



BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

## BEKNOPT VERSLAG

## COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA  
SOCIÉTÉ

**Dinsdag**

**20-09-2016**

**Namiddag**

**Mardi**

**20-09-2016**

**Après-midi**

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
DéFI	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PTB-GO!	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture!
PP	Parti Populaire

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 54 0000/000	Parlementair stuk van de 54 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000	Document parlementaire de la 54 <sup>e</sup> 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 (groene kaft)	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)
CRABV	Beknopt Verslag (witte kaft)	CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture blanche)
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
	(witte kaft)		(couverture blanche)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beigegekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

<p>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</p> <p>Bestellingen :</p> <p>Natieplein 2</p> <p>1008 Brussel</p> <p>Tel. : 02/ 549 81 60</p> <p>Fax : 02/549 82 74</p> <p>www.dekamer.be</p> <p>e-mail : publicaties@dekamer.be</p>	<p>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</p> <p>Commandes :</p> <p>Place de la Nation 2</p> <p>1008 Bruxelles</p> <p>Tél. : 02/ 549 81 60</p> <p>Fax : 02/549 82 74</p> <p>www.lachambre.be</p> <p>e-mail : publications@lachambre.be</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## INHOUD

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering – Stand van zaken door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en toegevoegde vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisfinanciering" (nr. 13529) 1

*Sprekers:* **Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, **Nathalie Muylle**, **Monica De Coninck**, **Jan Vercammen**, **Damien Thiéry**, **Catherine Fonck**, voorzitter van de cdH-fractie, **Alain Mathot**, **Anne Dedry**, **Dirk Janssens**, **Yoleen Van Camp**, **Sybille de Coster-Bauchau**, **Muriel Gerkens**, Medewerker van de minister,

## SOMMAIRE

Le financement des hôpitaux – État des lieux par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et question jointe de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des hôpitaux" (n° 13529) 1

*Orateurs:* **Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Nathalie Muylle**, **Monica De Coninck**, **Jan Vercammen**, **Damien Thiéry**, **Catherine Fonck**, présidente du groupe cdH, **Alain Mathot**, **Anne Dedry**, **Dirk Janssens**, **Yoleen Van Camp**, **Sybille de Coster-Bauchau**, **Muriel Gerkens**, Medewerker van de minister,



COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

DINSDAG 20 SEPTEMBER 2016

Namiddag

COMMISSION DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE, DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DU  
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

du

MARDI 20 SEPTEMBRE 2016

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.15 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

**01** De hervorming van de ziekenhuisfinanciering – Stand van zaken door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en toegevoegde vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisfinanciering" (nr. 13529)

**01.01** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Ik zal een overzicht geven van de vorderingen in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, hetgeen een van de grootste beleidswerven van de huidige regeerperiode is.

(*Frans*) We streven naar een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg, die zich focust op de belangen van de patiënt en waarin de patiënt als een volwaardige actieve partner beschouwd wordt. We willen dit realiseren via structurele hervormingen, via een stabiel meerjarenperspectief, via een beleid dat wetenschappelijk onderbouwd is, met meer transparantie in de financiering en indien mogelijk minder administratieve rompslomp.

Het project is tweeledig: de veranderende rol van het ziekenhuis in het zorglandschap en de noodzaak om de ziekenhuisfinanciering af te stemmen op de behoeften van de patiënten, omdat er steeds meer ouderen en chronisch zieken zijn.

De ziekenhuizen moeten deel gaan uitmaken van klinische netwerken om een structurele

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 15 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

**01** Le financement des hôpitaux – État des lieux par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et question jointe de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des hôpitaux" (n° 13529)

**01.01** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Je donnerai un aperçu des progrès qui ont été réalisés dans le plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux, qui constitue l'un des plus grands chantiers politiques de la présente législature.

(*En français*) Nous aspirons à des soins de santé de qualité, accessibles et abordables, qui placent le patient au centre des préoccupations et le considèrent comme un partenaire actif à part entière. Nous souhaitons réaliser cet objectif à l'aide de réformes structurelles, d'une perspective pluriannuelle stable, d'une politique basée sur des preuves scientifiques et, pour le financement, sur davantage de transparence et si possible sur une simplification administrative.

Ce projet est composé de deux volets: le rôle en mutation de l'hôpital dans le paysage des soins et la nécessité d'adapter son financement en fonction des besoins des patients, souvent plus âgés et touchés par des affections chroniques.

Les hôpitaux doivent s'insérer dans des réseaux cliniques pour établir une collaboration structurelle

samenwerking tussen de algemene en de gespecialiseerde ziekenhuizen op te zetten en een afdoende coördinatie met de externe zorgverleners te verzekeren.

Er moeten meer gespecialiseerde centra komen waarin complexe behandelingen en gespecialiseerde technologieën kunnen worden samengebracht.

Het gebruik van de ziekenhuisinfrastructuur moet worden geoptimaliseerd door onnodige langdurige opnames te vermijden en door het overschot aan acute bedden in chronische bedden om te zetten of door ze naar andere instellingen over te hevelen.

De hervorming stoelt op volgende beginselen. De verantwoorde zorg moet correct worden gefinancierd, waarbij de nadruk op de kwaliteit en de resultaten moet liggen, er rekening wordt gehouden met de wijzigende behoeften en de registratielasten voor de ziekenhuizen worden verlicht. Ik ben voorstander van een gemengd systeem van prospectieve financiering waarbij het beginsel van de honoraria per prestatie wordt gehandhaafd. Het bestaande systeem van inhoudingen op de artsenhonoraria moet tegen het licht worden gehouden. De deelname van de artsen aan het medische beheer van het ziekenhuis wordt gewaarborgd en de nodige aandacht zal gaan naar opleiding en onderzoek.

De hervorming van het ziekenhuisfinanciering gaat hand in hand met de hervorming van de nomenclatuur en de herziening van het koninklijk besluit betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, die eind september zal worden voorgesteld.

Die hervorming is ook gelinkt aan het zorgplan voor chronische ziekten, de eHealth-strategie en de administratieve vereenvoudiging.

*(Nederlands)* De rol van het ziekenhuis opnieuw invullen is belangrijk om de middelen intelligenter te kunnen aanwenden. De middelen moeten niet alleen meer gericht worden ingezet, ze moeten ook beter over de ziekenhuizen worden verdeeld. Zo willen we het aantal niet-gebruikte acute ziekenhuisbedden afbouwen, herstel en revalidatie buiten het ziekenhuis onderbrengen, dubbele onderzoeken vermijden en dure technologie inperken. Al jaren groeit de kloof tussen de beschikbare en de nodige ziekenhuisbedden. Uit de cijfers van 2013 blijkt dat er een kloof van 15% is op de zogenaamde C- en D-bedden voor volwassenen. Op de kraam- en kinderafdelingen is dat 10%. Bedden voor geriatrische patiënten zijn er dan weer

entre fonctions générales et spécialisées ainsi qu'une coordination suffisante avec les prestataires extérieurs.

Il faut plus de centres spécialisés regroupant les traitements complexes et les technologies spécialisées.

Il faut optimiser les infrastructures en évitant les longues hospitalisations inutiles et convertir le surplus de lits pour soins aigus en lits de soins chroniques ou les diriger vers d'autres établissements.

La réforme est fondée sur plusieurs principes. Il faut financer correctement les soins raisonnables en mettant l'accent sur la qualité et les résultats, en s'adaptant aux besoins changeants et en réduisant la charge d'enregistrement des hôpitaux. Je défends un système mixte de financement prospectif tout en maintenant le principe des honoraires par prestation. Il faut examiner le système des retenues sur les honoraires des médecins. La participation des médecins à la gestion médicale de l'hôpital est garantie et on sera attentif aussi aux activités de formation et de recherche.

La réforme du financement des hôpitaux va de pair avec celle de la nomenclature et avec la révision de l'arrêté royal sur les professions de soins de santé, à présenter à la fin de ce mois.

Elle est aussi liée au plan de soins en faveur des maladies chroniques, à la stratégie e-santé et à la simplification administrative.

*(En néerlandais)* Il importe de repenser le rôle de l'hôpital pour assurer une utilisation plus clairvoyante des ressources financières. Les moyens doivent non seulement être mieux orientés, mais ils doivent dans le même temps être mieux répartis entre les hôpitaux. Nous projetons dès lors de réduire le nombre de lits hospitaliers aigus inoccupés, de sortir la convalescence et la réadaptation fonctionnelle du cadre hospitalier, d'éviter les doubles examens et de limiter les technologies coûteuses. Depuis des années, le fossé ne cesse de s'élargir entre les lits hospitaliers disponibles et nécessaires. Des statistiques de 2013 révèlent que pour les lits C et D pour adultes, l'écart s'élève à 15 %. Il atteint 10 % dans les

4% te weinig. Ondertussen zal de kloof nog vergroten door de daling van de verblijfsduur.

Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering vergt een stapsgewijze aanpak. De stappen worden uitgemaakt door werkpakketten en die zijn voor 2015-2016 al geconcretiseerd. De werkpakketten voor de volgende twee jaar worden momenteel uitgewerkt.

Ik ben voorstander van intens overleg. Ik ga uit van een overleggroep met de sector en van ad-hocoverlegmomenten met alle betrokkenen die niet in die overleggroep vertegenwoordigd zijn. Het overleg met de deelstaten verloopt via de interkabinettenwerkgroep Ziekenhuizen en via de interministeriële conferenties Volksgezondheid.

*(Frans)* Wat de aanpak betreft, heb ik in juni 2015 de overleggroep opgericht, die bestaat uit vertegenwoordigers van de ziekenhuiskoepels, de medische vakbonden en de ziekenfondsen. De overleggroep heeft in 2015 vijf keer vergaderd en in 2016 drie keer.

Tijdens de gesprekken met de betrokken partijen zijn er contacten geweest met zelfstandige zorgverstrekkers zoals kinesisten, apothekers, thuisverpleegkundigen en psychologen. Mijn beleidscel raadpleegt regelmatig de administraties. De vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, van het RIZIV en het KCE vergaderen om de twee weken.

We hebben gesprekken met de deelgebieden in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De werkgroep Ziekenhuizen is al 5 keer samengekomen. Eén vergadering ging over de werkwijze voor de proefprojecten. Op 29 juni hebben de bevoegde ministers een verklaring ondertekend over de nieuwe rol van de ziekenhuizen in het zorglandschap.

De optimalisering van de werking van de adviesorganen zal worden meegenomen in de werkzaamheden voor het het redesignen van de administratie van de gezondheidszorg.

*(Nederlands)* Ik wil werken met de ideeën die de sector zelf aanlevert aan de hand van proefprojecten en die ons toelaten om nieuwe modellen uit te testen op een beperkte schaal. Het is de bedoeling om onnodige en onnodig lange ziekenhuisopnames te vermijden door goede

services de maternité et de pédiatrie. Il manque en revanche 4 % de lits pour les patients gériatriques. À la suite de la diminution de la durée d'hospitalisation, l'écart est encore appelé à se creuser.

La réforme du financement des hôpitaux doit être mise en œuvre progressivement. Elle est scindée en modules de travail, ceux-ci étant déjà concrétisés pour 2015-2016. Les modules de travail pour les deux années suivantes sont en cours d'élaboration.

Je suis partisane d'une concertation intense. J'ai prévu un groupe de concertation avec le secteur et des moments de concertation *ad hoc* avec l'ensemble des intéressés non représentés au sein du groupe de concertation. La concertation avec les entités fédérées passe par le groupe de travail intercabinets Hôpitaux et les conférences interministérielles Santé publique.

*(En français)* Concernant la méthodologie, en juin 2015 j'ai créé le groupe de concertation composé des représentants des organisations coupoles d'hôpitaux, des syndicats médicaux et des mutualités. Il s'est réuni cinq fois en 2015 et trois fois en 2016.

Lors des discussions avec les parties concernées, des contacts ont eu lieu avec les prestataires de soins indépendants comme les kinés, les pharmaciens, les infirmiers en soins à domicile ou les psychologues. Ma cellule consulte régulièrement les administrations. Les représentants du SPF Santé publique, de l'INAMI et du KCE se réunissent tous les quinze jours.

Nous discutons avec les entités fédérées dans le cadre de la Conférence interministérielle de santé publique. Le groupe de travail Hôpitaux s'est réuni cinq fois. Une séance a été consacrée à la marche à suivre pour les projets pilotes. Le 29 juin, les ministres compétents ont signé une déclaration sur le nouveau rôle de l'hôpital dans le paysage des soins.

L'optimisation du fonctionnement des organes d'avis sera reprise dans les travaux relatifs au *redesign* des administrations de soins de santé.

*(En néerlandais)* Je veux travailler avec les idées émanant du secteur lui-même et qui se basent sur des projets pilotes nous permettant de tester de nouveaux modèles à une échelle réduite. J'entends éviter des hospitalisations inutiles et inutilement longues en concluant de bons accords avec

afspraken te maken met alle zorgvoorzieningen.

In de zomer van 2015 hebben wij de sector opgeroepen om proefprojecten voor te stellen. We ontvingen 470 voorstellen, onder meer om zorg te verlenen in de thuisomgeving van de patiënt of in een instelling buiten het ziekenhuis, om meer te kiezen voor dagopnames en om beter samen te werken met andere ziekenhuizen of met ambulante zorgverleners. Daarna werd de oproep voorbereid inzake deelname aan de proefprojecten. Partijen die zich samen kandidaat stellen, krijgen de garantie dat zij per patiënt samen kunnen blijven rekenen op hetzelfde budget.

Het eerste thema waarvoor kandidaat-proefprojecten konden worden ingediend, was het bevallen met verkort ziekenhuisverblijf. Wij ontvingen 35 degelijk uitgewerkte zorgtrajecten, waarin ziekenhuizen, vroedvrouwen, thuisverpleegkundigen de handen in elkaar sloegen. Zeven projecten werden geselecteerd door onafhankelijke experts.

De proefprojecten zijn ondertussen gestart. De projecten krijgen een extra budget van 40.000 euro per jaar. Na een jaar volgt een tussentijdse evaluatie en na het tweede jaar is er een eindevaluatie. Op basis daarvan kunnen wij een beleid rond bevallen met een verkort ziekenhuisverblijf uittekenen voor het hele land.

Voor twee andere oproepen over thuishospitalisatie werden reeds meer dan twintig kandidaturen ingediend.

Patiënten zullen nooit verplicht worden in het traject van een proefproject in te stappen. Patiënten die dat wel doen, mogen daarvoor geen hogere factuur krijgen.

Ondertussen zijn er ook proefprojecten voor geïntegreerde zorg met chronisch zieken en *Mobile Health*. Daarom plan ik geen verdere oproepen meer voor proefprojecten in het kader van de ziekenhuisfinanciering.

(Frans) Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg werd belast met studies over de heroriëntering van het zorglandschap en de reorganisatie van de ziekenhuiszorg, met onder andere het governance model van de netwerken. Het onderzoekt eveneens de overheveling van heelkundige ingrepen naar daghospitalisatie, de

l'ensemble des structures de soins.

Durant l'été 2015, nous avons lancé un appel à projets pilotes parmi le secteur. Nous avons reçu 470 propositions visant notamment à dispenser des soins dans l'environnement domestique du patient ou dans une institution extrahospitalière, à privilégier les hospitalisations de jour et à améliorer la coopération avec d'autres hôpitaux ou avec des dispensateurs de soins ambulatoires. Nous avons ensuite mis en place les préparatifs en vue de la participation aux projets pilotes. Les parties qui ont posé conjointement leur candidature ont obtenu la garantie de pouvoir continuer à bénéficier ensemble du même budget par patient qu'auparavant.

La réduction de la durée d'hospitalisation dans le cadre d'un accouchement constituait le premier thème pour lequel des propositions de projets pilotes pouvaient être présentées. Nous avons reçu 35 trajets de soins correctement élaborés basés sur une collaboration entre les hôpitaux, les sages-femmes et les infirmiers à domicile. Sept projets ont été sélectionnés par des experts indépendants.

Dans l'intervalle, les projets pilotes ont débuté. Ils bénéficient d'un budget supplémentaire de 40 000 euros par an. Une évaluation intermédiaire sera effectuée après un an, l'évaluation définitive intervenant à l'issue de la deuxième année. Sur cette base, nous serons en mesure d'élaborer une politique pour l'ensemble du pays en matière de réduction de la durée d'hospitalisation dans le cadre d'un accouchement.

Plus de vingt candidatures ont déjà été introduites à la suite de deux autres appels relatifs à l'hospitalisation à domicile.

Les patients ne seront jamais contraints de s'engager dans un trajet établi dans le cadre d'un projet pilote. Les patients qui s'engagent dans cette démarche ne doivent pas se voir présenter une facture plus élevée.

D'autres projets pilotes ont également été lancés en matière de soins intégrés des malades chroniques et de *Mobile Health*. C'est pourquoi je ne prévois aucun autre appel pour des projets pilotes dans le cadre du financement des hôpitaux.

(En français) Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a été chargé de réaliser des études sur la réorientation du paysage des soins et la réorganisation des soins hospitaliers, portant entre autres sur la structure de gouvernance des réseaux. Il examine également dans quelle mesure les interventions chirurgicales peuvent passer en



organisatie van traumazorg, de evolutie van de zorgvraag in het licht van de samenstelling van de bevolking en het ziektecijfer en de alternatieve zorg die nodig zal zijn na een verkort ziekenhuisverblijf.

Het eindrapport en de beleidsaanbevelingen voor de laatste twee thema's zullen vóór de zomer 2017 worden voorgesteld.

*(Nederlands)* De conceptnota over netwerking wordt nog voorbereid, maar ik kan wel al enkele basisprincipes meedelen. Het uitgangspunt van de reorganisatie is een gerationaliseerd zorgaanbod met meer concentratie en specialisatie en een afbouw van de capaciteit. Tegelijkertijd moeten de patiënt en zijn verwijzer altijd weten waar ze terecht kunnen voor de juiste zorg. Daarvoor moet het netwerk zorgen: een instrument voor geformaliseerde taak- en werkafspraken tussen ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten.

Ik onderscheid verschillende soorten ziekenhuisfuncties. De algemene zorgfuncties worden in elk netwerk en kunnen op elke vestigingsplaats worden aangeboden, de gespecialiseerde zorgfuncties slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen en de gespecialiseerde referentiezorgfuncties niet in elk netwerk.

*(Frans)* Uit verschillende verslagen van het KCE blijkt de noodzaak om de gespecialiseerde zorg in functie van de kwaliteit en de kostprijs te concentreren. Chirurgische ingrepen voor slokdarm-, alveesklie- en longkanker zouden enkel in gespecialiseerde centra mogen plaatsvinden.

Ik heb het RIZIV gevraagd te onderzoeken of de terugbetaling van de ingrepen in het kader van de RIZIV-overeenkomst, die via colleges van geneesheren-directeuren werd gesloten, tot enkele centra beperkt kan worden.

*(Nederlands)* Ook aan de hervorming van de niet-planbare zorg is het afgelopen jaar hard gewerkt. Zo zullen de centra 112/1733 zo worden georganiseerd dat de patiënt naar het juiste zorgaanbod wordt doorverwezen op basis van een *triage tool* om de ernst van de zorgbehoefte te bepalen. Via de dringende geneeskundige hulpverlening – de medische-urgentieoproepen (MUG), de paramedische interventieteams (PIT) en de ziekenwagens – zal de patiënt worden overgebracht naar de meest geschikte spoedgevallendienst. De zorgbehoefte zal worden

hospitalisation de jour, comment organiser les soins en traumatologie, comme évoluera la demande en soins compte tenu de la composition de la population et de la morbidité, ou encore quels seront les soins alternatifs nécessaires après des séjours écourtés à l'hôpital.

Pour les deux derniers thèmes, le rapport final et les recommandations politiques seront présentées avant l'été 2017.

*(En néerlandais)* La note conceptuelle relative à la mise en réseau n'est pas encore achevée, mais je peux néanmoins déjà vous révéler quelques principes de base. Une offre de soins rationalisée, plus concentrée et spécialisée et la réduction de la capacité constituent la pierre angulaire de la réorganisation. Il faut dans le même temps que le patient et son médecin traitant sachent à tout moment où s'adresser pour obtenir les soins appropriés. C'est là qu'intervient le réseau: il s'agit d'un instrument qui formalise la répartition des tâches et des activités entre établissements ou services hospitaliers.

Je distingue plusieurs types de fonctions hospitalières. Les soins généraux peuvent être proposés dans chaque réseau et sur tous les sites, tandis que l'offre de soins spécialisés doit être limitée à quelques hôpitaux et celle des soins de référence spécialisés ne doit pas être présente dans chaque réseau.

*(En français)* Plusieurs rapports du KCE montrent la nécessité de concentrer les soins spécialisés sur la base de réflexions sur la qualité et les coûts. Les interventions chirurgicales pour le carcinome de l'œsophage, du pancréas et des poumons ne devraient se faire que dans des centres spécialisés.

J'ai demandé à l'INAMI d'examiner si le remboursement des interventions pouvait être limité à quelques centres, à l'aide de la convention INAMI conclue par le biais de collèges de médecins-directeurs.

*(En néerlandais)* Nous avons aussi travaillé d'arrache-pied à la réforme des soins non programmables. Ainsi, les centres 112/1733 seront organisés de sorte que les patients soient orientés vers l'offre de soins adéquate sur la base d'un outil de triage destiné à définir la gravité des besoins de soins. Les patients seront transférés vers le service d'urgence le plus approprié par le biais de l'aide médicale urgente – qui sera composée des appels d'aide médicale urgente (SMUR), des équipes paramédicales d'intervention (EPI) et des ambulances. Les besoins de soins seront définis

bepaald in overleg tussen de interveniërende teams en het hulpcentrum 112. Een aangepaste vorming is gepland.

Een dynamisch geografisch computermodel, gebaseerd op de parameters van concrete interventies, moet zorgen voor een aangepaste programmering, die ook regelmatig zal worden herzien volgens de geregistreerde gegevens.

Als de eerste lijn de beste oplossing biedt, zal men verwijzen naar de huisarts, de GMD-houdende huisarts en de wachtdiensten. De huisartsen worden aangemoedigd om hun wachtdiensten in een wachtpost te houden en de wachtposten worden gestimuleerd om nauw samen te werken met de spoeddiensten van ziekenhuizen.

De vergoedingen moeten worden aangepast aan de gevraagde dienst. Ik denk aan een permanentievergoeding en een uitrukvergoeding voor opdrachten zonder werkelijk patiëntenvervoer. De prestatie en verzorging ter plaatse worden forfaitair vergoed om nodeloze overplaatsingen naar een spoeddienst te vermijden. Ook kan er een vervoersvergoeding zijn. Hiermee mik ik op een sterkere en betere dienstverlening.

Wat de ziekenhuisfinanciering betreft, wil ik de patiëntengroepen opsplitsen in een cluster van laag-, medium-, hoogvariabele zorg. Het Kenniscentrum heeft een methodiek ontwikkeld om patiënten op te delen in drie clusters volgens de variabiliteit van de RIZIV-uitgaven per patiënt. Het gaat hier zowel om de variabiliteit in de uitgaven tussen patiënten als in die tussen ziekenhuizen.

Een voorbeeld van een willekeurige pathologiegroep toont dat er heel weinig variabiliteit bestaat binnen de ernstgraden 2 en 3 en meer variabiliteit binnen de ernstgraad 4. Er zijn overigens erg weinig ziekenhuizen met patiënten in de hoogste ernstgraad. Voor betrokken aandoening kunnen we voor de laagste ernstgraden werken met een financiering op basis van een vast bedrag per patiënt. Dat zal weinig financieel risico opleveren voor de meeste ziekenhuizen.

De studie van het Kenniscentrum laat toe pathologiegroepen te identificeren die laagvariabel zijn en waarvoor een financiering met een vast bedrag per patiënt kan worden vastgelegd. In eerste instantie beperken we ons tot aandoeningen

dans le cadre d'une concertation entre les équipes d'intervention et le centre de secours 112. Une formation adéquate est prévue.

Un modèle géographique informatique et dynamique reposant sur les paramètres d'interventions concrètes doit permettre une programmation appropriée, qui sera revue régulièrement en fonction des données enregistrées.

Si le traitement en première ligne constitue la meilleure solution, le patient sera renvoyé vers le médecin généraliste, le médecin généraliste qui tient le DMG et les services de garde. Les médecins généralistes sont invités à effectuer leurs services de garde dans l'un des postes de garde, qui eux sont encouragés à travailler en étroite collaboration avec les services d'urgence des hôpitaux.

Les indemnités doivent être adaptées au service demandé. Je songe notamment à une indemnité de permanence et à une indemnité de départ octroyée pour les missions sans transport effectif de patients. La prestation et les soins administrés sur place seront rétribués sur une base forfaitaire pour éviter les déplacements inutiles vers un service d'urgence. On peut également prévoir une indemnité de déplacement. J'entends par là renforcer et améliorer les services proposés.

S'agissant du financement des hôpitaux, je souhaite répartir les patients en groupes de soins à faible, moyenne et haute variabilité. Le centre d'expertise a développé une méthodologie permettant de diviser les patients en trois "clusters" en fonction de la variabilité des dépenses INAMI par patient. Il s'agit en l'occurrence de la variabilité des dépenses aussi bien entre patients qu'entre hôpitaux.

Un exemple d'un groupe pathologique aléatoire démontre la faible variabilité au sein des degrés de gravité 2 et 3 et une variabilité accrue pour le degré de gravité 4. Il y a du reste très peu d'hôpitaux qui hébergent des patients atteints au degré de gravité le plus élevé. Pour l'affection en question, il est dès lors possible sur le plan du financement de fonctionner sur la base d'un montant fixe par patient pour les degrés de gravité les plus faibles, sans pour autant exposer la majorité des hôpitaux à un risque financier élevé.

L'étude du Centre fédéral d'expertise permet d'identifier des groupes de pathologies où le taux de variabilité est faible et pour lesquels il est possible de définir un financement sur la base d'un montant fixe par patient. Nous nous limitons dans un premier

waarvoor er in België een voldoende groot aantal ziekenhuisopnames gebeurt.

Op dit ogenblik zijn fases 1 en 2 in volle voorbereiding. Tijdens die fases worden de honoraria gebundeld tot één vast bedrag. In een volgend stadium zal dat uitgebreid worden naar andere ziekenhuisfinancieringen, zoals de geneesmiddelen en het dagziekenhuis, om tot slot in fase 5 tot een ziekenhuisoverschrijdende financiering te komen.

In fase 1 en 2 moet voor de pathologiegroepen die beantwoorden aan het criterium lage variabiliteit in RIZIV-uitgaven, een grondige klinische studie gebeuren met artsen en experts. Zij moeten beoordelen of er binnen een pathologiegroep subgroepen moeten worden gemaakt, bijvoorbeeld volgens leeftijd. Ze zullen ook bekijken of het verantwoord is om hetzelfde bedrag te reserveren voor een behandeling in een dagziekenhuis of voor een klassiek ziekenhuisverblijf.

Ondertussen moet er ook een manier gevonden worden om die patiënten tijdig te identificeren tijdens het ziekenhuisverblijf, zodat de maandelijkse facturatie kan gebeuren.

Ten slotte moeten ook de modaliteiten voor de financiering en de facturatie van onder andere remgelden en ereloonsupplementen aangepast worden.

Mijn administraties zijn met deze technische aspecten bezig en zullen ze, na een passage doorheen de adviesorganen, in voorstellen tot aanpassing van de wetgeving omzetten.

Tegen juli 2017 moet de volledige uitwerking op het niveau van de administraties achter de rug zijn en aan alle betrokkenen gecommuniceerd zijn. Ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen moeten zich grondig aanpassen en daar krijgen ze een half jaar voor. De bedoeling blijft om al in januari 2018 de nieuwe financiering voor bepaalde pathologiegroepen op te starten.

In de toekomst wil ik ook de mediumvariabele zorg vergoeden met een gesloten budget dat evenredig wordt verdeeld tussen de ziekenhuizen. Aanvankelijk ligt de focus op de administratieve vereenvoudiging van het huidige Budget van de Financiële Middelen (BFM), maar ook op meer transparantie. Voor de vereenvoudiging van het BFM heb ik aan de overleggroep en de administraties voorstellen gevraagd. Die worden door de FOD Volksgezondheid onderzocht op hun

temps aux affections pour lesquelles le nombre d'hospitalisations en Belgique est suffisant.

Les phases 1 et 2 sont actuellement en pleine préparation. Durant ces phases, les honoraires seront regroupés en un montant fixe unique. Dans un stade ultérieur, ce système sera élargi à d'autres aspects du financement des hôpitaux, tels que les médicaments et l'hôpital de jour, pour aboutir en définitive, à la phase 5, à un mode de financement identique pour l'ensemble des hôpitaux.

Durant les phases 1 et 2, les groupes de pathologies répondant au critère d'une faible variabilité des dépenses de l'INAMI doivent faire l'objet d'une étude clinique approfondie incluant les médecins et des experts. Ces derniers doivent estimer s'il convient de créer des sous-groupes au sein d'un groupe de pathologies, par exemple en fonction de l'âge. Ils examineront également la question de savoir s'il est justifié de réserver un même montant pour un traitement en hôpital de jour et pour une hospitalisation classique.

Dans l'intervalle, il convient également de trouver un moyen d'identifier suffisamment tôt ces patients durant le séjour en hôpital, de sorte à pouvoir établir une facturation mensuelle.

Enfin, les modalités de financement et la facturation, notamment, des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires, doivent également être adaptées.

Mes administrations se penchent sur ces aspects techniques. Elles les soumettront ensuite aux organes consultatifs avant de les transposer en propositions d'adaptation de la législation.

L'élaboration complète de ce projet devra être entièrement terminée au niveau des administrations et communiquée à tous les intéressés d'ici juillet 2017. Les hôpitaux et les organismes assureurs devront s'adapter en profondeur et bénéficieront d'un délai de six mois à cette fin. L'objectif demeure de lancer le nouveau financement pour certains groupes de pathologie dès janvier 2018.

J'entends également financer dans le futur les soins à moyenne variabilité par une enveloppe fermée, qui sera répartie équitablement entre les hôpitaux. Initialement, l'accent a été mis sur la simplification administrative de l'actuel budget des moyens financiers (BMF), mais aussi sur davantage de transparence. Pour la simplification du BMF, j'ai demandé au groupe de concertation et aux administrations de formuler des propositions. Le SPF Santé publique examinera celles-ci au regard

technische en praktische haalbaarheid. De bedoeling is om volgend jaar de praktische vereenvoudigingen door te voeren en de meer fundamentele ingrepen te koppelen aan de hervorming van het BFM.

Ik heb ook een studieopdracht gegeven om uit te pluizen welk bedrag elke patiëntengroep bijdraagt aan het BFM. We moeten precies weten hoeveel BFM het ziekenhuis voor een laagvariabele patiënt ontvangt, wat niet evident is door de ingewikkelde rekenregels.

De stappen twee tot vijf uit mijn plan zijn identiek voor de laag- en mediumvariabele zorg.

Bij de mediumvariabele zorg is onze bekommernis dat de verdeelsleutels ervoor zorgen dat het toegekende bedrag de werkelijke kost per patiënt zo dicht mogelijk benadert. Daarom moet ook voor die zorg het BFM worden ontrafeld.

Er zal ook worden onderzocht hoeveel van het honorarium per prestatie naar praktijkkosten gaat. Er gaan twee équipes aan het werk, in Vlaanderen en Wallonië. Ze zullen nauw samenwerken en gezamenlijk rapporteren. Na één jaar volgt een tussentijds rapport en na twee jaar het eindrapport. De wetenschappelijke stuurgroep begeleidt de twee teams gedurende die hele periode.

Het ontrafelen van het BFM heeft tot doel het budget eenvoudiger, transparanter en consistenter te maken. We moeten een beter zicht krijgen op de reële kosten per patiënt, zodat kan worden beoordeeld of de BFM-financiering van de verschillende patiëntengroepen effectief ook de kosten van de patiënt dekt. Nu zijn er immers prestaties waar een ziekenhuis telkens geld bij inschiet, wat een structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen veroorzaakt.

Ten slotte wordt een methodologie ontwikkeld om de berekening van de bijdrage aan het BFM en de kosten per pathologie en per patiënt te kunnen maken, gelet op het feit dat de medische praktijk evolueert.

De andere studie rond honoraria is uitbesteed aan een equipe van de ULB, die hiervoor zal samenwerken met de PACHA-ziekenhuizen. Zij zullen de honoraria per patiëntengroep identificeren en dat opsplitsen in praktijkkosten en een professioneel deel. Tijd, complexiteit en risico zullen in rekening worden gebracht. Het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-

de leur faisabilité technique et pratique. L'objectif est de procéder aux simplifications pratiques l'an prochain et d'associer les interventions plus fondamentales à la réforme du BMF.

J'ai également commandé une étude afin de détailler la contribution de chaque groupe de patients au BMF. Il nous faut connaître précisément le montant du BMF que l'hôpital reçoit pour un patient recevant des soins à faible variabilité, ce qui ne va pas de soi en raison de la complexité des règles de calcul.

Les étapes deux à cinq de mon plan sont identiques pour les soins à faible et moyenne variabilité.

Pour les soins à variabilité moyenne, nous tâchons de faire en sorte que les clés de répartition utilisées soient en étroite relation avec le coût réel par patient. C'est la raison pour laquelle le BMF doit également être épluché pour ce type de soins.

Nous examinerons également quelle partie des honoraires par prestation va aux frais de pratique. Deux équipes sont chargées de cette tâche, l'une en Flandre, l'autre en Wallonie. Elles coopéreront étroitement et feront rapport conjointement. Un rapport intermédiaire sera établi au bout d'un an et le rapport final, au bout de deux ans. Le comité directeur scientifique accompagnera les deux équipes tout au long de cette période.

L'épluchage du BMF vise à simplifier le budget et à le rendre plus transparent et plus cohérent. En affinant notre connaissance des coûts réels par patient, nous pourrions évaluer si le financement BMF des différents groupes de patients couvre effectivement les coûts du patient. À l'heure actuelle, il arrive en effet que pour certaines prestations, des hôpitaux perdent systématiquement de l'argent, ce qui cause un sous-financement structurel des hôpitaux.

Enfin, une méthodologie est mise au point, de sorte à pouvoir calculer la contribution au BMF, ainsi que les coûts par pathologie et par patient, compte tenu de l'évolution des pratiques médicales.

L'autre étude relative aux honoraires a été confiée à une équipe de l'ULB qui coopérera avec les hôpitaux membres du projet PACHA. Les chercheurs identifieront les honoraires par groupe de patients et les subdiviseront ensuite entre coûts de la pratique et coûts professionnels. Le temps, la complexité et les risques seront pris en considération. Le Groupement des Unions

Specialisten heeft zijn medewerking aan de bevraging van de artsen toegezegd.

professionnelles belges de Médecins spécialistes a accepté de coopérer à l'enquête réalisée auprès des médecins.

Uiteraard kan de opsplitsing van de honoraria nog niet voor de volledige nomenclatuur in die studie van twee jaar gebeuren. Daarom beginnen we met het grootste deel van de acten die een aanzienlijk stuk van de RIZIV-uitgaven bij de laagvariabele zorg omvatten.

Il est évident que dans le cadre de cette étude étalée sur deux ans, il sera impossible de ventiler les honoraires pour l'ensemble de la nomenclature. C'est pourquoi nous commençons par l'essentiel des actes qui absorbent une part considérable des dépenses de l'INAMI pour les soins à faible variabilité.

Deze studie kadert in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en niet in de beleidswerf over de herijking van de nomenclatuur. Voor dat laatste is er een studie nodig die opgenomen is in de recentste bestuursovereenkomst met het RIZIV.

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, mais ne concerne pas le projet politique de réévaluation de la nomenclature. Pour ce volet, il faudra réaliser une étude qui a été intégrée dans le dernier contrat d'administration signé avec l'INAMI.

*(Frans)* Het KCE zal in samenwerking met de UCL en de TU Berlin bestuderen hoe de hoogvariabele zorg in het buitenland wordt gedefinieerd en gefinancierd. We zullen die studie als handvat kunnen gebruiken.

*(En français)* En collaboration avec l'UCL et la TU Berlin, le KCE étudiera la manière dont les soins à haute variabilité sont définis et financés à l'étranger. Nous pourrions nous en inspirer.

Middels financiële incentives zullen de ziekenhuizen en de zorgverleners ertoe kunnen worden aangespoord de kwaliteit te verbeteren. Als de ervaringen positief zijn, zullen we het *pay for performance*-principe op grotere schaal kunnen toepassen.

Des incitants financiers viendront encourager la recherche de la qualité au sein des hôpitaux et auprès des prestataires. Si les expériences sont positives, nous pourrions étendre ce principe.

*(Nederlands)* Inzake *pay for performance* hebben wij aan de leden van de overleggroep voorstellen gevraagd. Er waren gemengde reacties: sommige ziekenhuiskoepels zijn overtuigd van de toegevoegde waarde, andere hebben koudwatervrees. Aangezien zij onderling niet tot een consensus kwamen, heb ik het project sedert de zomer zelf opnieuw opgenomen. Binnenkort wordt een werkgroep opgestart die op meer concrete voorstellen gericht is. Ook de patiënten krijgen in die werkgroep een stem.

*(En néerlandais)* En ce qui concerne le principe de *pay for performance*, nous avons demandé des propositions aux membres du groupe de concertation. Les réactions étaient mitigées: si certaines fédérations d'hôpitaux sont convaincues de la valeur ajoutée de cette notion, d'autres sont plutôt frileuses. Étant donné l'absence de consensus entre les membres du groupe de concertation, j'ai repris moi-même les rênes de ce projet depuis l'été. Un groupe de travail axé sur des propositions plus concrètes verra bientôt le jour. Les patients pourront également y faire entendre leur voix.

De *pay for performance* is van toepassing op alle algemene ziekenhuizen. Ik wil zowel de verbetering van de kwaliteit als het behalen van een minimumnorm belonen. Wij maken zoveel mogelijk gebruik van bestaande indicatoren of van indicatoren die uit de reeds bestaande registraties kunnen worden afgeleid. De sector moet op voorhand goed worden geïnformeerd over de gebruikte indicatoren, de manier van meten en de wijze van evaluatie.

Le principe de *pay for performance* est applicable à l'ensemble des hôpitaux généraux. Je souhaite récompenser autant l'amélioration de la qualité que l'obtention d'une norme minimum. Nous recourons au maximum aux indicateurs existants ou à des indicateurs pouvant être dérivés des enregistrements déjà effectués. Le secteur doit être bien informé à l'avance des indicateurs utilisés, de la manière dont les mesures sont effectuées et du mode d'évaluation.

Wij starten met een bescheiden toepassing van de

Nous débutons par une application modeste du *pay*

*pay for performance*. Pas indien na evaluatie blijkt dat er een positief effect op de kwaliteit van de ziekenhuizen is, gaan wij tot uitbreiding over.

Ik zie ook een grote rol voor de e-Gezondheid. Een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier bevordert het delen van informatie voor multidisciplinaire zorg binnen het ziekenhuis, met andere ziekenhuizen en ook met ambulante zorgverstrekkers.

Het ondersteunt ook de *evidence based medicine* en, meer algemeen, de zorgkwaliteit. Ziekenhuizen worstelen met de groei van de medische technologie om zorgnoden te beantwoorden en de administratieve registratielast, gecombineerd met soms niet of nauwelijks geïntegreerde informaticasystemen.

Bij ongewijzigd beleid zouden in 2018 nog maar 30% van de ziekenhuizen een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier hebben.

Het elektronisch patiëntendossier wordt de informatiehoeksteen van het toekomstig zorglandschap. Daarom hebben we aan het ICT-budget van 16,4 miljoen euro 40,2 miljoen euro toegevoegd. Hierdoor krijgt elk ziekenhuis een groter ICT-budget. Als een ziekenhuis aan welbepaalde criteria voldoet, dan kan het rekenen op een verdere verhoging van het budget. De criteria worden echter jaar na jaar strenger. Ziekenhuizen worden ook beloond met een specifiek budget voor hun vroegere investeringen. De gesloten enveloppe van ruim 56 miljoen euro zal elk jaar over de algemene en psychiatrische ziekenhuizen worden verdeeld. De sokkel is een gegarandeerde financiering, los van de voorwaarden, in de vorm van een vast bedrag per ziekenhuis en per bed. Dit onvoorwaardelijk bedrag wordt jaar na jaar kleiner. Om te genieten van het acceleratorbudget moeten de ziekenhuizen aan bepaalde voorwaarden voldoen, die voor elk jaar zijn vastgelegd.

Vanaf 2018 wordt de complete implementatie opgevolgd en wordt de financiering gekoppeld aan het aantal uitgerolde basisfunctionaliteiten van het elektronisch patiëntendossier. De ziekenhuizen kregen dit budget al via hun BFM in juli 2016 en op 12 september 2016 werd het elektronisch patiëntendossier gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*.

Er bestaat binnen het BFM discussie over het meten van de verpleegkundige zorgzwaarte. De

*for performance*. Nous n'élargirons ce principe que si une évaluation montre un effet positif sur la qualité des hôpitaux.

L'e-Santé est également appelée à jouer un rôle important. Le dossier électronique intégré du patient favorisera la diffusion d'informations en vue de soins multidisciplinaires en milieu hospitalier et vis-à-vis d'autres hôpitaux et des prestataires de soins ambulatoires.

Ce dossier soutient également *l'evidence based medicine* et, plus globalement, la qualité des soins. Les hôpitaux doivent faire face à la croissance des technologies médicales pour répondre aux besoins en matière de soins ainsi qu'à la charge de l'enregistrement administratif, associée à des systèmes informatiques peu ou pas du tout intégrés.

À politique inchangée, 30 % seulement des hôpitaux proposeraient un dossier de patient électronique intégré en 2018.

Le dossier patient électronique deviendra la pierre angulaire du futur paysage de soins. C'est pourquoi nous avons augmenté de 40,2 millions d'euros le budget TIC, qui s'élève à 16,4 millions d'euros. Chaque hôpital recevra ainsi un budget TIC plus important. Les hôpitaux qui satisferont à certains critères pourront compter sur une nouvelle augmentation de ce budget. Ces critères deviendront toutefois plus stricts d'année en année. Un budget spécifique récompensera également les hôpitaux ayant procédé précédemment à des investissements. L'enveloppe fermée, de plus de 56 millions d'euros, sera répartie chaque année entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. Le socle, constitué d'un financement garanti, sera alloué indépendamment des conditions sous la forme d'un montant fixe par hôpital et par lit. Ce montant alloué inconditionnellement sera réduit d'année en année. Pour bénéficier du budget d'accélération, les hôpitaux devront satisfaire à certaines conditions; celles-ci seront définies annuellement.

À partir de 2018, la mise en œuvre complète fera l'objet d'un suivi et le financement sera lié au nombre de fonctionnalités de base déployées en ce qui concerne le dossier électronique du patient. Les hôpitaux se sont déjà vu octroyer ce budget par le biais du BMF en juillet 2016, et le dossier électronique du patient a été publié au *Moniteur belge* le 12 septembre 2016.

Dans le cadre du BMF, l'évaluation de la charge des soins infirmiers est sujette à discussion.

aanpassing aan de financiering in 2014, die terecht kritiek kreeg, werd bijgestuurd. Wegens de onzekerheden en de verschillende codeerpraktijken werd beslist om de toepassing voorlopig op 30% te houden.

Intussen werkt de FOD Volksgezondheid aan een meer fundamentele heroriëntering. Zo moet er een verdere differentiatie gebeuren van de verschillende verpleegkundige items naar basis- versus bijkomende zorg.

De huidige verpleegkundige zorgberoepen zijn vrij sterk gerelateerd aan de bedindex. Misschien moet er meer worden gedifferentieerd binnen de bedindexen of moet er een verpleegkundig zorggewicht per pathologie komen. Vandaag worden de korte zorgperiodes ook overgewaardeerd. Misschien moet er een differentiële weging komen van de zorgperiodes op basis van duurtijd.

Er is dus nood aan audits, in de eerste fase aan statistische audits en in de volgende fases aan audits ter plaatse. Er is ten slotte ook een nieuw systematisch overleg opgestart tussen de coördinatoren van de verpleegkundige registratie uit de ziekenhuizen en de experts van de FOD.

Daarnaast wil ik werken aan administratieve vereenvoudiging, ook al vragen de ziekenhuisfinanciering en het beleid zelf een grote input van gegevens. Er lopen al heel wat acties in het kader van het e-gezondheid, maar ik heb de sector gevraagd om voorstellen te formuleren die registraties en registers kunnen vereenvoudigen. Enkele voorstellen – de *quick wins* – voeren we nu al uit, maar we zullen hier blijven aan werken.

*(Frans)* Het controlebeleid heeft ook een impact op de ziekenhuizen. Het plan inzake de controle van de gezondheidszorg dat in juli 2016 in samenwerking met het RIZIV en de verzekeringsinstellingen tot stand kwam, heeft raakvlakken met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Een RIZIV-platform, dat in feite een nieuwe versie is van de antifraudecommissie, is belast met de coördinatie. Het plan bevat een aantal subthema's, met vooreerst een reeks structurele maatregelen: zo zal de elektronische identiteitskaart systematisch worden ingelezen om fraude tegen te gaan, zullen de prestaties van de practitioners per ziekenhuis in kaart worden gebracht, zal er een meldpunt gezondheidszorg worden opgericht, zowel voor de patiënten als voor de zorgverleners, en zullen de

L'adaptation apportée au financement en 2014 a fait l'objet de critiques justifiées et a dès lors été rectifiée. En raison des incertitudes et des différentes pratiques d'encodage, il a été décidé de maintenir provisoirement l'application à 30%.

Dans l'intervalle, le SPF Santé publique œuvre à une réorientation plus fondamentale. Ainsi, une différenciation accrue des différents éléments infirmiers doit être opérée selon qu'il est question de soins de base ou de soins complémentaires.

Les professions infirmières actuelles sont en relation assez étroite avec l'indice de lits. Peut-être conviendrait-il d'établir une différenciation plus fine au sein des indices de lit ou mettre en place des pondérations de soins infirmiers par pathologie. À l'heure actuelle, les périodes de soins courtes sont également surpondérées. Peut-être faut-il pondérer les périodes de soins de manière différenciée sur la base de leur durée.

Il est donc nécessaire de procéder à des audits, dans une première phase, des audits statistiques, et dans les phases suivantes, des audits réalisés sur le terrain. Enfin, une nouvelle concertation systématique a démarré entre les coordinateurs de l'enregistrement infirmier des hôpitaux et les experts du SPF.

Je souhaite par ailleurs œuvrer à une simplification administrative, même si le financement des hôpitaux et la politique de santé nécessitent l'enregistrement de nombreuses données. De très nombreuses actions sont en cours dans le cadre de l'e-santé mais j'ai demandé au secteur de formuler des propositions de nature à simplifier les enregistrements et les registres. Nous mettons d'ores et déjà en œuvre certaines propositions – les *quick wins* – et nous continuerons à y travailler.

*(En français)* La politique de contrôle a un impact sur les hôpitaux. Le plan de contrôle des soins de santé créé en juillet 2016 en collaboration avec l'INAMI et les organismes assureurs a des points en commun avec la réforme du financement des hôpitaux.

Une plate-forme de l'INAMI, nouvelle version de la commission anti-fraude, est chargée de la coordination. Le plan présente plusieurs thèmes, dont les mesures structurelles telles que la lecture systématique de la carte d'identité électronique pour lutter contre la fraude, la cartographie des pratiques des prestataires par établissement, le point de contact soins de santé pour les patients comme pour les prestataires de soins, l'audit systématique des hôpitaux. Un deuxième thème est la lutte contre

ziekenhuizen systematisch geaudit worden. Fraudebestrijding is een tweede thema. Er loopt een onderzoek betreffende de medische beeldvorming, meer bepaald de niet-erkende MRI-toestellen en de a-posterioriconrole van CT-scans van de schedel en het faciale massief.

Het controlebeleid is ook gericht op de zorgefficiency. Wat de ziekenhuizen betreft, gaat het dan bijvoorbeeld om de analyse van de diagnose bij de verenigde artsen, de evaluatie van de hartcentra – meer bepaald de controle op de coronarografieën, op het aantal CABG's en PTCA's, de ritmologie en de elektrofysiologie – naast het bevorderen van rationeel voorschrijfgedrag.

Polyfarmacie is een reëel probleem voor de bejaarden.

Het voorschrijfgedrag inzake verbandmateriaal en technische orthopedie wordt eveneens onderzocht.

Het is de bedoeling artikel 17 te evalueren en een audit uit te voeren van het protocolakkoord inzake medische beeldvorming met zware medische apparatuur.

*(Nederlands)* Op anderhalf jaar hebben we veel werk verricht. De ziekenhuiswereld is zich er steeds meer van bewust dat er anders moet worden gewerkt. Er beweegt heel wat in het ziekenhuislandschap. Er is meer samenwerking en ik zie heel wat initiatieven die gebaseerd zijn op het plan van aanpak, alleen zijn die nog onvoldoende geharmoniseerd.

Sommige ziekenhuizen zoeken vlug partners om meer apparatuur te kunnen aanbieden. Dat is niet de richting die we op willen gaan. Sommigen vinden dat de hervormingen niet snel genoeg gaan, anderen vinden dat ze te snel gaan.

Het is in elk geval positief dat de geïntroduceerde concepten steeds beter ingang vinden. Steeds vaker is er interdisciplinair overleg tussen ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen en andere partners. De proefprojecten spelen daarin een stimulerende rol. Dergelijk overleg zal alsmat belangrijker worden door de nood aan transmurale zorgcoördinatie. Ook zelfstandige zorgverleners zullen zich meer moeten verenigen.

Zowel qua inhoud als timing worden de werkpakketten volgens het plan gerealiseerd, wat niet altijd eenvoudig is. Er is veel inzet vanuit het werkveld en ook het overleg met de deelstaten en

la fraude. Une enquête en cours concerne l'imagerie médicale, les appareils de résonance magnétique non agréés et le contrôle *a posteriori* des CT-scans du crâne et du massif facial.

La politique de contrôle vise également l'efficacité des soins. Pour les hôpitaux, cela concerne l'analyse des diagnostics chez les médecins connexistes, l'évaluation des centres de cardiologie, le contrôle des coronarographies, du nombre de CABG et de PCTA, de la rythmologie ou encore de l'électrophysiologie ainsi que la promotion des pratiques de prescription rationnelle.

La polypharmacie est un réel problème pour les personnes âgées.

La pratique de prescription en bandagisterie et orthopédie technique est également examinée.

Il est prévu d'évaluer l'article 17 et de procéder à un audit du protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale par appareillage médical lourd.

*(En néerlandais)* Le travail accompli en un an et demi est énorme. La prise de conscience de la nécessité de travailler autrement gagne du terrain dans le secteur hospitalier. Le paysage hospitalier est en pleine mutation. Les coopérations se développent et j'observe une foule d'initiatives articulées autour du plan d'attaque, mais qui ne sont pas encore suffisamment harmonisées.

Certains hôpitaux cherchent des partenaires à la hâte pour pouvoir proposer davantage d'équipements. Ce n'est pas le cap que nous souhaitons poursuivre. Certains considèrent que les réformes sont trop lentes, d'autres les jugent trop rapides.

Il est en tout cas positif d'observer une adhésion croissante aux concepts introduits. La concertation interdisciplinaire entre hôpitaux et entre hôpitaux et autres partenaires s'étend et les projets pilotes ne sont pas étrangers à cette évolution. La nécessité d'une coordination transmurale des soins contribuera certainement à renforcer ce type de concertation. De même, les prestataires de soins indépendants vont également devoir s'associer davantage.

Les modules de travail se déroulent comme prévu, tant en ce qui concerne le contenu que le calendrier. Il n'est d'ailleurs pas toujours aisé de respecter ces délais. Les acteurs de terrain s'y



administraties loopt goed. De administraties moeten hiervoor bijkomende inspanningen leveren, zonder dat ze daarvoor extra personeel krijgen.

In 2016 gebeurt er vooral ondersteunend studiewerk voor elk van de werkpakketten. Vanaf 2017 worden de beleidsmaatregelen genomen en geïmplementeerd.

Wij hebben een goed plan uitgewerkt, maar op het terrein zijn er nog heel wat obstakels. Iedereen is voor verandering, maar niet iedereen is bereid om te veranderen, laat staan om de veranderingen zelf op gang te trekken.

**01.02 Nathalie Muylle (CD&V):** Dit behelst inderdaad een ambitieus en moeilijk te realiseren project. Wat het ziekenhuisconcept betreft, kreeg het KCE de opdracht om tegen het voorjaar van 2017 een studie af te ronden en ondertussen beweegt er in Vlaanderen al heel wat op het terrein. Zo wordt er een regionaal ziekenhuisconcept met een eigen zorgstrategische planning uitgetest. Wij moeten evolueren naar meer concentratie van de zorg, maar ik vrees dat dit niet altijd even efficiënt aan het verlopen is. Er moet worden samengewerkt tussen diverse ziekenhuizen om bepaalde volumes te halen en als de logica daarin af en toe zoek is, dan heeft dat alles te maken met het huidige concurrentiemodel.

Door dat concurrentiemodel zien we vandaag soms samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen die niet helemaal logisch zijn. De juridische ondersteuning hiervan is een federale bevoegdheid, maar daarover heb ik niets gehoord van de minister. Hoe staat het met het overleg met de Gemeenschappen? Moeten we niet zo snel mogelijk komen tot één duidelijke visie en tot sluitende regelgeving om niet het risico te lopen dat de realiteit ons inhaalt?

Wat de financiering betreft, is het onderscheid tussen laag, medium en hoog variabel blijkbaar niet altijd even duidelijk te maken. In het raam van de referentiebedragen hebben we trouwens ook niet altijd te maken met een lage variabiliteit qua middelen. Ik begrijp echter dat de minister zich nu in eerst wil concentreren op de lage variabiliteit.

Normaal waren er in het raam van het BFM al wijzigingen gepland in 2016 en dus blijf ik enigszins op mijn honger zitten. De oefening is uiteraard niet evident en ook in het buitenland zijn er maar weinig

investissent énormément et la concertation avec les entités fédérées et les administrations se déroule bien. Les administrations doivent encore fournir des efforts supplémentaires à cet effet, sans pour autant disposer de personnel supplémentaire.

En 2016, chacun des modules de travail fera essentiellement l'objet d'études complémentaires. Les mesures politiques seront prises et concrétisées à partir de 2017.

Notre plan est bon, mais il reste encore de nombreux obstacles à surmonter sur le terrain. Tout le monde aspire au changement, mais tout le monde n'est pas prêt à changer et encore moins à s'engager personnellement dans le processus de changement.

**01.02 Nathalie Muylle (CD&V):** Il s'agit effectivement d'un projet ambitieux et difficile à réaliser. Concernant le concept d'hôpital, le KCE a été chargé d'élaborer une étude d'ici au printemps 2017 et de très nombreuses évolutions sont déjà observées sur le terrain en Flandre. Ainsi, un concept d'hôpital régional doté de son propre plan stratégique de soins est testé. Nous devons évoluer vers une plus grande concentration des soins, mais je crains que cela ne se passe pas toujours efficacement. Il faut que différents hôpitaux coopèrent pour parvenir à certains volumes et si la logique est parfois absente en la matière, c'est essentiellement dû au modèle actuel de la concurrence.

Ce modèle concurrentiel fait que nous voyons parfois aujourd'hui des accords de coopération entre hôpitaux qui ne sont pas tout à fait logiques. Leur support juridique est une compétence fédérale mais la ministre n'a rien dit à ce propos. Où en est la concertation avec les Communautés? Ne devrions-nous pas aboutir au plus vite à une vision unique claire et à une réglementation efficace pour ne pas courir le risque de nous faire rattraper par la réalité?

En ce qui concerne le financement, il n'est pas toujours commode d'établir la distinction entre une variabilité faible, moyenne ou haute. Dans le cadre des montants de référence, nous n'avons du reste pas toujours affaire à une faible variabilité en matière de moyens. Je comprends cependant que la ministre veuille d'abord se concentrer sur la faible variabilité.

Des modifications du BMF avaient déjà été annoncées pour 2016 et je reste donc quelque peu sur ma faim. Certes, l'exercice est complexe et il n'y a que peu d'exemples de "clustérisation" du

geslaagde voorbeelden van clusterfinanciering, maar we moeten wel tot beslissingen komen. Er is sprake van een shift naar de patiënt en er is ook de ongewenste problematiek van steeds meer prestaties en overconsumptie.

Wat is de concrete timing inzake de spoeddiensten? De minister heeft een taskforce opgericht om een organisatiemodel op te stellen

Het principe van *pay for performance* is een moeilijke oefening. We hebben gezegd dat 1 à 2% van het ziekenhuisbudget hiervoor moet worden voorbehouden. Hoe verloopt op dit vlak het overleg over kwaliteit en financiering met de Gemeenschappen? Welke concrete stappen kunnen samen worden gezet?

Wat is de stand van zaken op het vlak van de opsplitsing van de honoraria in een praktijkgedeelte en een professioneel gedeelte?

Onlangs hebben heel wat ziekenhuizen hun proefprojecten ingediend inzake thuishospitalisatie. Wij geloven heel sterk in de samenwerking met de eerstelijnszorg, in de afbouw van bedden en in meer ambulante zorg, maar dit leidt tot financieringsproblemen, want zo wordt een immense druk gelegd op de thuiszorgdiensten, die nu al kampen met een tekort aan personeel en middelen. De thuiszorgdiensten vallen echter onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Hoe wordt dat meegenomen in de proefprojecten?

Het extra budget van 16 tot 40 miljoen voor eHealth en het Elektronisch Patiëntendossier is een goede zaak, maar de corresponderende kosten in de ziekenhuizen liggen veel hoger dan wat hiervoor wordt toegekend als compensatie. Men zal in de komende jaren dus opnieuw moeten gaan zoeken naar middelen in het ziekenhuis zelf. Hoe kan hier het hele financieringsverhaal in goede banen worden geleid?

Wat de herijking en het KB 78 betreft, is er sprake van een moeizaam proces. In het regeerakkoord staat dat wij naast de ziekenhuizen en de farmaceutische industrie ook voor andere spelers naar een stabiel meerjarenplan moeten gaan. Moeten wij hier geen systeem voor enkele jaren uitdenken, voordat het nieuwe plan met zijn impact

financement réussie à l'étranger, mais il faut néanmoins trancher. On observe une évolution allant vers une attention accrue accordée au patient, mais aussi une multiplication des prestations et un phénomène de surconsommation médicale.

Quel est le calendrier précis pour les services d'urgence? La ministre a créé une *task force* chargée de développer un modèle d'organisation.

L'application du principe *pay for performance* est un exercice difficile. Nous avons indiqué qu'un à deux pour cent du budget hospitalier devait être réservé à ce poste. Comment se déroule la concertation dans ce domaine avec les Communautés à propos de la qualité et du financement? Quelles sont les démarches concrètes qui peuvent être entreprises de concert?

Où en est la subdivision des honoraires en un volet pratique et un volet professionnel?

De nombreux hôpitaux ont récemment introduit leurs projets pilotes en matière d'hospitalisation à domicile. Nous sommes fermement convaincus de l'opportunité d'une collaboration avec l'aide de première ligne et de la réduction du nombre de lits en vue d'accroître l'importance des soins ambulatoires, mais cette évolution entraînera des problèmes de financement car elle exercera une pression immense sur les services de soins à domicile qui sont déjà confrontés actuellement à une pénurie de personnel et de moyens. Ces services de soins à domicile relèvent cependant des compétences des Communautés. Comment cet aspect est-il pris en considération dans les projets pilotes?

Je me réjouis de constater qu'un budget supplémentaire de 16 à 40 millions est prévu pour eHealth et pour le dossier de patient électronique intégré, mais les coûts correspondants dans les hôpitaux dépassent largement les montants prévus à titre de compensation. Il faudra donc de nouveau aller chercher des moyens dans les hôpitaux eux-mêmes, dans les prochaines années. Comment fera-t-on en sorte que l'ensemble du financement puisse être mené à bien?

Concernant la réévaluation et l'arrêté royal 78, il s'agit d'un processus ardu. L'accord de gouvernement prévoit qu'un plan pluriannuel stable doit être prévu non seulement pour les hôpitaux et pour l'industrie pharmaceutique, mais aussi pour d'autres acteurs. Ne convient-il pas en l'occurrence de mettre au point un système qui sera opérationnel

op de financiering volledig is uitgerold? Zo kunnen wij ook voor de ziekenhuizen een stabiel meerjarenplan vastleggen. Wanneer wordt het KB 78 als tweede werf geïntroduceerd?

pendant quelques années, en attendant que le nouveau plan soit complètement mis en place et produise ses effets sur le financement des hôpitaux? Nous pourrions ainsi fixer un plan pluriannuel stable pour les hôpitaux également. Quand le deuxième chantier de l'arrêté royal 78 sera-t-il introduit?

De herijking van de nomenclatuur vertoont heel wat facetten. Hoe staat het met de veelbesproken wetenschappelijke studie van het RIZIV?

La réévaluation de la nomenclature présente de très nombreuses facettes. Où en est la fameuse étude scientifique de l'INAMI?

**01.03** **Monica De Coninck** (sp.a): Heel wat ziekenhuizen zitten in de rode cijfers en de financieringshervorming is dan ook een dringende kwestie. Door de huidige financieringsstromen krijgen we overconsumptie en verspilling. De patiënt is daarvan de dupe en betaalt mee via de supplementen.

**01.03** **Monica De Coninck** (sp.a): Un très grand nombre d'hôpitaux sont dans le rouge, ce qui rend la réforme de leur financement d'autant plus urgente. Les flux de financement actuels entraînent une surconsommation et un gaspillage. Le patient en est le dupe et paie sa part sous forme de suppléments.

Veranderingsprocessen zijn nooit makkelijk en verlopen altijd veel trager dan gewenst. De effecten ziet men vaak pas na een achttal jaar. Valkuilen maken er inherent deel van uit en daarmee wordt vaak te weinig rekening gehouden.

Les processus de changement ne sont jamais faciles et ils se déroulent toujours beaucoup plus lentement que ce que l'on voudrait. Généralement, les effets ne sont perceptibles qu'au bout de huit ans. Les pièges en font intrinsèquement partie et l'on en tient souvent trop peu compte.

Ik mis een stuk waardering voor de weg die instanties en zorgverleners ondertussen al hebben afgelegd, vooraleer het federale niveau in beweging kwam. Vanuit de praktijk kan er nochtans veel geleerd worden.

Je regrette que le travail que les autorités et les dispensateurs de soins ont déjà accompli avant que le fédéral ne se mette en mouvement ne soit pas apprécié à sa juste valeur. On peut pourtant apprendre beaucoup du terrain.

Als men veranderingen doorvoert, moet men altijd naar de centen kijken. Dat verklaart natuurlijk veel weerstanden. Samenwerking wordt al te vaak gestremd door onzekerheid over de financiële consequenties ervan.

Lorsque l'on accomplit des changements, on doit toujours s'intéresser à l'aspect financier. C'est ce qui explique bien entendu le nombre de réticences. La coopération est trop souvent entravée par l'insécurité liée aux possibles répercussions financières.

Ik heb stellig de indruk dat de netwerken en de samenwerkingsverbanden die nu groeien, veel te maken hebben met concurrentiestrijd, waardoor de nieuwe regelgeving op voorhand ondermijnd zal worden. Er is niet alleen concurrentie tussen de ziekenhuizen, maar ook tussen de artsen. Samenwerking tussen artsen boven de ziekenhuizen heen is bepaald niet evident als de regels niet gauw duidelijk worden. Ik wil dan ook pleiten voor een iets grotere *sense of urgency*.

J'ai réellement l'impression que les réseaux et les structures de coopération qui se développent actuellement sont confrontés à une lutte concurrentielle, ce qui aura pour effet de saper d'avance la nouvelle réglementation. La concurrence ne se joue pas uniquement entre les hôpitaux, mais également entre les médecins. La coopération entre médecins de différents hôpitaux n'est pas évidente si les règles à suivre ne sont pas clairement définies dans les plus brefs délais. Je plaide dès lors pour un sens de l'urgence un peu plus prononcé.

Ik wil aandacht vragen voor de groep van alleenstaande ouderen die vaak heen en weer worden gestuurd tussen rusthuis en ziekenhuis. Daar is er nood aan meer hulp en coördinatie. Meer overleg met de Gemeenschappen is hierbij absoluut

Je souhaite en outre attirer l'attention sur le groupe des seniors isolés qui font souvent la navette entre la maison de repos et l'hôpital. Un renforcement de l'aide, de la coordination et de la concertation à cet égard avec les Communautés s'impose. En effet, si

noodzakelijk, want als we zo doorgaan, wordt het een fiasco. Verder is het ook haast een gegeven dat iemand die stervende is, nog naar het ziekenhuis wordt overgebracht. Rusthuizen of thuiszorg zouden hierin een veel grotere rol moeten kunnen spelen.

Als wij nu de financiering en de erkenning niet snel regelen, zal de afbouw van de bedden in de ziekenhuizen desastreus worden voor de opvang van zorgbehoevende mensen. Zo zijn er bijvoorbeeld veel psychiatrische bedden afgebouwd, maar er is daarvoor niets in de plaats gekomen.

De minister heeft de *governance* in de ziekenhuizen vermeld. Het is hier zoeken naar een delicaat evenwicht, met daaronder uiteraard de financieringsmechanismen. Hoe ziet de minister dat op het niveau van de netwerken?

De ingrijpende verandering die inzake eHealth wordt doorgevoerd, vind ik zonder meer een goed idee.

De medische realiteit in het noorden en in het zuiden van het land en de afwijkende werkculturen zijn een belangrijk element, die de hervorming zeker niet eenvoudiger maakt.

Ik pleit voor een goed gestructureerd meerjarenplan, zodat we de sector duidelijk kunnen maken wanneer welke stap wordt gezet. Dan kan iedereen zich voorbereiden en weet ook iedereen in welke richting een en ander moet evolueren.

**01.04 Jan Vercammen (N-VA):** Wij vrezen dat er wat betreft de financiering in functie van de laagvariabele zorg veel energie gestoken zal worden in de verdeling van de middelen en dat is energie die niet in de echte zorg wordt gestoken.

Ik kijk uit naar het resultaat van de discussies over de vereenvoudiging van het BFM. Wij delen de bezorgdheid over de complexiteit van de huidige berekeningen. Het is goed dat de beroepsverenigingen zich geëngageerd hebben. De veelheid aan codering levert momenteel heel wat administratief werk op. En wie daarmee bezig is, is niet met zorg bezig.

Wij blijven een beetje hangen inzake de wetenschappelijke responsabilisering van de zorgverleners zelf. Enkele maanden geleden werd bijvoorbeeld de profielencommissie afgeschaft. Wij

nous poursuivons dans cette voie, la situation débouchera sur un fiasco. De surcroît, lorsqu'une personne décède, la tradition veut qu'elle soit transportée à l'hôpital. Les maisons de repos ou de soins devraient jouer un rôle bien plus important à cet égard.

Si nous ne réglons pas rapidement les questions du financement et de l'agrément, la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux aura des conséquences désastreuses pour l'accueil des personnes nécessitant des soins. Ainsi, de nombreux lits psychiatriques ont été supprimés, mais rien n'est venu remplacer cette infrastructure.

La ministre a mentionné la gouvernance dans les hôpitaux. Il convient à cet égard de rechercher un équilibre délicat, et cette question est bien sûr liée à celle des mécanismes de financement. Quelle est la position de la ministre en la matière sur le plan des réseaux?

L'adaptation profonde instaurée en matière de eHealth est une bonne idée.

La réalité médicale au nord et au sud du pays ainsi que les cultures de travail différentes constituent un élément important qui ne facilitera certainement pas cette réforme.

J'insiste pour qu'un plan pluriannuel bien structuré voie le jour, de façon à informer clairement le secteur du moment où chaque étape sera franchie. Chacun pourra ainsi se préparer et chaque acteur saura également quelle devra être l'évolution de chaque aspect.

**01.04 Jan Vercammen (N-VA):** Nous craignons qu'en ce qui concerne le financement en fonction des soins à faible variabilité, énormément d'énergie soit investie dans la répartition des moyens au détriment des soins réels.

J'attends impatiemment les résultats des discussions relatives à la simplification du BFM. Nous partageons l'inquiétude à propos de la complexité des calculs actuels. Nous ne pouvons que nous réjouir de la coopération des associations professionnelles. La multitude de codes donne actuellement énormément de travail sur le plan administratif et le temps consacré à ces tâches vient empiéter sur celui dévolu aux soins.

On s'appesantit un peu trop sur la question de la responsabilisation scientifique des prestataires de soins. La commission de profils a par exemple été supprimée il y a quelques mois. La réelle approche

missen hierbij transparantie inzake de echte economische invalshoek van ons gezondheidsproduct. Wordt er ook getoetst aan de beste praktijk? Worden de echte kosten berekend? Daarvoor is een onafhankelijke bron nodig. Momenteel blijft dit nog te vaag.

Het gevaar bestaat dat de hervorming aan de artsen zelf voorbijgaat. Zeker de diensthoofden moeten in het governanceverhaal worden opgenomen. Ook zij moeten worden gestimuleerd om het beter en goedkoper te doen.

Andermaal wil ik de registratiemoetheid van een aanzienlijke groep van zorgverstrekkers onderstrepen. Er bestaan procedures waarbij de administratie langer duurt dan de procedure zelf. Het is een huzarenstukje om de juiste kwaliteits- en performantie-indicatoren ingang te doen vinden. Wij zullen de minister daarbij ondersteunen.

De tijdlijn van de minister voor de financiering van het elektronisch patiëntendossier is zeer ambitieus. Ook daarin volgen wij de minister.

We kijken uit naar de plannen rond administratieve vereenvoudiging. Kan de minister meer details geven over de *quick wins*?

Al te vaak blijven sancties achterwege. Door enkele rotte appels wordt de hele groep geconfronteerd met de geleidelijke afbouw van nomenclatuurnummers. De deconventiecijfers blijven stijgen. Ik hoop dat de minister daar snel verbetering in kan brengen.

**01.05 Damien Thiéry (MR):** Verscheidene elementen die in het verslag betreffende de krachtlijnen van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en in het verslag van de hoorzittingen gepresenteerd werden, komen vandaag terug.

Ik wil de coherentie van uw werkwijze onderstrepen. Het verheugt ons dat u met de actoren in het veld wilt samenwerken en dat u de patiënt centraal wilt stellen in de debatten. U houdt uw woord door erop toe te zien dat de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is. Dit is inderdaad een gigantische beleidsverhaal, temeer daar er met de medische actoren en de politieke actoren moet worden samengewerkt.

Kunt u nader ingaan op uw overleg met de deelgebieden?

économique de notre produit santé manque de transparence. Une évaluation des bonnes pratiques est-elle réalisée? Calcule-t-on les coûts réels? L'appréciation de ces éléments requiert une source indépendante. Tout cela reste pour l'heure trop vague.

Le risque existe que les médecins soient eux-mêmes dépassés par la réforme. C'est pourquoi les chefs de service doivent en tout cas être intégrés dans la réorganisation et être eux aussi incités à travailler mieux et à un moindre coût.

Je voudrais une fois de plus épingler la lassitude d'un groupe considérable de dispensateurs de soins par rapport aux formalités administratives: il arrive que celles-ci prennent plus de temps que la procédure elle-même. Introduire les bons indicateurs de qualité et de performance est un véritable exploit. Nous aiderons la ministre à cet égard.

Le calendrier de la ministre pour le financement du dossier patient électronique est très ambitieux. Nous sommes ici aussi sur la même voie que la ministre.

Nous attendons impatiemment les projets de simplification administrative. La ministre peut-elle fournir davantage de détails sur les *quick wins*?

Trop souvent, les sanctions restent lettre morte. À cause de quelques pommes pourries, l'ensemble du groupe est confronté à un démantèlement progressif des numéros de nomenclature. Le nombre de déconventionnements continue d'augmenter. J'espère que la ministre pourra rapidement améliorer la situation.

**01.05 Damien Thiéry (MR):** Plusieurs éléments, présentés dans le rapport "Lignes de force" et celui sur les auditions, reviennent aujourd'hui.

J'insiste sur la cohérence de votre méthodologie. Nous apprécions votre souci de travailler avec les acteurs de terrain et votre volonté de mettre le patient au centre des débats. Vous respectez votre parole en veillant à l'accessibilité aux soins de santé par tous. Certes, le chantier est titanesque, d'autant qu'il y a lieu de travailler avec les acteurs médicaux et les acteurs politiques.

Pourriez-vous nous informer davantage sur vos concertations avec les entités fédérées?

Er werd een gemeenschappelijke verklaring ondertekend, maar willen de deelgebieden evenveel vaart achter uw dossier zetten en de hervormingen even snel doorvoeren?

Heeft uw overleg met de actoren op het terrein u geleerd dat er een consensus mogelijk is waarbij alle specialiteiten zich achter uw herfinancieringsproject voor de ziekenhuizen kunnen scharen?

Zijn er ziekenhuizen die aan de proefprojecten wilden meewerken en uit de boot gevallen zijn? Zo ja, wat is er dan gepland voor deze ziekenhuizen?

Ik veronderstel dat de wens om in netwerk te werken, ook wordt ingegeven door de mogelijkheid om expertise te delen en schaalvoordelen te realiseren. Is er een bereidheid om het aantal centra te verlagen?

Het lijkt mij onwaarschijnlijk dat de eerste resultaten reeds in 2018 zichtbaar zullen zijn.

U hebt over valstrikken die men wel en niet verwacht had. Welke valstrikken kunnen concreet uw ambitieuze plan in het gedrang brengen?

**01.06 Catherine Fonck (cdH):** De hervorming van de financiering van de ziekenhuizen moet drie doelstellingen nastreven: kwaliteit en efficiëntie van de zorg, toegankelijkheid, en continuïteit van de zorgverlening voor en na de ziekenhuisopname.

Er zijn een aantal dossiers die nauw verbonden zijn met uw hervormingen: de hervorming van het koninklijk besluit van 1978, de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisheropbouw, die deel zou kunnen uitmaken van het investeringsplan, waarmee jobs kunnen worden gecreëerd en dankzij investeringen vandaag besparingen kunnen worden gerealiseerd in de toekomst.

Zal de benadering van de netwerken nog steeds bottom-up zijn? Zullen de ziekenhuizen zich nog steeds vrij bij een netwerk kunnen aansluiten?

Momenteel zijn er fusies, partenariaten en toenaderingen tussen ziekenhuizen, met inbegrip in het kader van wederopbouwprojecten, die betrekking hebben op de evolutie van het ziekenhuislandschap, het aantal bedden en de organisatie van de zorgtrajecten en de diensten. Die evolutie zorgt spontaan voor ongerustheid en ook over de financiering maakt men zich zorgen. Dat alles zet een rem op die partenariaten en vertraagt de uitvoering ervan. Men zou snel het politieke kader voor die ontwikkelingen moeten vastleggen.

Outre la déclaration commune, votre volonté d'avancer dans votre dossier est-elle ressentie de la même manière par les entités fédérées et veulent-elles aller aussi vite?

Suite à votre concertation avec les acteurs de terrain, pensez-vous qu'on pourra trouver un consensus permettant à toutes les spécialités de se retrouver dans votre projet de refinancement des hôpitaux?

Des hôpitaux qui auraient souhaité participer aux projets-pilotes n'ont-ils pas pu le faire? Si c'est le cas, qu'est-il prévu pour ces hôpitaux?

J'imagine que la volonté de travailler en réseau vise aussi à partager l'expertise et à faire des économies d'échelle. Y a-t-il une volonté de réduire le nombre de centres?

Obtenir les premiers résultats en 2018 me paraît peu probable.

Vous avez parlé des embûches attendues ou non. Concrètement, lesquelles pourraient mettre à mal votre plan ambitieux?

**01.06 Catherine Fonck (cdH):** La réforme du financement des hôpitaux doit viser trois objectifs principaux: la qualité et l'efficacité des soins, l'accessibilité, et le continuum des soins avant et après l'hôpital.

D'autres dossiers sont étroitement liés à vos réformes: la réforme de l'arrêté royal de 1978, la réforme de la nomenclature, la reconstruction hospitalière qui pourrait faire partie du plan d'investissements, afin de créer des emplois et de réaliser demain des économies grâce aux investissements d'aujourd'hui.

L'approche des réseaux sera-t-elle toujours ascendante? Y aura-t-il toujours liberté d'association pour les réseaux?

On connaît pour l'instant des fusions, des partenariats, des rapprochements entre hôpitaux, y compris dans des projets de reconstruction, d'évolution du paysage hospitalier, de nombre de lits, d'organisation des filières et des services. Les craintes sur cette évolution qui se fait de manière spontanée, celles sur le financement contrariant et ralentissent ces partenariats. Il faudrait établir rapidement le cadre politique de ces évolutions.

De huidige beslissingen worden ingegeven door besparingen. In tegenstelling tot het begin van de zittingsperiode beroept u zich nu op een structurele onderfinanciering. Indien er financiële middelen worden uitgetrokken, moeten deze in de ziekenhuizen worden geïnvesteerd omwille van de structurele onderfinanciering, de kosten die de patiënt betaalt en de sterke stijging van de premies van de privéverzekeringen.

Er werd een budget van 280.000 euro uitgetrokken voor het proefproject om het verblijf in de kraamkliniek na de bevalling in te korten. Tegelijkertijd legt men voor 18 miljoen besparingen op. Deze maatregel werd ingetrokken, maar het bedrag werd niet opnieuw geïnvesteerd waar het nodig was. Indien u deze weg inslaat, zal dat slecht aflopen, zowel voor de patiënt als voor de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Persoonlijk ben ik een overtuigd pleitbezorger van het *pay for performance*-principe (P4P), maar de resultaten van de buitenlandse studies zijn niet onverdeeld positief en de wetenschappelijke literatuur is omstreden.

Tal van ziekenhuizen hebben al stappen gedaan en accreditaties gekregen met betrekking tot de prestatie-indicatoren. Het gaat over bijzonder zware procedures. Zult u de ziekenhuizen die die indicatoren al gebruiken garanderen dat ze met dezelfde indicatoren zullen kunnen blijven werken?

Beoogt men, in een reeds moeilijke context van structureel ontoereikende financiering van de ziekenhuizen, met de P4P een deel van de financiering te herverdelen over ziekenhuizen, of is het de bedoeling extra geld uit te trekken voor de kwaliteitszorg?

Via een enveloppe zouden financiële stimuli toegekend kunnen worden in functie van een aantal indicatoren, zonder de bestaande indicatoren af te schaffen.

Verandering doorvoeren via proefprojecten is interessant, maar sommige van de gekozen projecten bestonden al, zij het niet onder die naam. Welke nieuwe projecten zullen er worden opgestart?

Ik zou willen dat het overleg versneld wordt: naast de vergaderingen waarover u sprak, mag u de bestaande expertise van de sector niet vergeten. Ik wil ook dat er voortgang gemaakt wordt met het financiële luik: het bespaarde geld moet opnieuw geïnvesteerd worden. Bestaat er hierover in de

Aujourd'hui, les économies guident les décisions prises. Or, contrairement au début de la législature, vous invoquez maintenant un sous-financement structurel. Si on dégage des mannes financières, il faut les réinvestir dans les hôpitaux en raison du sous-financement structurel, du coût à charge du patient et de l'explosion des primes des assurances privées.

Ainsi, le projet-pilote d'abrègement du séjour en maternité représente-t-il un budget de 280 000 euros. En même temps, on a imposé 18 millions d'économies. Cette mesure fut retirée mais on n'a pas réinvesti le montant là où il aurait dû l'être. Si vous choisissez cette voie, vous courez à l'échec, pour le patient et pour la qualité des soins.

Je suis personnellement convaincue par le *pay for performance* (*P for P*) mais les études étrangères m'interpellent, et la littérature scientifique est controversée.

De nombreux hôpitaux ont déjà avancé et reçu des accréditations en ce qui concerne les indicateurs de performance. Il s'agit de procédures excessivement lourdes. Garantirez-vous à ceux qui utilisent déjà ces indicateurs qu'ils pourront continuer à utiliser les mêmes?

Dans un contexte déjà difficile de sous-financement structurel des hôpitaux, l'objectif du *P for P* est-il d'utiliser une partie du financement pour le re-ventiler entre hôpitaux ou pour amener une manne supplémentaire liée aux volets qualitatifs?

Une enveloppe pourrait permettre d'attribuer des incitants financiers en fonction de certains indicateurs, sans supprimer ceux qui existent déjà.

Amener le changement par des projets-pilotes est intéressant mais certains des projets choisis existaient déjà sans en porter le nom. Quels nouveaux projets seront-ils lancés?

Je souhaiterais que la concertation soit accélérée: en plus des réunions dont vous avez parlé, ne négligez pas l'expérience existante auprès du secteur. Je souhaiterais aussi accélérer le volet financier: les économies réalisées doivent être réinvesties; avez-vous un accord politique en ce

regering een politiek akkoord?

Ik heb horen zeggen dat het volksgezondheidsbudget zou worden gebruikt voor de hervorming van de vennootschapsbelasting!

Op een van uw slides is, als antwoord op de vraag "*who wants to lead the change?*" een lege zaal te zien. Er werd nochtans al heel wat ondernomen voor de politiek in actie schoot. Ik denk bijvoorbeeld aan thuishospitalisatie, partnerschappen rond het ontslag uit de kraamafdeling, enz. Indien de gevolgde logica niet een besparingslogica is met de bedoeling andere regeringsdossiers te financieren, maar men de kwaliteit, efficiency, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg voor ogen heeft, zult u geen lege zaal aantreffen.

**01.07 Alain Mathot (PS):** Ik ben niet veel wijzer geworden. De hervorming, waarvoor de studies al in 2013 door toenmalig minister Onkelinx werden gestart, is noodzakelijk om de kwaliteit, de efficiëntie en de toegankelijkheid van ons systeem te bestendigen.

U verwees naar vele studies en proefprojecten, maar ik mis prioriteiten en vooral concrete maatregelen.

U hebt wel degelijk gezegd dat alles in 2017 afgerond zal zijn en in 2018 zal worden toegepast, maar dat is een beetje magertjes in vergelijking met wat wij vroegen. Er was sprake van een meerjarenplan dat de duur van de legislatuur zou overschrijden. Klopt dat?

Ook over de budgettaire impact bestaat er veel onduidelijkheid. Dit plan had niet tot doel om te besparen: het geld dat bespaard werd, zou opnieuw geïnvesteerd worden. Kunt u een schatting maken van deze besparingen? Zal het bespaarde bedrag naar de gezondheidszorg vloeien, of naar de financiering van de vennootschapsbelasting? Als het plan niet voor besparingen zorgt, hoe wilt u dan een antwoord bieden op de chronisch ontoereikende financiering van de ziekenhuizen?

We willen vooruitgang boeken in de hervorming van het ziekenhuislandschap en van de specialisatie van de ziekenhuizen, maar we moeten nadenken over de geografische toegankelijkheid.

Voor het welzijn van de patiënten moet die gevrijwaard worden.

Naar verluidt zouden de vakbonden van de werknemers maar sporadisch geraadpleegd zijn. Klopt dat? Opdat die hervorming zou kunnen

sens au sein du gouvernement?

Certains ont pourtant dit qu'on utiliserait des budgets de la Santé pour la réforme de l'impôt des sociétés!

Contrairement à votre image montrant une salle vide face à la question: "*who wants to lead the change?*", je pense que beaucoup de choses ont été réalisées avant que le politique ne se mette en route: HAD (hospitalisation à domicile), partenariat post-maternité sortie, etc. À condition qu'on avance non pas dans une logique d'économies destinées à financer d'autres dossiers du gouvernement, mais vers la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et la continuité des soins, vous trouverez beaucoup de volontaires.

**01.07 Alain Mathot (PS):** Je n'ai pas appris grand-chose. La réforme, dont les études avaient été lancées par Mme Onkelinx en 2013, est indispensable pour pérenniser la qualité, l'efficacité et l'accessibilité de notre système.

Toutefois, il semble manquer un ordre des priorités à cet ensemble d'études et de projets pilotes non concrétisés.

Vous avez bien dit que ce sera prêt en 2017 et d'application en 2018, mais c'est un peu léger par rapport à ce que nous demandions. On parlait d'un plan pluriannuel qui excéderait même la durée de la législature: qu'en est-il?

C'est le même manque de clarté quant à l'incidence budgétaire. Ce plan n'avait pas pour but de faire des économies: celles obtenues devaient être réinjectées. Y a-t-il une estimation des ces économies? Les consacrez-vous aux soins de santé ou au financement de l'ISoc? Si le plan ne génère pas d'économies, comment répondrez-vous au sous-financement chronique des hôpitaux?

Nous voulons avancer sur la réforme du paysage hospitalier et de spécialisation des hôpitaux mais il faut songer à l'accessibilité géographique.

Cette dernière doit être préservée pour le bien-être des patients.

Il nous revient que les syndicats des travailleurs n'ont pas été beaucoup consultés. Qu'en est-il? La mise en œuvre de cette réforme nécessitera



worden uitgevoerd moeten de veldwerkers er mee instemmen. U wil de belemmeringen voor de ontwikkeling van innovatieve organisatie- en financieringsmethoden uit de weg ruimen. U heeft het daarbij over flexibele arbeidstijden. Wat bedoelt u daar precies mee?

In het nieuwe model van het KCE wordt er een uitgebreide forfaitaire financiering voorgesteld, met tarieven die gebaseerd zijn op de werkelijke gemiddelde kosten van een kwaliteitsvolle behandeling van de aandoening in kwestie. In Frankrijk, waar dat systeem ingevoerd werd, heeft men vastgesteld dat er een selectie van de patiënten werd doorgevoerd, waarbij de patiënten voor wie de uitgaven het forfaitaire bedrag zouden overschrijden, uit de boot vielen. Het is dus geen wondermiddel!

Het systeem van de drie clusters is complex en zorgt niet voor een grotere transparantie van het systeem. Men heeft de 'zeer complexe niet-standaardiseerbare zorg' nog niet gedefinieerd. Zullen dan enkel universitaire ziekenhuizen patiënten voor een hoogvariabel verblijf kunnen opnemen? Hoe zal het risico van overcodering voorkomen worden? Hoe zal men kunnen bepalen welk verblijf onder welke cluster valt? Hoe zal het budget tussen de clusters verdeeld worden? Betreft het een gesloten budget?

In de studie werd er op een aanzienlijke inkomens kloof tussen artsen gewezen. Er zou op dat niveau beter overleg gepleegd worden. Hoe staat het daarmee?

Welke concrete denksproten worden er gevolgd voor de afhouding op de erelonen?

In het kader van de geografische nabijheid en toegankelijkheid komt de specifieke financiering van de spoeddiensten niet aan bod. Die kosten echter handenvol geld en spelen een rol in de ontoereikende financiering. Uit een onderzoek van het RIZIV is gebleken dat 40% van de facturen van de spoeddiensten niet correct wordt opgesteld. Het huidige systeem zet dus aan tot overfacturering. Is het huisartsenaanbod voldoende groot om dat probleem te ondervangen?

De hervorming is ook een goede gelegenheid om het debat over de supplementen voor eenpersoonskamers en over de transparantie van die supplementen weer aan te zwengelen. Die kwestie wordt echter buiten beschouwing gelaten.

Afhankelijk van de locatie heeft een ziekenhuis te maken met een wel of niet kansarme bevolking. In

l'accord des travailleurs de terrain. Vous souhaitez supprimer les entraves au développement de modes d'organisation et de financement innovants, vous pointez la flexibilité du temps de travail. Que voulez-vous dire exactement?

Le nouveau modèle du KCE propose un financement forfaitaire élargi, avec des tarifs basés sur les coûts réels moyens d'une prise en charge de qualité pour la pathologie en question. En France, où ce système a été mis en place, on a constaté une sélection des patients, excluant ceux pour lesquels les dépenses allaient excéder le forfait. Ce n'est donc pas la panacée!

Le système des trois *clusters* est complexe et ne va pas dans le sens d'une lisibilité du système. Si on n'a pas encore défini les "soins très complexes non standardisables", seuls les hôpitaux universitaires pourront admettre un patient pour un séjour à forte variabilité? Comment le risque de sur-codage sera-t-il évité? Comment déterminer quel séjour entre dans quel *cluster*? Qu'en sera-t-il de la répartition du budget entre les *clusters*? S'agit-il d'un budget fermé?

L'étude pointait un écart de revenus important entre médecins. On prévoyait une meilleure concertation à ce niveau. Qu'en est-il?

Quelles sont les pistes concrètes envisagées pour la rétrocession d'honoraires?

Quant à la proximité et à l'accessibilité géographique des soins, le financement spécifique des services d'urgence n'apparaît pas. Or, ils coûtent cher et sont un pan du sous-financement. Une enquête de l'INAMI a montré que 40 % des facturations des urgences ne correspondraient pas à la réalité. Le système actuel pousse donc à la surfacturation. L'offre de médecine générale est-elle suffisante par rapport à cette problématique?

La réforme est aussi propice à relancer le débat sur les suppléments pour chambre particulière et sur leur transparence. Pourtant, la question n'est pas à l'ordre du jour.

Selon sa localisation, un hôpital a à faire face à une population en difficulté ou non. Ce facteur est pris

het onderdeel B8 wordt hiermee rekening gehouden. Houdt uw hervorming hier ook rekening mee?

Een deel van het BFM financiert voor 20,7 miljoen euro de kosten van het klinisch onderricht, van het toegepaste onderzoek en van nieuwe technologieën voor niet-universitaire ziekenhuizen. Er zal in een compensatoire enveloppe van 10 miljoen euro voorzien worden (d.i. de helft). Behouden de ziekenhuizen de mogelijkheid tot toegepast onderzoek en klinisch onderricht? Hoe zal dat gerealiseerd worden met een budget dat wordt gehalveerd?

Wat is het tijdpad voor de hervormingen en evoluties op het vlak van wetgeving?

**01.08 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Over de stand van zaken van de huisartsenwachtposten en de relatie met de spoedafdelingen heb ik niet veel vernomen van de minister. Bij de huisartsen is er alleszins bezorgdheid om het behoud van hun onafhankelijkheid.

Ik wil ook duidelijk weten wat de minister precies zal doen op het vlak van overconsumptie.

Doordat iedereen zijn eigen informaticasysteem heeft, botsen de proefprojecten voor het bevallen met verkort ziekenhuisverblijf op problemen die niet met een coördinatiepremie van 40.000 euro kunnen worden opgelost. De communicatie kost immers heel veel geld.

Ik doe de suggestie om niet te wachten tot na een jaar om de evaluatie te maken.

**01.09 Dirk Janssens** (Open Vld): De proefprojecten, het plan van aanpak en de studies van het KCE tonen aan dat wij op schema zitten, maar de weg is nog lang.

Iedereen is het erover eens dat we meer en meer moeten gaan naar kwaliteit als parameter bij de financiering.

Aan welke criteria moeten de kwaliteitsindicatoren beantwoorden? Vlaanderen zet volop in op het accrediteren van ziekenhuizen. Hoe gaat een en ander zich tot elkaar verhouden? Zijn daar reeds afspraken over gemaakt?

**01.10 Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik ben blij met het vele werk op korte termijn, zeker na de zoveel jaren van scheefftrekking. Hetgeen ik echter mis en

en compte dans la sous-partie du B8. Qu'en est-il dans votre réforme? Conserverez-vous cette possibilité?

Une partie du BMF finance les coûts de l'enseignement clinique, de la recherche appliquée et des nouvelles technologies pour les hôpitaux non académiques, pour 20,7 millions. Une enveloppe compensatoire de 10 millions serait prévue (soit la moitié). Maintiendrez-vous la possibilité pour ces hôpitaux de faire de la recherche appliquée et de l'enseignement clinique? Comment y parviendrez-vous avec un budget divisé par deux?

Disposez-vous d'un calendrier des réformes et évolutions législatives?

**01.08 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): La ministre ne m'a pas appris grand-chose concernant les postes médicaux de garde et leur relation avec les services d'urgence. Les médecins généralistes se préoccupent en tout cas de la préservation de leur indépendance.

Je souhaite également savoir quelles initiatives la ministre prendra précisément dans le domaine de la surconsommation médicale.

Étant donné que chaque hôpital possède son propre système informatique, les projets pilotes d'accouchement avec séjour hospitalier écourté se heurtent à des obstacles qu'une prime de coordination de 40 000 euros ne pourra pas résoudre. La communication est, en effet, très coûteuse.

Je suggère de ne pas attendre un an avant de procéder à une évaluation.

**01.09 Dirk Janssens** (Open Vld): Les projets pilotes, le plan d'approche et les études du KCE démontrent que le calendrier est respecté, mais le chemin à parcourir reste long.

Chacun s'accorde sur la nécessité d'accorder une importance croissante à la qualité dans les paramètres de financement.

Quels sont les critères à remplir par les indicateurs de qualité? La Flandre mise entièrement sur l'accréditation des hôpitaux. Quelle sera la part représentée par ces différents paramètres? Des accords ont-ils déjà été conclus à ce sujet?

**01.10 Yoleen Van Camp** (N-VA): Je me félicite de constater le travail considérable qui a été accompli en peu de temps, surtout après autant d'années de

waar ik al herhaaldelijk over heb gesproken, is de totaal verouderde normbestaffing voor de verpleegkundigen. De minister zei dat dit ook zou worden aangepakt bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. In de praktijk hebben de verpleegkundigen het heel moeilijk door de enorm hoge werkdruk en steeds complexere zorg.

Daarnaast ben ik blij dat de minister het BFM transparanter wil maken, maar zal de besteding ook beter worden opgevolgd? Die monitoring bestaat vandaag niet, hoewel dat ons een antwoord zou kunnen geven op, bijvoorbeeld, de vraag of ziekenhuizen die meer inzetten op verpleegkundige bestaffing ook een hogere zorgkwaliteit bieden.

Ook voor doorverwijzing zijn wij vragende partij voor registratie. Momenteel is het onduidelijk of een patiënt op eigen initiatief een bepaald echelon consulteert. Het moet de bedoeling zijn de zorg op de lagere lijnen te houden.

Inzetten op extramurale zorg is op zich geen probleem, maar dat veroorzaakt dan meer werk en meer kosten op die lijnen. Bij budgetoverschrijdingen wordt die lijn dan gesanctioneerd en dat is niet correct.

Ik ben benieuwd naar de proefprojecten. Zijn er al concrete resultaten? Het is natuurlijk een vreemd uitgangspunt dat een ziekenhuis zelf moet aantonen dat de zorg op een ander niveau goedkoper kan.

Ik wil aansluiten bij de opmerkingen over de pakketfinanciering en hoe we ervoor kunnen zorgen dat de juiste zorg op de juiste lijn gebeurt.

Ik ben benieuwd naar de discussie over de honoraria en de afdrachten.

Ik vind het heel goed dat er zal worden ingezet op kwaliteit, maar ik heb wel een zorg. Wordt er bij de pakketfinanciering gelijktijdig of eerst ingezet op het meten van de kwaliteit? Ik vind immers dat beide moeten samengaan om de patiënt te beschermen. Kwaliteitsvolle zorg moet de norm blijven.

**01.11 Sybille de Coster-Bauchau (MR):** De academische ziekenhuizen van het land zijn

dérives. Je regrette cependant que les normes de gestion des effectifs infirmiers, tout à fait obsolètes, ne soient pas mises à niveau. La ministre a déclaré que cet aspect ferait partie de la réforme du financement des hôpitaux. En pratique, les infirmiers sont confrontés à des difficultés considérables en raison d'une charge de travail énorme et de la complexité croissante des soins.

Par ailleurs, je suis heureuse de la volonté de la ministre d'accroître la transparence du BMF. Toutefois, l'affectation des budgets fera-t-elle l'objet d'un meilleur suivi? Ce monitoring n'existe actuellement pas, alors même qu'il permettrait par exemple de répondre à la question de savoir si les hôpitaux qui misent davantage sur les effectifs infirmiers fournissent une plus grande qualité de soins.

Nous sommes également favorables à l'enregistrement en cas de renvoi du patient vers une autre structure hospitalière. Il est actuellement difficile d'établir si un patient consulte une structure d'un échelon déterminé de sa propre initiative ou pas. Il faut s'efforcer de maintenir les soins aux lignes d'intervention inférieures.

Miser sur les soins extra-muros n'est pas un problème en soi, mais cette option génère davantage de travail et de coûts dans ces filières qui sont injustement sanctionnées en cas de dépassement budgétaire.

J'attends impatiemment les résultats des projets pilotes. Ont-ils déjà produit des résultats concrets? Il est évidemment bizarre de demander à un hôpital de prouver que les soins peuvent être dispensés à moindre coût à un autre échelon.

Je m'associe aux remarques formulées sur l'enveloppe de financement et j'aimerais également savoir comment s'assurer que les soins appropriés sont dispensés sur la ligne d'intervention appropriée.

J'attends avec impatience le débat sur les honoraires et les contributions des médecins.

Je me réjouis de constater que l'on misera sur la qualité, mais un aspect me pose problème. Dans le cadre du financement groupé, misera-t-on simultanément sur la mesure de la qualité ou le fera-t-on d'abord? À mon estime, les deux éléments doivent aller de pair pour protéger les patients. Des soins de qualité doivent demeurer la norme.

**01.11 Sybille de Coster-Bauchau (MR):** Les hôpitaux académiques du pays sont performants et

performant en hebben een internationale uitstraling. Zij dragen in grote mate bij tot de vooruitgang van de geneeskunde. In uw plan van aanpak stelt u voor die ziekenhuizen te financieren voor hun onderwijs- en onderzoeksopdracht, zonder te preciseren op welke manier of in welke mate. Wat zijn de financieringsmodaliteiten?

U wil dat er georganiseerde netwerken ontstaan rond centers of excellence die niet noodzakelijk in een academisch ziekenhuis zijn gelokaliseerd. Kan u daarover meer uitleg geven?

Op welke manier zal er rekening worden gehouden met de nationale of internationale uitstraling van de academische ziekenhuizen in het kader van de regionalisering ervan?

U stelt een tarifiering voor voor het ziekenvervoer: houdt u daarbij rekening met de ziekenwagens die afhangen van de hulpverleningszones, waarvan de dienst verzekerd wordt door de brandweermannen in het kader van de dringende medische hulpverlening?

**01.12 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): We staan achter een hervorming van de ziekenhuisfinanciering en het onderbrengen van de ziekenhuizen in een zorglandschap. We zijn gewonnen voor een opsplitsing van de kosten in de ziekenhuizen. Maar dan moeten er ook andere zaken hervormd worden, zoals het koninklijk besluit van 1978 en de nomenclatuur. Zal er op dat vlak op de studiedag op 28 september een proces op gang getrokken worden of beschikt u al over een nieuwe definitie van de medische beroepen? Men moet erop toezien dat dergelijke veranderingen synchroon verlopen met de aanpassingen van de organisatie van de zorgverstrekking in de ziekenhuizen.

U heeft gewezen op het verschil tussen het aantal verantwoorde bedden en het aantal erkende bedden en het teveel aan acute bedden. Wat is er anderhalf jaar na die vaststelling veranderd?

De ziekenhuizen trachten thans in allerlei vormen samen te werken.

Sommige ziekenhuizen specialiseren zich in bepaalde domeinen, in overeenstemming met andere ziekenhuizen. Hoe zal men erop toezien dat die spontane reorganisaties en toenaderingen sporen met uw plan? Is de reorganisatie van de ethische comités van de ziekenhuizen opgenomen in het redesign?

In het vooruitzicht van de inkorting van de

ont un rayonnement international. Ils contribuent grandement aux progrès de la médecine. Dans votre plan d'approche, vous proposez de financer ces hôpitaux pour leurs missions d'enseignement et de recherche sans préciser comment ni dans quelles proportions. Quelles sont les modalités de ce financement?

Vous souhaitez l'émergence de réseaux organisés autour de centres d'excellence qui ne seraient pas forcément localisés dans un hôpital académique. Pouvez-vous vous expliquer à ce sujet?

Dans le cadre de la régionalisation des hôpitaux académiques, qu'advient-il du caractère national ou international d'un hôpital?

Vous proposez une tarification pour les ambulances: tenez-vous compte des ambulances dépendant des zones de secours, dont le service est pris en charge par les pompiers AMU?

**01.12 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Nous soutenons une réforme du financement des hôpitaux, ainsi que le fait de placer l'hôpital dans un paysage de soins. Nous sommes favorables à une distinction des frais au sein des hôpitaux. Mais cela implique de toucher à d'autres aspects: la réforme de l'arrêté royal de 1978 et de la nomenclature. À ce sujet, la journée du 28 septembre constitue-t-elle le lancement d'un processus ou bien disposez-vous déjà d'une redéfinition des professions médicales? Il faut veiller à la synchronisation entre de telles modifications et celles dans l'organisation des soins dans les structures hospitalières.

Vous avez rappelé l'écart entre les lits justifiés et les lits agréés, le surplus de lits en soins aigus. Un an et demie après ce constat, quelle est l'évolution?

On assiste à des formes de regroupements d'hôpitaux.

Certains se spécialisent dans certains soins, en accord avec d'autres hôpitaux. Comment veille-t-on à la compatibilité entre ces réorganisations et ces rapprochements spontanés et votre plan? La réorganisation des comités d'éthique des hôpitaux est-elle incluse dans le *redesign*?

Dans la perspective d'écourter les hospitalisations

ziekenhuisopname en om thuisverzorging, ook al is die complex, mogelijk te maken, streeft men naar thuishospitalisatie.

Het getuigt van een te enge visie het ziekenhuis als uitgangspunt te nemen en dan na te gaan welke verzorging er ambulante kan worden verstrekt. De insteek moet tegenovergesteld zijn: men moet uitgaan van verzorging thuis en samenwerkingsverbanden opzetten met de ziekenhuizen.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de urgentiediensten, de wachtdiensten en de combinatie eerstelijnszorg-urgentiediensten?

Ik kreeg graag meer verduidelijking over de samenwerking tussen het federale niveau en de deelgebieden met betrekking tot de band tussen ambulante en ziekenhuiszorg, want de ontwikkeling van de ambulante zorg wordt meer en meer een zaak van de deelgebieden. Evolueert men op de interministeriële conferenties en tijdens het overleg naar een meer efficiënte manier van werken?

Wat de financiering en de organisatie van de diensten betreft, is het belangrijk om rekening te houden met de tijd die nodig is voor de coderingen en registraties door de zorgverleners.

U bent niet ingegaan op het voorstel om de erelonen van de artsen-specialisten van de verschillende categorieën te harmoniseren, maar ik heb menen te begrijpen dat men via studies rond een 'mediumvariabele' een vergoeding zou kunnen bepalen die rechtvaardig is ten opzichte van de kosten. Kunt u meer details geven over wat u wilt bereiken via de opsplitsing in praktijkkosten en beroepskosten, uitgaven en patiëntenbijdragen in het kader van de financiering?

*De openbare commissievergadering wordt geschorst van 17.01 uur tot 17.07 uur.*

**01.13** Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Net omdat er qua netwerking zoveel beweegt op het terrein en omdat het Kenniscentrum tot midden 2017 nodig heeft om de studie af te ronden, hebben we de werf inzake de netwerken vervroegd. Later dit jaar komt er een concreet, met de deelstaten overlegd voorstel op tafel.

De financiering van de laag variabele zorg betreft veel meer dan pathologiegroepen waarvoor referentiebedragen worden gegeven. De afsplitsing

et de permettre des soins à domicile, même complexes, on a recours à l'hospitalisation à domicile.

Prendre l'hôpital comme point de départ de ce qui va se développer en soins ambulatoires constitue une vision tronquée. Il faut une porte d'entrée dans l'autre sens, à savoir de l'ambulatoire vers la complémentarité hospitalière plutôt que de toujours considérer l'hospitalier vers l'ambulatoire.

Où en est-on en ce qui concerne les services d'urgence, postes de garde, combinaisons entre le recours à la première ligne et le recours aux services d'urgence?

Je voudrais plus d'indications sur la manière dont le fédéral et le communautaire travaillent ensemble en ce qui concerne le lien entre ambulatoire et hospitalier, puisque le développement de l'ambulatoire est de plus en plus une compétence régionale. Le travail se fait-il efficacement au fil des conférences interministérielles et des concertations?

Il importe de prendre en compte, du point de vue du financement et de l'organisation des services, le temps nécessaire aux encodages et enregistrements par ces professionnels.

Vous n'aviez pas retenu la proposition d'harmonisation des rémunérations entre les médecins spécialistes des différentes catégories mais j'ai cru comprendre qu'à travers les études autour de la "moyenne variabilité", on pourrait arriver à l'identification d'une rémunération juste par rapport aux coûts. Pouvez-vous détailler ce que vous poursuivez à travers ces coûts décomposés de pratiques, les coûts professionnels, les dépenses et les cotisations par patients dans les financements?

*La réunion publique de commission est suspendue de 17 h 01 à 17 h 07.*

**01.13** **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): Si nous avons anticipé le chantier des réseaux, c'est précisément en raison des nombreux changements sur le terrain et parce que le Centre d'expertise n'est pas en mesure de finaliser l'étude avant la mi-2017. Plus tard dans l'année, une proposition concrète élaborée en concertation avec les entités fédérées sera examinée.

Le financement des soins à faible variation concerne bien davantage que des groupes de pathologies liés à des montants de référence. Le

zal gebeuren in samenwerking met de experts.

traitement séparé de ce financement s'effectuera en coopération avec les experts.

Op 22 maart 2016 werd de studie van het Kenniscentrum voorgesteld, net op het ogenblik van de aanslagen in Brussel. Deze studie wordt natuurlijk meegenomen in de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening.

L'étude du Centre d'expertise a été présentée le 22 mars 2016, le jour même des attentats de Bruxelles. Cette étude sera bien entendu prise en compte dans la réforme de l'aide médicale urgente.

Er loopt ook een audit van de huisartsenwachtposten om de locaties, de samenwerkingen en de doorverwijzingen naar ziekenhuizen en huisartsen in kaart te brengen. Ter zake loopt er een proefproject in Tienen, dat goed lijkt mee te vallen.

Un audit des postes de garde des médecins généralistes s'efforce par ailleurs de dresser la carte des endroits où ceux-ci sont établis et de déterminer comment les coopérations et le renvoi des patients vers les hôpitaux et les médecins généralistes sont organisées.

De *pay for quality* gebeurt inderdaad in overleg met de deelstaten.

Le système du *pay for quality* doit effectivement être mis en place en concertation avec les entités fédérées.

Voor de registratie geldt het *only-once*-principe: elke indicator moet maar één keer worden geregistreerd. Daarom moeten uit de registraties de juiste nuttige zaken worden gehaald. Bijkomende registraties proberen we te vermijden.

L'enregistrement est effectué sur la base du principe *only-once*, en vertu duquel chaque indicateur ne doit être enregistré qu'une fois. Il faut dès lors extraire des enregistrements les éléments pertinents. Nous nous efforçons d'éviter les enregistrements supplémentaires.

(Frans) Er wordt 1 à 2% van het budget afgenomen, en dat wordt herverdeeld. Meer budgettaire ruimte is er niet.

(En français) C'est le prélèvement d'une partie du budget, limité à 2 %, qui est à redistribuer. Le budget ne se prête pas à plus.

(Nederlands) De *governance* van de netwerken moet worden bekeken. Er zijn mensen die in associaties werken, maar meestal binnen stevige beperkingen. Het samenwerken van de ondersteunende diensten kan momenteel niet.

(En néerlandais) La gouvernance des réseaux doit être examinée. Des personnes actives au sein d'associations se heurtent souvent à d'importantes restrictions. Ainsi, la coopération entre services de support est pour l'instant impossible.

Niet alle ziekenhuizen die de verkorte opname na de bevalling toepassen, nemen deel aan de proefprojecten. Daardoor lopen ze de extra som voor de coördinatie mis. Er werden zeven ziekenhuizen geselecteerd. Tot nog toe bleven Belgische moeders na een normale geboorte het langst in het ziekenhuis van alle Europese vrouwen. Ook de rol van de vroedvrouw wordt opnieuw belangrijker. Het is ook goed dat er veel bijval is om de 'overmedicalisering' bij bevallingen te stoppen.

Les hôpitaux qui raccourcissent la durée d'hospitalisation après l'accouchement ne participent pas tous aux projets pilotes. Ils se voient ainsi privés de la somme supplémentaire à laquelle la coordination donne droit. Sept hôpitaux ont été sélectionnés. À l'heure actuelle, les femmes belges sont celles dont la durée d'hospitalisation après un accouchement normal est la plus longue de tous les pays européens. Le rôle de la sage-femme est à nouveau renforcé. Il est heureux que l'arrêt de la surmédicalisation liée aux accouchements bénéficie d'un accueil très favorable.

De 40 miljoen voor de ICT-aanpassingen hebben de ziekenhuizen met beide handen aangenomen, ook de mensen van Zorgnet-Icuro. Uiteraard financieren we daarmee niet de hele ICT van de ziekenhuizen, maar het is wel een goede *incentive*.

Les hôpitaux ainsi que les responsables de Zorgnet-Icuro se sont félicités des 40 millions d'euros affectés aux adaptations TIC. Certes, ces moyens ne suffisent pas pour financer l'ensemble du dispositif TIC des hôpitaux, mais ils représentent une mesure incitative intéressante.

Een stabiel meerjarenplan vind ik een heel goed

L'idée d'un plan pluriannuel stable me paraît

idee. Alleen is mijn budget niet zo heel stabiel. Mijn budget zal eerder omlaag gaan dan omhoog.

KB 78 gaat over zoveel mensen en organisaties dat het niet mogelijk was uitgebreide consultaties van alle betrokkenen te doen. Daarom organiseren wij op 28 september overleg met alle vertegenwoordigers van het werkveld. De bedoeling is dat wij van hen op korte termijn input krijgen. Vervolgens stellen we een plan van aanpak op, dat ik later in deze commissie zal voorleggen.

In 1999 zei toenmalig minister Frank Vandenbroucke al dat de ziekenhuisfinanciering hervormd zou worden omdat het dringend en nodig was. Zeventien jaar later is dat nog steeds dringend en nodig. Ik ga dan ook vooruit met haastige spoed. Er zijn al een aantal stappen gezet en de bestaande samenwerkingsverbanden en fusies zullen worden gerespecteerd. Ik vertrek dan ook niet van een wit blad, al heb ik wel een duidelijke visie op het zorglandschap dat er na de hervorming voor mij moet komen.

Er is in de eerste plaats nood aan geïntegreerde zorg. Bijna alle oudere mensen zijn immers ook chronische patiënten. Er is ook nood aan een betere 'transmurale' zorg, aan continuïteit van de zorg en aan sterke samenwerking rond de patiënt. Dat verwerken wij in de hervorming van het KB 78. Het gaat om een grote groep, nu al maar zeker in de toekomst. Families worden immers kleiner, men woont verder van elkaar en er zijn steeds meer alleenstaanden.

Ik heb advies gevraagd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen over een betere organisatie van de palliatieve zorg. Palliatieve zorg kan immers ook in een rusthuis of thuis, maar dat is niet altijd gemakkelijk. Ik ga altijd uit van de vraag van de patiënt. Het merendeel van de mensen wil thuis sterven. Thuis kan natuurlijk ook het rusthuis of het verzorgingscentrum zijn waar men al langer verblijft.

Er zijn momenteel voldoende proefprojecten. Ze lopen een of twee jaar en daarna moeten we zo goed mogelijk de *best practices* implementeren. De timing is onveranderd. Daarna zullen wij de uitrol van die nieuwe werkwijze uitvoeren op basis van de

excellente. Malheureusement, mon budget ne brille pas par sa stabilité et il diminue plutôt qu'il n'augmente.

Le nombre de personnes et d'organisations concernées par l'arrêté royal n° 78 est tellement important qu'il n'a pas été possible de consulter l'ensemble des intéressés avec toute l'attention requise. C'est pourquoi nous organisons le 28 septembre une concertation réunissant tous les représentants des acteurs de terrain dans le but d'obtenir une contribution de leur part à court terme. Nous élaborerons ensuite un plan d'approche que je présenterai ultérieurement à la commission.

En 1999, le ministre de l'époque, Frank Vandenbroucke, disait déjà que le financement des hôpitaux serait réformé parce que cette opération était aussi urgente que nécessaire. Dix-sept ans plus tard, c'est toujours le cas. Je poursuis dès lors ce travail en toute hâte. Un certain nombre de démarches ont été entreprises; les fusions et les accords de coopération existants seront respectés. Je ne pars donc pas d'une page blanche, mais j'ai une vision précise du paysage de soins tel qu'il devra se présenter après la réforme, selon moi.

La mise en place de soins intégrés est la priorité. En effet, quasiment toutes les personnes âgées sont également atteintes d'une maladie chronique. Il faut en outre de meilleurs soins 'transmuraux', garantir la continuité des soins et organiser une coopération sérieuse autour du patient. Ces différents éléments seront intégrés dans la réforme de l'arrêté royal n° 78. Le groupe de patients concernés est dès à présent important et il s'élargira encore à l'avenir. Les familles sont moins nombreuses, leurs membres sont plus dispersés et le nombre de personnes isolées ne cesse d'augmenter.

J'ai demandé un avis au Conseil national des établissements hospitaliers à propos d'une meilleure organisation des soins palliatifs. Ceux-ci peuvent en effet également être dispensés en maison de repos ou à domicile, mais ce n'est pas toujours facile. Je mène toujours une réflexion basée sur la demande du patient. La majorité des personnes souhaitent mourir chez elles, mais ce chez soi peut également être la maison de repos et le centre de soins où elles résident depuis longtemps.

Il y a actuellement suffisamment de projets pilotes. Ils durent un ou deux ans, après quoi nous devons mettre en œuvre les bonnes pratiques en faisant de notre mieux. Le calendrier demeure inchangé. Nous procéderons ensuite au déploiement de cette

resultaten van positief geëvalueerde projecten.

nouvelle méthode de travail en tenant compte des résultats des projets dont l'évaluation aura été positive.

Wij wachten zeker geen jaar om de proefprojecten rond kortere bevallingsduur te evalueren. Er is al een sessie geweest en er zijn nog andere gepland.

L'évaluation des projets pilotes liés au raccourcissement de la durée d'hospitalisation après accouchement prendra certainement moins d'un an. Une séance a déjà eu lieu et d'autres sont planifiées.

Rond het bedrag dat wordt gespendeerd aan de laagvariabele zorg is er ondersteunend werk gebeurd. Het is niet louter forfaitair. Het gebeurt via een bepaalde methodiek. Die oefening zal eigenlijk maar één keer moeten gebeuren.

Le montant consacré aux soins à faible variabilité a fait l'objet d'études complémentaires. Ce montant n'est pas purement forfaitaire mais est fixé selon une méthodologie particulière. Cet exercice ne devra finalement être effectué qu'une seule fois.

De studie over de BFM-ontrafeling loopt. Er is een goede methodiek nodig om de kostprijs per pathologie te bepalen, zodat die ook kan worden toegepast op nieuwe technieken.

L'étude consistant à éplucher le BMF est en cours. Il convient d'appliquer une méthodologie efficace pour déterminer le coût de chaque pathologie et pouvoir appliquer celle-ci à de nouvelles techniques.

In het kader van de administratieve vereenvoudiging en de *quick wins* heeft de FOD al een aantal voorstellen geformuleerd om enkele gegevens niet langer dubbel op te vragen. Daarnaast zullen personeelsgegevens geïntegreerd worden in een nieuwe tabel en zullen ook de minimale ziekenhuisgegevens (MZG) niet langer in detail worden opgevraagd.

Dans le cadre de la simplification administrative et des *quick wins*, le SPF a déjà formulé un certain nombre de propositions visant à éviter de devoir demander certaines données deux fois. En outre, les données à caractère personnel seront intégrées dans un nouveau tableau et le résumé hospitalier minimum (RHM) ne sera plus demandé de manière détaillée.

*(Frans)* Mijnheer Thiéry, er is nog gigantisch veel werk, maar het schiet op. In de buurlanden hebben ze er jaren over gedaan.

*(En français)* M.Thiéry, le travail est immense mais ça avance. On a constaté que ça a demandé plusieurs années dans les pays voisins.

U had het over een verschillende benadering in de deelgebieden. Vlaanderen heeft zijn plan voor het zorglandschap voorgesteld.

Concernant la différence d'approche selon les entités fédérées, la Flandre a présenté son plan relatif au paysage de soins.

*(Nederlands)* In het plan over het zorglandschap van Vlaams minister Vandeurzen zitten gelukkig heel veel synergieën met onze plannen. Van de Waalse en Brusselse collega's heb ik een dergelijk plan nog niet gezien, maar wij werken met alle bevoegde ministers samen via de interministeriële conferentie.

*(En néerlandais)* Le projet de paysage des soins de santé du ministre flamand Vandeurzen présente heureusement de très nombreuses synergies avec nos projets. Je n'ai pas encore vu de projet analogue du côté de mes homologues wallon et bruxellois, mais les différents ministres compétents travaillent ensemble au sein de la conférence interministérielle.

*(Frans)* In Brussel zijn er vier ministers bevoegd voor gezondheidszorg! Hoewel we soms met negen rond de tafel zitten, bestaan er geen grote meningsverschillen.

*(En français)* À Bruxelles, quatre ministres sont compétents pour les soins de santé! Bien que nous devions parfois nous concerter à neuf, nous n'avons pas de grandes divergences d'opinion.

De kandidaten die een voorstel voor een proefproject hadden ingediend maar niet werden geselecteerd, mogen hun project natuurlijk uitvoeren, maar ze zullen geen 40.000 euro ontvangen voor de coördinatie.

Les candidats qui avaient soumis une proposition de projet-pilote sans être sélectionnés peuvent bien sûr mettre en œuvre leur projet mais ne recevront pas les 40 000 euros destinés à la coordination.



Een van de hinderpalen heeft betrekking op *pay for performance*, waarvoor we voorstellen hadden gevraagd aan de veldwerkers. Aangezien die het niet eens zijn geraakt, moeten we de opgelopen achterstand nu inhalen.

Met betrekking tot het koninklijk besluit van 1978 werden er al contacten gelegd, maar nog niet met alle betrokken partijen.

Wat de vrijheid van vereniging betreft, heb ik altijd gezegd dat de bottom-upbenadering de voorkeur verdient.

Nabijheid is noodzakelijk voor de patiënten als het op de basiszorg aankomt, terwijl concentratie noodzakelijk is voor de gespecialiseerde zorg.

Voor de netwerken zullen we niet wachten tot de studie van het KCE beschikbaar is.

Tot nu toe heb ik altijd geweigerd om te besparen op het ziekenhuisbudget en ik hoop die koers te kunnen aanhouden.

De onderbenutte middelen moeten opnieuw geïnvesteerd worden, en de financiële en personele middelen in de ziekenhuizen moeten herschikt worden.

Het gaat over 40.000 euro per proefproject, niet voor alle zeven samen.

Men heeft het *pay for performance*-principe stapsgewijze willen herinvoeren, zonder bijkomende registratie.

De kandidaturen voor het proefproject thuiszorg moesten uiterlijk op 15 september ingediend zijn, en worden nu onderzocht.

Voor de geïntegreerde zorg zal er overlegd worden met de Gemeenschappen.

**01.14** **Catherine Fonck** (cdH): Er zullen geen andere oproepen voor proefprojecten volgen?

**01.15** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Neen, er zijn geen bijkomende oproepen gepland.

Het is positief dat u en anderen zich bereid verklaren om de hervormingen op het terrein te realiseren.

Mijnheer Mathot, door de behoefte aan middelen en de tegenvallende groei zijn er besparingen en herinvesteringen nodig. Die oefening maken we voortdurend bij de opmaak van de Rijksbegroting

Un exemple d'entrave est le *pay for performance*, pour lequel nous avons demandé que les acteurs de terrain formulent des propositions. Comme ils ne sont pas parvenus à un consensus, nous devons rattraper le retard.

Concernant l'arrêté royal de 1978, nous avons déjà eu des contacts mais pas avec toutes les parties concernées.

Concernant la liberté d'association, j'ai toujours dit qu'il était préférable de faire du *bottom-up*.

La proximité est nécessaire pour les patients pour les soins de base, tandis que pour les soins spécialisés, c'est la concentration qui l'est.

Pour les réseaux, nous n'attendons pas l'étude du KCE.

Jusqu'à présent, j'ai toujours refusé de faire des économies dans le budget des hôpitaux et j'espère pouvoir maintenir ce cap.

Il faut un réinvestissement des moyens sous-utilisés, il faut une réaffectation des moyens et des effectifs au sein des hôpitaux.

Quant aux projets pilotes, il s'agit de 40 000 euros pour chaque projet, pas pour les sept.

On a voulu réintroduire le *pay for performance* étape par étape, sans enregistrement supplémentaire.

Les candidatures pour le projet-pilote de soins à domicile devaient être déposées pour le 15 septembre: nous entamons leur examen.

Pour les soins intégrés, ce sera avec les Communautés.

**01.14** **Catherine Fonck** (cdH): Il n'y en aura pas d'autres?

**01.15** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Non, aucun appel supplémentaire n'est prévu.

Il est positif que vous et d'autres se disent prêts à s'occuper des réformes sur le terrain.

M. Mathot, face aux besoins de moyens et à une croissance moins élevée que prévu, il faut faire des économies et des réinvestissements. Nous le faisons constamment lors de la rédaction des

en de begroting van het RIZIV, in het kader van de verschillende akkoorden met de ziekenfondsen en op alle overlegniveau's.

Uw opmerking over de vakbonden verbaast mij. Ik ontmoet ze minstens eenmaal per maand en er werd druk met ze overlegd.

We hebben voor een niet-forfaitair systeem geopteerd. Mijn medewerkster zal onze keuze toelichten.

**01.16 Medewerkster van de minister (Nederlands):** Bij de laagvariabele zorg is het de bedoeling dat wij in de richting van een vast bedrag per pathologie evolueren.

De eerste fase is alle honoraria in een enkel bedrag bundelen. Het KCE heeft de pathologiegroepen waarvoor dat zou kunnen, al geïdentificeerd. Vervolgens willen we de artsen bevragen. Een volgende fase is dat de financiering van de geneesmiddelen en van het BFM in dat bedrag wordt geïntegreerd. Daarvoor moeten wij eerste onderzoeken welk deel van het BFM door elke patiënt wordt bijgedragen.

Voor de mediumvariabele zorg is het de bedoeling dat wij met een systeem van een gesloten budget op nationaal vlak blijven werken. Dat budget wordt tussen alle ziekenhuizen a rato van hun aantal opnames en de zwaarte van die opnames onderling verdeeld. Hiervoor moeten we onderzoeken hoeveel de kosten voor de zorg per patiënt bedragen.

Indien voor alle patiënten de verhouding tussen de kostprijs van de patiënt en zijn opbrengst gelijkaardig is, is er ook geen risico dat bepaalde patiënten worden uitgeselecteerd. Indien bepaalde complexere patiënten meer kosten, maar het ziekenhuis er ook meer centen voor krijgt, is er geen risico dat het ziekenhuis die 'zware' patiënten mijdt.

Om de paar jaar moeten we alles herberekenen om na te gaan of de financiering nog altijd in de lijn ligt van de verantwoorde kosten.

Voor de hoogvariabele zorg moeten we kijken naar de kosten van de patiënten en naar de financiering. We proberen te leren uit buitenlandse ervaringen.

**01.17 Catherine Fonck (cdH):** Ik begrijp dat dit een technische kwestie is, maar uiteindelijk zullen

budgets de l'État et de l'INAMI, dans les accords mutualistes et dans les méthodes de concertation.

Concernant les syndicats, vos propos m'étonnent. Au moins une fois par mois, je les reçois et on s'est beaucoup concerté avec eux.

On a opté pour un système non forfaitaire comme va l'expliquer ma collaboratrice.

**01.16 Collaboratrice de la ministre (en néerlandais):** Pour les soins à faible variabilité, nous nous orientons vers un forfait par pathologie.

La première phase consistera à rassembler l'ensemble des honoraires dans un seul montant. Le KCE a déjà identifié les groupes de pathologies pouvant entrer en ligne de compte dans ce cadre. Nous entendons ensuite interroger les médecins. Lors d'une phase ultérieure, le financement des médicaments et du BMF sera intégré à ce montant mais il nous faut d'abord déterminer la mesure dans laquelle chaque patient contribue exactement au BMF.

Pour les soins à variabilité moyenne, nous voulons continuer à travailler avec un système de budget fermé au niveau national. Ce budget est réparti entre l'ensemble des hôpitaux au prorata du nombre d'hospitalisations et de la lourdeur des soins prodigués. Nous devons calculer à cet effet ce que coûtent les soins par patient.

Si le rapport entre ce que le patient coûte et ce qu'il rapporte est analogue pour tous les patients, l'on ne risque pas de voir certains patients être écartés. Si certains patients nécessitant des soins plus complexes coûtent davantage mais que l'hôpital où ces soins sont dispensés reçoit plus de moyens, cet hôpital ne cherchera pas à éviter les patients "lourds".

Tous les paramètres devront être recalculés de façon périodique pour s'assurer que le financement se situe toujours dans le cadre des dépenses justifiées.

Pour les soins à haute variabilité, il convient de prendre en compte le coût des patients et le financement. Nous essayons de tirer des leçons des expériences faites à l'étranger.

**01.17 Catherine Fonck (cdH):** Je comprends la technicité de la question. Mais, *in fine*, on aura la

we met dezelfde moeilijkheid geconfronteerd worden als vandaag. De ziekenhuizen ontvangen de ligdagprijs 18 maanden later. We moeten op een pragmatische manier hervormen, en vermijden dat de ziekenhuizen zo lang op hun geld moeten wachten, met alle rampzalige gevolgen van dien voor de ziekenhuisbegroting en voor de efficiënte werking.

**01.18 Monica De Coninck** (sp.a): De minister zegt eigenlijk dat toekenningen gebeuren volgens de pathologie. Als een ziekenhuis nu een goedkopere behandeling ontwikkelt dan dat ze gemiddeld kost, wat gebeurt er dan met de gerealiseerde besparing? Zal de minister ziekenhuizen belonen door hen de besparing gedurende enkele jaren te laten behouden of zal zij de besparing aangrijpen om de gemiddelde prijs naar beneden te herzien? In dit laatste geval hebben ziekenhuizen geen reden om op zoek te gaan naar efficiëntiewinsten.

**01.19 Alain Mathot** (PS): Hoe ziet u die studie over de hoogvariabele gezondheidszorg, iets wat niet kan worden gedefinieerd? Er is geen berekening, geen begroting, de ziekenhuizen weten niet wat men hun zal opleggen. De proefprojecten zijn niet altijd uniform implementeerbaar, gezien de diversiteit van het ziekenhuislandschap. Zal men voorzien in overgangperiodes?

**01.20 Medewerker van de minister** (Nederlands): Bij laagvariabele zorg is het inderdaad de bedoeling dat de prijs die het ziekenhuis krijgt, vastligt voor de opname. Voor mediumvariabele zorg blijven we werken met een systeem dat een nationaal budget over de ziekenhuizen verdeelt op basis van activiteitscijfers uit het verleden, maar dan wel zo recent mogelijke cijfers natuurlijk.

**01.21 Catherine Fonck** (cdH): Men is van een termijn van minder dan zes maanden naar achttien maanden geëvolueerd. Dat is onhoudbaar!

**01.22 Medewerkster van de minister** (Nederlands): Men werkt met kortere periodes en met recentere gegevens. Naast de berekening van de verantwoorde bedden is er het systeem van de herziening van het BFM. De FOD is op dit ogenblik bezig met de herziening 2011-2012. Dat is vijf jaar na datum. Ook die periode moet echt korter.

Voor bepaalde elementen moeten wij in de wet opnemen dat zij gefinancierd worden in het lopende jaar en op basis van gegevens die niet meer veranderen. Dat vermindert de onzekerheid voor de ziekenhuizen.

même difficulté qu'aujourd'hui. Les hôpitaux reçoivent le prix de la journée dix-huit mois plus tard. Il faut réformer en restant pratique et en évitant de reproduire un tel décalage, catastrophique pour le budget des hôpitaux et qui empêche un travail efficace.

**01.18 Monica De Coninck** (sp.a): La ministre déclare en réalité que l'affectation des moyens sera fonction de la pathologie. Qu'advient-il des économies réalisées par un hôpital qui réussit à développer un traitement médical dont le coût est inférieur à la moyenne? La ministre envisage-t-elle de récompenser les hôpitaux en les autorisant à conserver les économies réalisées durant quelques années ou va-t-elle utiliser ces économies pour faire diminuer le prix moyen? Dans la seconde option, les hôpitaux n'ont aucune raison de chercher à réaliser des gains d'efficacité.

**01.19 Alain Mathot** (PS): Comment concevez-vous cette étude sur les soins à hautes variables, alors qu'on ne peut pas les définir? On n'a pas de calcul, pas de budget, les hôpitaux ignorent ce qui va leur être imposé: les projets-pilotes ne sont pas toujours transposables immédiatement, étant donné la diversité des hôpitaux. Des périodes de transition sont-elles prévues?

**01.20 Collaborateur de la ministre** (en néerlandais): Pour les soins à faible variabilité, l'objectif est en effet que le montant obtenu par l'hôpital soit fixé au moment de l'hospitalisation. Pour les soins à variabilité moyenne, nous continuons à appliquer un système de répartition d'un budget national entre hôpitaux, basé sur les chiffres – les plus récents possibles – relatifs aux activités passées.

**01.21 Catherine Fonck** (cdH): On est passé de moins six mois à dix-huit mois de délai. C'est intenable!

**01.22 Collaboratrice de la ministre** (en néerlandais): Nous travaillons sur des périodes plus courtes et sur la base de données plus récentes. Outre le calcul des lits justifiés, il y a le système de révision du BMF. Le SPF procède actuellement à la révision 2011-2012, soit avec cinq années de décalage. Ce délai doit également être réduit.

Il faudra inscrire dans la loi que certains éléments seront financés pendant l'année courante et sur la base de données qui ne seront plus modifiées ultérieurement. Cela permet de réduire les incertitudes pour les hôpitaux.

**01.23 Catherine Fonck** (cdH): Zelfs ten koste van de ziekenhuizen?

**01.24 Medewerkster van de minister** (*Nederlands*): We hanteren altijd het principe dat de financiering voor iedereen van dezelfde criteria afhankelijk is. We moeten wel proberen om de herziening zo snel mogelijk te laten gebeuren.

Ziekenhuizen worden voortdurend gestimuleerd om goedkoper te werken. De overheid zal de zorgkosten om de paar jaar herberekenen. Een ziekenhuis dat erin slaagt om efficiënter te werken, zal het gemiddelde geleidelijk naar beneden halen en geniet ondertussen toch dezelfde financiering. Na een aantal jaren zullen de ziekenhuizen die zich nog niet aan de efficiëntere manier van werken hebben aangepast, daartoe gedwongen worden. Uiteraard moeten we daarbij steeds de kwaliteit blijven bewaken.

Ondertussen kennen we de hoogvariabele zorg, maar de vraag is hoe we dat zullen vertalen in de financiering. Verschillende landen gaan daar op een andere manier mee om: sommige nemen een bepaalde patiëntengroep als invalshoek, andere gaan uit van een dienstbenadering of een zorgprogrammabenedering. Wel is het geenszins de bedoeling om hoogvariabele zorg voor te behouden voor universitaire ziekenhuizen.

**01.25 Minister Maggie De Block** (*Frans*): In het kader van de ziekenhuisfinanciering wordt rekening gehouden met de sociale factor en met de patiëntenpopulatie. Er werd bijvoorbeeld rekening gehouden met het feit dat er soms een beroep wordt gedaan op vertalers.

Het bedrag van 10 miljoen voor de stagemeesters in de niet-universitaire ziekenhuizen maakt deel uit van het akkoord artsen-ziekenfondsen en de onderhandelingen over de verdeling ervan zijn aan de gang. Het bedrag van 20 miljoen dat u vermeldt, is bestemd voor onderdeel B7B van de begroting.

(*Nederlands*) Voor de huisartsenwachtposten loopt er een audit. Wij willen weten hoe zij kunnen samenwerken met de ziekenhuizen en waar er nog blinde vlekken of problemen zijn.

Voor de overconsumptie is er een plan 'handhavingsbeleid' gemaakt.

**01.23 Catherine Fonck** (cdH): Même au détriment des hôpitaux?

**01.24 Collaboratrice de la ministre** (*en néerlandais*): Nous appliquons toujours le principe selon lequel le financement dépend des mêmes critères pour chacun. Il faudra toutefois veiller à ce que la réforme s'effectue le plus vite possible.

Les hôpitaux sont incités sans relâche à réduire leurs coûts de fonctionnement. Les coûts en soins de santé seront recalculés périodiquement. Si un hôpital en particulier parvient à fonctionner plus efficacement, la moyenne diminuera progressivement mais cet hôpital continuera de bénéficier du même financement dans l'intervalle. Au bout de quelques années, les hôpitaux qui n'auront toujours pas adopté de méthode plus efficace seront contraints de le faire. Il faudra évidemment veiller en permanence à ce que la qualité soit toujours préservée.

Nous savons entre-temps en quoi consistent les soins à haute variabilité, mais il reste à savoir comment cette notion sera traduite en termes de financement. Différents pays adoptent une autre approche en la matière: certains prennent comme point de départ un groupe de patients en particulier, d'autres se fondent sur une approche axée sur les services ou encore sur les programmes de soins. Toutefois, l'objectif n'est en aucun cas de réserver les soins à haute variabilité aux hôpitaux universitaires.

**01.25 Maggie De Block**, ministre (*en français*): Le facteur social est pris en compte dans le financement des hôpitaux, comme le public qui les fréquente. Par exemple, des traducteurs sont parfois nécessaires: on en a tenu compte.

Les 10 millions pour les maîtres de stage dans les hôpitaux non-universitaires font partie de l'accord médico-mut. Les négociations en cours portent sur le partage de ces moyens. Les 20 millions que vous évoquez sont dédiés au budget de la sous-partie B7B.

(*En néerlandais*) Les postes de garde des médecins généralistes sont actuellement audités. Nous voulons savoir dans quelle mesure ils peuvent collaborer avec les hôpitaux et où se situent dans ce cadre les hiatus ou les problèmes qui subsistent.

Pour ce qui est de la surconsommation, un plan "politique coercitive" a été préparé.

De parameter 'kwaliteit' komt neer op indicatoren die heel relevant zijn voor de patiënt, bijvoorbeeld gezondheidswinst na de ingreep, en die ook relevant zijn voor de maatschappij. Men moet daarin een gemene deler kunnen vinden.

Het is ook belangrijk dat de indicatoren niet manipuleerbaar zijn. Wij willen niet dat door die indicatoren er een risicoselectie zou gebeuren. Ik geef de voorkeur aan *outcome*-indicatoren, die effectief de toestand van de patiënt na de ingreep of na de hospitalisatie meten. Op dat vlak zullen wij ook moeten nagaan welke indicatoren wij weerhouden en erover waken dat wij er niet te veel per ingreep weerhouden.

De Gemeenschappen spelen hun rol. Vlaanderen zet volop in op de ziekenhuisaccreditering. Wij zullen een aantal bijkomende federale kwaliteitsindicatoren vastleggen, maar zullen zoveel mogelijk van de bestaande registraties gebruikmaken en ook altijd via het *only-once*-principe trachten te werken.

De verpleegkundige normen zijn uiteraard belangrijk, maar die moeten in samenspraak met de Gemeenschappen worden opgesteld. De basisbestaffing moet gegarandeerd zijn, maar de normen zullen zeker afhangen van de zorgzwaarte. Als de bedden worden afgebouwd, zal men meer verpleegkundigen per bed kunnen hebben. Het aantal verpleegkundigen per patiënt ligt zeer laag bij ons, met een heel hoge werkdruk tot gevolg. We hebben vroeger vooral daarop bespaard en dat was duidelijk geen goed idee.

**01.26 Medewerkster van de minister (Nederlands):** De erkenningsnormen zijn een regionale bevoegdheid. De organieke wetgeving is dan weer een federale bevoegdheid.

**01.27 Minister Maggie De Block (Nederlands):** Wat het BFM betreft, is er nu sprake van een onderfinanciering. Om hun budget ook te behouden, moeten de ziekenhuizen wel bewijzen dat zij ook de normen voor het personeelsbestand naleven.

Inzake de doorverwijzing kan die informatie inderdaad nuttig zijn, maar dat zou wel weer een extra registratie vergen.

Zowel de kwaliteit van de zorg voor de patiënt als diens comfort is voor ons van tel en ook al spelen de financiële middelen een belangrijke rol, uiteindelijk primeert de vrije keuze van de patiënt.

Le paramètre "qualité" renvoie aux indicateurs qui sont très pertinents pour le patient – il peut s'agir notamment du bénéfice postopératoire pour sa santé – et qui sont également pertinents pour la collectivité. Nous devrions pouvoir définir à cet égard un dénominateur commun.

Il est également important que les indicateurs ne soient pas manipulables. Nous voulons éviter qu'une sélection des risques s'opère en fonction de ces indicateurs. Je donne la préférence aux indicateurs *outcome*, qui mesurent effectivement l'état du patient après l'intervention ou l'hospitalisation. Il nous faudra aussi décider à cet égard quels indicateurs nous retenons et veiller à en limiter le nombre par intervention.

Les Communautés jouent leur rôle. La Flandre s'investit pleinement dans l'accréditation des hôpitaux. Nous définirons un certain nombre d'indicateurs de qualité fédéraux supplémentaires tout en utilisant autant que possible les enregistrements existants dans le respect du principe *only-once*.

Les normes infirmières sont évidemment importantes, mais elles doivent être fixées en concertation avec les Communautés. L'effectif de base doit être garanti, mais les normes seront très certainement fonction de la lourdeur des soins. La réduction du nombre de lits permettra d'accroître le nombre d'infirmiers par lit. En Belgique, le nombre d'infirmiers par patient est extrêmement bas, avec une importante charge de travail pour corollaire. Par le passé, les économies se sont concentrées sur cet aspect et c'était de toute évidence une mauvaise idée.

**01.26 Collaboratrice de la ministre (en néerlandais):** Les normes d'agrément font partie des attributions des Régions, tandis que la loi organique est une compétence fédérale.

**01.27 Maggie De Block, ministre (en néerlandais):** Le BMF souffre d'un sous-financement. Pour conserver leur budget, les hôpitaux doivent néanmoins démontrer qu'ils respectent aussi les normes en matière de personnel.

Les informations relatives au renvoi des patients peuvent effectivement s'avérer utiles, mais cela nécessiterait des enregistrements supplémentaires.

Nous souhaitons proposer des soins de qualité aux patients et garantir leur confort et même si les considérations financières revêtent une part importante, c'est en définitive la liberté de choix du

patient qui prime.

Wat de *pay for performance* betreft, moeten we een traject uittekenen. De werkgroep selecteert een eerste set van haalbare kwaliteitsindicatoren en bepaalt de normen daarvoor van jaar tot jaar.

En ce qui concerne le *pay for performance*, il reste à définir une trajectoire. Le groupe de travail sélectionnera une première série d'indicateurs de qualité atteignables et il en fixera les normes chaque année.

Voor we de financiering koppelen aan de indicatoren, geven we de nodige informatie aan de ziekenhuizen, zodat ze simulaties kunnen maken van hun situatie en desgevallend kunnen bijsturen. Ze kunnen zelf hun resultaten publiceren op een website. Na een jaar worden de scores sowieso bekendgemaakt, waarna de koppeling effectief gebeurt. Bijsturing is dus nog zeker mogelijk.

Avant de lier le financement aux indicateurs, nous fournirons aux hôpitaux les informations leur permettant de se livrer à des simulations de leur situation et le cas échéant, de procéder à des adaptations. Ils auront la faculté de présenter leurs résultats sur un site web. Au bout d'un an, les scores seront de toute manière publiés et la liaison pourra s'effectuer. Il reste donc possible de rectifier le tir.

(Frans) De zeven universitaire ziekenhuizen hebben hun specifieke rol inzake opleiding en dat zal niet veranderen. Maar gezien hun beperkte aantal zijn ze voor ons geen prioriteit.

(En français) Les sept hôpitaux académiques ont un rôle particulier à jouer, notamment en matière de formation: cela ne va pas changer. Mais vu leur petit nombre, nous n'en faisons pas une priorité.

Het overschot aan bedden werd berekend aan de hand van cijfers van 2013. Het verschil tussen het aantal erkende bedden en het aantal verantwoorde bedden wordt steeds groter. We moeten dus actie ondernemen.

Le surnombre des lits était calculé sur les chiffres de 2013. La tendance fait que l'écart entre le nombre de lits agréés et justifiés ne cesse de grandir. Il faut donc intervenir.

Het redesign betreft niet de ziekenhuizen maar het aantal adviescomités in de administraties. Daar waren er een honderdtal van, en vaak zaten dezelfde mensen in meerdere comités. Dat kan eenvoudiger!

Le *redesign* ne concerne pas les hôpitaux mais le nombre de comités d'avis dans les administrations: ils étaient une centaine, les mêmes personnes siégeant souvent dans plusieurs comités: on peut simplifier cela!

Wat de proefprojecten inzake thuiszorg betreft, moet er overleg worden gepleegd met de Gemeenschappen, want het gaat om een gedeelde bevoegdheid.

Pour les projets pilotes soins à domicile, il faut se mettre d'accord avec les Communautés, qui sont également concernées.

(Nederlands) Er zijn drie werven die apart bestaan maar toch elkaar beïnvloeden, met name de financiering van de ziekenhuizen, het KB 78 en de herijking van de nomenclatuur. Aan dat laatste weten we dat we niets kunnen doen, anders zou er niemand meer aan tafel zitten. Voor de ene specialiteit is natuurlijk wat meer infrastructuur en 'techniciteit' noodzakelijk dan voor de andere.

(En néerlandais) Trois chantiers ont été ouverts. Ils mènent une vie autonome mais s'influencent mutuellement. Il s'agit du financement des hôpitaux, de l'arrêté royal 78 et du réétalonnage de la nomenclature. S'agissant de ce dernier, nous savons que nous ne pouvons rien faire. Sinon, il n'y aurait plus personne à la table des négociations. Telle spécialité requiert évidemment un peu plus d'infrastructure et de "technicité" que telle autre.

(Frans) Mevrouw Gerkens, we zullen de conceptnota over de organisatie aan alle actoren voorleggen en ze zullen ongetwijfeld veel opmerkingen maken. Er moet een plan van aanpak worden uitgewerkt en er moeten koninklijke besluiten worden uitgevaardigd voor elk beroep en dat is heel wat werk.

(En français) Madame Gerkens, on va présenter à tous les acteurs la note conceptuelle sur l'organisation et ils feront certainement beaucoup de remarques. Il faudra réaliser un plan d'approche et prendre des arrêtés royaux pour chaque métier, ce qui représentera beaucoup de travail.

De werkgroep 'hulpverleningszones' buigt zich nu over de organisatie van de verschillende niveaus: de zorg, de spoedgevallenzorg, nacht- of weekendwerk.

**01.28 Medewerker van de minister (Nederlands):** Netwerken zullen een andere dimensie hebben dan een interventiezone van een bepaalde ambulance. Dat zal verschillend zijn van het gebied dat door een huisartsenwachtpost wordt bediend of het gebied van een project voor geïntegreerde zorg. Het zal alleszins moeilijk zijn om een en ander op elkaar af te stemmen. Er zullen altijd verschillen en overlappingsen zijn. Het kan niet de betrachting zijn om elke vorm van zorg en bijstand op een identieke manier en op een zelfde geografische basis af te lijnen.

Het is zeker ook zo dat, als het gaat over niet-planbare zorg, er over de diverse componenten heen voor een bepaald gebied toch wel samenwerkingsvormen zullen zijn op een andere manier dan als het gaat over referentiezorg die in een vestigingsplaats van een netwerk verleend moet worden.

**01.29 Minister Maggie De Block (Frans):** We zullen u de powerpointpresentatie bezorgen.

De **voorzitter**: We zullen ze op de website van de commissie zetten.

*Het incident is gesloten.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.16 uur.*

Le groupe de travail sur les zones de secours se penche actuellement sur l'organisation des différents niveaux comme les soins, les soins urgents, le travail de nuit ou les week-ends.

**01.28 Collaborateur de la ministre (en néerlandais):** Le périmètre des réseaux sera différent de celui d'une zone d'intervention d'une ambulance déterminée. Il ne correspondra pas davantage à celui desservi par un poste de garde de médecins généralistes ni à celui d'un projet de soins intégrés. Il sera en tout cas difficile d'harmoniser ces différents éléments et des différences et des doubles emplois subsisteront. Chaque forme de soins et d'assistance ne peut pas être définie à l'identique sur la base d'une même base géographique.

De même, pour les soins non programmables, il est évident que toutes composantes confondues, les coopérations qui seront développées dans une zone déterminée différeront de celles organisées pour des soins de référence qui doivent être dispensés sur un site faisant partie d'un réseau.

**01.29 Maggie De Block, ministre (en français):** Nous vous ferons parvenir le PowerPoint.

La **présidente**: Nous le mettrons sur le site internet de la commission.

*L'incident est clos.*

*La réunion publique de commission est levée à 18 h 16.*