la distance reste pertinent pour déterminer les soins offerts au patient. Si certains soins ne sont plus offerts dans un réseau, il ressort de sondages effectués au sein de la *Vlaamse Patiëntenplatform* et auprès des Mutualités chrétiennes, que les patients donnent la préférence à la qualité des soins plutôt qu'à la proximité de l'établissement hospitalier tout en posant malgré tout la question du remboursement des frais de transport par leur mutualité.

L'objectif des projets pilotes est de voir si une maternité doit être prévue dans chaque réseau et quelles sont les incidences sur les acteurs de première ligne, à savoir les infirmières et les médecins.

Actuellement, les patients doivent parfois se rendre dans des hôpitaux de l'autre côté du pays pour pouvoir bénéficier de certains soins spécifiques. L'objectif des réseaux est de permettre aux patients de trouver ces soins au sein du réseau locorégional, ce qui réduira inévitablement leurs déplacements.

M. Eeckloo précise qu'il faudra compter une dizaine d'années pour redessiner le paysage hospitalier et le transformer en un système de soins intégré. Cela dépendra des régions, certaines étant plus rapides que d'autres.

En ce qui concerne les exemples à l'étranger, le KCE a examiné le système *IH Intermountain Healthcare* aux États Unis, qui a une très bonne réputation internationale. Il s'agit d'un système de soins intégré qui prévoit une participation des médecins à la gestion de l'hôpital, une gestion intégrée des données du patient pour chaque acte médical et un dossier électronique très évolué. Il en ressort qu'un système de soins intégré est dans ce cas une garantie pour des soins de qualité.

La littérature internationale, bien que rare sur le sujet, montre également qu'un système de soins intégré influence positivement les résultats cliniques et financiers des hôpitaux.

Het klopt dat de accreditatie van de artsen en hun statuut een goede samenwerking hinderen. Het is onmogelijk om op korte tijd de financiële regelingen van de artsen in alle ziekenhuizen op elkaar af te stemmen. Daarom stelt het KCE een geleidelijke overgangsooplossing voor die het bestaande systeem met het nieuwe laat samengaan. Een overgang van drie of vier jaar is ook nodig om de accreditatieregelingen op elkaar af te stemmen.

Het doel van het creëren van netwerken is tevens een rationalisatie van de kosten. Het is mogelijk dat de administratieve kosten aanvankelijk hoger zijn als gevolg van de toename van het aantal leden van de raden van bestuur. Na een overgangperiode zullen de administratieve kosten echter verminderen, maar ook de kosten van de infrastructuur en het materiaal.

De heer Koen Van den Heede, vertegenwoordiger van het KCE, preciseert dat de lijst van personen die aan het rondetafelgesprek hebben deelgenomen, op het einde van het rapport is opgenomen. Elk ziekenhuis werd verzocht voor elk van de drie groepen een vertegenwoordiger af te vaardigen.

Mevrouw Mathilde Coëffé, juridisch expert, wijst erop dat het belangrijk is rekening te houden met de risico's van concentratie als gevolg van de toenadering van de ziekenhuizen.

Zij herinnert eraan dat er nu al in België een mededingingsautoriteit bestaat. Elke vennootschap in de zin van het economisch recht die besluit om met een andere vennootschap een associatie aan te gaan, is verplicht aangifte te doen. Aan die verplichting tot kennisgeving zijn ook gebonden: de ziekenhuizen die tot toenadering beslissen en een omzet realiseren van meer dan 100 000 euro (of als ten minste twee ziekenhuizen 40 000 euro overschrijden). Als er geen kennisgeving is, brengt dit sancties met zich.

Bovendien stelt het KCE in zijn rapport de oprichting voor van een specifieke organisatie op het vlak van de gezondheidszorg, die meer in detail de risico's van concurrentie en misbruik van een machtspositie zou analyseren. Naar het voorbeeld van Nederland zou een dergelijke toezichthoudende instantie een voorafgaande vergunning kunnen geven en voor een risicoanalyse van de concentratie van de ziekenhuizen kunnen zorgen.

Het doel van het rapport was een analyse te maken van de verschillende mogelijke *governancemodellen*, zonder rekening te houden met de huidige rechtsvormen. Het blijkt dat die bestaande rechtsvormen, zoals de intercommunales of de "hoofdstuk 12"-ziekenhuizen, de invoering van de voorgestelde *governancemodellen*

Il est vrai que l'accréditation des médecins et leur statut constituent des freins à une bonne collaboration. Il est impossible d'harmoniser en peu de temps les règlements financiers des médecins dans tous les hôpitaux. C'est pourquoi le KCE propose une solution transitoire et progressive qui fait cohabiter le système existant avec le nouveau. Une transition de 3 ou 4 ans est également nécessaire pour harmoniser les systèmes d'accréditation.

L'objectif de la création de réseaux est aussi la rationalisation des coûts. Il est possible qu'au début les frais administratifs soient plus élevés en raison de l'augmentation du nombre des membres des conseils d'administration. Toutefois, après une période de transition, les frais administratifs seront réduits mais aussi les frais de l'infrastructure et de l'appareillage.

M. Koen Van den Heede, représentant du KCE, précise que la liste des personnes qui ont participé à la table ronde se trouve *in fine* du rapport. Chaque hôpital a été invité à déléguer un représentant pour chacun des trois groupes.

Mme Mathilde Coëffé, expert-juriste, souligne qu'il est important de tenir compte des risques de concentration provoqués par le rapprochement des hôpitaux.

Elle rappelle qu'il existe déjà actuellement en Belgique une autorité de la concurrence. Toute société au sens du droit économique qui décide de créer une association avec une autre société est tenue de faire une déclaration. Sont également tenus par cette obligation de notification, les hôpitaux qui décident de se rapprocher et qui ont un chiffre d'affaires qui dépasse 100 000 euros (ou si au moins 2 hôpitaux dépassent 40 000 euros). L'absence de notification entraîne des sanctions.

Dans son rapport, le KCE propose, en outre, la création d'une organisation spécifique au niveau des soins de santé qui analyserait de manière plus détaillée les risques de concurrence et les abus de position dominante. A l'exemple des Pays-Bas, une telle autorité de surveillance pourrait délivrer une autorisation préalable et procéder à une analyse de risques de la concentration des hôpitaux.

L'objectif du rapport était d'analyser les différents modèles de gouvernance possibles sans tenir compte des formes juridiques actuelles. Il apparaît que les formes juridiques existantes telles que les intercommunales ou les hôpitaux "chapitre 12" n'empêchent pas la mise en place des modèles de gouvernance proposés.

niet verhinderen. Ook de academische ziekenhuizen kunnen aan geïntegreerde zorgnetwerken deelnemen. Men moet enkel bij koninklijk besluit de overdracht van academische bedden naar de netwerken regelen.

De heer Eeckloo preciseert dat de ombudsfunctie in de voorgestelde modellen wordt gehandhaafd, maar op dit niveau zijn fusies mogelijk en verscheidene ziekenhuizen zouden eenzelfde ombudsdienst kunnen delen.

Het rapport pleit ook voor nieuwe *governancesystemen*, zoals groepen gebruikers of patiënten die de ziekenhuisbeheerders advies zouden kunnen geven. Er liepen proefprojecten in zes ziekenhuizen. Het Vlaamse Patiëntenplatform merkt evenwel op dat het niet over de mogelijkheid zou beschikken om naar elk ziekenhuis afzonderlijk een vertegenwoordiger te sturen. In dat opzicht zou het interessant zijn om de vertegenwoordiging van de patiënten op het vlak van een netwerk te organiseren.

In principe is interregionale samenwerking mogelijk, maar uiteindelijk zal dat moeten uitgroeien tot een netwerk van geïntegreerde zorg, ook voor de eerste lijn, wat een probleem zal doen rijzen op het vlak van de bevoegdheden.

III. — REPLIEKEN

De heer Benoît Piedboeuf (MR) verwijst naar de plattelandszones en vraagt welk basismodel het KCE daar op het oog heeft. Als men de zones geografisch beperkt, zal men de specialiteiten moeten regionaliseren. De spreker vindt dat de patiënten overal op dezelfde wijze moeten worden behandeld, ook wat medische spoedhulp betreft.

De heer Daniel Senesael (PS) merkt op dat de minister in haar beleidsnota voorstander is voor netwerkvorming voor het hele ziekenhuislandschap tegen eind 2017, terwijl het KCE pleit voor de ontwikkeling, fasegewijs en over een periode van tien jaar, van een netwerk voor geïntegreerde zorg, met het oog op locoregionale samenwerking voor de basiszorg en de gespecialiseerde zorg. Hoe valt dit verschil in benadering te verklaren?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) repliceert dat haar betoog vooral gericht was op zorgkwaliteit en de plaats van de patiënt. Zij stelt vast dat de door de ziekenhuizen zelf uitgevoerde proefprojecten medicalisering en overconsumptie met zich brengen, wat niet het eerste doel van de proefprojecten was.

Les hôpitaux universitaires peuvent également participer à des réseaux de soins intégrés. Il faudra juste régler par arrêté royal le transfert de lits universitaires vers les réseaux.

M. Eeckloo précise que la fonction de médiation est maintenue dans les modèles proposés mais des fusions sont possibles à ce niveau et plusieurs hôpitaux pourraient partager un même service de médiation.

Le rapport plaide également pour des nouveaux systèmes de gouvernance comme par exemple des groupements d'utilisateurs ou de patients qui pourraient rendre des avis aux gestionnaires des hôpitaux. Des projets pilotes ont été menés dans 6 hôpitaux. La *Vlaamse patiëntenplatform* fait cependant remarquer qu'elle n'aurait pas la capacité d'envoyer un représentant dans chaque hôpital individuellement. A cet égard, il serait donc intéressant d'organiser la représentation des patients au niveau d'un réseau.

En principe, une collaboration interrégionale est possible mais à terme elle devra évoluer vers un réseau de soins intégré, y compris la première ligne, ce qui posera un problème au niveau des compétences.

III. — RÉPLIQUES

M. Benoît Piedboeuf (MR) se réfère aux zones rurales et demande quel est le modèle de base qu'envisage le KCE. Si on limite géographiquement les réseaux, il va falloir régionaliser les spécialités. L'intervenant estime que les patients doivent être traités de la même manière partout, y compris en ce qui concerne l'aide médicale urgente.

M. Daniel Senesael (PS) fait remarquer que dans sa note d'orientation politique, la ministre préconise la mise en réseau de l'ensemble du paysage hospitalier pour fin 2017 alors que le KCE prône le développement, par étapes et sur une période de 10 ans, d'un réseau de soins intégré en vue d'une collaboration locorégionale pour des soins de base et des soins spécialisés. Comment expliquer cette différence d'approche?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) réplique que son intervention visait principalement la qualité des soins et la place du patient. Elle constate que les projets pilotes menés par les hôpitaux eux-mêmes génèrent de la médicalisation et de la surconsommation, ce qui n'était pas le but premier des projets pilotes.

Als de eerste en de tweede lijn samenwerken, gebeurt dat op basis van het principe van de gelijkwaardigheid. Het is gevaarlijk de ziekenhuizen zorgtrajecten te laten uitdokteren die ook op de eerste lijn betrekking hebben.

Mevrouw Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) vindt dat men niet blind mag zijn voor de invloed van de geïntegreerde zorgnetwerken op de eerstelijnszorg. De minister maakt een onderscheid tussen de ziekenhuizen van het zorgnetwerk en de referentieziekenhuizen voor welbepaalde pathologieën. Kan een ziekenhuis, in het kader van het door het KCE voorgestelde model, een referentieziekenhuis zijn voor verschillende regio's?

Zal het KCE parallel met het wetsontwerp van de minister zijn werk voortzetten?

Tot slot vraagt mevrouw Gerkens dat de gevolgen van de hervormingen voor de patiënten grondiger zouden worden onderzocht.

IV. — AANVULLENDE ANTWOORDEN

Mevrouw Carine Van de Voorde antwoordt dat de hoofdopdracht van het KCE in een andere studie erin bestaat de rol van de ziekenhuizen in het toekomstig ziekenhuislandschap te bestuderen en meer bepaald na te gaan welk soort ziekenhuizen nodig zijn voor welke pathologieën. Afhankelijk van de nota van de minister zal het probleem van de programmatie ook worden bestudeerd en zullen de resultaten in juni 2017 aan de raad van bestuur van het KCE worden voorgelegd.

Het KCE zal ook onderzoeken welk aantal ziekenhuisbedden er nodig is tegen 2025. Voor bepaalde thema's zal het ook een aantal vorken aangeven, bijvoorbeeld voor de kraamafdelingen of voor de behandeling van zeldzame kankers.

De afstand is een belangrijk criterium, maar de toegankelijkheid is dat evenzeer, vooral wat de spoeddiensten betreft. Voor minder dringende zorg mag de afstand groter zijn. Het KCE zal in zijn voorstellen rekening houden met die criteria.

Mevrouw Van de Voorde heeft niet de indruk dat het de minister erom te doen is dat het nieuwe *governance*-systeem operationeel is vanaf 2017. De bedoeling is dat de ziekenhuizen samenwerken in het kader van een netwerk en dat ze aan bepaalde voorwaarden voldoen. In totaal zullen er ongeveer 25 netwerken zijn. Het nieuwe *governancesysteem* zal geleidelijk worden ingevoerd.

Si la première et la deuxième ligne collaborent, c'est sur base d'un principe d'équivalence. Il est dangereux de laisser créer par les hôpitaux des trajets de soins qui concernent également la première ligne.

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) estime qu'il ne faut pas ignorer l'influence des réseaux de soins intégrés sur les soins de première ligne. Elle rappelle que la ministre distingue, quant à elle, les hôpitaux du réseau et les hôpitaux de référence pour certaines pathologies bien spécifiques. Dans le cadre du modèle suggéré par le KCE, un hôpital peut-il être un hôpital de référence pour plusieurs régions?

Le KCE va-t-il poursuivre son travail parallèlement au projet de loi de la ministre?

Enfin, Mme Gerkens demande qu'un travail plus approfondi soit réalisé afin d'examiner l'impact des réformes sur les patients.

IV. — RÉPONSES COMPLÉMENTAIRES

Mme Carine Van de Voorde répond que la mission première du KCE dans une autre étude consiste à étudier le rôle des hôpitaux dans le futur paysage hospitalier et plus précisément de voir quels types d'hôpitaux sont nécessaires pour quelles pathologies. En fonction de la note de la ministre, la problématique de la programmation sera également étudiée et les résultats seront présentés au conseil d'administration du KCE en juin 2017.

Le KCE examinera également combien de lits seront nécessaires en 2025. Pour certains thèmes, il présentera également une série de fourchettes de chiffres, par exemple pour les maternités ou pour le traitement de cancers rares.

Si le critère de distance est important, celui d'accessibilité l'est tout autant, surtout en ce qui concerne les services d'urgence. Pour des soins moins urgents, la distance peut être plus grande. Le KCE tiendra compte de ces critères dans ses propositions.

Mme Van de Voorde n'a pas l'impression que l'intention de la ministre soit de rendre le nouveau système de gouvernance opérationnel dès 2017. L'objectif est que les hôpitaux collaborent entre eux dans le cadre d'un réseau et qu'ils répondent à certains critères. Au total il y aura environ 25 réseaux. Le nouveau système de gouvernance sera mis en place progressivement.

De heer Eeckloo geeft aan dat een periode van 10 jaar idealistisch is om een geïntegreerd zorgsysteem in te stellen.

Hij wijst erop dat elk locoregionaal netwerk ook verbonden zal moeten zijn met referentiecentra voor zeer gespecialiseerde zorg. Ofwel beschikt het locoregionaal netwerk zelf over een referentiecentrum in één van de ziekenhuizen waaruit het netwerk bestaat, ofwel is dat niet het geval en moet een beroep worden gedaan op een instelling van een ander netwerk. Deze samenwerking moet zo eenvoudig mogelijk blijven en kan in eerste instantie op contractbasis verlopen.

De rapporteur,

Benoît PIEDBOEUF

De voorzitter,

Muriel GERKENS

M. Eeckloo stipule qu'une période de 10 ans est idéaliste pour mettre en place un système de soins intégré.

Il précise que chaque réseau locorégional devra également être relié à des centres de référence pour des soins très spécialisés. Soit le réseau locorégional dispose lui-même d'un centre de référence au sein d'un des hôpitaux participant au réseau, soit il n'en dispose pas et doit faire appel à un établissement d'un autre réseau. Cette collaboration doit rester le plus simple possible et se faire sur base contractuelle.

Le rapporteur,

Benoît PIEDBOEUF

La présidente,

Muriel GERKENS