

Commission parlementaire du 29 janvier 2021 Parlementaire Commissie van 29 januari 2021

Intervention de GIBBIS Tussenkomst van GIBBIS

Annexes : réponses aux principales questions posées par les
parlementaires

Bijlagen: antwoorden op de voornaamste vragen gesteld door de
parlementsleden

GIBBIS a bien reçu les questions pour préparer l'audition à la Chambre des représentants.

Dans cette annexe, vous trouverez la réponse aux principales questions sur lesquelles GIBBIS a un avis pertinent à communiquer aux parlementaires. GIBBIS est bien entendu disponible pour compléter cette information et échanger sur les priorités en matière de santé.

QUESTIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DES SOINS - LES MOYENS

Gouvernance et communication

1. Quelles recommandations émettez-vous afin d'améliorer à l'avenir la gestion d'une nouvelle crise ?

Voir note.

2. Wanneer kregen jullie de eerste richtlijnen / officiële waarschuwingen van de overheid inzake covid-19?

23 janvier : 1^{ère} réunion du Risk management group au fédéral

2 mars : les fédérations d'hôpitaux sont invitées au fédéral

5 mars : 1^{ère} consignes d'Iriscare aux maisons de repos

13 mars : première réunion du groupe Hospital Transport and Surge Capacity

(Voir également les documents relatifs au HTSC :

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/hospital-transport-surge-capacity-lettres-bxl-brieven-bssl>)

3. Tijdens haar beleidstoespraak in de Kamer op 17/03/2020 noemt premier Sophie Wilmès de ziekenhuizen de 'eerste prioriteit'. De WZC worden niet vermeld. Hoe hebben WZC dat toen ervaren?

Il faut se replacer dans le contexte de l'époque. Les hôpitaux italiens avaient été vite saturés. C'est dans les hôpitaux qu'arrivaient les patients COVID en état grave, il est donc normal que les autorités fédérales aient rapidement réagi en se focalisant dans un premier temps sur les hôpitaux.

Une fois que les autorités ont pris conscience de la gravité de la situation, elles ont tout fait pour venir en aide aux MR : 1ères consignes d'Iriscare le 5 mars, interdiction des visites dans les maisons de repos bruxelloises le 10 mars, concertation hebdomadaire des fédérations de maisons de repos avec les cabinets bruxellois compétents et Iriscare à partir du 16 mars, livraison par Iriscare de matériel de protection individuelle aux MR à partir de la semaine du 23 mars ;

Cette situation est liée aussi aux limites de la répartition des compétences (cf. la note).

4. Avez-vous été conviés à participer à la rédaction du nouveau plan pandémie ? Si oui, quelles sont les modalités de votre implication ? Quel est votre apport pour ce nouveau plan ? Si cela n'a pas encore été le cas, estimez-vous utile de pouvoir participer à la rédaction de ce nouveau plan ?

Le volet pandémie a été ajouté aux Plans d'urgence hospitalier. Il n'y a pas encore de programme de soins pandémie/ soins infectiologiques en place. Nous souhaitons vivement pouvoir contribuer à l'élaboration de ce programme de soins.

Cf. aussi les recommandations dans cette note.

Capacité hospitalière & liens avec les MR et la première ligne

5. Inrichten van een veldziekenhuis blijkt in België niet mogelijk omdat hiervoor het materieel ontbreekt. Mocht dit toch mogelijk zijn, zou de sector dit nuttig en/of wenselijk achten en hoe zien zij dit precies?

La question n'est pas uniquement de monter des hôpitaux de campagne, et de disposer du matériel pour les équiper. Il faut aussi du personnel médical et soignant, or celui-ci était indispensable dans les hôpitaux et autres institutions de soins. La problématique est d'ailleurs identique pour les centres de testing et de vaccination, ainsi que pour le renforcement de l'encadrement des unités USI créées. Il faut investir dans l'attractivité de la profession.

6. Hoe werd het spreiden van patiënten ervaren? Deed de overheid dit in samenspraak met de ziekenhuizen, en werd gehoor gegeven aan de ziekenhuizen in deze spreidingsplannen?

La problématique de transfert des patients est complexe et requiert la coordination de plusieurs intervenants. Bruxelles a été particulièrement touché, en particulier pendant la

deuxième vague, et a dû faire appel au fédéral pour faire des transferts au sein et hors de la Province. GIBBIS a plaidé et continue à plaider pour le principe de solidarité entre les hôpitaux. A ce titre nous souhaitons souligner l'excellent travail de notre inspecteur d'hygiène fédéral pendant la deuxième vague.

7. Werd u betrokken bij het oprichten van de triage-centra ? Zo ja, hoe verliep het overleg daarover met FOD, RIZIV en de gefedereerde entiteiten?

Toen de triagecentra officieel werden opgericht, hebben alle Brusselse ziekenhuizen ter gelegenheid van een meeting met GIBBIS en de GGC afgesproken dat de ziekenhuizen deze centra zelf gingen oprichten vlak bij hun spoeddiensten en dat de bestaffing in samenwerking met de eerste lijn zou gebeuren. De reden hiervoor was dubbel:

- De meeste ziekenhuizen hadden al een triagecentrum opgericht op eigen middelen
- Er stond enorme druk op het personeel, dus versterking was nodig

De financiering die het RIZIV toen heeft ter beschikking gesteld was zeker noodzakelijk om zowel de medische, verpleegkundige als administratieve omkadering te dekken. Achteraf gezien bleek het ook de juiste keuze geweest om de triagecentra op te richten bij het ziekenhuis. Dit heeft toegelaten om de druk op de Spoeddiensten te verminderen.

Triagecentra zijn dan in een tweede fase ook testcentra geworden. Het triagecentrum en testcentrum waren verplicht dezelfde entiteit. Dit is achteraf een foute inschatting gebleken die dan ook gecorrigeerd is, doch relatief laat. Het was niet ideaal dat niet-symptomatische patiënten naar de ziekenhuisomgeving moesten om zich te laten testen, dit is niet de core business van het ziekenhuis en potentieel gevaarlijk voor hun gezondheid. Dit zorgde ook voor een grote toeloop op spoeddiensten buiten de openinguren van het testcentrum. Uiteindelijk zijn einde zomer, na aandringen van de Brusselse ziekenhuizen, aparte testcentra geopend onder coördinatie van de GGC en de eerste lijn die dit probleem hebben aangepakt. Ziekenhuizen focussen hun testcapaciteit op zieke patiënten die moeten gehospitaliseerd worden of op de spoed toekomen en hun personeel. Bij vaccinatiecentra is de rol van de ziekenhuizen wel correcter ingevuld.

8. Hoeveel rusthuizen werken samen met ziekenhuizen? Deze bleken de crisis beter te doorstaan. Zijn er al stappen genomen om alle ziekenhuizen in verband te brengen met een ziekenhuis om toekomstige golven op te vangen?

Les normes d'agrément du programme de soins hospitalier gériatrique prévoient depuis de nombreuses années la liaison externe avec des maisons de repos et de soins, mais toute maison de repos n'était pas nécessairement concernée.

Suite à la crise Covid, toutes les maisons de repos bicommunautaires à Bruxelles ont signé pour le 15/9/2020 une convention de collaboration avec un hôpital proche. Cette convention vise à permettre à la maison de repos d'avoir un contact privilégié avec des personnes de référence (médecin ou infirmier hygiéniste, infectiologue, gériatre...) qui apportent, en principe sans contrepartie financière, leur expertise en matière de mesures de prévention et de contrôle des infections, de planification des mesures d'urgence, ainsi que pour les demandes d'hospitalisation par exemple en cas de besoin en oxygène que la maison de repos ne peut pas offrir.

Iriscare a été chargé de viser les conventions de toutes les maisons de repos et de veiller à ce qu'elles soient complètes et réalistes (il faut éviter par exemple qu'un hôpital ne signe des conventions avec plusieurs dizaines de MR).

En outre, les normes d'agrément des MRS préconisent déjà, afin d'organiser au mieux le transfert d'un résident de l'hôpital vers la MR et vice-versa, de prévoir une procédure écrite afin que les deux institutions de soins disposent sans délai de toutes les informations nécessaires pour assurer la continuité des soins, et ce via une fiche de liaison reprenant les données médicales indispensables en cas d'urgence ou d'hospitalisation.

9. Van professor E. André weten we dat de gegevensuitwisseling tussen Sciensano en de ziekenhuizen of WZC's in het begin erg archaïsch verliep. Hoe hebben jullie dit ervaren?

L'échange des données a été mis sur pied très rapidement et était essentiel : sans ces informations, nous aurions navigué à l'aveuglette. Il est vrai que dans un premier temps cet échange de données n'a pas été fluide, principalement parce que les instructions d'enregistrement ont dû être ajustées et clarifiées à plusieurs reprises, pour que l'encodage soit cohérent. De plus, travailler avec deux bases de données qui ont été ensuite connectées n'est pas la façon la plus simple de travailler, mais cela se justifiait par le fait que la plateforme ICMS existait préalablement.

Cet enregistrement de données a demandé des efforts de la part des institutions de soins de santé, pour pouvoir enregistrer 7 jours sur 7, et parfois même, deux fois par jour, les données mais grâce à ces efforts, les données – pratiquement exhaustives – ont été disponibles très rapidement.

Automatiser est, cependant, une réelle nécessité.

10. Quel est ou devrait être le rôle des médecins coordinateurs lorsqu'un résident est hospitalisé ? Comment les médecins coordinateurs ont-ils vécu les refus d'hospitalisation lors de première vague ?

C'est le médecin traitant du résident, et pas le médecin coordinateur, qui complète le dossier médical de son patient. Les normes d'agrément des MRS décrivent de manière complète et détaillée les missions du médecin coordinateur et insistent sur la nécessaire politique médicale cohérente au sein de la maison de repos, qui passe par une concertation des médecins traitants avec le médecin coordinateur. Une bonne communication entre le médecin coordinateur et le médecin traitant du résident hospitalisé doit favoriser la continuité des soins en vue du retour du résident à la maison de repos.

En mars, il y a eu plusieurs directives qui ont nécessité beaucoup de capacité d'adaptation et de résilience de la part des médecins et des directions :

- 5 mars (circulaire du Fédéral aux hôpitaux aigus) : priorité d'avoir une capacité suffisante de lits de soins intensifs + capacité additionnelle de lits libres pour admettre des patients COVID-19
- 19 mars (Iriscare) : *la maison de repos ne doit envoyer un résident à l'hôpital qu'en cas de stricte nécessité*

- 23 mars (Société Belge de Gériatrie et de Gériatologie) : les résidents de maisons de repos très affaiblis et contaminés par le COVID-19 ne font pas l'objet d'hospitalisation
- 30/03 (A. Maron) : retour d'un résident COVID hospitalisé si la maison de repos a le matériel de protection adéquat

QUESTIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DES SOINS - LES RESSOURCES

Personnel soignant

11. Zijn de ziekenhuizen klaar voor een derde golf? Welke lessen moeten we trekken uit 2020? Wat is de boodschap naar de politiek en waarvan moet werk gemaakt worden?

Nous sommes bien mieux préparés : les connaissances scientifiques ne cessent d'évoluer, nous avons tiré les leçons opérationnelles des deux premières vagues, etc. En cas de troisième vague, la principale inquiétude est liée au personnel soignant, soumis à un stress constant depuis de très nombreux mois. Nos messages à l'attention du monde politique se trouvent dans les conclusions de la note ci-dessus.

12. La loi, votée en urgence, sur la délégation des actes infirmiers, a été sévèrement critiquée par le secteur et les syndicats. Quel est votre avis à ce sujet ?

Une délégation intelligente des tâches entre métiers de la santé devrait permettre de valoriser au maximum les compétences des professionnels. Ceci à tous les niveaux : de médecin à infirmier, à aide-soignant, à aide-logistique et sous la responsabilité et le contrôle de celui qui délègue bien entendu.

13. Récemment, de nombreux soignants ont rédigé une lettre ouverte pour que les soignants soient vaccinés en priorité. Leur appel a-t-il été suffisamment entendu à vos yeux ?

L'appel des soignants a été entendu. Depuis le début, le personnel hospitalier est mis comme une des priorités, après les maisons de repos. GIBIS plaide pour le respect des priorités définies qui permettent de vacciner en premier lieu la population la plus vulnérable. La vaccination est importante et doit être organisée le plus rapidement possible pour offrir la meilleure protection aux populations les vulnérables. Une accélération ne peut pas être organisée à n'importe quelle condition : il faut un schéma clair et stable pour ne pas engendrer des confusions et frustrations.

Testing / tracing, PPE, matériel médical, médicaments

14. Welke minimale hoeveelheden beschermingsmiddelen dienen er verplicht aanwezig te zijn in een ziekenhuis? Werd dit vastgelegd voor de meeste ziekenhuizen o.b.v. bepaalde indicatoren bv bevolkingsaantal, risicogroepen etc., ... Hoeveel van de ziekenhuizen beschikten over persoonlijke beschermingsmiddelen en hoelang kwam men toe met die voorraad?

Voor welke geneesmiddelen en medische materialen ondervonden jullie de grootste tekorten? Gold dit zowel voor ziekenhuizen als WZC? Vanaf wanneer begon de internationale markt weer tot rust te komen zodat reguliere bestellingen mogelijk waren? Zijn er patiënten die minder of afwijkende zorg kregen, omdat de geneesmiddelen of medische materialen niet voorhanden waren? (Bv de tekorten aan sedativa voor beademde patiënten?)
 Hebben de ziekenhuizen zich verenigd om bestellingen voor geneesmiddelen, medisch materiaal en toestellen waarvoor een tekort dreigde samen aan te kopen in groep of gebeurde dit allemaal ieder voor zich (m.u.v. de netwerken) via de taskforce shortages van de overheid en het FAAG?

La première vague a suscité de grosses difficultés au niveau du matériel : tant le matériel de protection individuelle, que les médicaments et les dispositifs médicaux nécessaires pour soigner les patients Covid. S’agissant d’une pandémie mondiale, les stocks et production existant n’ont pas été suffisants pour permettre de répondre à la consommation plus élevée.

La deuxième vague a été mieux appréhendée car les institutions ont pu se constituer des stocks stratégiques de matériel entre les deux vagues (équivalent à plus ou moins 2-3 mois). Les marchés ont recommencé à mieux fonctionner vers le mois de juin.

L’existence d’un stock stratégique de matériel est donc importante. Il doit s’agir d’un stock “roulant” pour ne pas perdre de matériel. La difficulté de l’existence d’un tel stock est l’espace de stockage nécessaire et sa sécurisation : toutes les institutions n’en bénéficient pas suffisamment. Un lieu de stockage central, sécurisé, par province pourrait être envisagé. Ce stock devrait également être financé.

Les plus grosses difficultés en matériel concernent le matériel de PPE (personal protective equipment) : les masques FFP2, les blouses (les gants sont toujours à risque actuellement car également utilisés pour la vaccination), les dispositifs médicaux, les systèmes d’aspiration fermés et les filtres, les médicaments (les curares). Pour les maisons de repos, c’est surtout le matériel PPE et l’oxygène (oxyconcentrateurs) qui ont été sous tension.

L’AFMPS a joué un rôle important afin d’assurer qu’une solution puisse toujours être apportée aux institutions pour permettre à tous les patients de recevoir des soins : stock stratégique d’urgence de médicaments, circulaire in house (=permettre aux hôpitaux de fabriquer des dispositifs utilisés en interne : ex : les masques Decathlon).

Il y a eu plus de difficultés au niveau du matériel de protection (PPE) : les échanges avec le terrain ont été plus rare et les achats effectués par le fédéral n’ont pas toujours répondu à l’attente du terrain.

Il y a eu une énorme entraide entre les hôpitaux. Lorsqu’un hôpital avait besoin d’un dispositif médical, un mailing partait vers tous les hôpitaux via les fédérations pour trouver une solution. Au sein de notre fédération, une réunion hebdomadaire était organisée pour permettre aux hôpitaux d’échanger sur cette problématique du matériel : échanger les bonnes pratiques, les contacts, s’entre-aider, etc. Via les réseaux hospitaliers, des marchés publics communs ont également été organisés.

15. Volgden de rusthuizen en ziekenhuizen de richtlijnen omtrent mondmaskers op van Sciensano of zijn er die strengere richtlijnen handhaafden?

Dans les hôpitaux, les hygiénistes évaluaient systématiquement la qualité des masques reçus. Même les premières livraisons des masques du fédéral ne répondaient pas toujours aux normes de qualité pour être utilisés seuls. Au tout début il n'y avait pas de contrôle par un labo, cette étape de contrôle a été ajoutée suite aux problèmes de qualité rencontrés. Les hôpitaux ont fait preuve de créativité : utilisation des masques KN95 reçus avec un masque chirurgical ou une visière en plus (double protection), avec un pince-nez, ...

Financement des hôpitaux

16. Jaarlijks puilen tijdens de griepseizoenen de ziekenhuisbedden uit en worden er opnamestops georganiseerd door diverse spoeddiensten. Desondanks bleef er heel veel gepleit worden voor de afbouw van bedden ten voordele van de verschuiving naar zorg op de eerstelijns. Hoe staat de sector vandaag tegenover de vraag naar afbouw van ziekenhuisbedden? Hoe kunnen we ons structureel beschermen tegen een plots verhoogde vraag naar (kritische) zorg ten gevolge van plotse rampen, catastrofes of epidemieën?

De vraag naar afbouw van ziekenhuisbedden leek een tijdje een hype waarmee op magische wijze alle budgettaire problemen in één klap zouden opgelost worden. De realiteit is veel complexer:

- De sluiting van ziekenhuisbedden gaat niet noodzakelijk zorgen voor een daling van het aangewende budget. Efficiëntiewinsten kunnen wel behaald worden door het sluiten van volledige ziekenhuisdiensten of sites aangezien we dan een besparing doen op het organiseren van permanentie.
- De zorgvraag is niet gelijk gespreid over de tijd en over het land. Regelmatig worden we geconfronteerd met tijdelijke of lokale grote pieken. In pediatrie bijvoorbeeld is de bezetting verschillend naargelang het seizoen, tijdens de zomer grote leegstand maar tijdens de winterperiode zwaar bevraagd. De lokale situatie kan heel verschillend zijn: de oplossing in een drukke metropool als Brussel zal anders zijn dan pakweg in een dunbevolkt gebied als Luxemburg.
- De zorgvraag blijft wel degelijk jaar na jaar stijgen. Gemiddeld volgens de KCE-studie 289 van 2017 tijdens het aantal ziekenhuisopnames met 1,02 %. De dalende nood aan ziekenhuisbedden is eerder gelinkt aan verkorte ligduur door medische innovatie.
- De potentiële daling van bedden capaciteit ligt veel lager dan wat sommigen beweren. Volgens het KCE-rapport 289 van 2017 zijn er inderdaad ongeveer 18 % te veel acute ziekenhuisbedden maar deze zegt er wel in één adem bij dat het gros van deze bedden moet geheroriënteerd worden naar meer chronische geriatrie en revalidatiezorg en dat er een buffer moet aangelegd worden om de sterkere vergrijzing op te vangen tegen 2030. Als we met deze extra noden rekening houden, komen we uit op een potentiële werkelijke afbouw van 7,5 % op voorwaarde van begeleidende beleidsmaatregelen (bv. financiële prikkels voor een substitutie van klassieke opnames naar dagopnames en voor verkorting van de verblijfsduur), verhoging van het verzorgend en verplegend personeel en verder investeren in ambulante avalzorg. Het is wishful thinking dat afbouw van bedden zal leiden tot dalende budgetten.

Er is dus niet “één oplossing voor één probleem”. Bij het organiseren van een zorgaanbod moet rekening worden gehouden met de wens naar kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Sommige pathologieën lenen zich tot een concentratie van zorg (bijvoorbeeld complexe chirurgie voor pancreas- en slokdarmtumoren), anderen smeken net om een lokale toegankelijkheid zoals bijvoorbeeld het stabiliseren van AVC (waar time to brain de bepalende factor is voor het herstel van de patiënt).

Het is ook duidelijk dat de eventueel afbouw van bedden niet zal leiden tot afbouw van budgetten.

Daarom lijkt het ons beter om in te zetten op:

- Covid:
 - Structureel investeren in een zorgprogramma dat dergelijke pandemieën kan opvangen, dat alle zorgactoren includeert
 - Structureel investeren in meer personeel rond de patiënt zodat de bottleneck hierrond verdwijnt / vermindert
- Hervormingen:
 - Meer samenwerking tussen eerste lijn en tweede lijn, dit verankeren in zorgprogramma's die verder reiken dan het ziekenhuis
 - Financieringsmodellen hierop af te stellen, met een mix van forfaitaire en prestatiegedreven financiering
 - Inzetten op netwerkvorming zodat de herorganisatie van de zorg bottom-up kan gebeuren, met respect voor de lokale specificiteiten en noden
 - Programmatiecriteria die pertinent zijn voor de betrokken pathologie en rekening houden met bestaande patiëntenstromen. Bijvoorbeeld: materniteit min 400 bevallingen per jaar per ziekenhuis, op termijn optrekken naar omhoog, eerder dan het aantal bedden afbouwen. Bijvoorbeeld: huisartsenwachtpost in stedelijke gebieden organiseren in de onmiddellijke nabijheid van spoedgevallenzorg om zo de niet-verantwoorde zorg een alternatief te geven
 - Bouwplannen zullen hier een extra hefboom betekenen: herbouwen van ziekenhuissites moet binnen een strategisch plan gebeuren waarbij de globale capaciteit wordt bewaakt

17. In Terzake wees mevr. Goossens op 19/11/2020 op de enorme fragiliteit van de financiële gezondheid van onze ziekenhuizen. Corona verergerde deze situatie nog. De ziekenhuizen kregen een voorschot van 2 miljard euro. Is er al een zicht op de balans van 2020? Hoe komen ziekenhuizen hier financieel uit? Wat vragen de ziekenhuizen van de overheid op vlak van financiering.

Les compensations financières liées aux Covid-19 sont-elles suffisantes pour maintenir les finances des institutions à flot ?

De ziekenhuissector speelt een belangrijke economische en sociale rol die zowel werkgelegenheid creëert als de gezondheid bevordert. In de algemene en universitaire ziekenhuizen zijn momenteel meer dan 127.000 voltijds equivalenten tewerkgesteld, waarvan 22.000 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het personeel in deze sector heeft de voorbije maanden alles gegeven om de talrijke corona- en niet-coronapatiënten te verzorgen.

De financiële gezondheid van de ziekenhuizen is van belang om de kwaliteit van de zorgverlening en goede arbeidsomstandigheden te garanderen, en om de ontwikkelingen inzake medische innovatie te kunnen blijven volgen. Er zijn dan ook talrijke uitdagingen: de vergrijzing, de toename van polypathologieën, om nog maar te zwijgen over de chronische ziekten, die 70% van het gezondheidszorgbudget in beslag nemen. Daarnaast zijn er ook nieuwe, performante maar dure technologieën die onze diagnostische en therapeutische uitrusting aanvullen.

De laatste MAHA-studie, gebaseerd op cijfers uit 2019 ("pre-coronacrisis"), bevestigt de kwetsbaarheid van de ziekenhuissector die we al meerdere jaren vaststellen. Een derde van de ziekenhuizen sluit 2019 af in het rood, en meer dan 15% genereert zelfs niet voldoende cashflow om de schulden op lange termijn te dekken. Dat geldt net zozeer voor de Brusselse ziekenhuizen, die de voorbije jaren sterk geïnvesteerd hebben, als voor de ziekenhuizen in andere gewesten. Dit is het gevolg van een gebrek aan investeringen in de sector, al meerdere decennialang.

Financieel resultaat 2020 tenietgedaan door de coronacrisis

De coronacrisis heeft de troeven van de ziekenhuissector uitgelicht, zoals het reactievermogen en het engagement van het zorgpersoneel. Maar ze heeft ook het financiële evenwicht tenietgedaan.

De teams achter de MAHA-studie hebben een eerste raming opgemaakt van de impact van de coronacrisis, en hoewel het maar een voorlopige raming betreft, kunnen we daaruit wel al opmaken dat de impact op de resultaten van de ziekenhuizen vernietigend zal zijn: het bedrijfsresultaat zou een impact ondervinden van 5,5 tot 11% van de omzet, tegenover de beschikbare marge van 0,46% van de omzet in 2019. De impact van de crisis op de ziekenhuissector is enorm.

Sinds de eerste golf in maart 2020 hebben de verschillende overheden aangegeven bereid te zijn om de financiële effecten van deze pandemie te compenseren. Wij danken hen voor alle ondernomen initiatieven: een belangrijke injectie van liquiditeit, de dekking van de meerkosten en een garantie op bepaalde financieringsbronnen. Vandaag stellen we vast dat de federale regering geen volledige compensatie van het verlies aan inkomsten garandeert, in het bijzonder de inkomsten verbonden aan kamer- en honorariasupplementen, net als de overige ontvangsten die bijdragen in de dekking van de kosten van het ziekenhuis. Wij betreuren dit en vragen om een volledige tussenkomst zodat de ziekenhuizen de aankomende schok(ken) kunnen opvangen. Deze compensatie moet rekening houden met de werkelijke situatie van elke instelling. We vragen daarom om een finale evaluatie van de resultaten 2020 na afsluiting van de boekhouding, om zo te evalueren in welke mate de compensaties nog moeten worden aangevuld. GIBBIS vraagt ook om het compensatiesysteem verder te zetten tot het einde van de coronacrisis.

Investerings in de ziekenhuissector zijn nodig, in een klimaat van vertrouwen

De bevolking en onze politici hebben het belang van de zorg en de noodzaak om te investeren in de gezondheidszorg (her)ontdekt. We zijn verheugd om de aangekondigde maatregelen voor de patiënten en het ziekenhuispersoneel: meer personeel aan het bed van de patiënt, betere arbeidsomstandigheden, een realistischere groeicnorm ten opzichte van de behoeften. Al deze middelen worden uiteraard ingezet voor ons personeel en onze patiënten. We moeten de beroepen in de gezondheidszorg aantrekkelijker maken, in Brussel vooral om geschoold en tweetalig personeel aan te trekken, dat voor een deel afkomstig is uit de andere gewesten.

We mogen echter niet uit het oog verliezen dat toekomstige maatregelen ook de financiële gezondheid van de ziekenhuizen zullen moeten herstellen. Dit gebeurt enerzijds via concrete investeringen in projecten met hoge toegevoegde waarde. GIBBIS denkt dan bijvoorbeeld aan digitalisering, een onontbeerlijke schakel om klaar te zijn voor de toekomst en om het ziekenhuis te integreren in de opvang van de patiënt. Het volstaat niet om alleen een digitaal patiëntendossier aan te maken, er moet via het Brussels Gezondheidsnetwerk slim en beveiligd gecommuniceerd kunnen worden met andere zorgverleners.

Anderzijds moet de sector zijn efficiëntie nog verbeteren. Dat vraagt bovenal een vereenvoudiging en hervorming van de financieringssystemen met het oog op de responsabilisering van elke actor voor zijn eigen werkingsmiddelen. En waarschijnlijk ook financiële injecties om de huidige financieringstekorten aan te pakken, bijvoorbeeld door een groeinorm toe te passen op het Budget Financiële Middelen.

Tot slot, om te innoveren (op het vlak van netwerken, kwaliteit, efficiëntie, technologie) is er een voorspelbaar klimaat nodig dat zekerheid biedt op regelgevend en budgettair vlak en het vertrouwen voedt tussen alle betrokken actoren: overheid, zorginstellingen, zorgpersoneel, ziekenfondsen en alle andere stakeholders. Het regeerakkoord vermeldt een meerjarenplan om voor patiënten kwalitatieve en toegankelijke zorg te garanderen. GIBBIS vraagt om betrokken te worden bij de concrete uitwerking van dit meerjarenplan, om samen te bouwen aan de toekomst van onze gezondheidszorg.

18. In Knack staat op 24/04/2020 te lezen dat artsen boos zijn omwille van inspecties van het RIZIV naar artsen die de coronamaatregelen niet strikt opvolgen en toch nog niet-dringende ingrepen uitvoeren in het ziekenhuis. Werden effectief controles uitgevoerd en sancties getroffen, of heeft het RIZIV deze actie opgeschort? Kregen ziekenhuizen vervolgens voldoende vrijheid om zelf te bepalen welke zorgen verleend konden worden of welke ingrepen konden plaats vinden, of werden ze te veel in een keurslijf gestoken door de regels die de overheid oplegde? Werd voldoende overleg gepleegd en werden maatregelen rond niet-dringende zorg tijdig versoepeld?

Nous n'avons pas compris le timing de ces contrôles. L'INAMI aurait pu effectuer les contrôles sur la base des chiffres des OA qu'elle aurait récolté d'office quelques semaines plus tard. Ici, on a demandé aux hôpitaux de récolter des données déjà envoyées via la facturation à l'INAMI pour effectuer un contrôle qui n'était ni urgent, ni bien perçu.

Ce qui est positif, c'est que tout a été fait lors de la deuxième vague pour maintenir certaines activités planifiées (consultations, hôpital de jour médical) afin de ne pas « rater » des soins. La solidarité via les transferts de patients a permis de maintenir une certaine répartition des patients Covid ce qui offrait la possibilité pour tous de prendre en charge aussi les soins non Covid urgents. Il est très important pour les éventuelles futures vagues de rester sur cette même ligne

Le HSTC a à la fois permis au niveau local de déterminer les priorités et à la fois donné des instructions claires sur l'arrêt et la reprise des soins.