

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

3 juli 2018

WETSONTWERP

**betreffende de gebundelde financiering van de
laagvariabele ziekenhuiszorg**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Anne DEDRY**

INHOUD

Blz.

I. Inleidende uiteenzetting	3
II. Algemene bespreking.....	9
A. Betogen van de leden.....	9
B. Antwoorden.....	22
C. Replieken	30
III. Artikelsgewijze bespreking en stemmingen	31

Zie:

Doc 54 **3189/ (2017/2018):**
001: Wetsontwerp.

Zie ook:

003: Tekst aangenomen door de commissie.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

3 juillet 2018

PROJET DE LOI

**relatif au financement groupé des soins
hospitaliers à basse variabilité**

RAPPORT

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

SOMMAIRE

Pages

I. Exposé introductif.....	3
II. Discussion générale.....	9
A. Interventions des membres	9
B. Réponses.....	22
C. Répliques.....	30
III. Discussion des articles et votes	31

Voir:

Doc 54 **3189/ (2017/2018):**
001: Projet de loi.

Voir aussi:

003: Texte adopté par la commission.

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

Voorzitter/Président: Muriel Gerken

A. — Vaste leden / Titulaires:

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

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

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

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

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

DéFI Véronique Caprasse

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

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

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

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp besproken tijdens haar vergadering van 26 juni 2018.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, licht toe dat België, dankzij de nieuwe financieringswijze die “gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg” wordt gedoopt, een belangrijke stap zet in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Deze hervorming werd reeds door de minister aangekondigd in het Regeerakkoord van oktober 2014, waarin er werd overeengekomen dat de regering zou evolueren naar een gemengde financiering, met een prospectieve financiering voor standaardiseerbare zorg.

In april 2015 omschreef de minister het nieuwe financieringssysteem reeds in haar Plan van Aanpak. Zij kondigde toen al aan dat zij in de ziekenhuisverblijven drie types meende te onderscheiden, waarvoor telkens een aangepaste financieringswijze moest worden voorzien, namelijk de laag-, de midden- en de hoogvariabele zorg. Vervolgens gaf de minister het KCE de opdracht dit verder te onderzoeken, en in haar rapport van juni 2016 legde het KCE uit hoe ze statistisch de ziekenhuisverblijven in drie *clusters* kon opdelen. Aan de hand van deze statistieken werden de “patiëntengroepen” geïdentificeerd. Dit zijn groepen van patiënten waarbinnen er weinig verschillen zijn voor wat betreft de kost voor de ziekteverzekering van hun ziekenhuisverblijven.

In het raam van een dermate fundamentele hervorming van het financieringssysteem is de minister niet overhaast te werk gegaan. De clinici en de artsen in het veld hebben de kans gekregen zich uit te spreken over de afbakening van de patiëntengroepen. Begin 2017 hebben de beide betrokken instanties (RIZIV en FOD Volksgezondheid) voor elke medische discipline meerdere medisch deskundigen gehoord. Zij hebben die deskundigen uitgelegd hoe het KCE op basis van een statistische methode de patiëntengroepen hadden samengesteld die nood hebben aan laagvariabele zorg. De medische deskundigen moesten een consensus vinden en de minister adviseren over de patiëntengroepen waarvoor een volkomen standaardiseerbaar zorgtraject mogelijk was.

Een te standaardiseren zorgtraject is een traject dat voorspelbaar is en dus terugbetaalbaar met een op voorhand vastgesteld bedrag.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné ce projet de loi au cours de sa réunion du 26 juin 2018.

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que la nouvelle méthode de financement dénommée “financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité” marque une étape importante de la réforme du financement des hôpitaux en Belgique. Cette réforme a été annoncée par la ministre dans l'accord de gouvernement d'octobre 2014, dans lequel il a été convenu que le gouvernement s'orienterait vers un financement mixte, assorti d'un financement prospectif pour les soins pouvant être standardisés.

En avril 2015, la ministre a déjà décrit le nouveau système de financement dans son plan d'action. Elle a alors annoncé qu'elle envisageait de distinguer trois types d'hospitalisation pour lesquels des modes de financement adéquats devraient être prévus pour les soins à faible, moyenne et haute variabilité. La ministre a ensuite chargé le KCE d'approfondir cette question et, dans son rapport de juin 2016, le KCE a indiqué comment les hospitalisations pouvaient être statistiquement divisées en trois catégories. Ces statistiques ont été utilisées pour identifier des “groupes de patients”. Il s'agit de groupes de patients dans lesquels peu de différences sont observées dans les coûts d'hospitalisation à charge de l'assurance-maladie.

Dans le cadre d'une réforme aussi fondamentale du système de financement, la ministre n'a pas agi à la hâte. Les cliniciens et les médecins du terrain ont eu l'opportunité de se prononcer sur la définition des groupes de patients. Début 2017, les deux administrations concernées, l'INAMI et le SPF Santé publique, ont rassemblé, par discipline médicale, plusieurs experts médicaux. Elles ont expliqué à ces experts comment le KCE avait établi, sur la base d'une méthode statistique, les groupes de patients nécessitant des soins à basse variabilité. Les experts médicaux étaient chargés de trouver un consensus et de conseiller la ministre sur les groupes de patients pour lesquels un trajet de soins parfaitement standardisable était possible.

Les trajets de soins qui peuvent être standardisés sont prévisibles et peuvent donc être remboursés au moyen d'un montant fixé à l'avance.

De deskundigen hebben zelf ook patiëntengroepen voorgesteld wanneer zij van mening waren dat een prospectieve financiering van de ziekenhuisopnames mogelijk was.

Verder luisterde de minister ook naar de reacties uit het werkveld, en hield zij rekening met terechte opmerkingen.

Doelstellingen

Vervolgens schetst de minister de doelstellingen die zij met de hervorming van de financiering wil bereiken.

De bestaande verschillen op het vlak van de medische praktijk leiden ertoe dat er ook verschillen bestaan in het optreden van de openbare instanties. Op geen enkele manier kan de minister het blijven rechtvaardigen dat de ziekteverzekering verschillende financiële tegemoetkomingen toekent aan patiënten die identieke zorg behoeven.

Bij uitvoering van het voorontwerp van wet zal de overheid in de financiering geen rekening meer houden met de feitelijk uitgevoerde prestaties. Door de ziekenhuisverblijven van patiënten die een goed te standaardiseren traject kunnen volgen te vergoeden met een vooraf afgesproken bedrag, neemt de overheid de financiële prikkel weg om onnodige prestaties uit te voeren. De minister gaat ervan uit dat de nieuwe financiering ervoor zal zorgen dat de zorgverleners de zorg die ze verlenen kritisch zullen bekijken, vergelijken met de gangbare praktijk in België, beter op elkaar zullen afstemmen, en meer dan vroeger multidisciplinair zullen bespreken. Alle prestaties zullen immers samen worden vergoed, door middel van het globaal prospectief bedrag.

De minister zal de verschillen niet alleen ontmoedigen door te voorzien in een zelfde financiering voor elke patiëntengroep, maar de financiering ook transparanter maken: "gelijke prijs voor gelijke prestatie".

Ongeacht het ziekenhuis waarin de patiënt terechtkomt, zal de overheid voor hetzelfde bedrag tegemoetkomen. Dat wil ook zeggen dat de overheid het risico draagt dat bepaalde patiëntengroepen in aantal zullen toenemen. De ziekenhuizen en de artsen dragen dan weer het risico dat de kosten voor een laagvariabele patiënt af en toe afwijken van het globaal prospectief bedrag.

Behoudens verwickelingen zal een patiënt uit een patiëntengroep die laagvariabele zorg behoeft, op

Les experts ont également proposé eux-mêmes des groupes de patients, lorsqu'ils étaient d'avis qu'un financement prospectif des hospitalisations était possible.

La ministre a en outre écouté les réactions sur le terrain et elle a tenu compte des remarques pertinentes.

Objectifs

La ministre liste ensuite les objectifs qu'elle entend atteindre en réformant le système de financement.

Les différences qui existent actuellement dans le domaine de la pratique médicale ont pour conséquence qu'il existe aussi des différences dans les interventions des pouvoirs publics. D'aucune manière, la ministre ne peut continuer à justifier le fait que l'assurance maladie octroie des interventions financières différentes pour des patients qui nécessitent des soins identiques.

Conformément à l'avant-projet de loi, les autorités ne tiendront plus compte, dans le cadre du financement, des prestations effectivement réalisées. En accordant un remboursement dont le montant est préalablement déterminé pour l'hospitalisation des patients qui peuvent suivre un trajet de soins pouvant être facilement standardisés, le gouvernement supprime le stimulant financier qui incitait à réaliser des prestations inutiles. La ministre part du principe que le nouveau système de financement garantira que les dispensateurs de soins porteront un regard critique sur les soins qu'ils dispensent, qu'ils les compareront avec les pratiques courantes en Belgique, qu'ils en assureront une meilleure coordination et qu'ils les aborderont davantage dans un contexte multidisciplinaire. Toutes les prestations seront en effet remboursées ensemble, au moyen du montant global prospectif.

Outre le fait de décourager les différences, en prévoyant un même financement pour chaque groupe de patients, la ministre augmentera aussi la transparence du financement: "un même prix pour une même prestation".

Quel que soit l'hôpital dans lequel le patient est hospitalisé, le montant remboursé restera le même. Cela signifie également que le gouvernement prend le risque de voir grossir certains groupes de patients. Les hôpitaux et les médecins courent, eux, le risque que les coûts pour un patient à basse variabilité s'écartent parfois du montant global prospectif.

Sauf complications, un patient qui relève d'un groupe de patients nécessitant des soins à basse variabilité,

voorhand weten in welke mate de ziekteverzekering tegemoet zal komen. Hetzelfde geldt voor het ziekenhuis en de zorgverstrekkers: ook zij zullen weten hoeveel zij voor de betrokken patiënt zullen ontvangen.

Principes

De minister overloopt vervolgens de principes die het uitgangspunt vormden voor het ontwerp van wet.

In de toekomst zal het globaal prospectief bedrag de vergoeding bevatten voor honoraria, geneesmiddelen, de dagforfaits, het deel van het Budget van Financiële Middelen, de implantaten, enzovoort. Ook de mogelijkheid om de vergoeding voor de ambulante prestaties die net voorafgaan aan of volgen op een opname in het globaal prospectief bedrag op te nemen, is in het voorontwerp van wet voorzien. Bij de start van het systeem op 1 januari 2019, zal het globaal prospectief bedrag echter enkel de honoraria vergoeden van het ziekenhuisverblijf. In deze eerste fase spreekt men over “gebundelde honoraria”.

In dit verband maakt de minister de kanttekening dat het globaal prospectief bedrag in de toekomst alle financieringsbronnen bevatten, dus zowel wat in de ziekenhuiswetgeving wordt gefinancierd (zoals het Budget van Financiële Middelen) als wat door de wet betreffende de verplichte verzekering van de geneeskundige verzorging, de zogenaamde GVVU-wetgeving, wordt geregeld. Dat is de reden waarom de wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg niet ingepast kan worden in één van de beide wetten, en er werd gekozen voor een volledig nieuwe wet die de brug slaat tussen de ziekteverzekeringswet en de ziekenhuiswet.

De financiering met een vast bedrag heeft louter betrekking op de patiëntengroepen die laagvariabele zorg behoeven. Het betreft hier de traditionele ziekenhuisopnames en voor sommige patiëntengroepen ook de dagziekenhuisverblijven. Zodra ernstige en objectieveerbare factoren worden vastgesteld die het zorgtraject minder voorspelbaar maken, zal de patiënt echter niet worden opgenomen in de patiëntengroep die laagvariabele zorg behoeft. De patiënten met een hoge ernstgraad, dat wil zeggen de patiënten met ernstgraad 3 en 4, vallen immers niet binnen de financiering van de laagvariabele zorg omdat de zorg waar zij nood aan hebben, minder voorspelbaar is. Voor die patiënten blijft de financiering middels individuele facturatie van de prestaties van toepassing.

De minister illustreert dit principe met een voorbeeld. Eén van de laagvariabele patiëntengroepen zijn patiënten die worden opgenomen voor het plaatsen van een

saura à l'avance quelle sera l'intervention de l'assurance maladie. Il en va de même pour l'hôpital et pour les prestataires de soins: ceux-ci connaîtront à l'avance ce qu'ils recevront pour le patient concerné.

Principes

La ministre passe ensuite en revue les principes qui ont servi de point de départ au projet de loi.

À l'avenir, le montant global prospectif comprendra le remboursement des honoraires, des médicaments, des forfaits journaliers, de la partie du budget des moyens financiers, des implants, etc. La possibilité d'inclure dans le montant global prospectif le remboursement des prestations ambulatoires qui précèdent ou suivent immédiatement l'hospitalisation est également prévue dans l'avant-projet de loi. Toutefois, au lancement du système le 1^{er} janvier 2019, le montant global prospectif ne remboursera que les honoraires de l'hospitalisation. On parlera dans cette première phase d'“honoraires groupés”.

Dans ce contexte, la ministre fait observer qu'à l'avenir, le montant global prospectif comprendra toutes les sources de financement, c'est-à-dire à la fois ce qui est financé dans le cadre de la législation sur les hôpitaux (comme le Budget des moyens financiers) et ce qui est réglé par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé (la loi SSI). C'est pourquoi la loi relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité ne peut pas être intégrée dans l'une de ces deux lois, et qu'il a été choisi de rédiger une toute nouvelle loi destinée à faire la jonction entre elles.

Le financement par un montant fixe concerne uniquement les groupes de patients nécessitant des soins à basse variabilité. Sont concernés les séjours hospitaliers classiques et, pour certains groupes de patients, aussi les séjours en hôpital de jour. En revanche, dès que des facteurs sérieux et objectivables sont identifiés rendant le trajet de soins moins prévisible, le patient ne relèvera pas du groupe de patients nécessitant des soins à basse variabilité. En effet, les patients présentant un degré de sévérité élevé, les patients dits “sévérité 3 et 4” n'entrent pas dans le financement des soins à basse variabilité, parce que les soins dont ils ont besoin sont moins prévisibles. Pour ces patients, le financement avec facturation individuelle des prestations reste d'application.

La ministre illustre ce principe par un exemple. L'un des groupes de patients à basse variabilité est celui des patients admis pour la pose d'une prothèse de hanche.

heupprothese. Het zijn echter enkel de ongecompliceerde patiënten die worden opgenomen in de laagvariabele heupprothesegroep. Patiënten die een heupprothese krijgen naar aanleiding van een oncologische indicatie of na een trauma worden sowieso buiten beschouwing gelaten. Ook de septische ingrepen blijven hoe dan ook buiten beschouwing.

De gebundelde financiering van de laagvariabele zorg is een prospectieve financiering. Dat wil zeggen dat het bedrag van de financiering vooraf al per patiëntengroep is bepaald. Dit systeem biedt meer zekerheid aan de ziekenhuizen en zorgverleners, die vooraf zullen weten waar ze aan toe zijn. Dit was niet het geval in het systeem van de zogenaamde referentiebedragen. In dat systeem werd voor een beperkt aantal (chirurgische) ingrepen retrospectief de vergelijking gemaakt met de medische prestaties in de andere ziekenhuizen van het land. Dit systeem van referentiebedragen wordt afgeschaft en zal voor het laatst worden toegepast op de verblijven van 2017.

Het systeem van de referentiebedragen heeft onder meer als groot nadeel dat het om een retrospectieve regeling gaat. Pas twee tot drie jaar na de feiten worden de artsen immers op de hoogte gebracht van het feit dat zij per patiënt meer of minder honoraria dan het nationale gemiddelde of de nationale mediaan hebben gegenereerd. De artsen die effectief veel meer RIZIV-middelen hebben gebruikt dan het nationale gemiddelde, krijgen twee tot drie jaar na datum de rekening gepresenteerd, wat dus veel te laat is om hun manier van werken te kunnen bijsturen.

Dankzij de nieuwe globale prospectieve financieringsregeling zullen de artsen altijd vooraf weten welk honorariumbedrag zij per patiënt zullen ontvangen. Dit zal het veel makkelijker maken om hun handelswijze af te stemmen op het nationale gemiddelde of de nationale mediaan.

De berekeningswijze van het globaal prospectief bedrag per patiëntengroep zal worden verduidelijkt in een koninklijk besluit. De gegevens van 2016, met name de facturatiegegevens gekoppeld aan de minimumziekenhuisgegevens van datzelfde jaar, zullen worden gebruikt voor de berekening van de eerste globale prospectieve bedragen. Bij de jaarlijkse berekening zal het RIZIV dus de effectief per patiëntengroep geleverde prestaties hanteren.

De wet creëert de mogelijkheid om in de toekomst het globaal prospectief bedrag niet vast te leggen op basis van historische prestaties, maar op basis van een *evidence based*-zorgtraject. Met de keuze voor een eerste berekening op basis van historische prestaties

Cependant, seuls les patients ne présentant aucune complication sont inclus dans ce groupe à basse variabilité. Les patients qui se font poser une prothèse de hanche en raison d'une indication oncologique ou après un traumatisme ne sont en tout cas pas pris en compte. Cela vaut également pour les interventions septiques.

Le financement groupé des soins à basse variabilité est un financement prospectif, c'est-à-dire que le montant du financement est déjà déterminé préalablement pour chaque groupe de patients. Ce système offre davantage de certitudes aux hôpitaux et aux prestataires de soins, qui sauront à l'avance où ils en sont. Ce n'était pas le cas dans le système dit des montants de référence, où une comparaison rétrospective était effectuée entre un nombre limité d'interventions (chirurgicales) et les prestations médicales dans les autres hôpitaux du pays. Ce système de montants de référence est supprimé et s'appliquera pour la dernière fois aux hospitalisations de 2017.

Un des grands inconvénients du système des montants de références était qu'il s'agissait d'un système rétrospectif. En effet, ce n'était que 2 à 3 ans après les faits que les médecins étaient informés du fait qu'ils avaient généré plus ou moins d'honoraires par patient que la moyenne nationale ou la médiane. Les médecins qui avaient effectivement utilisé bien plus de moyens INAMI par rapport à la moyenne nationale, recevaient la facture 2 à 3 ans après la date, soit trop tard pour leur permettre de réajuster leur pratique.

Grâce au nouveau système de financement global prospectif, les médecins sauront toujours à l'avance combien d'honoraires ils recevront par patient. Il leur sera ainsi beaucoup plus facile d'adapter leur pratique à la moyenne ou à la médiane nationale.

Le mode de calcul du montant global prospectif par groupe de patients sera expliqué dans un arrêté royal. Les données de 2016, à savoir les données de facturation associées aux résumés hospitaliers minimum de cette même année, seront utilisées pour calculer les premiers montants globaux prospectifs. L'INAMI utilisera donc pour le calcul annuel les prestations réellement effectuées par groupe de patients.

La loi crée la possibilité de ne pas fixer à l'avenir le montant global prospectif sur la base de prestations historiques, mais sur la base d'un trajet de soins *evidence based*. En optant pour un premier calcul sur la base de prestations historiques, la ministre a fait un choix

heeft de minister een pragmatische keuze gemaakt, waardoor snel met de nieuwe financieringswijze van start kan worden gegaan. Er is momenteel namelijk nog onvoldoende consensus over wat het *evidence based*-zorgtraject precies inhoudt voor de laagvariabele patiëntengroepen.

Het globaal prospectief bedrag voor 2019 zal worden gebaseerd op het bedrag van de mediaan van de RIZIV-uitgaven per patiëntengroep van 2016. In vergelijking met het gemiddelde heeft de mediaan het voordeel dat ze minder wordt beïnvloed door extreme waarden (de zogenaamde “outliers”).

De prestaties die worden geleverd tijdens een opname in de zogenaamde Sp-diensten (dit zijn gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie), worden niet opgenomen in het globaal prospectief bedrag per opname en kunnen dus nog steeds per prestatie worden vergoed, om twee redenen:

- niet elk ziekenhuis beschikt over een Sp-dienst. Mochten de door die dienst geleverde prestaties worden opgenomen in het globaal bedrag, dan zou zulks tot een onrechtvaardige verdeling van de budgetten leiden;

- doordat de in de Sp-diensten geleverde prestaties niet via het globaal prospectief bedrag worden vergoed, zullen de ziekenhuizen hun patiënten sneller naar die Sp-diensten doorsturen. Het is in het belang van de patiënt dat zijn revalidatie zo snel mogelijk wordt aangevat.

Hoewel de voorgestelde hervorming ingrijpend is, vormt ze zeker geen besparingsoefening. De totale honorariummassa wordt opnieuw toegekend. Dat betekent echter niet dat de globale prospectieve bedragen in de toekomst enkel worden geïndexeerd. De bedragen worden jaarlijks opnieuw berekend. Als de medische praktijk in de toekomst verandert, dan zal, door de beschreven berekeningswijze, het globaal prospectief bedrag eveneens (neer- dan wel opwaarts) wijzigen.

Bij elke herberekening zal worden toegelicht hoe het bedrag tot stand is gekomen. Bovendien zal die informatie aan de ziekenhuizen en aan de artsen worden bezorgd. Concreet houdt zulks in dat bijvoorbeeld de chirurg en de anesthesist tot in detail zullen weten door welk deel van het gebundelde honorarium hun prestatie wordt gedekt. De artsen waren uitdrukkelijk vragende partij voor een dergelijke regeling, aangezien die de onderhandelingen over de verdeling van de honoraria onder de ziekenhuisartsen zal faciliteren.

Sommige artsendisiplines formuleerden de vrees dat minder zorg zou worden verleend omdat hun collega's van andere disciplines niet meer zouden doorverwijzen.

pragmatiek permettant de commencer rapidement à appliquer la nouvelle méthode de financement. Le consensus n'est en effet pas encore suffisamment actuel quant à savoir ce qu'est réellement le trajet de soins *evidence based* pour les groupes de patients à basse variabilité.

Le montant qui constituera la base du montant global prospectif de 2019, est la médiane des dépenses de l'INAMI de 2016 par groupe de patients. Par rapport à la moyenne, la médiane a l'avantage d'être moins influencée par des valeurs extrêmes (les dénommées “outliers”).

Les prestations qui sont effectuées pendant une admission dans les services dit Sp – qui sont des services spécialisés pour le traitement et la révalidation – sont exclues du montant global prospectif par admission et peuvent donc continuer à être remboursées à la prestation. Il y a deux raisons à cela:

- chaque hôpital ne dispose pas d'un service Sp. La reprise des prestations y afférentes dans le montant global conduirait à une répartition injuste des budgets;

- du fait que les prestations dans les services Sp ne sont pas remboursées via le montant global prospectif, les hôpitaux orienteront plus rapidement leurs patients vers les services Sp. Il en va de l'intérêt du patient de commencer au plus vite sa rééducation.

Bien que la réforme proposée soit radicale, elle ne constitue certainement pas une mesure d'économie. La masse d'honoraires totale est à nouveau octroyée, ce qui ne signifie toutefois pas que les montants globaux prospectifs ne seront qu'indexés à l'avenir. Les montants seront recalculés annuellement. Si la pratique médicale change à l'avenir, le montant prospectif global évoluera dès lors également vers le haut ou vers le bas, en raison de la méthode de calcul décrite.

Lors de chaque recalcul, la manière dont le montant aura été composé sera détaillée. De plus, cette information sera transmise aux hôpitaux et aux médecins. Concrètement, cela signifie que le chirurgien et l'anesthésiste, par exemple, sauront parfaitement quelle partie des honoraires groupés couvrira leur prestation. Cette information a été explicitement demandée par les médecins, parce qu'ainsi les discussions sur le partage des honoraires entre médecins au sein de l'hôpital en seront facilitées.

Quelques disciplines médicales ont exprimé la crainte d'assister à une diminution des soins prodigués dès lors que leurs confrères d'autres disciplines ne leur

Zo vreesden de anatoom-pathologen bijvoorbeeld dat de chirurgen geen pathologisch onderzoek meer zouden aanvragen, uit schrik voor inkomensverlies. Zelfs de anesthesisten uitten de toch wel enigszins paranoïde vrees dat de chirurgen zouden gaan opereren zonder de patiënt nog te verdoven.

De minister denkt echter dat het zo'n vaart niet zal lopen. Ze blijft er steeds in geloven dat de artsen in eerste instantie bekommerd zullen blijven om de gezondheid van hun patiënten en niet uitsluitend om hun portemonnee. Bovendien biedt het feit dat in elk ziekenhuis het gebundelde honorarium wordt opgesplitst volgens de disciplines die de mediane praktijk uitmaken, eveneens de nodige garanties. Als bijvoorbeeld in 40 % van de laagvariabele appendectomiepatiënten anatomopathologie wordt aangevraagd, zal in elk ziekenhuis het gebundeld honorarium voor de laagvariabele appendectomiepatiënt een bedrag omvatten dat de anatoom-pathologen in staat zal stellen gemiddeld voor twee op vijf patiënten pathologisch onderzoek te doen.

Wat de bevallingen betreft, staat het aan de patiënte te beslissen of zij al dan niet een epidurale verdoving wenst. Aangezien het een keuze van de patiënte betreft, en geen onontbeerlijke medische ingreep waartoe op grond van objectieve indicaties werd overeengekomen, werd beslist voor het verblijf in de kraamkliniek te voorzien in verschillende tarieven, niet alleen afhankelijk van het feit of de patiënte is bevallen door middel van een keizersnede dan wel een vaginale bevalling heeft gehad, maar ook naargelang de moeder al dan niet om een epidurale verdoving heeft verzocht.

De vrees werd ook geuit dat patiënten zorg van lagere kwaliteit zouden krijgen. De minister wijst erop dat het RIZIV en de FOD Volksgezondheid samen de kwaliteit van de zorg zullen monitoren en, indien nodig, zullen tussenkomen. De administraties werkten dit project samen uit en zullen in de toekomst blijven samenwerken voor de verdere opvolging, de monitoring en de evaluatie van de nieuwe financiering.

De remgelden zullen blijven bestaan, maar in vereenvoudigde vorm. Er zijn negen groepen gemaakt in de laagvariabele patiëntengroepen. Elk van de groepen kent een remgeld voor de voorkeursgerechtigden en een remgeld voor de andere patiënten (de zogenaamde "gewone rechthebbenden").

Over de ereloonsupplementen worden momenteel gesprekken gevoerd tussen de artsen en ziekenfondsen, binnen de "Medico-mut". De minister heeft besloten om de ereloonsupplementen op vergelijkbare wijze toe te laten als de andere honoraria. Echter, met de bedoeling geen incentives te geven om meer prestaties uit

renverraient plus de patients. Les anatomopathologistes craignaient, par exemple, que les chirurgiens ne leur demandent plus d'examen pathologique de peur de perdre des revenus. Même les anesthésistes ont exprimé la crainte, à vrai dire un peu paranoïaque, de voir les chirurgiens opérer sans anesthésier le patient.

La ministre pense toutefois que les choses ne prendront pas cette tournure. Elle persiste à croire que la préoccupation première des médecins restera la santé de leurs patients et non leur porte-monnaie. En outre, le fait que, dans chaque hôpital, les honoraires groupés soient ventilés selon les disciplines qui constituent la pratique médiane offre les garanties nécessaires. Si, par exemple, une anatomopathologie est demandée chez 40 % des patients à basse variabilité ayant subi une appendicectomie, les honoraires groupés pour ce type de patients comprendront dans chaque hôpital un montant qui permettra aux anatomopathologistes de pratiquer un examen anatomopathologique chez 2 patients sur 5 en moyenne.

Pour les accouchements, il appartient à la patiente de décider si elle souhaite bénéficier, ou non, d'une anesthésie péridurale. Comme il s'agit d'un choix de la patiente et non pas d'une intervention médicale indispensable convenue sur la base d'indications objectives, il a été décidé de prévoir des tarifs différents pour les séjours en maternité en fonction du fait qu'ils font suite à un accouchement par césarienne ou un accouchement par voie basse, mais également en fonction du fait que la maman souhaite, ou non, bénéficier d'une anesthésie péridurale.

Certains ont également exprimé la crainte d'une diminution de la qualité des soins pour les patients. La ministre souligne que l'INAMI et le SPF Santé publique assureront ensemble un contrôle de la qualité des soins et que, si nécessaire, ils interviendront. Les administrations ont élaboré ce projet ensemble et continueront de collaborer à l'avenir pour assurer le suivi, le contrôle et l'évaluation du nouveau financement.

Les tickets modérateurs seront maintenus, mais sous une forme simplifiée. Les groupes de patients "à faible variabilité" ont été répartis en neuf groupes. Dans chacun de ces groupes, il y a un ticket modérateur pour les bénéficiaires préférentiels et un ticket modérateur pour les autres patients (les "bénéficiaires ordinaires").

Les suppléments d'honoraires font actuellement l'objet de discussions entre les médecins et les mutualités dans le cadre de l'accord médico-mut. La ministre a décidé d'autoriser les suppléments d'honoraires de manière comparable à ce qui se pratique pour les autres honoraires. Toutefois, afin de ne pas inciter les

te voeren, wordt de basis waarop de berekening kan gebeuren beperkt. Ten eerste moeten de prestaties effectief uitgevoerd zijn, en ten tweede mag de som van de erelonen waarop supplementen mogen worden aangerekend niet groter zijn dan de erelonen in het globaal prospectief bedrag. In een overgangsfase, namelijk gedurende één jaar, kan dit bedrag met 15 % overstegen worden.

Tot besluit wenst de minister er nog aan toe te voegen dat de huidige hervorming in de context van de Belgische gezondheidszorg veeleer revolutionair is. In bepaalde landen zijn echter al langer vergelijkbare systemen in gebruik. Door de hervorming kan de Belgische financiering worden afgestemd op de meest voorkomende praktijken die in andere landen al vele jaren worden toegepast. Verscheidene KCE-studies hebben er immers op gewezen dat in veel landen de ziekenhuizen voor een groot deel van hun patiënten worden gefinancierd op basis van een DRG-bedrag (*diagnosis related groups*), *all in* per patiënt, dat wil zeggen een vast bedrag dat niet alleen dient om de verpleegkundigen en artsen te betalen, maar ook de geneesmiddelen, de apparaten en de medische hulpmiddelen. In sommige landen omvat deze DRG-financiering niet de vergoeding voor de artsen, maar in veel gevallen zijn de ziekenhuisartsen in die andere landen allemaal gesalarieerd.

Met deze hervorming zet België alvast zijn eerste, weliswaar bescheiden, stappen om nauwer aan te sluiten bij de gangbare financieringspraktijken in andere landen.

II. — ALGEMENE BESPREKING

A. Betogen van de leden

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) dankt de minister voor de eerste stappen die zij heeft gezet in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

Met de laagvariabele zorg aan een vaste vergoeding kan worden vermeden dat er geld wordt verspild aan onnodige bijkomende tests of consultaties en kan men komen tot een efficiëntere ziekenhuisfinanciering. De kwaliteit van de zorg in het belang van de patiënt zal er ook door verbeteren. De enige actoren die iets te vrezen hebben door deze hervorming, zijn ziekenhuizen die nu nog te veel kosten aanrekenen of te veel prestaties laten uitvoeren.

Zoals de minister zelf aanhaalde, is een van de hete hangijzers de verdeling van het forfait. De fractie van de

prestataires à augmenter le nombre de leurs prestations, la base sur laquelle le calcul pourra se faire sera limitée. Premièrement, les prestations devront avoir été réellement effectuées et, deuxièmement, la somme des honoraires pouvant donner lieu à des suppléments ne pourra être supérieure aux honoraires compris dans le montant global prospectif. Au cours de la phase de transition, à savoir pendant un an, ce montant pourra être dépassé de 15 %.

Pour conclure, la ministre souhaite encore ajouter que la présente réforme semble assez révolutionnaire dans le contexte des soins de santé belges, même si des systèmes comparables existent déjà depuis quelque temps dans certains autres pays. La réforme permettra au financement belge d'être plus en phase avec les pratiques les plus courantes déjà mises en œuvre depuis bon nombre d'années dans ces pays. Plusieurs études KCE ont en effet mis en lumière que dans de nombreux pays, les hôpitaux sont financés pour une grande partie de leurs patients sur la base d'un montant DRG (*diagnosis related groups*) *all-in* par patient: c'est-à-dire un montant fixe, qui sert à couvrir non seulement le personnel infirmier et les médecins, mais aussi les médicaments, les appareils et les aides médicales. Dans certains pays, ce financement DRG n'englobe pas la rémunération des médecins, mais bien souvent, les médecins hospitaliers sont des salariés.

Avec cette réforme, la Belgique entamera un mouvement, certes modeste, qui nous rapprochera des pratiques financières courantes mises en place dans d'autres pays.

II. — DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Interventions des membres

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) remercie la ministre pour ces mesures, qui constituent une première étape dans la réforme du financement hospitalier.

La fixation d'un montant forfaitaire pour les soins à basse variabilité permettra d'éviter les gaspillages liés à l'organisation de tests ou consultations supplémentaires inutiles et elle renforcera l'efficacité du financement hospitalier. La qualité des soins dans l'intérêt du patient s'en verra également améliorée. Les seuls acteurs qui pourraient y perdre sont les hôpitaux, qui facturent encore aujourd'hui trop de coûts ou font effectuer trop de prestations.

Ainsi que la ministre l'a elle-même souligné, l'un des sujets brûlants est la répartition du forfait. Le groupe

spreekster vindt het een goede zaak dat dit zal worden beslist door het RIZIV, op een *evidence based*-manier, in plaats van door allerhande raden. Over deze duidelijke verdeling zal er op het terrein veel tevredenheid zijn.

De spreekster stelt vast dat heel wat zaken in het wetsontwerp nog onbeslist zijn en nog moeten worden uitgewerkt. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk hoe de laagvariabele zorg ingepast zal worden in het Budget Financiële Middelen (BFM) en het geneesmiddelen-budget. De fractie van de spreekster wenst dan ook te vernemen wanneer de exacte uitwerking zal plaatsvinden. Zijn er simulaties gemaakt? Heeft de minister een zicht op hoeveel procent van de ziekenhuisfinanciering deze eerste hervorming vertegenwoordigt?

De gebundelde financiering van de laagvariabele zorg is één luik van de totale hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Wanneer zullen de volgende stappen van de hervorming worden gezet? De hervorming van de ziekenhuisfinanciering maakt bovendien deel uit van een groter pakket hervormingen dat ingeschreven is in het regeerakkoord, waaronder de hervorming van de ziekenhuisnetwerken en hervormingen in andere werven dan de ziekenhuizen, zoals de hervorming van het koninklijk besluit nr. 78 en de herijking van de nomenclatuur. In welke mate zullen die hervormingen nog worden aangepakt? Alle hervormingen hangen namelijk voor een groot deel aan elkaar en het succes van de ene hervorming hangt af van het slagen van de andere.

Verder wenst de spreekster te vernemen wat er voorzien wordt wanneer er in de loop van een opname van een patiënt, die in eerste instantie in aanmerking kwam voor laagvariabele zorg, toch complicaties opduiken. Hoe kan men in dergelijke gevallen voorkomen dat men toch weer in de prestatiefinanciering terechtkomt? Zullen deze gevallen opgevolgd worden?

Over *Pay for Quality* (P4Q) vindt de spreekster niets terug in het wetsontwerp. In recente persartikels gaf de regering wel aan dat er zou worden ingezet op betalen voor kwaliteit van zorg. Zit dat aspect vervat in deze hervorming? Op welke manier zal het worden geïmplementeerd? Geldt de P4Q enkel voor laagvariabele zorg of geldt het voor het volledige of een deel van het pakket van het BFM? Voor de fractie van de spreekster blijft het belangrijk om te waken over de kwaliteit van de zorg en ervoor te zorgen dat zorgverleners niet enkel gedreven zullen worden door prestaties.

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) steunt de algemene principes die in het wetsontwerp naar voren

de l'intervenante se réjouit de la décision de confier cette responsabilité à l'INAMI, qui agira d'une manière *evidence based*, et non à toutes sortes de conseils. Cette répartition explicite sera certainement applaudie par les acteurs de terrain.

L'intervenante constate que beaucoup d'éléments du projet de loi à l'examen n'ont pas encore été tranchés et doivent être développés plus avant. Ainsi, on ne voit pas très bien, par exemple, comment les soins à basse variabilité seront intégrés dans le Budget des Moyens Financiers (BMF) et dans le budget des médicaments. Le groupe de l'intervenante demande dès lors quand les éléments précités seront explicités. A-t-on fait des simulations? La ministre sait-elle quel est le pourcentage que cette première réforme représente par rapport au montant global du financement hospitalier?

Le financement groupé des soins à basse variabilité est l'un des volets de la réforme globale du financement hospitalier. Quand les prochaines étapes de cette réforme auront-elles lieu? La réforme du financement hospitalier fait par ailleurs partie d'un groupe plus large de réformes inscrites dans l'accord de gouvernement, parmi lesquelles on peut citer la réforme des réseaux hospitaliers et des réformes portant sur des chantiers non liés au secteur hospitalier, comme celle de l'arrêté royal n° 78 et la réévaluation de la nomenclature. Dans quelle mesure ces réformes seront-elles encore réalisées? En effet, beaucoup de leurs éléments sont étroitement liés et le succès de l'une dépend du succès de l'autre.

L'intervenante demande ensuite ce qui est prévu pour le cas où des complications surviendraient dans le courant de l'hospitalisation d'un patient qui entrerait au départ en ligne de compte pour les soins à basse variabilité. Comment éviter dans une telle situation de repasser au système du financement à la prestation? Ces cas feront-ils l'objet d'un suivi?

L'intervenante ne trouve rien concernant l'approche *Pay for Quality* (P4Q) dans le projet de loi. Dans de récents articles de presse, le gouvernement a pourtant indiqué qu'il miserait sur le paiement de la qualité des soins. La réforme proposée englobe-t-elle cet aspect? De quelle manière sera-t-il mis en œuvre? L'approche P4Q s'applique-t-elle uniquement aux soins à basse variabilité ou à l'ensemble ou à une partie du BMF? Pour le groupe de l'intervenante, l'important est de continuer à veiller à la qualité des soins et de faire en sorte que les dispensateurs de soins ne soient pas uniquement mus par les prestations.

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) soutient les principes généraux contenus dans le projet de loi. La

worden gebracht. De precieze invulling van deze hoofdlijnen blijft echter nog onduidelijk. Zo is het bijvoorbeeld niet duidelijk hoeveel pathologieën in aanmerking zullen komen of hoeveel procent van het totale budget voor de laagvariabele zorg zal worden gebruikt. Het is voor de fractie van de spreekster moeilijk om aan de minister een mandaat te geven voor de financiering, zonder veel te weten over de concrete inhoud van de wet.

De minister zei dat deze eerste hervorming geen besparingsoperatie zou zijn. Tegelijkertijd zal het de strijd tegen overconsumptie ten goede komen. Voor de spreekster is dat een mogelijke contradictie.

Net als de vorige spreekster, vraagt de spreekster hoeveel mogelijkheid er is om het vastgelegde pakket van de laagvariabele zorg te omzeilen via de omweg van complicaties. Hoe sluitend is het systeem? Geldt hoge bloeddruk al als een complicatie? Is de nood aan antibiotica al een complicatie?

Voorts heeft de spreekster enkele informatieve vragen. In de overgangsmaatregel is de mogelijkheid ingeschreven om 15 % van het globaal prospectief bedrag af te wijken. Waarom is dit nodig?

Eén van de voorbeelden van laagvariabele zorg die de minister gaf waren de bevallingen. Klopt het dat wanneer een patiënt zelf kiest voor een epidurale verdoving, die bevalling geen laagvariabele zorg meer is?

De lopende pilootprojecten rond het kort verblijf kregen van de FOD Volksgezondheid de mededeling dat het eventuele derde jaar van de projecten niet vermengd zou worden met de laagvariabele zorg. Kan de minister dat bevestigen?

De minister gaf aan in andere landen inspiratie gehaald te hebben voor de laagvariabele zorg. Over welke landen gaat het precies?

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) kan in grote lijnen akkoord gaan met de doelstellingen die de minister aankondigt. De fractie van de spreekster vreest echter dat de doelstellingen niet kunnen worden bereikt met de instrumenten die de minister wil ontwikkelen. Een aantal pijnpunten zijn immers nog niet weggenomen. Zo maakt de minister bijvoorbeeld geen komaf met de ereloonsupplementen. Er is ook geen sprake van een uitzuivering van de honoraria, of een opwaardering van het BFM. Ziekenhuizen blijven daardoor nog steeds afhankelijk van afdrachten op de honoraria. Voor de dynamiek in de ziekenhuizen is dat geen goede zaak.

concrétisation précise de ces lignes directrices manque cependant encore de clarté. C'est ainsi qu'on ignore le nombre de pathologies qui seront prises en considération ainsi que le pourcentage du budget total qui sera affecté aux soins à basse variabilité. Le groupe de l'intervenante estime qu'il est difficile d'accorder un mandat en matière de financement à la ministre sans être réellement au fait de la teneur concrète de la loi.

La ministre a indiqué que cette première réforme ne serait pas une opération d'économie. En même temps, elle profitera à la lutte contre la surconsommation. L'intervenante y voit une possible contradiction.

À l'instar de l'intervenante précédente, la membre s'enquiert des possibilités de contourner le paquet fixé de soins à basse variabilité par le biais de complications. Quelle est l'efficacité du système? L'hypertension est-elle une complication? Le besoin d'antibiotiques constitue-t-il déjà une complication?

L'intervenante souhaite par ailleurs poser quelques questions ponctuelles? La mesure transitoire prévoit la possibilité de s'écarter de 15 % du montant global prospectif. Pourquoi est-ce nécessaire?

Les accouchements sont l'un des exemples de soins à basse variabilité cités par la ministre. Est-il exact que lorsqu'une patiente opte elle-même pour une anesthésie péridurale, l'accouchement ne relève plus des soins à basse variabilité?

En ce qui concerne les projets-pilotes en cours dans le domaine des courts séjours, le SPF Santé publique a indiqué que l'éventuelle troisième année des projets ne serait pas combinée avec les soins à basse variabilité. La ministre peut-elle confirmer cette information?

La ministre a indiqué s'être inspirée d'autres pays en ce qui concerne les soins à basse variabilité. De quels pays s'agit-il précisément?

Mme Monica De Coninck (sp.a) peut, dans les grandes lignes, souscrire aux objectifs annoncés par la ministre. Le groupe de l'intervenante craint toutefois que les objectifs ne puissent être atteints avec les instruments que la ministre veut mettre en place. Plusieurs problèmes ne sont en effet toujours pas résolus. Ainsi, la ministre ne met par exemple pas fin aux suppléments d'honoraires. Il n'est pas non plus question d'une épuration des honoraires, ni d'une revalorisation du BMF. Les hôpitaux restent dès lors tributaires des rétrocessions sur les honoraires, ce qui n'est pas une bonne chose pour leur dynamique.

De spreekster zou dan ook willen weten wanneer de integratie van het BFM is voorzien. Wat is nu de stand van zaken? Kan de minister een concrete timing geven?

In de toelichting bij het wetsontwerp spreekt de minister over een monitoring die zal plaatsvinden, voornamelijk met betrekking tot het risico op ondermedicalisering. Hoe zal die monitoring er precies uitzien? Het KCE waarschuwt in zijn rapport 72 voor het risico op *upcoding*, namelijk het manipuleren van de graad van ernst van laagvariabel naar middenvariabel. Is dat een reëel risico voor de patiëntengroepen die in aanmerking komen voor laagvariabele zorg?

Vervolgens bespreekt mevrouw De Coninck een aantal artikelen van het wetsontwerp. In artikel 3 wordt er gesproken over aandacht voor de periode voor en na de opname. Volgens de spreekster is het inderdaad zeer belangrijk dat er voldoende aandacht is voor die periode, en in het bijzonder bij patiënten met een kansarm profiel.

In artikel 4 geeft de minister de mogelijkheid aan de Koning om bepaalde verstrekkingen uit te sluiten van de laagvariabele zorg. Waarom doet zij dat? Over welke verstrekkingen gaat het?

In de toelichting geeft de minister aan dat de honoraria het eigendom blijven van de zorgverstrekkers. Waarom heeft zij ervoor gekozen om dit zo expliciet te formuleren? Ook in de toelichting staat dat aan de ziekenhuizen zal worden aangegeven hoe de honoraria zijn samengesteld. Moet de ontvanger van de honoraria aan elke anesthesist een bedrag *x* geven voor prestatie *y*? Of moet het ziekenhuis toch gaan controleren welke prestaties effectief geleverd zijn? Niet alle patiënten die laagvariabele zorg krijgen toegediend, hebben immers alle behandelingen van het pakket nodig. Hoe gebeurt dan de verdeling van de bedragen tussen de artsen?

Artikel 6 heeft betrekking op de lijst van patiëntengroepen. Met hoeveel groepen wenst de minister te starten? Op basis van welke criteria worden zij geselecteerd? Is er bij die groepen een risico op *upcoding*?

In artikel 7 wordt gesteld dat de bedragen voor laagvariabele zorg "periodiek" herberekend zullen worden. Hoe gaat de *standard of care* regelmatig worden aangepast? Welke informatie gaat het RIZIV geven? Zullen de zorgverstrekkers een vast bedrag per patiënt die binnen de laagvariabele zorg valt ontvangen, ongeacht of ze de prestatie uitvoeren? Of gaat het toch nog om een vergoeding per prestatie?

La membre voudrait dès lors savoir quand l'intégration du BMF est prévue. Où en est ce dossier? La ministre peut-elle donner un calendrier concret?

Dans l'exposé des motifs du projet de loi, la ministre évoque un monitoring à venir à propos du risque de sous-médicalisation. Comment ce monitoring se présentera-t-il précisément? Dans son rapport 72, le KCE met en garde contre le risque d'*upcoding*, c'est-à-dire la manipulation du degré de gravité, passant de basse variabilité à moyenne variabilité. Est-ce un risque réel pour les groupes de patients concernés par les soins à basse variabilité?

Mme De Coninck passe ensuite en revue plusieurs articles du projet de loi à l'examen. À l'article 3, il est question de l'intérêt porté à la période précédant et suivant l'admission. Selon l'intervenante, il est en effet très important d'accorder une attention suffisante à cette période, en particulier pour les patients au profil fragilisé.

À l'article 4, la ministre habilite le Roi à exclure certaines prestations des soins de basse variabilité. Pourquoi cette décision? De quelles prestations s'agit-il?

Dans l'exposé des motifs, la ministre indique que les honoraires demeurent la propriété des prestataires de soins. Pourquoi a-t-elle choisi de le formuler aussi explicitement? On peut également lire dans l'exposé des motifs que l'on précisera aux hôpitaux comment les honoraires sont composés. La personne qui reçoit les honoraires doit-elle donner à chaque anesthésiste un montant *x* pour la prestation *y*? Ou l'hôpital doit-il malgré tout contrôler les prestations qui ont été effectivement fournies? Tous les patients qui se voient accorder des soins de basse variabilité n'ont en effet pas nécessairement besoin de tous les traitements du paquet. Comment procède-t-on à la répartition des montants entre les médecins?

L'article 6 porte sur la liste des groupes de patients. Avec combien de groupes la ministre souhaite-t-elle débiter? Sur la base de quels critères sont-ils sélectionnés? Y a-t-il un risque d'*upcoding* pour ces groupes?

L'article 7 prévoit que les montants relatifs aux soins à basse variabilité sont calculés "périodiquement". Comment le *standard of care* sera-t-il régulièrement adapté? Quelles informations l'INAMI va-t-il communiquer? Les prestataires de soins recevront-ils un montant fixe par patient nécessitant des soins à basse variabilité, que la prestation soit effectuée ou non? Ou maintiendra-t-on tout de même la rémunération par prestation?

In artikel 11 wordt er gesproken over de berekeningswijze van de supplementen. Er wordt verwezen naar “verstrekkingen die (...) effectief werden verricht”. Gaat men niet proberen om een maximum aan prestaties te leveren, terwijl het eigenlijk de bedoeling is om geen onnodige dingen te doen?

In artikel 17, ten slotte, wordt de overgangsbepaling met betrekking tot de supplementen besproken. De berekeningsbasis voor de supplementen wordt tijdens het eerste jaar van de inwerkingtreding met 15 % verhoogd. De fractie van de spreekster vreest dat dit zorgverstrekkers zal aansporen om toch te veel prestaties te verrichten. Hoe zal de minister dat voorkomen?

Voor de fractie van de heer Dirk Janssens (*Open Vld*) is de belangrijkste, de meest noodzakelijk, maar wellicht ook de moeilijkste hervorming van de huidige legislatuur de ziekenhuishervorming. Met de invoering van het globaal prospectief bedrag per opname (GPBO) zet de minister een eerste belangrijke stap in die hervorming. Zo zal ze tot een meer transparant financieringssysteem komen.

Volgens de spreker biedt het concept van het GPBO belangrijke voordelen voor alle betrokken partijen. De patiënt zal bij de opname perfect weten welk remgeld hij verschuldigd zal zijn. Dat bedrag zal identiek zijn, ongeacht het ziekenhuis waarvoor hij kiest. De ziekenhuizen, die reeds gewoon waren met referentiebedragen te werken, zullen nu bij het begin van het jaar weten welke vergoeding ze zullen krijgen voor elke laagvariabele patiëntengroep. Voor de ziekteverzekering is het dan weer een goede zaak dat er komaf wordt gemaakt met onverklaarbare verschillen in kostprijs voor laagvariabele zorg tussen de verschillende ziekenhuizen. Voor de artsen is het goed dat het RIZIV de ziekenhuizen transparantie zal verschaffen over hoe het deel honoraria van het GPBO precies is samengesteld. Zo wordt duidelijk wat aan elke zorgverstrekker toekomt.

Het GPBO zoals het wordt voorgesteld in het wetsontwerp bundelt enkel de honoraria. In een latere fase zullen andere financieringscomponenten, zoals het BFM, worden toegevoegd. Volgens de spreker is het goed dat de hervorming gefaseerd gebeurt, zodat er geen te grote schokken in de ziekenhuisfinanciering worden veroorzaakt.

Het is ook een goede zaak dat er na de invoering van het GPBO de nodige monitoring zal worden voorzien. Dat is belangrijk om verschillende aspecten te kunnen opvolgen, zoals het risico op onderbehandeling en eventuele omzeilingspogingen waardoor bepaalde prestaties worden doorgeschoven naar de eerste lijn.

L'article 11 évoque le mode de calcul des suppléments. Il renvoie aux “prestations qui ont été effectivement réalisées”. Les hôpitaux ne risquent-ils pas d'essayer de réaliser un maximum de prestations, alors que le but est en fait d'éviter les actes inutiles?

Enfin, l'article 17 concerne la disposition transitoire relative aux suppléments. La base de calcul des suppléments est majorée de 15 % durant la première année de l'entrée en vigueur. Le groupe de l'intervenante craint que cette disposition n'incite les prestataires de soins à réaliser, malgré tout, trop de prestations. Comment la ministre l'empêchera-t-elle?

Pour le groupe de M. Dirk Janssens (*Open Vld*), la réforme des hôpitaux est la réforme la plus importante, la plus nécessaire, mais sans doute aussi la plus difficile de la législature actuelle. En instaurant le montant global prospectif par admission (MGPA), la ministre réalise une première étape importante de cette réforme, qui accroîtra la transparence du système de financement.

Pour l'intervenant, le concept du MGPA présente des avantages majeurs pour toutes les parties. Lors de son admission, le patient connaîtra précisément le ticket modérateur dont il devra s'acquitter. Ce montant sera identique, quel que soit l'hôpital qu'il choisit. Les hôpitaux, qui avaient déjà l'habitude de travailler avec des montants de référence, sauront désormais dès le début de l'année quel remboursement ils recevront pour chaque groupe de patients nécessitant des soins à basse variabilité. Pour l'assurance maladie également, la fin des différences inexplicables de coût pour des soins à basse variabilité entre différents hôpitaux est une bonne chose. Pour les médecins, il est positif que l'INAMI détaille en toute transparence aux hôpitaux la composition précise de la partie “honoraires” du MGPA. La rémunération respective de chaque prestataire de soins est ainsi clairement identifiée.

Le MGPA tel qu'il est présenté dans le projet de loi comprend uniquement les honoraires. Dans une phase ultérieure, d'autres composantes du financement, comme le BMF, seront ajoutées. Selon l'intervenant, il est bon que la réforme soit mise en œuvre par phases successives, car cela permet de ne pas soumettre le financement des hôpitaux à des chocs trop importants.

Il est bon également qu'après son instauration, le MGPA fera l'objet du suivi nécessaire. Un tel suivi est important afin de garder à l'œil différents aspects, comme le risque de traitements insuffisants et d'éventuelles tentatives de contournement, certaines prestations étant renvoyées vers la première ligne. Le MGPA

Bovendien wordt het GPBO jaarlijks herberekend, wat het mogelijk maakt om het bedrag steeds aan te passen aan de realiteit.

Voorts vraagt de spreker ook of de minister een timing kan geven van wanneer de andere financieringsvormen worden ondergebracht in het GPBO. Welke financieringscomponenten zullen eerst worden toegevoegd? Er zal ook een nieuwe financieringswijze voor de mediumvariabele en hoogvariabele zorg moeten komen. Is daar reeds een timing voor voorzien?

Het GPBO is nu gebaseerd op historische gegevens. In de toekomst zal er ook informatie uit de *evidence based practice* kunnen worden gebruikt bij de berekening. Wanneer zal men daarmee kunnen starten?

De lijst van patiëntengroepen zal regelmatig worden bijgewerkt. Aan welk tijdsinterval denkt de minister? Zal die bewerking ook jaarlijks gebeuren, zoals voor het GPBO zelf?

Tot slot verwijst de spreker naar het bestaande systeem van referentietrugbetalingen waarbij ziekenhuizen die afwijken van de mediaan achteraf een deel van de ontvangen middelen moeten teruggeven. De spreker neemt aan dat dit ook de ziekenhuizen zullen zijn die zullen afwijken van het GPBO. Weet de minister over hoeveel ziekenhuizen het ongeveer gaat?

Mevrouw An Capoen (N-VA) wenst een aantal vragen te stellen die zij dagelijks vanuit het werkveld krijgt. Omdat heel wat beslissingen naar koninklijke besluiten worden gedelegeerd, is er op het terrein nog wat ongerustheid over de concrete invulling van het wetsontwerp.

Een vraag die steeds terugkomt is hoe de patiëntengroepen zullen worden gedefinieerd. Sommige zorgverstrekkers hebben begrepen dat bij die definiëring comorbiditeit ook een rol zal spelen. Over welke comorbiditeiten zal het gaan en, vooral, hoeveel zullen het er zijn? Volstaat de aanwezigheid van één comorbiditeit om uit de laagvariabele zorggroep te vallen? Bepaalde streken hebben bovendien te maken met zeer specifieke patiëntenpopulaties, waarin er meer comorbiditeiten aanwezig zijn. Zo hebben ziekenhuizen aan de Kust een zeer specifieke geriatrische patiëntengroep. Houdt de minister daar rekening mee?

Vanop het terrein komt ook de vraag of er reeds duidelijkheid is over de bedragen. Enerzijds wordt er gesteld dat de invoering van het GPBO budgetneutraal zal zijn, maar anderzijds doet de minister uitspraken die

sera en outre recalculé chaque année, ce qui permettra de toujours adapter le montant en fonction de la réalité.

L'intervenant demande ensuite si la ministre peut donner un calendrier pour l'intégration des autres formes de financement dans le MGPA. Quelles composantes du financement y seront-elles ajoutées en premier lieu? Un nouveau mode de financement devra également être mis en place pour les soins à variabilité moyenne et élevée. Un calendrier a-t-il déjà été prévu à cet effet?

À l'heure actuelle, le MGPA est basé sur des données historiques. À l'avenir, des informations provenant de l'*evidence based practice* pourront également être utilisées dans le calcul. Quand pourra-t-on commencer à le faire?

La liste des groupes de patients sera régulièrement adaptée. À quel intervalle, selon la ministre? Cette adaptation sera-t-elle annuelle, comme pour le MGPA lui-même?

L'intervenant évoque enfin le système existant des remboursements de référence, dans le cadre duquel les hôpitaux qui s'écartent de la dépense médiane doivent restituer *a posteriori* une partie des moyens obtenus. L'intervenant suppose qu'il s'agira aussi des hôpitaux qui s'écarteront du MGPA. La ministre sait-elle combien d'hôpitaux sont concernés?

Mme An Capoen (N-VA) souhaite poser un certain nombre de questions que les acteurs de terrain se posent tous les jours. Étant donné qu'un grand nombre de décisions seront traduites dans des arrêtés royaux, il règne une certaine inquiétude, parmi les gens de terrain, sur la mise en œuvre concrète du projet de loi à l'examen.

Une question récurrente est de savoir comment les groupes de patients seront définis. Certains prestataires de soins ont compris que la comorbidité jouera également un rôle à cet égard. De quelles comorbidités s'agira-t-il et, surtout, combien y en aura-t-il? La présence d'une seule comorbidité suffira-t-elle pour sortir du groupe de soins à basse variabilité? Par ailleurs, certaines régions comptent en leur sein des populations de patients très spécifiques, présentant davantage de comorbidités. Par exemple, les hôpitaux de la Côte ont un groupe de patients gériatriques très spécifique. La ministre en tient-elle compte?

Des acteurs de terrain se demandent également si les montants sont déjà connus. D'une part, le projet de loi à l'examen indique que l'instauration du MGPA sera budgétairement neutre, mais, d'autre part, la ministre

dat lijken tegen te spreken. De spreekster is van mening dat men beducht moet zijn voor overconsumptie, maar ook voor onderconsumptie. Dat kan de kwaliteit van de zorg immers ook doen afnemen. Het kan volgens de spreekster bijvoorbeeld niet de bedoeling zijn dat weefsel door de chirurgen zal worden weggegooid, in plaats van dat het onderzocht wordt.

Ten slotte vindt de spreekster het een goede zaak dat er een vast patroon zal bestaan voor de uitbetaling van de honoraria. Zo zal heel wat onenigheid in de ziekenhuizen kunnen worden voorkomen.

De heer Benoît Piedboeuf (MR) is van mening dat de gebundelde financiering van de laagvariabele zorg een substantiële verandering betekent voor de ziekenhuisfinanciering. Het is echter een welgekomen verandering, die de voorspelbaarheid van de financiering aanzienlijk zal vergroten.

De minister gaf aan dat zij bij de voorbereiding van het dossier overleg heeft gepleegd met diverse partijen. Kan zij een overzicht geven van het overleg dat heeft plaatsgevonden?

Voor een dergelijke grote verandering is er natuurlijk een aanpassingsperiode nodig. Welke aanpassingen moeten er gebeuren in de informaticasystemen? Wat is er voorzien om de eventuele administratieve overlast die de aanpassingen zullen veroorzaken op te vangen?

Voorziet de minister een testfase met een specifiek ziekenhuis, voordat het nieuwe systeem wordt veralgemeend?

Gedurende een bepaalde periode zullen het oude en het nieuwe systeem naast elkaar bestaan. Zal dat werkbaar zijn voor de ziekenhuizen?

Voorts vraagt de spreker of de minister kan bevestigen dat de academische ziekenhuizen niet zullen worden benadeeld. Daarover bestaat wat vrees, omdat deze ziekenhuizen meestal de zwaarste pathologieën, die niet in aanmerking komen voor laagvariabele zorgtrajecten, behandelen.

Tot slot herinnert de spreker eraan dat de pediaters niet tevreden waren over de aangekondigde hervorming. Vergissen zij zich? Hebben zij de minister verkeerd begrepen?

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) denkt dat de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg een eerder bescheiden, maar belangrijke eerste stap is in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering

fait des déclarations qui semblent indiquer le contraire. L'intervenante estime qu'il faut craindre la surconsommation, mais aussi la sous-consommation, celle-ci pouvant en effet également faire diminuer la qualité des soins. Selon l'intervenante, l'objectif ne peut pas être, par exemple, que des tissus soient jetés par les chirurgiens au lieu d'être analysés.

Enfin, l'intervenante estime que la création d'un modèle défini pour le paiement des honoraires est une bonne chose. Ce modèle permettra d'éviter de nombreux désaccords au sein des hôpitaux.

M. Benoît Piedboeuf (MR) estime que le financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité constitue un changement substantiel pour le financement des hôpitaux. Il s'agit toutefois d'un changement bienvenu, qui augmentera considérablement la prévisibilité du financement.

La ministre a indiqué qu'elle s'était concertée avec diverses parties dans le cadre de la préparation de ce dossier. Peut-elle donner un aperçu de la concertation qui a eu lieu?

Il est évident qu'un changement d'une telle ampleur nécessitera une période d'adaptation. Quelles seront les modifications à apporter aux systèmes informatiques? Quelles sont les dispositions prévues pour faire face à l'éventuelle surcharge administrative induite par ces modifications?

La ministre prévoit-elle une phase d'essai dans un hôpital spécifique avant la généralisation du nouveau système?

L'ancien système et le nouveau système coexisteront pendant un certain temps. Les hôpitaux seront-ils en mesure d'y faire face?

La ministre peut-elle par ailleurs confirmer que les hôpitaux universitaires ne seront pas lésés? D'aucuns le craignent, car ces hôpitaux traitent en général les pathologies les plus lourdes, qui ne peuvent pas être intégrées dans des trajets de soins à basse variabilité.

L'intervenant rappelle enfin que les pédiatres se sont montrés critiques à l'égard de la réforme annoncée. Les pédiatres se trompent-ils? Ont-ils mal compris la ministre?

Mme Nathalie Muylle (CD&V) estime que le financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité est une première étape plutôt modeste mais importante dans la réforme du financement hospitalier. Elle est

en vindt het sterk dat het wetsontwerp nu voorligt, na alle commotie die er is geweest.

Voor de spreekster heeft het wetsontwerp een aantal belangrijke kwaliteiten. Het wil de voorspelbaarheid en de transparantie, en ook de billijkheid van de financiering verhogen. Daarnaast wordt er flexibiliteit in het systeem ingebouwd, zodat men zal kunnen evolueren van een financiering op basis van historische cijfers naar een *evidence based*-financiering. Met de grens van 100 % voor de supplementen waarmee de minister werkt geeft zij een duidelijk signaal naar de sector. De spreekster merkt in de ziekenhuizen dat men steeds meer evolueert in de richting van percentages van 150 % en 200 % en vindt het dus positief dat de minister een duidelijke grens aangeeft.

Mevrouw Muylle zou ook graag willen weten wanneer de volgende stappen in de laagvariabele zorg kunnen worden verwacht, zoals de opname van het BFM en de ambulante zorg. Ze is ook benieuwd naar een timing voor de middenvariabele en de hoogvariabele zorg.

Het systeem van de referentiebedragen zal worden beëindigd. Mag men ervan uitgaan dat de 80 referenties zullen overgaan in de patiëntengroepen die zullen worden vastgelegd in het kader van de laagvariabele zorg?

Volgens de fractie van de heer Daniel Senesael (PS) is de hervorming van de ziekenhuisfinanciering onontbeerlijk voor het voortbestaan van het ziekenhuiswezen, alsook voor de kwaliteit, de doeltreffendheid en de toegankelijkheid ervan ten voordele van alle patiënten. Tevens is die hervorming nodig voor een billijke verdeling van de beschikbare middelen tussen de verschillende ziekenhuizen en tussen de ziekenhuiswerkers.

Het wetsontwerp dat de minister voorstelt is echter maar een klein onderdeel van die aangekondigde grote hervorming. De minister is begonnen met het onderdeel dat het makkelijkst te realiseren was. Om de reikwijdte van het wetsontwerp te kunnen evalueren, zouden de leden echter over de volledige, globale visie van de minister moeten kunnen beschikken. Men zou reeds over meer informatie over de financiering van de middenvariabele en hoogvariabele zorg moeten kunnen beschikken. Hetzelfde geldt voor de hervorming van gezondheidszorgberoepen en de herijking van de nomenclatuur.

Een ander probleem met het wetsontwerp is dat er wel grote principes worden aangekondigd, maar dat er voor de praktische invulling systematisch naar de Koning wordt verwezen, wat vrij courant is in de wetsontwerpen die de commissie bestudeert. Er is geen duidelijkheid

surprise que le projet de loi soit déjà prêt, après tout l'émotion qu'il a suscité.

L'intervenante reconnaît d'importantes qualités au projet de loi à l'examen. Celui-ci entend accroître la prévisibilité et la transparence, ainsi que l'équité du financement. Il instaure également une certaine flexibilité qui permettra d'évoluer d'un financement basé sur des chiffres historiques vers un financement *evidence based*. En prévoyant un plafond de 100 % pour les suppléments, la ministre lance un signal clair au secteur. L'intervenante constate que les hôpitaux évoluent de plus en plus vers des pourcentages de 150 % et 200 %. Il est donc positif que la ministre fixe une limite claire.

Mme Muylle demande ensuite quand les étapes suivantes, comme l'intégration du BMF et des soins ambulatoires, seront initiées dans le cadre des soins à basse variabilité. Elle aimerait également savoir si un calendrier a été fixé pour les soins à moyenne et à haute variabilité.

Il est mis fin au système des montants de référence. Peut-on partir du principe que les 80 références correspondront aux catégories de patients qui seront fixées dans le cadre des soins à basse variabilité?

Pour le groupe de M. Daniel Senesael (PS), la réforme du financement hospitalier est indispensable pour la pérennité du système hospitalier, sa qualité, son efficacité et son accessibilité au bénéfice de tous les patients, mais également pour une juste répartition des moyens disponibles entre les différents hôpitaux et entre les intervenants hospitaliers.

Le projet de loi proposé par la ministre n'est toutefois qu'une petite partie de la réforme majeure qui a été annoncée. La ministre a commencé par la partie la plus facile à réaliser. Néanmoins, pour pouvoir évaluer la portée du projet de loi, les membres devraient pouvoir disposer de la vision globale et complète de la ministre. Il devrait déjà être possible d'avoir accès à de plus amples informations sur le financement des soins à moyenne et à forte variabilité. Il en va de même pour la réforme des professions des soins de santé et la réévaluation de la nomenclature.

Un autre problème avec le projet de loi est que, même si les grands principes sont annoncés, il est systématiquement renvoyé au Roi pour leur mise en œuvre pratique, ce qui est assez courant dans les projets de loi examinés par la commission. Il n'y a pas

over de patiëntengroepen waarop de forfaits betrekking zullen hebben. Het is ook niet duidelijk welke elementen er in die forfaitbedragen vervat zullen zijn. Bovendien krijgt men geen zicht op de financiële impact die het nieuwe systeem op de ziekenhuizen en de patiënten zal hebben. Dat alles zal de leesbaarheid van het systeem, die volgens het KCE noodzakelijk is om de steun van het werkveld te krijgen, niet vergroten.

De heer Senesael heeft vervolgens enkele specifieke vragen. Wanneer het over het budget gaat, spreekt de minister over “stabiliteit”. Hoe gaat zij die stabiliteit garanderen? Kan zij bevestigen dat een aanpassing van het systeem, om tot meer stabiliteit te komen, niet zal leiden tot meer besparingen?

Met betrekking tot de laagvariabele clusters zullen de ziekenhuizen het grote financiële risico dragen. Dreigen sommige ziekenhuizen bepaalde behandelingen niet af te stoten, waardoor er een zekere patiëntenselectie zou ontstaan?

Op welke patiëntengroepen zal het GPBO worden toegepast? De minister zegt dat ze zich op het APR-DRG-systeem zal baseren. Zoals het KCE echter heeft aangegeven, volstaat een variabiliteitsanalyse voor APR-DRG die qua terugbetalingen door het RIZIV binnen hetzelfde ziekenhuis en tussen ziekenhuizen de laagste variabiliteit vertonen. Voor APR-DRG die binnen hetzelfde ziekenhuis laagvariabel maar vergeleken met andere ziekenhuizen hoogvariabel zijn, zijn statistische studies en klinische expertise vereist. Hoe zullen die soorten interventies en behandelingen dan ook worden vastgelegd? Hoe zwaar zal dat wegen in de totale financiering van de ziekenhuizen?

Bij de toepassing van de referentiebedragen was aan de multipartitestructuur betreffende het ziekenhuisbeleid een adviesbevoegdheid toegekend. Waarom is dat voor de globale prospectieve bedragen per opname niet langer het geval? De spreker begrijpt niet goed waarom alvorens de patiëntengroepen worden vastgelegd, alleen het Verzekeringscomité advies uitbrengt.

De minister stipt aan dat het RIZIV periodiek het GPBO zal berekenen. Eerst zal dat op basis van historische gegevens gebeuren en vervolgens op basis van *evidence based practice*-gegevens. Kan de minister dit aspect toelichten?

Welke elementen zullen in het forfait worden opgenomen? Met welke directe en indirecte kosten zal rekening worden gehouden? Zullen in dat verband uitzonderingen worden overwogen? Hoe zit het met de atypische verblijven (de “*outliers*”)? Kan de minister concrete voorbeelden geven?

de précisions sur les groupes de patients auxquels les montants forfaitaires s'appliqueront. On ne sait pas non plus exactement quels éléments seront compris dans ces montants forfaitaires. En outre, l'impact financier du nouveau système sur les hôpitaux et les patients n'est pas mentionné. Tout cela n'améliorera pas la lisibilité du système qui, selon le KCE, est nécessaire pour obtenir le soutien des acteurs sur le terrain.

M. Senesael a ensuite quelques questions spécifiques. Lorsqu'il s'agit du budget, la ministre parle de “stabilité”. Comment va-t-elle garantir cette stabilité? Peut-elle confirmer qu'un ajustement du système, dans le but de parvenir à une plus grande stabilité, n'entraînera pas de nouvelles économies?

Pour les clusters à faible variabilité, le gros risque financier sera assumé par les hôpitaux. N'y a-t-il pas un risque que certaines prises en charge soient délaissées par certains hôpitaux et donc qu'il y ait une sorte de sélection de patients?

Quels sont les groupes de patients pour lesquels sera appliqué le MGPA? La ministre dit qu'elle va se baser sur le système APR-DRG. Mais, comme le mentionnait le KCE, pour les APR-DRG qui ont la plus faible variabilité intra et interhospitalière en termes de remboursements INAMI, l'analyse de variabilité est suffisante. Pour les APR-DRG qui ont une faible variabilité intrahospitalière mais une variabilité interhospitalière élevée, des études statistiques et de l'expertise clinique sont nécessaires. Comment ces types d'interventions, de prises en charge seront-elles donc définies? Quelle part du financement global des hôpitaux cela représentera-t-il?

Dans le cadre de l'application des montants de référence, une compétence d'avis était donnée à la structure multipartite en matière hospitalière. Pourquoi n'est-ce plus le cas avec les montants globaux prospectifs par admission? L'orateur a du mal à comprendre que les groupes de patients soient définis uniquement après avis du Comité de l'assurance.

La ministre signale que l'INAMI calculera périodiquement le MGPA. D'abord, sur la base des données historiques et ensuite, sur la base de l'information. La ministre peut-elle développer cette idée?

Quels sont les éléments qui seront compris dans le forfait? Quels sont les coûts directs et indirects qui seront pris en compte? Des exceptions sont-elles envisagées dans ce cadre? Qu'en est-il du traitement des *outliers* – séjours atypiques? La ministre peut-elle donner des exemples concrets?

Bij sommige laagvariabele zorg is er een evolutie naar het vervangen van een honorarium per geneeskundige handeling naar een forfaitair ereloon. Dat forfaitair bedrag zal wellicht worden vastgelegd op basis van de huidige erelonen. Het is echter bekend dat vandaag veel prestaties overgewaardeerd zijn en andere ondergewaardeerd. De spreker heeft de indruk dat de minister van model verandert zonder vooraf die scheeftekening te verhelpen. Zou het niet interessant zijn geweest om de nomenclatuur en de erelonen te herzien, alvorens er forfaits op toe te passen.

Hoe zal het remgeld voor de patiënten concreet worden berekend? Dankzij dit systeem zal de patiënt dus van bij het begin van zijn behandeling exact weten wat hij ervoor zal moeten betalen (exclusief de eventuele toeslagen). Hoe kan de minister daarentegen waarborgen dat geen enkele patiënt in de toekomst meer zal moeten betalen voor zijn behandeling?

Bestaat niet het risico dat patiënten geen beroep meer doen op bepaalde zorgverstrekkers voor bijkomende zorg of voor anatomopathologische analyses, waardoor ze later dreigen te moeten terugkeren en daarbij meer zouden moeten betalen? Volgens de memorie van toelichting mag het GPBO niet worden gecumuleerd met de erelonen voor de desbetreffende prestatie en dekt dat bedrag dus alle kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houden met de uitvoering van die prestatie. Hoe kan dat concreet worden gewaarborgd?

Wat de prestaties op het vlak van klinische biologie en medische beeldvorming betreft, is het volgens de minister de bedoeling om in het GPBO de prestatie-gerelateerde en de forfaitaire erelonen die in alle ziekenhuizen dezelfde zijn, op te nemen. Dat zal echter niet het geval zijn voor de forfaitaire erelonen die apart voor elk ziekenhuis worden berekend. Kan de minister verduidelijken waarover het juist gaat?

De minister behoudt de mogelijkheid om in het kader van het GPBO ereloonsupplementen toe te passen. Dat is een keuze. Wat de spreker nog minder begrijpt, is dat tijdens de overgangperiode de berekeningsbasis voor die toeslagen niet hoger mag zijn dan 115 % van het honorariumgedeelte van het GPBO. Waarom heeft de minister gekozen voor een berekeningsbasis van 115 %?

On se dirige vers le remplacement d'un honoraire à l'acte par un honoraire forfaitaire pour certaines prises en charge à faible variabilité. Ce montant forfaitaire sera sans doute déterminé sur la base des honoraires actuels. On sait cependant que de nombreuses prestations sont aujourd'hui surévaluées, et d'autres, sous-évaluées. L'orateur a l'impression que la ministre change le modèle sans corriger préalablement les biais. N'aurait-il pas été intéressant de revoir la nomenclature et les honoraires avant de les forfaitariser?

En ce qui concerne le ticket modérateur des patients, comment celui-ci sera-t-il calculé concrètement? Grâce à ce système, le patient pourra donc connaître précisément ce qu'il devra payer pour sa prise en charge, hormis les suppléments éventuels, dès l'entame de celle-ci. Par contre, comment la ministre peut-elle garantir qu'aucun patient ne paiera plus cher sa prise en charge à l'avenir?

N'y a-t-il pas un risque de ne plus faire appel à certains prestataires pour des soins complémentaires ou analyses anatomopathologiques, et donc un risque que les patients soient obligés de revenir par la suite avec un surcoût pour eux à la clé? L'exposé des motifs précise que le MGPA ne peut être cumulé avec les honoraires pour la prestation visée et couvre tous les coûts qui sont directement ou indirectement liés à l'exécution de la prestation visée. Concrètement, comment cela pourra-t-il être garanti?

Concernant les prestations de biologie clinique et d'imagerie médicale, la ministre dit que l'intention est d'introduire dans le MGPA les honoraires par prestation et forfaitaires qui sont les mêmes pour tous les hôpitaux, mais pas les honoraires forfaitaires qui sont calculés séparément pour chaque hôpital. Peut-elle préciser de quoi il s'agit?

La ministre maintient la possibilité de suppléments d'honoraires dans le cadre du MGPA. C'est un choix. Ce que l'orateur comprend moins encore, c'est que la base de calcul de ces suppléments ne peut pas dépasser 115 pour cent de la partie représentant les honoraires du MGPA pendant la période transitoire. Pourquoi la ministre a-t-elle opté pour une base de 115 %?

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) merkt op dat de alomvattende bedragen zijn vastgesteld op basis van het mediane bedrag. Welke voorafgaande analyse werd verricht om na te gaan of dat mediane bedrag wel degelijk overeenstemt met een kwalitatieve en *evidence based*-aanpak?

De spreekster betreurt dat de hoofdmoot van deze aangelegenheid bij koninklijke besluiten zal worden geregeld.

De minister treedt op om de vóór of na de ziekenhuisopname verrichte verstrekkingen te bundelen. Heeft zij in dat opzicht projecties doen uitvoeren? Volgens de spreekster zijn dergelijke projecties onontbeerlijk, zeker voor de chronische patiënten, met een hogere comorbiditeit: indien de aandoening die de primaire oorzaak voor de ziekenhuisopname is hen in het circuit van de laagvariabele zorg brengt, wat is dan de weerslag voor de andere ziekten waaraan zij lijden?

Mevrouw Fonck merkt op dat artikel 4 van het wetsontwerp de Koning machtigt sommige in de artikelen 34 en 46 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde geneeskundige verstrekkingen uit te sluiten van het alomvattend prospectief bedrag per opname. Waarom gebeurt dat? Welke zorgverstrekkingen heeft men op het oog? Zullen die verstrekkingen bijgevolg worden gedekt door een bijzonder honorarium, dan wel door een forfaitair honorarium waarop in artikel 4 wordt gealludeerd?

De spreekster betreurt dat de patiëntendoelgroepen weinig transparant zijn. Er is sprake van een lijst van 54 patiëntengroepen, maar die worden niet gedetailleerd. Het lid vraagt over die lijst te kunnen beschikken en wenst, met betrekking tot de alomvattende referentiebedragen, ook nadere informatie over de wijze waarop de modellen voor die groepen tot stand zijn gekomen. Voor welk percentage van de ziekenhuisactiviteiten en van het bedrag voor de ziekenhuisfinanciering staan die 54 groepen?

Nog altijd betreffende de bedoelde patiëntengroepen vraagt de spreekster nadere uitleg over de wijze waarop met de comorbiditeitsfactoren rekening werd gehouden.

Hoe zal de positie van de patiënt als deel van een laagvariabele zorggroep evolueren? Zal men werken op basis van de complicatielijst dan wel met behulp van de (eventueel herziene) bestaande codes?

De spreekster vraagt om precisering in verband met de periodieke herziening als bedoeld in artikel 7. Hoe vaak zal dat geschieden? Wie zal de beslissing

Mme Catherine Fonck (cdH) note que les montants globaux ont été déterminés sur la base du montant médian. Quelle a été l'analyse préalable réalisée afin de vérifier si ce montant médian correspond bien à une approche qualitative et *evidence based*.

L'oratrice regrette que la principale partie de la matière soit renvoyée à des arrêtés royaux.

La ministre intervient afin de globaliser les prestations réalisées avant ou après le séjour hospitalier. A-t-elle fait réaliser des projections à cet égard? Pour l'oratrice de telles projections sont indispensables en particulier pour les patients chroniques. Ces derniers ont une comorbidité plus élevée. Si l'affection qui constitue le motif premier de l'hospitalisation les fait entrer dans le circuit des soins à basse variabilité, quel sera l'impact pour les autres maladies dont ils souffrent?

Mme Fonck rappelle que l'article 4 du projet permet au Roi d'exclure certaines des prestations de santé visées aux articles 34 et 46 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 du montant global prospectif par admission. Quelle en est la raison? Quelles sont les prestations visées? Ces dernières seront-elles dès lors couvertes par un honoraire particulier ou par l'honoraire forfaitaire auquel l'article 4 fait allusion?

L'oratrice regrette l'opacité qui entoure le groupes cibles de patients. L'on évoque une liste de 54 groupes de patients mais sans les détailler. Mme Fonck demande à pouvoir disposer de cette liste ainsi que de précisions sur la façon dont les modèles ont été construits pour ces groupes en ce qui concerne les montants globaux de référence. Quel pourcentage du montant du financement des hôpitaux ainsi que des activités hospitalières ces 54 groupes représentent-ils?

Toujours concernant les groupes de patients visés, l'oratrice demande des explications sur la manière dont les facteurs de comorbidité ont été pris en compte.

De quelle manière la position du patient comme appartenant à un groupe à basse variabilité va-t-elle évoluer? Travaillera-t-on sur la base de liste de complications ou à l'aide des codes existants, éventuellement revus?

L'intervenante demande des précisions sur la révision périodique prévue à l'article 7. A quelle fréquence interviendra-t-elle? Qui prendra la décision de révision,

tot herziening nemen en volgens welke nadere berekenings- en overlegregels? Het lid onderstreept dat de ziekenhuizen voor hun financiering meerjarige stabiliteit behoeven.

Het wetsontwerp machtigt de Koning om te beslissen over de aanvullende regels om het alomvattend prospectief bedrag per opname aan het indexcijfer aan te passen. Is dat indexeringsprincipe niettemin verworven? Wat is het doel van die machtiging?

Mevrouw Fonck merkt op dat de verdeling tussen de zorgverstrekkers binnen een zelfde ziekenhuis in de praktijk vaak grote problemen doet rijzen. Zij merkt op dat het wetsontwerp het RIZIV de bevoegdheid geeft om de uitsplitsing binnen het forfait aan de ziekenhuizen mee te delen. Zullen sommige delen van de uitsplitsing buiten de bevoegdheid van het RIZIV blijven en verder van de beslissing van de ziekenhuisdirectie afhankelijk zijn? Hoe en op welke basis zal het RIZIV handelen? Zal rekening worden gehouden met de mediaan of ook met de comorbiditeitsfactoren? De spreekster wijst erop dat consultaties in het ziekenhuis vaak worden uitgevoerd naar aanleiding van een ziekenhuisopname, zonder verband met de reden ervoor (bijvoorbeeld tandheelkundige zorg). Valt die zorg onder het alomvattend prospectief bedrag, en zo ja, zal het mogelijk zijn die zorg met de meegedeelde uitsplitsing te identificeren?

De spreekster komt terug op artikel 17 van het wetsontwerp, dat voor één jaar de berekening van de supplementen toestaat op basis van meer dan 100 % van het deel van de honoraria van het alomvattend prospectief bedrag per opname (tot 115 %). Het lid betreurt dat de tekst weinig transparant is, meer bepaald omtrent de elementen van de berekeningsbasis. Werd in het model de financiële weerslag van die wijziging opgenomen per ziekenhuis? Aangezien het wetsontwerp ertoe strekt te zorgen voor lagere supplementen is een herziening van de wetgeving inzake de premies voor de hospitalisatieverzekeringen vereist; het is onaanvaardbaar dat die premies dermate hoog liggen als het risico op supplementen afneemt.

Werd voorzien in een uitsplitsing van de supplementen tussen de verschillende zorgverstrekkers?

Is het wetsontwerp van invloed op de maximumfactuur, alsook op de factureringsregels en -procedures?

Mevrouw Fonck vraagt nadere informatie over de toepassing van het alomvattend prospectief bedrag per opname in geval van overbrenging van patiënten van het ene ziekenhuis naar het andere – of in een zelfde ziekenhuis, van de ene dienst naar een andere. De

selon quelles modalités de calcul et de concertation? Elle souligne le besoin de stabilité pluriannuelle des hôpitaux quant à leur financement.

Le projet donne délégation au Roi pour décider des règles complémentaires pour l'indexation du montant global prospectif par admission. Le principe de l'indexation est-il néanmoins acquis? Quel est l'objectif de cette délégation?

Mme Fonck note que, sur le terrain, la répartition entre les prestataires au sein d'un même hôpital pose souvent de grandes difficultés. L'oratrice note que le projet donne à l'INAMI la compétence de communiquer aux hôpitaux la ventilation au sein du forfait. Certains éléments de la ventilation échapperont-ils à la compétence de l'INAMI pour continuer à relever de la décision de la direction hospitalière? Comment et sur quelle base l'INAMI va-t-il procéder? Sera-t-il tenu compte de la médiane ou également des facteurs de comorbidité? L'oratrice souligne que des consultations intra-hospitalières sont souvent réalisées à l'occasion d'une hospitalisation, sans lien avec le motif de celle-ci (par exemple des soins dentaires). Ces soins seront-ils couverts par le montant global prospectif et dans l'affirmative, la ventilation communiquée permettra-t-elle de les identifier?

L'oratrice revient sur l'article 17 du projet qui autorise pendant une année le calcul des suppléments sur une base supérieure à 100 % de la partie représentant les honoraires du montant prospectif global par admission (jusqu'à 115 %). Elle regrette l'opacité du texte notamment quant aux éléments repris dans la base de calcul. A-t-on modélisé l'impact financier de cette modification hôpital par hôpital? Dans la mesure où le projet tend à induire une diminution des suppléments, une révision de la législation relative aux primes d'assurance hospitalisation s'impose. L'on ne peut admettre que ces dernières atteignent des montants si élevés si le risque lié aux suppléments diminue.

Une ventilation des suppléments est-elle prévue entre les différents prestataires de soins?

Le projet a-t-il un impact sur le maximum à facturer ainsi que sur les règles et procédures de facturation?

Mme Fonck demande des précisions sur l'application du montant global prospectif par admission en cas de transfert de patient d'un hôpital vers un autre ou au sein d'un même hôpital, d'un service à un autre. L'oratrice cite le cas d'un patient considéré comme Sp à son

spreekster vermeldt het geval van een patiënt die bij de opname als een Sp wordt beschouwd, maar aan wie achteraf ook laagvariabele zorg wordt verstrekt.

Quid met de ziekenhuizen die niet over een eigen laboratorium of apotheek beschikken, maar een beroep doen op een externe partner? De spreekster benadrukt dat dergelijke situaties zich nog vaker zullen voordoen wanneer de ziekenhuizen, ingevolge de toekomstige hervorming, in netwerken zullen samenwerken.

Mevrouw Fonck gaat vervolgens in op de overgang tussen beide systemen. Van een retrospectief systeem, dat voor het laatst zal worden toegepast voor de zorgverstrekkingen van 2017, wordt overgestapt naar een prospectief systeem, dat vanaf 2019 van toepassing zal zijn. Hoe zit het met de zorgverstrekkingen van 2018? De spreekster dringt erop aan dat naast de macro-economische vooruitzichten ook simulaties per ziekenhuis worden gemaakt. De toestand kan sterk verschillen naargelang van de zorginstelling. Sommige ziekenhuizen die voor een bepaald jaar de referentiebedragen hebben overschreden, zullen in 2019 en 2020 “inhaalbedragen” moeten betalen, terwijl het nieuwe systeem al van toepassing zal zijn. In samenspel met het probleem van de chronische onderfinanciering moeten de betrokken ziekenhuizen vrezen voor grote financiële moeilijkheden, die meerdere jaren kunnen aanhouden.

Mevrouw Muriel Gerken (Ecolo-Groen) is verbaasd over de omvang van de machtiging aan de Koning. Wil men de reële draagwijdte van de voorgestelde maatregelen kennen, de effecten ervan inschatten en begrijpen hoe een en ander past in de alomvattende hervorming van de ziekenhuizen die aan de gang is, dan is het uitermate belangrijk te beschikken over de ontwerpen van koninklijk besluiten, of op zijn minst over informatie inzake de inhoud ervan. Zonder die elementen lijkt het wetsontwerp op een lege enveloppe of een enveloppe waarvan de inhoud onbekend is.

Mevrouw Gerken beklemtoont dat de verdeling van de honoraria onder de zorgverstrekkers van de verschillende afdelingen binnen een zelfde ziekenhuis nog steeds zal gebeuren volgens de binnen elk ziekenhuis bestaande conventies. Het wetsontwerp brengt daar geen verandering in. De spreekster betreurt dit, want het systeem leidt ertoe dat bepaalde diensten bevoordeeld worden ten opzichte van andere. Evenmin wordt geraakt aan de overeenkomsten tussen artsen en ziekenhuizen volgens dewelke de artsen een deel van hun honoraria afdragen aan de ziekenhuizen waar ze aan de slag zijn.

admission mais qui se voit ensuite administrer des soins qui entrent dans le champ de la basse variabilité.

Qu'en est-il des hôpitaux qui ne disposent pas d'un laboratoire ou d'une pharmacie mais travaillent avec une entité extérieure? L'oratrice souligne que la future réforme qui introduira le fonctionnement en réseau renforcera la fréquence de situations de ce type.

Mme Fonck revient ensuite sur la transition entre les deux systèmes. L'on passe d'un système rétrospectif qui s'arrête aux prestations de 2017, vers un système prospectif, applicable à partir de 2019. Quid des prestations de 2018? L'intervenante insiste sur la nécessité de réaliser, outre des prévisions macro, également des simulations hôpital par hôpital. La situation peut varier fortement d'une institution à l'autre. Certains hôpitaux qui ont dépassé pour l'année donnée les montants de référence seront redevables en 2019 et 2020 de montants de rattrapage tout en voyant déjà le nouveau système s'appliquer. Si l'on ajoute à ce problème celui du sous-financement chronique, les hôpitaux concernés doivent craindre de grosses difficultés financières pendant plusieurs années.

Mme Muriel Gerken (Ecolo-Groen) s'étonne de l'ampleur de la délégation au Roi. Il est indispensable de disposer des projets d'arrêtés royaux ou à tout le moins d'informations précises quant à leur contenu si l'on entend comprendre la portée réelle de la mesure proposée, en mesurer les effets et la cadrer dans la réforme globale des hôpitaux actuellement en cours. Sans ces éléments, le projet s'apparente à une enveloppe vide ou dont le contenu est inconnu.

Mme Gerken souligne que le partage des honoraires entre prestataires des différentes disciplines au sein d'un même hôpital continuera à être réalisé via les conventions existantes au sein de chaque hôpital. Le projet n'apporte aucune modification à cet égard. L'oratrice le regrette car ce système conduit à favoriser certains services par rapport à d'autres. De la même manière, les accords entre médecins et hôpitaux prévoyant la rétrocession d'une partie des honoraires des médecins vers les hôpitaux où ils sont actifs ne sont nullement remis en cause.

De spreekster vindt het toepassingsveld van de voorgestelde hervorming heel beperkt. Het wetsontwerp vormt niet bepaald een stap vooruit naar een nieuw financieringsmodel.

Mevrouw Gerkens sluit zich aan bij de eerder gemaakte opmerkingen over de beoogde patiëntengroepen. Ze vraagt ook meer duidelijkheid over de prestaties die vóór of na de ziekenhuisopname worden verricht. Wat zijn de gevolgen voor de verstrekkers van ambulante zorg indien het ziekenhuis het alomvattend prospectief bedrag ontvangt?

Mevrouw Gerkens benadrukt dat de samenstelling van het alomvattend prospectief bedrag ontzettend ingewikkeld is. Ze wijst erop dat een ziekenhuisopname aanleiding kan geven tot tal van zorgverstrekkingen die niets te maken hebben met de oorspronkelijke reden van de opname; zo kan van een ingreep onder anesthesie gebruik worden gemaakt om bepaalde zorgverstrekkingen te verrichten die geen verband houden met de hoofdingreep. Hoe kan dan inzake het alomvattend prospectief bedrag worden vastgesteld welk aandeel welke arts toekomt? De spreekster hamert op de noodzaak om een systeem uit te werken dat werkbaar en bevattelijk is voor alle betrokkenen.

Volgens de minister zal de patiënt voortaan vooraf het exacte bedrag van de factuur kennen, wat hem meer zekerheid zal geven. De spreekster trekt dit in twijfel: er kunnen immers een hele reeks elementen aan het forfaitair bedrag worden toegevoegd, zoals de niet-vergoedbare verstrekkingen, de supplementen bij complicaties en de honorariumsupplementen. Het is een illusie te denken dat men vat heeft op de eindfactuur.

C. Antwoorden

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid geeft aan dat de implementatie van dit wetsontwerp inderdaad tal van koninklijk besluiten zal vergen.

Ze herinnert eraan dat ze in haar "Plan van aanpak" dat ze in 2015 heeft voorgesteld, vijf fasen voor de hervorming had vastgelegd. Dit wetsontwerp beoogt de geïntegreerde realisatie van de fasen 1 en 2. Fase 1 gaat over de honoraria en de aandoeningen die onder het toepassingsveld van de referentiebedragen vallen; fase 2 beoogt de integratie van andere aandoeningen en de uitbreiding tot alle honoraria. Ook fase 3, met betrekking tot de integratie van andere financieringsbronnen, het budget van financiële middelen (BFM) en de uniforme prijs voor geneesmiddelen, is in volle voorbereiding. Toch zal die fase niet meer tijdens deze zittingsperiode kunnen worden geïmplementeerd. De vierde fase is

Pour l'oratrice, le champ de la réforme proposée est dès lors très restreint. Le projet ne constitue pas une réelle avancée vers un nouveau modèle de financement.

L'oratrice partage les interrogations déjà émises quant aux groupes de patients visés. Elle demande également des précisions quant aux prestations exécutées avant ou après l'admission. Quelles sont les conséquences sur les prestataires qui exercent en ambulatoire si c'est l'hôpital qui perçoit le montant prospectif global?

Mme Gerkens souligne que la composition du montant prospectif global est d'une rare complexité. Elle rappelle que l'admission au sein de l'hôpital peut donner lieu à toute une série de prestations étrangères au motif premier de l'hospitalisation. L'on peut ainsi profiter d'une anesthésie pour réaliser certains actes sans lien avec l'intervention principale. Comment dès lors identifier dans le montant prospectif global la part qui revient à chacun des praticiens? L'intervenante insiste sur la nécessité de mettre en place un système praticable et compréhensible pour l'ensemble des acteurs.

Quant à la sécurité apportée au patient, qui selon la ministre connaîtra désormais à l'avance précisément le montant de la facture, l'oratrice émet des doutes. Toute une série d'éléments peuvent venir s'ajouter au montant du forfait. Mme Gerkens cite les prestations non remboursables, les suppléments en cas de complication, ainsi que les suppléments d'honoraires. La maîtrise de la facture finale est une illusion.

B. Réponses

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, précise qu'effectivement un grand nombre d'arrêtés royaux seront nécessaires afin d'implémenter ce projet.

Elle rappelle avoir, dans son Plan d'approche, exposé en 2015, identifié 5 phases dans la réforme. Ce projet réalise de manière intégrée les phases 1 et 2. La phase 1 se concentre sur les honoraires ainsi que sur les affections qui entrent dans le champ d'application des montants de référence. La phase 2 vise l'intégration d'autres affections et l'extension à l'ensemble des honoraires. Quant à la phase 3, soit l'incorporation d'autres sources de financement, le Budget des Moyens Financiers (BMF), et le prix uniforme des médicaments, sa préparation se poursuit. Elle ne pourra cependant plus être implémentée sous la présente législature. La 4^{ème} phase tend à scinder les honoraires prospectifs

gericht op de opsplitsing van de prospectieve honoraria in een professioneel deel en een deel dat betrekking heeft op de werkingskosten; er werd een methodologie uitgewerkt en de simulaties zullen bijgevolg kunnen aanvangen. De vijfde fase strekt ertoe te voorzien in stimulansen voor structurele en geïntegreerde samenwerkingen tussen ziekenhuizen onderling of tussen ziekenhuizen en andere zorginstellingen.

De minister erkent dat dit wetsontwerp een onderdeel is van een verstrekkendere hervorming, naast onder meer de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen of de herziening van de “sokkelwet”. Omdat op meerdere vlakken tegelijk wordt gewerkt, zal de tenuitvoerlegging meer tijd in beslag nemen. Wat de hervorming van de nomenclatuur betreft, hebben de artsen en de ziekenfondsen een bijkomende termijn gevraagd om die hervorming te analyseren. Inmiddels heeft de minister een aantal initiatieven genomen in verband met de supplementen. Ter zake wil zij echter de betrokken stakeholders hun rol laten spelen.

De minister herinnert er bovendien aan dat het programma *Pay for Quality* (P4Q) in het kader van de financiering via het Budget van Financiële Middelen op 1 juli in werking treedt. Het doel is de zorgkwaliteit in België te verbeteren en de ziekenhuizen die de beste zorg verstrekken, te belonen. Het project is weliswaar slechts een eerste stap, maar de minister is tevreden dat die kon worden gezet. Zij wijst erop dat over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering al jaren felle debatten worden gevoerd, zonder dat concreet vooruitgang wordt geboekt. Met dit wetsontwerp gaat de hervorming eindelijk van start.

De koninklijke besluiten zijn in voorbereiding. Alvorens de laatste hand kan worden gelegd aan de uitvoeringsbesluiten, moet de wet worden aangenomen. De minister meent dat het niet de gewoonte is die uitvoeringsbesluiten in het Parlement te bespreken vóór de basiswet is aangenomen.

Wat de weerslag van dit wetsontwerp betreft, merkt de minister op dat de betrokken zorg weliswaar laagvariabel is, maar dat op het vlak van de facturatie ervan verschillen bestaan die medisch niet verantwoord zijn. Volgens de schattingen vertegenwoordigt de laagvariabele zorg 9 % van de ziekenhuisverblijven en 10 % van de honoraria.

De minister bevestigt dat dit wetsontwerp geen besparingsmaatregel is. Zij hoopt echter dat sommige ondoelmatige praktijken of sommige vormen van medische overconsumptie erdoor zullen verdwijnen. Bovendien wordt de transparantie jegens de patiënt verhoogd.

en une part professionnelle et une part liée aux frais de fonctionnement. Une méthodologie a été mise en place et les simulations vont dès lors débiter. La 5^{ème} phase vise à mettre en place des incitants afin d'encourager la mise en place de collaborations structurelles et intégrées entre hôpitaux ou entre hôpitaux et d'autres structures de soins.

La ministre convient que ce projet constitue un pan d'une réforme plus importante, à côté par exemple de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, ou de la révision de la loi-socle. Ce sont donc plusieurs chantiers sur lesquels l'on travaille simultanément mais dont la réalisation prendra du temps. Quant à la réforme de la nomenclature, la médico-mut a demandé un délai supplémentaire pour l'examiner. Dans l'intervalle la ministre a pris certaines initiatives concernant les suppléments. Elle souhaite cependant laisser les parties prenantes concernées jouer leur rôle à cet égard.

La ministre rappelle en outre que le programme *Pay for quality* (P4Q) dans le cadre du financement via le Budget des Moyens Financiers entre en vigueur le 1^{er} juillet. Ce dernier tend à améliorer la qualité des soins en Belgique et à récompenser les hôpitaux qui délivrent les meilleurs soins. Si ce projet ne constitue qu'une première étape, la ministre se félicite cependant qu'elle ait pu être franchie. Elle rappelle que la réforme du financement des hôpitaux fait l'objet d'âpres débats depuis de nombreuses années, sans avancée concrète. Avec ce projet la réforme démarre enfin.

Les arrêtés royaux sont en préparation. L'adoption de la loi constitue cependant le préalable obligatoire avant la finalisation des arrêtés d'exécution. La ministre estime qu'il n'est pas d'usage de discuter de ces derniers devant le Parlement avant l'adoption de la loi de base.

Quant à l'impact de ce projet, si la variabilité des soins visés est basse, l'on note des variations dans leur facturation qui ne sont pas médicalement justifiables. Les soins de basse variabilité représentent selon les estimations 9 % des séjours hospitaliers et 10 % des honoraires.

La ministre confirme que ce projet ne constitue pas une mesure d'économie. Elle espère cependant qu'il permettra de supprimer certaines pratiques non efficaces ou qui relèvent de la surconsommation de soins. La transparence vis-à-vis du patient est en outre accrue.

De minister voegt daaraan toe dat de in het wetsontwerp opgenomen regeling geen kopie is van een buitenlands model. Het klopt dat het KCE in zijn voorbereidende studie een aantal buitenlandse voorbeelden heeft onderzocht, maar geen daarvan zou ongewijzigd in ons land kunnen worden ingesteld.

Wat de beoogde patiëntengroepen betreft, wacht de minister op het advies van het Verzekeringscomité; zij meent derhalve dat het niet wenselijk is de lijsten bekend te maken. Niet-definitieve lijsten van de beoogde groepen werden echter al ter beschikking gesteld van de ziekenhuizen, opdat die zich zouden kunnen voorbereiden. Het gaat om 57 groepen die werden vastgelegd op basis van hun klinische ernst volgens de APR-DRG-classificatie; ook het al dan niet aanwezig zijn van bepaalde codes uit de nomenclatuur of uit de ICD werd in aanmerking genomen. In sommige gevallen werd ook rekening gehouden met de leeftijd van de patiënt en met andere elementen, zoals de duur tussen de opname en de bevalling.

De groepen werden gevormd op advies van klinisch deskundigen. Die zijn op de volgende wijze geselecteerd: klinisch deskundigen uit diverse disciplines werden via de universiteiten en de artsen-syndicaten aangezocht. Zij konden rekenen op ondersteuning vanwege de diensten van het RIZIV en van de FOD Volksgezondheid.

Het zwakkere sociaaleconomisch profiel van patiënten in bepaalde geografische regio's heeft geen weerslag op de berekening van het alomvattend prospectief bedrag, hoewel met dat element wel rekening wordt gehouden in deel B8 van het BFM. Teneinde het evenwicht tussen de zorginstellingen te herstellen, is de minister van plan een apart budget te behouden voor de bijkomende zorg die verband houdt met het zwakkere sociaaleconomisch profiel van de patiënten in bepaalde ziekenhuizen; voorts moet dat budget herkenbaar blijven om niet de indruk te wekken dat de courante zorg in sommige ziekenhuizen beter worden gefinancierd.

Het klopt dat in sommige streken van het land meer comorbiditeit voorkomt. De minister wijst erop dat momenteel bij de opname een MZG-registratie gebeurt, op basis waarvan de patiënten in klassen (gaande van 1 tot 4) kunnen worden onderverdeeld, naargelang de ernst van de pathologie (*severity class*). De laagvariabele zorg betreft alleen de klassen 1 en 2. De patiënten met comorbiditeit worden opgenomen in minstens klasse 3 en worden dus niet beoogd; het gaat onder meer om de patiënten met zware comorbiditeiten of patiënten met complicaties.

La ministre ajoute que le système ici proposé n'a pas été copié sur un modèle étranger. S'il est exact que le KCE a dans son étude préalable examiné certains exemples étrangers, aucun n'aurait pu être implémenté tel quel dans notre pays.

Concernant les groupes de patients visés, la ministre attend l'avis du Comité de l'assurance et estime qu'il n'est dès lors par opportun de publier les listes. Des listes non définitives des groupes visés ont cependant déjà été mises à la disposition des hôpitaux afin que ces derniers puissent se préparer. Il s'agit de 57 groupes qui ont été définis sur la base de leur degré de sévérité APR-DRG ainsi qu'en fonction de la présence ou de l'absence de certains codes de nomenclature ou codes ICD. Dans certains cas l'on a également tenu compte de l'âge du patient ainsi que d'autres éléments comme par exemple la durée entre l'admission et l'accouchement.

Les groupes ont été constitués sur les conseils d'experts cliniciens. La sélection de ces derniers s'est opérée de la façon suivante. Des experts cliniciens actifs dans les différentes disciplines ont été recrutés au sein des universités ainsi que par le biais des syndicats de médecins. Ils ont bénéficié du soutien des administrations tant de l'INAMI que du SPF Santé publique.

Le profil socio-économique plus faible des patients dans certaines zones géographiques n'impacte pas le calcul du montant global prospectif. La ministre rappelle que cet élément entre par contre en ligne de compte dans la partie B8 du BMF. La ministre entend maintenir un budget séparé pour couvrir les soins supplémentaires liés au profil socio-économique plus faible des patients dans certains hôpitaux afin de rétablir un équilibre entre les institutions. Il convient en outre que ce budget reste identifiable pour ne pas donner l'impression d'un meilleur financement des soins courants dans certains hôpitaux.

Quant à la comorbidité, il est exact qu'elle est plus haute dans certaines régions du pays. La ministre précise qu'à l'heure actuelle, l'on pratique lors de l'admission un enregistrement RHM qui permet de répartir les patients en classes selon la gravité de la pathologie (*severity class*), qui vont de 1 à 4. Les soins de basse variabilité ne concernent que les classes 1 et 2. Les patients présentant une comorbidité se trouvent au minimum dans la classe 3 et ne sont donc pas visés. Cela concerne notamment les patients avec une lourde comorbidité ou avec des complications.

Er is voor gekozen om de berekening van het alomvattend prospectief bedrag te baseren op de mediaan. Zulks betekent dat een historische situatie, dus de medische praktijk zoals we die kennen, de basis vormt. Een berekening die meer *evidence based* zou zijn, zou immers een lange studie- en overgangperiode vergen. De mediaan wordt bovendien minder beïnvloed door uitschieters. De minister voegt daaraan toe dat correcties werden toegepast, teneinde besparingen op nationaal vlak te voorkomen. Zij stipt aan dat sommige ziekenhuizen nog steeds ver van de mediaan verwijderd liggen. Met de nieuwe regeling is het forfait dat van toepassing is vooraf gekend, waardoor het ziekenhuis zich geleidelijk kan aanpassen en inhaalbewegingen (met groot tijdsverschil) kan voorkomen. Tijdens de overgangperiode zullen echter nog inhaalbewegingen worden toegepast tot in 2020 (betreffende de prestaties uit 2017).

Met betrekking tot de kwalificatie van een aandoening die onder de laagvariabele zorg ressorteert, verduidelijkt de minister dat die kwalificatie zo snel mogelijk zal gebeuren, bij de ziekenhuisopname van de patiënt. Indien zich complicaties voordoen tijdens het verblijf in het ziekenhuis, is het systeem van de laagvariabele zorg niet langer van toepassing op die patiënt. Het alomvattend prospectief bedrag zal niet worden toegepast, wel een klassieke tarifiering per prestatie. Daartoe zullen alle in het raam van de laagvariabele zorg geleverde prestaties worden geregistreerd en van een code worden voorzien; daarbij worden de gebruikelijke nomenclatuurnummers gebruikt, gefactureerd aan 0-waarde.

Bevallingen ressorteren onder de laagvariabele zorg, ongeacht of de moeder al dan niet voor epidurale verdoving opteert. Niettemin zal een ander alomvattend prospectief bedrag worden gehanteerd (verdoving/geen verdoving). Het proefproject wordt voortgezet, aangezien het een ruimer toepassingsveld bestrijkt dan louter dat van de honoraria voor het ziekenhuisverblijf.

Wat artikel 17 van het wetsontwerp betreft, klopt het dat krachtens dat artikel supplementen mogen worden aangerekend op basis van maximum 115 % van het honorariumdeel van het alomvattend prospectief bedrag per opname. Die uitzondering geldt evenwel slechts voor beperkte tijd (één jaar). De overgangperiode moet het mogelijk maken de nodige aanpassingen door te voeren.

Het wetsontwerp beoogt in monitoring te voorzien. Het RIZIV en de FOD Volksgezondheid zullen worden belast met het toezicht, en zullen onder meer eventuele gevallen van *upcoding* moeten opsporen, of nog het feit dat het ziekenhuis een bepaalde patiëntengroep selecteert. De minister geeft aan dat zij overtuigd is van de efficiëntie van de *datamining*-technieken om deze

Le choix a été fait de se baser dans un premier temps sur la médiane pour le calcul du montant global prospectif. L'on se base donc sur une situation historique, sur la pratique médicale telle qu'elle est connue. Un calcul plus *evidence based* nécessiterait en effet une longue période d'étude et de transition. La médiane est en outre moins influencée par les *outliers*. La ministre ajoute que des corrections ont été appliquées afin d'éviter des économies à l'échelle nationale. La ministre précise que certains hôpitaux s'écartent encore aujourd'hui de la médiane. Dans le nouveau système, le forfait applicable est connu à l'avance ce qui permet à l'hôpital de s'adapter au fur et à mesure et d'éviter les rattrapages avec de grands décalages dans le temps. Au cours de la période transitoire, des rattrapages seront cependant encore appliqués jusqu'en 2020 (sur les prestations de 2017).

Quant à la qualification d'une affection comme relevant des soins de basse variabilité, la ministre précise que celle-ci se fera le plus rapidement possible, au moment où le patient est admis. Si au cours de son séjour à l'hôpital, des complications surviennent, le patient sortira du système des soins de basse variabilité. Le montant global prospectif ne sera pas appliqué au profit d'une tarification classique par prestation. A cette fin, toutes les prestations qui seront délivrées dans le cadre de soins de basse variabilité seront enregistrées et encodées en utilisant les numéros de nomenclature habituels, facturés au taux 0.

Les accouchements relèvent des soins de basse variabilité, que la mère opte ou non pour une péridurale. Le montant global prospectif appliqué sera toutefois différent. Le projet pilote continue à courir. Il couvre en effet un champ plus large que les seuls honoraires relatifs au séjour hospitalier.

Concernant l'article 17 du projet, il est exact qu'il autorise le calcul des suppléments sur une base de 115 % au maximum de la partie représentant les honoraires du montant prospectif global par admission. Cette exception est cependant limitée dans le temps à une année. La période transitoire doit permettre de mettre en place les adaptations nécessaires.

Le projet prévoit la mise en place d'un monitoring. L'INAMI et le SPF Santé publique seront chargée de la surveillance et devront entre autres détecter d'éventuels cas d'*upcoding*, ou une sélection par l'hôpital de certains groupes de patients. La ministre se dit convaincue de l'efficacité des techniques de *datamining* dans la détection de ces fraudes. Ces cas seront en outre plus

fraudegevallen op het spoor te komen. Die gevallen zullen bovendien makkelijker kunnen worden getraceerd, aangezien het een vooraf bepaalde zorggroep betreft.

De minister is zich ervan bewust dat de zorgnormen permanent evolueren, onder meer door de technologische evolutie. Zij herinnert eraan dat elke effectief geleverde prestatie, ondanks de toepassing van een alomvattend bedrag voor de facturatie, zal moeten worden geregistreerd aan de hand van het overeenkomstige nomenclatuurnummer. Wijzigingen in de medische praktijk zullen dus kunnen worden opgespoord, en de nodige bijstellingen zullen kunnen worden uitgevoerd. Uiteindelijk hoopt de minister te beschikken over een alomvattend bedrag dat gerechtvaardigd is uit medisch oogpunt (*evidence based*). De registratie is tevens noodzakelijk om naderhand de honoraria binnen de ziekenhuizen onder de zorgverleners te kunnen verdelen.

Sommige leden waarschuwen dat bepaalde ziekenhuizen wel eens kunnen proberen de boel te belazeren door bepaalde nutteloze handelingen te stellen zodat die in het forfait worden opgenomen. Volgens de minister is dat risico verwaarloosbaar en zeker niet groter dan in het huidige systeem met financiering per prestatie. Wanneer een ingreep niet langer wordt uitgevoerd in nagenoeg 80 % van de ziekenhuizen, zullen de overige nauwelijks nog geneigd zijn ermee door te gaan. De minister wijst erop dat voor prestaties buiten het forfait geen enkel supplement mag worden aangerekend. Wanneer een prestatie in het forfait is vervat, heeft het ziekenhuis er geen belang bij ze oneindig vaak te verrichten, aangezien het daarvoor geen hoger bedrag zal ontvangen.

De vóór en na de ziekenhuisopname geleverde prestaties worden niet in aanmerking genomen voor het alomvattend prospectief bedrag. Er moet bijkomend onderzoek worden gevoerd naar het zorgtraject van de patiënten vóór en na een verblijf in het ziekenhuis. Het wetsontwerp beoogt de Koning te machtigen om het regelgevend raamwerk aan te vullen, mocht uit de onderzoeken blijken dat zulks noodzakelijk is.

Sommige leden hebben gewezen op het risico van onderconsumptie van bepaalde zorgprestaties, bijvoorbeeld inzake pathologische anatomie. De minister geeft aan dat weggenomen organen en weefsels in de huidige stand van zaken met een bepaalde frequentie worden onderzocht.

Het gebundelde honorarium heeft ter zake geen ontradend effect want dit gebundeld honorarium zal rekening houden met die vastgestelde frequentie. Indien evenwel wordt vastgesteld dat niet alle ziekenhuizen die onderzoeken doen, kan moeilijk worden verantwoord waarom die analyses voor een hogere frequentie dan

faciles à détecter dans la mesure où l'on disposera d'un groupe de soins prédéfini.

La ministre se dit consciente de l'évolution constante des standards de soins, notamment en raison des évolutions technologiques. Elle rappelle que malgré l'application d'un montant global pour la facturation, chaque prestation effectivement délivrée devra être enregistrée au moyen de son numéro de nomenclature. Il sera donc possible de détecter des changements dans la pratique médicale et de réaliser les adaptations nécessaires. Au final, la ministre espère disposer d'un montant global justifié d'un point de vue médical (*evidence based*). L'enregistrement est également nécessaire pour le partage des honoraires entre prestataires au sein des hôpitaux par la suite.

Certains membres mettent en garde contre les manœuvres que pourraient tenter certains hôpitaux et qui consisteraient à réaliser certains actes inutiles afin de les faire inclure dans le forfait. La ministre estime ce risque négligeable et pas plus large que dans le système actuel avec un financement à l'acte. Si un acte n'est plus pratiqué dans près de 80 % des hôpitaux, l'incitant à continuer à le pratiquer dans les autres sera très faible. Elle rappelle qu'aucun supplément ne peut être demandé pour des prestations non comprises dans le forfait. Si une prestation est prévue dans le forfait, l'hôpital n'a pas intérêt à la multiplier car il ne percevra pas un montant plus élevé.

Les prestations réalisées avant et après l'hospitalisation ne sont pas prises en compte pour le montant prospectif global. Des études complémentaires relatives au trajet de soins des patients avant et après un séjour à l'hôpital doivent être réalisées. La loi prévoit une délégation au Roi afin de lui permettre de compléter le cadre réglementaire si les études devaient en démontrer la nécessité.

Certains membres ont évoqué le risque de sous-consommation de certains soins par exemple en anatomopathologie. La ministre précise qu'actuellement les organes et tissus prélevés font l'objet d'analyses à une certaine fréquence.

L'honoraire groupé ne décourage pas de telles analyses car cet honoraire groupé tiendra compte de cette fréquence déterminée. Si l'on constate par contre que tous les hôpitaux ne pratiquent pas ces analyses il est difficile de justifier que ces dernières doivent être reprises dans les soins couverts par le forfait avec une

de nationale vastgestelde moeten worden opgenomen in de door het forfait gedekte zorgverstrekkings.

Mevrouw An Capoen (N-VA) heeft twijfels bij die redenering. De chirurg wordt financieel niet aangemoedigd om analyses aan te vragen, aangezien de klinisch bioloog – die de analyse uitvoert – een honorarium voor die prestatie ontvangt.

De minister antwoordt dat het systeem van het alomvattend prospectief bedrag de zorgverleners ertoe aanzet onderling te overleggen, om aldus te bepalen welke zorg een patiënt écht nodig heeft in een welbepaald geval.

Bij de totstandkoming van dit wetsontwerp werd veelvuldig overlegd. Naast de werkgroep met de klinisch experts, werden ook de volgende instanties geraadpleegd: het Verzekeringscomité, de Overeenkomstencommissies, de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en de Commissie voor informatieverwerking. Ter zake werd overlegd met experts inzake facturatie en MZG. Onlangs werd een grootschalige informatievergadering gehouden, die door velen werd bijgewoond; ook de ziekenhuizen werden correct geïnformeerd. De minister geeft aan dat er nog meer informatievergaderingen komen zodra de koninklijke besluiten zijn aangenomen.

De academische ziekenhuizen worden geenszins benadeeld. De minister herinnert eraan dat het alomvattend prospectief bedrag bedoeld is voor de laagvariabele zorg, los van het ziekenhuis waar die zorg wordt verleend. Er bestaat geen enkele objectieve reden waarom die zorg in dit soort van ziekenhuis zwaarder zou mogen worden gefactureerd. Uit de onderzoeken kon niet worden aangetoond dat laagvariabele zorg vaker wordt verstrekt in de academische of de algemene ziekenhuizen dan in de andere ziekenhuizen. Het belang van die zorg ten opzichte van de totale zorg die in een bepaald ziekenhuis wordt verstrekt, hangt veeleer af van historische factoren, zoals de aanwezigheid van een grote kraamafdeling enzovoort.

De bekommelingen die de kinderartsen hebben geuit, vindt de minister ongegrond. Zij zijn te wijten aan misvattingen over het voorgestelde systeem. De minister herinnert eraan dat de vaginale bevalling, in tegenstelling tot een gecompliceerde bevalling, tot de laagvariabele zorg behoort. Voorts preciseert zij dat de aan de baby verstrekte zorg altijd al op naam van de moeder gefactureerd is geweest. Alleen wanneer de baby als gevolg van complicaties in het ziekenhuis blijft terwijl de moeder al naar huis gaat, worden er prestaties op naam van de baby aangerekend. In dat laatste geval is er echter niet

fréquence plus haute que celle déterminée au niveau national.

Mme An Capoen (N-VA) émet des doutes par rapport à ce raisonnement. Aucun incitant financier ne pousse le chirurgien à demander des analyses. C'est le biologiste clinicien qui effectue l'analyse qui touche des honoraires pour cette prestation.

La ministre répond que le système du montant global prospectif encourage les prestataires à se concerter afin de déterminer les soins qui sont réellement nécessaires pour le patient dans un cas déterminé

De nombreuses concertations ont eu lieu dans le cadre de ce projet. Outre le groupe de travail avec des experts cliniciens, les organes suivants ont été consultés: le Comité de l'assurance, les Commissions de convention, le Conseil fédéral des établissements hospitaliers, et la Commission d'Information. Une concertation *ad hoc* a été organisée avec des experts en facturation et en RHM. Une session d'information à grande échelle a été récemment organisée, à laquelle de nombreuses personnes ont pris part. Les hôpitaux ont également été correctement informés. La ministre précise que des sessions d'information supplémentaires seront organisées une fois les arrêtés royaux adoptés.

Les hôpitaux académiques ne sont nullement désavantagés. La ministre rappelle que le montant global prospectif vise les soins à basse variabilité, quel que soit l'hôpital dans lequel ils sont délivrés. Aucune raison objective ne permet de justifier une facturation plus élevée pour ces soins dans ce type d'hôpital. Les études n'ont pas permis de démontrer que les soins de basse variabilité sont plus fréquents dans les hôpitaux académiques, ou dans les hôpitaux généraux que dans les autres. L'importance de ces soins par rapport à l'ensemble des soins délivrés dans un hôpital donné dépend davantage de facteurs historiques comme la présence d'une grande maternité, etc...

Quant aux craintes émises par les pédiatres, la ministre les juge infondées. Elles sont dues à une mauvaise compréhension du système proposé. La ministre rappelle que si les accouchements par voie basse relèvent des soins de basse variabilité, tel n'est pas le cas d'accouchements compliqués. Elle précise également que historiquement, les soins prodigués au bébé sont toujours facturés sur le nom de la mère. Ce n'est que dans le cas où, suite à des complications le bébé reste hospitalisé alors que la mère quitte l'hôpital que des prestations sont facturées au nom du bébé. Or

langer sprake van laagvariabele zorg, maar van per handeling aangerekende prestaties. Aangaande de door de kinderarts uitgevoerde klinische onderzoeken voor een baby die samen met de moeder nog op de kraamafdeling verblijft, zijn twee daarvan vervat in het alomvattend prospectief bedrag, wat overeenstemt met de courante praktijk in de meeste ziekenhuizen.

De minister preciseert dat niet alle referentiebedragen in het nieuwe systeem zijn opgenomen. Er wordt een verschil vastgesteld tussen de patiëntengroepen waarop de referentiebedragen van toepassing zijn, en die welke het KCE in zijn studie in aanmerking heeft genomen. Het KCE heeft zich in eerste instantie gebaseerd op de APR-DRG, maar heeft vervolgens een breder onderzoek uitgevoerd. De geselecteerde patiëntengroepen werden voorgelegd aan klinisch deskundigen, die er sommige hebben uitgelicht omdat ze in verband met de verstrekte zorg onvoldoende homogeen waren; ze hebben er ook andere aan toegevoegd. Uiteindelijk zijn er méér patiëntengroepen dan de APR-DRG. De minister onderstreept bovendien dat de referentiebedragen slechts betrekking hadden op een deel van de honoraria en technische prestaties. Bij een forfait is daarentegen alles inbegrepen (bijvoorbeeld de anesthesie).

Het KCE heeft zich ook gebogen over de variabiliteit tussen en binnen de ziekenhuizen. Het KCE heeft de patiënten uitgekozen met een lage variabiliteit, zowel binnen eenzelfde ziekenhuis als tussen ziekenhuizen. De klinisch deskundigen hebben vervolgens uitgemaakt of de variabiliteit al dan niet kon worden gerechtvaardigd door medische redenen. Ook om die reden is voor bepaalde patiëntengroepen in een bedrag voorzien, ongeacht of de betrokken persoon al dan niet een nacht in het ziekenhuis verblijft: stelselmatige overnachting kan in die gevallen medisch niet worden verantwoord.

In verband met de medische beeldvorming herinnert de minister eraan dat een forfaitair honorarium van toepassing is. Beslist werd om de forfaitaire honoraria niet in het systeem op te nemen omdat zij gebonden zijn aan kenmerken van het ziekenhuis en niet van de individuele patiënt. Zo is het forfait voor de laboratoriumanalyses hoger als het laboratorium uitgebreidere openingsuren heeft. De integratie van die beide financieringssystemen vereist een diepgaande reflectie om een en ander niet al te complex te maken. De forfaitaire honoraria hebben eveneens betrekking op de wachtdiensten (intensieve zorg en spoedafdeling).

De minister preciseert bovendien dat zij ervoor heeft gekozen bepaalde zeldzame prestaties op landelijk niveau (zoals erfelijkheidsonderzoeken) en consultaties die tijdens een ziekenhuisopname worden gehouden doch geen verband hebben met de hoofdreden van de

il n'est plus question dans ce dernier cas de soins de basse variabilité, mais de prestations facturées à l'acte. Quant aux examens cliniques réalisés par le pédiatre pour un bébé hospitalisé en maternité alors que sa mère est encore avec lui, le montant global prospectif en comprend deux, ce qui correspond à la pratique actuelle dans la plupart des hôpitaux.

La ministre précise que tous les montants de référence ne sont pas repris dans le nouveau système. L'on note une différence entre les groupes de patients visés par les montants de référence et ceux retenus par le KCE dans son étude. Le KCE s'est basé dans un premier temps sur les APR-DRG mais a ensuite réalisé une étude plus large. Les groupes de patients sélectionnés ont été soumis à des experts cliniciens qui en ont exclu certains, estimant que ces derniers n'étaient pas suffisamment homogènes quant aux soins délivrés, et en ont ajouté d'autres. Il y a au final plus de groupes de patients que les APR-DRG. La ministre souligne en outre que les montants de référence ne concernaient qu'une partie des honoraires et prestations techniques. Le forfait englobe quant à lui l'ensemble (par exemple l'anesthésie).

Le KCE s'est également penché sur la variabilité inter- et intra-hospitalière. Le KCE a sélectionné les patients qui présentent une variabilité faible tant au sein d'un même hôpital qu'entre hôpitaux. Les experts cliniciens ont ensuite déterminé si des raisons médicales pouvaient ou non justifier la variabilité. C'est également pour cette raison que pour certains groupes de patients, un montant est prévu indépendamment du fait que la personne passe ou non une nuit à l'hôpital: la nuitée systématique ne peut dans ces cas-là pas être médicalement justifiée.

Concernant l'imagerie médicale, la ministre rappelle qu'un honoraire forfaitaire est applicable. La décision a été prise de ne pas faire entrer les honoraires forfaitaires dans le système car ces derniers sont liés aux caractéristiques de l'hôpital et non du patient individuel. Ainsi le forfait pour les analyses de laboratoire est plus élevé si le laboratoire a des heures d'ouvertures plus étendues. L'intégration de ces deux systèmes de financement nécessite une réflexion plus approfondie afin de ne pas introduire une complexité trop importante. Les honoraires forfaitaires concernent également les permanences (soins intensifs et services d'urgence).

La ministre précise en outre avoir fait le choix d'exclure du système certaines prestations rares sur le plan national (par exemple des examens génétiques), ainsi que les consultations qui sont données à l'occasion d'une hospitalisation mais sans lien avec le motif

ziekenhuisopname, uit het systeem te halen. Die prestaties zullen nog steeds afzonderlijk worden aangerekend om ze te kunnen blijven aanbieden. De minister voegt eraan toe dat die laatste prestaties meer bepaald worden beoogd door artikel 4 van het wetsontwerp.

De prestaties in de Sp-diensten werden eveneens uitgesloten van het alomvattend prospectief bedrag en zullen nog steeds afzonderlijk kunnen worden gefactureerd. Niet alle ziekenhuizen beschikken immers over een Sp-dienst. De opname ervan in het forfait zou dan ook tot ongelijkheden hebben geleid. De minister herinnert er daarenboven aan dat wanneer een instelling nog slechts Sp-bedden heeft, de Federale Staat niet langer bevoegd is.

De minister preciseert dat het alomvattend prospectief bedrag jaarlijks zal worden herzien, teneinde zo dicht mogelijk bij de meest actuele medische praktijk aan te sluiten.

Er wordt voorzien in een indexering, die zal worden gekoppeld aan de indexering van de honoraria.

De uitsplitsing zal aan de artsen en ziekenhuizen worden bezorgd per artikel of subartikel van de nomenclatuur. De beroepsbeoefenaars zullen in de nationale cijfers dus kunnen zien welk deel van het mediaan bedrag naar elke zorgverstrekker gaat (chirurg, anesthesist enzovoort). Vervolgens is het de bedoeling dezelfde verdeling toe te passen binnen elk ziekenhuis. De verdere verdeling tussen artsen zal nog steeds gebeuren volgens de eigen overeenkomsten binnen elk ziekenhuis. Evenzo is het niet de taak van de minister om te beslissen over het respectieve gewicht van elk van de ziekenhuisdiensten.

De minister preciseert dat er geen enkele wijziging van de wetgeving inzake de hospitalisatieverzekering ophanden is.

Dit wetsontwerp wijzigt niets aan de regelgeving betreffende de maximumfactuur, noch aan de factureringsregels die van toepassing zijn op de apotheken en de laboratoria die niet tot het ziekenhuis behoren.

Overbrengingen van een patiënt van een ziekenhuis naar een ander ziekenhuis zijn uitgesloten van de laagvariabele zorg.

Wat de overgangsperiode betreft, geeft de minister aan dat het systeem van de referentiebedragen voor het laatst zal worden toegepast voor de opnamen die geregistreerd zijn in 2017. De laatste afrekeningen en inhaalbedragen zullen dus in 2020 aan de ziekenhuizen worden meegedeeld. Voor de opnamen die geregistreerd

premier de l'hospitalisation. Ces prestations continueront à être facturées à part, l'objectif étant qu'elles restent possibles. La ministre ajoute que ce sont ces dernières prestations qui sont notamment visées par l'article 4 du projet.

Les prestations dans les services Sp ont de même été exclues du montant global prospectif et pourront continuer à être facturées à part. En effet, tous les hôpitaux ne disposent pas d'un service Sp. L'intégration dans le forfait aurait dès lors induit des inégalités. La ministre rappelle en outre que si l'institution ne comprend plus que des lits Sp, l'État fédéral n'est plus compétent.

La ministre précise que le montant global prospectif sera revu annuellement, et ce afin de rester au plus près de la pratique médicale la plus actuelle.

Une indexation est prévue. Elle suivra l'indexation des honoraires.

La ventilation sera fournie aux médecins et hôpitaux par article ou sous-article de la nomenclature. Les praticiens pourront donc voir, dans les chiffres nationaux la part du montant médian attribuée à chaque prestataire (chirurgien, anesthésiste ...). L'objectif est d'appliquer ensuite la même répartition au sein de chaque hôpital. La répartition ultérieure entre médecins continuera à se faire en fonction des conventions propres à chaque hôpital. De même, il n'appartient pas à la ministre de décider du poids respectif de chacun des services au sein de l'hôpital.

La ministre précise qu'aucune adaptation de la législation en matière d'assurance hospitalisation n'est prévue.

Le présent projet ne modifie pas la réglementation applicable au maximum à facturer, ni les règles de facturation applicables aux pharmacies et laboratoires extérieurs à l'hôpital.

Les transferts d'un patient d'un hôpital à un autre sont exclus des soins de basse variabilité.

Quant à la période de transition, la ministre précise que le système des montants de référence s'appliquera pour la dernière fois aux admissions enregistrées en 2017. Les derniers décomptes et montants de rattrapages seront donc communiqués aux hôpitaux en 2020. Pour les admissions enregistrées en 2018, aucun des

zijn in 2018, geldt geen enkele van de twee systemen. Het stelsel van gebundelde financiering zal aanvangen voor de opnamen die zullen plaatsvinden vanaf 2019.

C. Replieken

De antwoorden van de minister stellen *de heer Daniel Senesael (PS)* niet helemaal gerust. Veel elementen blijven vaag en de antwoorden versterken soms nog het gevoel van complexiteit, in plaats van de werking van het voorgestelde systeem te verduidelijken. Dat verbaast de spreker, gelet op de transparantie die de minister voorstaat.

Tot slot denkt de heer Senesael dat het voornemen om de zogezegd inefficiënte praktijken te schrappen wel gelijk tot besparingen zal leiden.

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) betwijfelt of de incentives zullen volstaan om de noodzakelijke mentaliteitswijziging op gang te brengen zodat de doelstellingen van de hervorming worden gehaald. Ziekenhuizen staan vaak zeer weigerachtig tegenover verandering. Bovendien vreest ze dat de ziekenhuizen een grote creativiteit aan de dag zullen leggen om de nieuwe regels te omzeilen.

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, is zich van dat risico bewust. Toch denkt ze dat, met het nieuwe systeem, dat risico beter zal kunnen worden beheerst en dat het mogelijk wordt sneller te reageren dan met de referentiebedragen. Het is de bedoeling de goede leerlingen te belonen en de slechte te straffen.

Volgens *mevrouw De Coninck (sp.a)* zullen de voorgestelde maatregelen het niet mogelijk maken die laatste doelstelling te bereiken. Het registreren van de effectief verrichte prestaties zal niet volstaan. Ze deelt de ongerustheid van mevrouw Dedry. Ze betreurt dat het ontwerp focust op de erelonen, zonder de ziekenhuisdirecties te responsabiliseren. De reikwijdte van het wetsontwerp is te beperkt.

Mevrouw Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) vindt het jammer dat de minister niet gewacht heeft op de voltooiing van de ontwerpen van koninklijk besluit om alle teksten aan het Parlement voor te leggen. Alleen zo kan een alomvattend beeld worden verkregen van de hervorming en van de concrete implicaties ervan.

Volgens *de minister* kan niet over de koninklijke besluiten worden gesproken vóór de wet is aangenomen. Ze vindt ook dat moet worden gewacht tot het Verzekeringscomité klaar is met zijn besprekingen.

deux systèmes ne s'applique. Le régime du financement groupé débutera pour les hospitalisations qui surviendront à partir de 2019.

C. Répliques

M. Daniel Senesael (PS) dit ne pas être totalement rassuré par les réponses de la ministre. De nombreux éléments restent flous et les réponses apportées, au lieu d'éclairer le fonctionnement du système proposé, renforcent parfois le sentiment de complexité. L'orateur s'en étonne au vu de l'objectif de transparence affiché par la ministre.

Enfin, M. Senesael estime que la volonté de supprimer des pratiques dites non efficientes conduira bel et bien à des économies.

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) doute que les incitants mis en place suffiront à provoquer les changements de mentalité nécessaires afin que la réforme atteigne ses objectifs. Le milieu hospitalier se montre souvent très réticent au changement. Elle craint en outre que les hôpitaux ne fassent preuve de beaucoup de créativité afin de contourner les nouvelles règles.

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, se dit consciente de ce risque. Elle estime cependant que le nouveau système permettra de mieux le maîtriser et de réagir plus rapidement qu'avec les montants de référence. L'objectif est de récompenser les bons élèves et de sanctionner les mauvais.

Selon *Mme Monica De Coninck (sp.a)*, les mesures proposées ne permettront pas d'atteindre ce dernier objectif. L'enregistrement des prestations effectivement réalisées ne suffira pas. Elle partage les inquiétudes de Mme Dedry. Elle regrette que le projet se focalise sur les honoraires sans responsabiliser les directions hospitalières. Le projet a une portée trop limitée.

Mme Muriel Gerkens (Ecolo-Groen) regrette que la ministre n'ait pas attendu la finalisation des projets d'arrêtés royaux pour soumettre l'ensemble des textes au Parlement. Seule cette manière de procéder aurait permis de disposer d'une vue d'ensemble complète de la réforme et de ses implications concrètes.

La ministre estime que l'on ne peut discuter des arrêtés royaux avant que la loi soit votée. Elle estime qu'il faut en outre attendre la fin des débats au sein du Comité de l'assurance.

Mevrouw Muriel Gerken (Ecolo-Groen) antwoordt dat niets belet om de inhoud van de koninklijke besluiten toe te lichten, ook als die besluiten niet ter goedkeuring aan het Parlement worden voorgelegd. Deze handelwijze is niet ongewoon in technische aangelegenheden, waarbij de beheersing van de details belangrijk is voor het begrip van het geheel.

III. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

Artikelen 1 en 2

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Artikel 3

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikelen 4 tot 8

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden achtereenvolgens aangenomen met 10 stemmen tegen 1 en 2 onthoudingen.

Artikelen 9 en 10

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden achtereenvolgens aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikel 11

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Het wordt aangenomen met 10 stemmen tegen 1 en 2 onthoudingen.

Mme Muriel Gerken (Ecolo-Groen) réplique que rien n'empêche de donner des précisions sur le contenu des arrêtés royaux, même sans soumettre les arrêtés-mêmes à la sanction du Parlement. Cette façon de procéder n'est pas inhabituelle dans des matières techniques, dans lesquelles la maîtrise des détails importe pour la compréhension de l'ensemble.

III. — DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

Articles 1^{er} et 2

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Ils sont successivement adoptés à l'unanimité.

Article 3

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Il est adopté par 11 voix pour et 2 abstentions.

Articles 4 à 8

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Ils sont successivement adoptés par 10 voix contre 1 et 2 abstentions.

Articles 9 et 10

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Ils sont successivement adoptés par 11 voix pour et 2 abstentions.

Article 11

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Il est adopté par 10 voix contre 1 et 2 abstentions.

Artikelen 12 tot 14

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden achtereenvolgens aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Artikelen 15 tot 17

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Ze worden achtereenvolgens aangenomen met 10 stemmen tegen 1 en 2 onthoudingen.

*
* *

Het gehele wetsontwerp wordt, met inbegrip van enkele taalkundige en wetgevingstechnische verbeteringen, aangenomen met 10 stemmen tegen 1 en 2 onthoudingen.

De rapporteur,

Anne DEDRY

De voorzitter,

Muriel GERKENS

Bepalingen die een uitvoeringsmaatregel vergen (artikel 78, 2, van het Reglement van de Kamer):

— met toepassing van artikel 105 van de Grondwet: de artikelen 3, 4, 5, 6, 7, tweede en derde lid, 8, 11, 15 en 17;

— met toepassing van artikel 108 van de Grondwet: *nihil*.

Articles 12 à 14

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Ils sont successivement adoptés par 11 voix pour et 2 abstentions.

Articles 15 à 17

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Ils sont successivement adoptés par 10 voix contre 1 et 2 abstentions.

*
* *

L'ensemble du projet de loi, en ce compris une série de corrections d'ordre linguistique et légistique, est adopté par 10 voix contre 1 et 2 abstentions.

Le rapporteur,

Anne DEDRY

La présidente,

Muriel GERKENS

Dispositions qui nécessitent des mesures d'exécution (article 78, 2, du Règlement de la Chambre):

— en application de l'article 105 de la Constitution: articles 3, 4, 5, 6, 7, alinéas 2 et 3, 8, 11, 15 et 17.

— en application de l'article 108 de la Constitution: *nihil*.