

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 20 SEPTEMBER 2016

Namiddag

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

du

MARDI 20 SEPTEMBRE 2016

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14.15 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.15 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

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

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

La **présidente**: Chers collègues, je vous souhaite la bienvenue après cette interruption d'été et vous remercie d'être présents aujourd'hui. Merci à Mme la ministre de venir nous faire un état des lieux de la réforme du financement des hôpitaux. Nous avons eu une réunion, lors de laquelle le plan avait été présenté, en juin 2015. Le temps passe!

01.01 Maggie De Block, ministre: Avril, pas juin.

La **présidente**: Le plan a été présenté mais en commission, c'était...

01.02 Maggie De Block, ministre: (...)

La **présidente**: Ah oui, d'accord. Nous avons convenu de faire un suivi des concrétisations et des étapes. Nous n'avons pas besoin de rapporteur mais il y aura un compte rendu intégral. Madame la ministre, je vous donne la parole; puis je donne la parole aux membres pour leurs commentaires et questions.

01.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, dames en heren Kamerleden, u hebt mij gevraagd — en dat was ook afgesproken — om vandaag een stand van zaken te brengen in het dossier van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Zoals u weet, is dat een van de grootste beleidswerven voor de huidige legislatuur.

Ik zal u een overzicht geven van de vorderingen in het plan van aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het betreft een plan dat ik hier op 28 april 2015 heb toegelicht.

In het tijdsbestek van één commissievergadering zal ik ingaan op de thema's waarop wij het voorbije jaar hebben gewerkt en waarin wij vorderingen hebben gemaakt.

Je vais commencer par rappeler les raisons pour lesquelles cette réforme est nécessaire et ce qui a été conclu à ce sujet dans l'accord de gouvernement. J'expliquerai aussi brièvement comment nous allons procéder dans nos travaux politiques. Ensuite, je donnerai un aperçu des thèmes et des travaux principaux sur lesquels j'ai travaillé au cours de l'année dernière avec mes administrations et avec le secteur. Les différents sujets sont regroupés en deux thèmes. Tout d'abord, l'organisation du paysage hospitalier.

Deuxièmement, le financement des hôpitaux. Comme vous pouvez le voir, nous ne sommes pas restés les bras croisés ces derniers mois.

J'aimerais avant tout vous rappeler les principes de base issus de l'accord de gouvernement qui sont pertinents pour la réforme du financement des hôpitaux. Nous aspirons à des soins de santé de qualité, accessibles et abordables, qui placent le patient au centre des préoccupations et le considèrent toujours comme un partenaire actif à part entière. Nous souhaitons réaliser cet objectif à l'aide de réformes structurelles, d'une perspective pluriannuelle stable, d'une politique basée sur des preuves scientifiques et de même, pour le financement, davantage de transparence et si possible une simplification administrative.

Le projet-clé que nous abordons aujourd'hui est composé de deux grands volets, à savoir la fonction en mutation de l'hôpital dans le paysage des soins et la nécessité d'adapter fondamentalement son financement. Cette adaptation est nécessaire, car les besoins des patients changent aussi. Ils sont de plus en plus âgés et souffrent plus souvent de multiples affections chroniques. Les hôpitaux doivent travailler davantage dans des réseaux cliniques permettant une étroite collaboration structurelle entre les fonctions générales et les fonctions spécialisées des hôpitaux. Il est aussi nécessaire de collaborer plus étroitement avec les prestataires *extra muros* afin d'établir une coordination suffisante et d'harmoniser les différentes formes de soins.

Nous avons besoin de plus de centres spécialisés où peuvent être concentrés les traitements complexes et rares ainsi que les technologies spécialisées sur la base des preuves scientifiques disponibles.

L'utilisation de l'infrastructure hospitalière doit être optimisée davantage, notamment en évitant les longues hospitalisations inutiles. Le surplus de lits aigu doit être converti en lits pour soins chroniques et/ou vers une infrastructure au sein d'autres établissements de soins et accueil transmural.

La réforme du financement des hôpitaux est basée sur les principes suivants. Les frais de fonctionnement des soins raisonnables doivent être financés correctement. Le financement doit être moins guidé par la structure et les prestations. L'accent doit plutôt être mis sur la qualité et le résultat. Le financement est à adapter aux besoins changeants. La charge d'enregistrement des hôpitaux doit être réduite.

Nous plaçons pour un système mixte de financement prospectif pour les soins standardisables, certes, avec le maintien du principe des honoraires par prestation médicale. Il est nécessaire d'examiner le système existant des retenues sur les honoraires des médecins en fonction des réformes. La participation des médecins à la gestion médicale de l'hôpital est garantie. Il faut accorder suffisamment d'attention aux activités spécifiques, telles que les activités de formation et de recherche.

La réforme du financement des hôpitaux va bien entendu de pair avec d'autres réformes comme la révision de l'arrêté royal 78 relatif à l'exercice des professions de soins de santé et la future réforme de la nomenclature.

En ce qui concerne mes propositions pour la réforme de l'arrêté royal 78, une journée d'études est prévue à la fin du mois de septembre. Mes plans y seront présentés aux acteurs de terrain.

La réforme du financement des hôpitaux est aussi liée à d'autres initiatives que j'ai prises au niveau politique. Je pense notamment au plan de soins intégré en faveur des maladies chroniques, la stratégie e-santé ou encore les plans de simplification administrative.

Een heroriëntering van de rol van het ziekenhuis in het zorglandschap is noodzakelijk om de middelen intelligenter te kunnen inzetten. De bedoeling is om de middelen die nu suboptimaal worden ingezet te herinvesteren en om de middelen en de mensen binnen en buiten ook efficiënter te verdelen tussen de ziekenhuizen. Dat willen wij realiseren door het aantal niet-gebruikte acute ziekenhuisbedden af te bouwen, waar mogelijk de verblijfsduur in te korten en de zorg te verplaatsen naar een aanbod buiten het ziekenhuis voor herstel of revalidatie, door onnodige dubbele onderzoeken te vermijden en het overaanbod aan dure technologie in te perken.

Wij weten al jaren dat de kloof tussen het aantal beschikbare — dat wil zeggen erkende — en het aantal verantwoorde — dat wil zeggen nodige — ziekenhuisbedden groeit. De cijfers die worden gebruikt voor de financiering van het BFM van juli 2016, met andere woorden gebaseerd op de activiteiten van 2013, bevestigen deze trend eens te meer.

U ziet hier op de projectie dat de kloof vooral bestaat voor de acute bedden voor hospitalisatie van volwassenen, de zogezegde C- en D-bedden, waar de kloof circa 15 % bedraagt. In globes hebben wij ook meer dan 10 % te veel materniteitsbedden en pediatriebetten. Betten voor geriatrische patiënten hebben wij dan weer te weinig; het tekort bedraagt zo'n 4 %. U moet ook weten dat deze meest recente cijfers gebaseerd zijn op de activiteiten in 2013. Ondertussen is natuurlijk de verblijfsduur in de ziekenhuizen nog verder gedaald. Dat wil zeggen dat men de kloof nog verder zal zien vergroten. Als wij daarbij nog rekening houden met de opportuniteit om de verblijfsduur nog verder te verkorten of om over te schakelen op daghospitalisatie, dan wordt het overduidelijk dat het overschot aan acute bedden nog groter zal worden dan op deze projectie.

Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering vraagt een stapsgewijze aanpak. Het hele plan van aanpak werd daarom ook opgedeeld in werkpakketten. De pakketten voor de periode 2015-2016 werden al geconcretiseerd en wij werken ondertussen de pakketten voor de komende twee jaar verder uit. In het plan van aanpak is dan ook bepaald om te werken met pilootprojecten.

Voor de governance van het hele project was mijn plan om sterk de nadruk te leggen op overleg en samenwerking met alle betrokken actoren in het werkveld. Op het niveau van de federale bevoegdheden voorzag ik daarom in een overleggroep met de sector en ad hoc overlegmomenten met de stakeholders die niet in die overleggroep vertegenwoordigd zijn.

Het overleg met de deelstaten verloopt via de interkabinettenwerkgroep Ziekenhuizen en via de interministeriële conferenties volksgezondheid.

En ce qui concerne la méthodologie, nous avons réalisé plusieurs choses. J'ai créé le groupe de concertation en juin 2015. Ce groupe est composé des représentants des organisations coupoles d'hôpitaux, des syndicats médicaux et des mutualités.

Chaque groupe est représenté par cinq membres permanents. En 2015, le groupe de concertation s'est réuni à cinq reprises et, en 2016, trois réunions ont déjà eu lieu avant l'été.

Dans le cadre des discussions bilatérales avec les autres parties concernées, il y a eu des contacts périodiques entre autres avec les prestataires de soins indépendants comme les kinés, les pharmaciens, les infirmiers en soins à domicile, les psychologues et autres. De plus, ma cellule se concerte très régulièrement avec les administrations avec lesquelles nous travaillons très étroitement et de manière constructive. Ils se réunissent tous les 15 jours. Il s'agit des représentants du SPF Santé publique, de l'INAMI et du KCE. Après la finalisation du plan d'approche fin avril 2015, douze réunions ont eu lieu en 2015 et neuf avant l'été 2016.

Nous nous concertons de manière constructive avec les entités fédérées dans le cadre de la Conférence interministérielle de Santé publique. Depuis le lancement du plan d'approche, quatre conférences ont eu lieu et le groupe de travail inter-cabinets hôpitaux s'est réuni cinq fois. De plus, une séance spécifique a été organisée pour y expliquer la marche à suivre des projets pilotes.

Lors de la Conférence interministérielle du 29 juin 2015, tous les ministres compétents ont signé une déclaration commune concernant le nouveau rôle de l'hôpital dans le paysage des soins. Il s'agit d'un engagement de la part des acteurs politiques, des différents niveaux de pouvoir visant l'exécution des réformes indispensables dans le paysage hospitalier. Cette déclaration prouve bien qu'il est nécessaire d'avoir une vision commune pour pouvoir maintenir une cohérence entre les compétences des différentes autorités.

Bien entendu, j'entretiens aussi des contacts informels avec mes collègues des entités fédérées et nous nous tenons au courant des nouvelles initiatives. L'optimisation du fonctionnement des organes d'avis actuels est prévue et sera reprise dans les travaux relatifs au *redesign* des administrations de soins de santé.

Een eerste instrument dat wij gebruikt hebben om het werkveld meteen bij de hervormingen te betrekken, zijn de pilootprojecten. In het kader van de ziekenhuishervorming wil ik werken met de ideeën die de sector zelf aanlevert. Dat doen wij via de uitvoering van pilootprojecten, die ons toelaten om nieuwe modellen uit te testen op een beperkte schaal, vooral in de zorg, die vaak begint in het ziekenhuis, maar nadien buiten de muren van het ziekenhuis wordt voortgezet. Nogmaals, het is de bedoeling om onnodige en onnodig lange ziekenhuisopnames te vermijden. Dat vergt goede afspraken met alle betrokken zorgvoorzieningen, opdat

de continuïteit van de zorg en dus de kwaliteit ervan gegarandeerd blijven voor de patiënten.

In de zomer van 2015 hebben wij de sector ertoe opgeroepen om thema's voor pilootprojecten aan te reiken die zouden toelaten de ziekenhuisinfrastructuur efficiënter te benutten. Wij hebben massaal veel reacties gekregen van ziekenhuizen, zorgverleners, OCMW's en burgers. In totaal ontvingen wij 470 voorstellen die wij in enkele thema's hebben kunnen bundelen. Er waren voorstellen om aan bepaalde patiënten de nodige zorg te geven in een thuisomgeving of in een zorgsetting buiten het ziekenhuis, zoals een hersteloord, of als ambulante patiënt. Daarnaast ontvingen wij tal van ideeën om patiënten minder lang in een ziekenhuis te laten verblijven, bijvoorbeeld door te wijzen op behandelingen die geen overnachting in het ziekenhuis vergen, maar tijdens een dagopname kunnen gebeuren. Ten slotte suggereerde men ons om ziekenhuisopnames of verpleegdagen te vermijden door een betere samenwerking tussen ziekenhuizen onderling of tussen ziekenhuizen en ambulante zorgverleners.

Nog in de zomer van 2015 hebben wij de nodige administratieve voorbereidingen getroffen om de eerste oproep te lanceren voor deelname aan pilootprojecten binnen één welbepaald thema. Daartoe deden wij een beroep op verschillende partijen. De medewerkers van de FOD Volksgezondheid bereidden de sjabloon voor de kandidatuurstelling voor, evenals de projectovereenkomst die de partners onderling gesloten moeten hebben. Partijen die zich samen kandidaat stellen voor een pilootproject, krijgen immers de garantie dat zij per patiënt samen kunnen blijven rekenen op hetzelfde budget als wanneer de patiënt in het ziekenhuis opgenomen zou zijn, zoals dat tot nu toe het geval was. Alleen wordt dat geld nu niet langer uitsluitend aan ziekenhuiszorg besteed.

Bovendien deden wij een beroep op de twee grootste ziekenhuiskoepels, Zorgnet en Santhea, voor de opmaak van het rekenmodel. Dat dient om het principe van budgetgarantie tussen de partners onderling te realiseren.

Het eerste thema waarvoor voorstellen van pilootprojecten konden worden ingediend, was het bevallen met verkort ziekenhuisverblijf. Dat onderwerp sprak blijkbaar sterk tot de verbeelding. Wij ontvingen liefst 35 heel degelijk uitgewerkte zorgtrajecten, waarin ziekenhuizen, vroedvrouwen, thuisverpleegkundigen en anderen de handen in elkaar sloegen. Samen vertegenwoordigden de ingediende dossiers ongeveer 60 % van de materniteitsbedden van het land.

Ondertussen hebben onafhankelijke experts op basis van zowel financieel-administratieve als zorginhoudelijke criteria zorgvuldig zeven projecten geselecteerd en zijn die pilootprojecten van start gegaan. Na een jaar volgt een tussentijdse evaluatie. Na het tweede jaar is er een eindevaluatie.

De goedgekeurde projecten krijgen voor de coördinatie een extra budget van 40 000 euro per jaar. De projecten die een positieve eindevaluatie krijgen, zullen ons meer inzicht bieden in wat in de praktijk hier in België werkt en niet kan werken. Op basis daarvan kunnen wij dan een beleid rond bevallen met een verkort ziekenhuisverblijf uittekenen voor het hele land.

Sindsdien zijn nog twee andere oproepen gelanceerd. Vorige vrijdag werden voor beide thema's samen meer dan twintig kandidaturen ingediend. Beide thema's gaan over thuishospitalisatie. Het ene thema gaat over intraveneuze toediening van antibiotica. Het andere onderwerp is ruimer opgevat en zoekt naar nieuwe organisatiemodaliteiten voor thuishospitalisatie.

Specifiek aan alle pilootprojecten is dat patiënten nooit zullen worden verplicht in het nieuwe traject in te stappen. Patiënten die dat wel willen doen, mogen dan op hun beurt niet meer betalen dan wanneer zij in het ziekenhuis zouden zijn opgenomen.

Omdat ondertussen ook nog pilootprojecten lopende of gepland zijn voor andere beleidswerven, bijvoorbeeld voor geïntegreerde zorg met chronisch zieken en *Mobile Health*, plan ik geen verdere oproepen meer voor pilootprojecten in het kader van de ziekenhuisfinanciering.

En ce qui concerne l'organisation des soins hospitaliers, de nombreuses études sont en cours cette année, afin de pouvoir préparer certaines choses en profondeur. Je vais vous donner plus de détails sur trois thèmes: d'abord, sur les initiatives que j'ai prises au niveau de la création de réseaux, puis sur la nécessité de concentrer certaines formes de soins spécialisés, et enfin sur l'état d'avancement des soins non programmables.

J'ai demandé à développer davantage certains sous-thèmes dans le cadre du volet réorientation du paysage de soins et réorganisation des soins hospitaliers. Pour ce faire, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a été chargé de mener plusieurs études.

Le KCE est actuellement en train de préparer des études portant sur différents thèmes, et premièrement sur la structure de gouvernance des réseaux. Pour ce thème, le rapport final sera soumis au conseil d'administration du KCE avant la fin de l'année. Dans quelle mesure les interventions chirurgicales pour lesquelles les patients sont actuellement hospitalisés peuvent-elles passer en hospitalisation de jour?

Comment organiser les soins en traumatologie en Belgique? Comment évaluer l'offre de soins requise pour les prochaines années, en tenant compte des évolutions attendues dans la composition de la population, et de la morbidité? Et si la durée de séjour des patients est écourtée à l'avenir, quels besoins en forme de soins alternatifs se manifesteront-ils après le séjour à l'hôpital? Ce n'est pas parce qu'un patient sort plus tôt de l'hôpital qu'il est plus vite guéri.

Pour ces deux derniers thèmes, le rapport final sera présenté au conseil d'administration du KCE avant l'été 2017, ainsi que les recommandations politiques.

Ook de conceptnota over netwerking is nog in voorbereiding, maar ik wil toch al enkele basisprincipes ervan toelichten. Het uitgangspunt voor de visie op netwerking is het volgende: de reorganisatie van het zorglandschap zal resulteren in een gerationaliseerd zorgaanbod, waarbij er steeds meer concentratie en specialisatie van ziekenhuiszorg zal zijn, met afbouw van de capaciteit. Tegelijk moeten de patiënt en zijn verwijzer te allen tijde weten waar zij terecht kunnen voor de juiste zorg naargelang de aandoening. Het netwerk zie ik als een instrument voor geformaliseerde taak- en werkafspraken tussen ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten, zodat de patiënten en hun verwijzers steeds hun weg kunnen vinden.

Ik laat dus een netwerkconcept voorbereiden in de regelgeving als een nieuw instrument om samenwerking op het vlak van de klinische zorg te bevorderen. Wij merken immers dat de bestaande instrumenten, zoals een fusie en associatie en een groepering, een onvoldoende hefboom zijn om ziekenhuizen structureel te laten samenwerken. Het concept netwerk vervangt volgens mij het individuele ziekenhuis als hoeksteen van het ziekenhuisbeleid. De bedoeling is vooral om samenwerking in de zorgverlening te bevorderen.

Uiteraard zijn er ook belangrijke voordelen te realiseren via samenwerking op het vlak van de zorgondersteunende diensten, bijvoorbeeld op het vlak van kosten en kwaliteit. Daartoe hebben de ziekenhuizen echter al meer mogelijkheden via de bestaande samenwerkingsvormen. Voor samenwerking op het vlak van bijvoorbeeld facturatie, aankoop en personeelsbeleid moet ik geen nieuw beleidsinstrumentarium laten ontwerpen.

In het kader van de nauwere samenwerking tussen ziekenhuizen zal ik verschillende soorten ziekenhuisfuncties onderscheiden. Naargelang de aandoening omvat het zorgtraject voor de patiënt mogelijks zorg in één of meer algemene gespecialiseerde referentie- of universitaire functies. De algemene zorgfuncties worden aangeboden in elk netwerk en kunnen op elke vestigingsplaats van het netwerk worden aangeboden. De gespecialiseerde zorgfuncties worden aangeboden in elk netwerk, maar slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen. Voor die functies dienen de vestigingsplaatsen binnen het netwerk onderlinge door- en terugverwijsafspraken te maken.

De referentiezorgfuncties zijn nog sterker gespecialiseerd en worden niet in elk netwerk aangeboden. Hiervoor zijn door- en terugverwijsafspraken tussen de verschillende netwerken vereist.

De specifieke universitaire functies op het vlak van patiëntenzorg omvatten onder andere de laatstelijsverwijsfunctie en de zogenaamde tertiaire of quaire pathologie.

Un deuxième thème concret pour lequel je prépare une initiative politique, c'est la concertation des soins spécialisés. Il est ressorti de plusieurs rapports récents du KCE, qu'il est nécessaire de concentrer les soins sur la base de réflexions sur la qualité et le coût. Du côté de la chirurgie des tumeurs rares, c'est notamment le cas pour le carcinome de l'œsophage, du pancréas et des poumons. Ce type d'intervention devrait se faire uniquement dans des centres spécialisés. La compétence fédérale de la programmation permet de désigner des centres spécialisés, mais afin de pouvoir donner plus vite de clarté au patient, j'ai demandé à l'INAMI d'examiner si le remboursement des interventions pouvait être limité à quelques centres à l'aide de la convention INAMI conclue par le biais de collèges de médecins-directeurs.

Dan kom ik bij de hervorming van de niet-planbare zorg. Dit is een ander deelaspect van mijn beleid dat

samenhangt met de organisatie van het ziekenhuislandschap. Ook binnen dit domein zijn er het afgelopen jaar heel wat voorbereidingen getroffen.

De centra 112/1733 voor medische dispatching moeten zo georganiseerd worden dat de patiënt steeds naar het juiste zorgaanbod wordt doorverwezen aan de hand van een uniforme *triage tool* om de aard en de ernst van de zorgbehoefte te bepalen. Als een dringende opname in de gespecialiseerde zorg aangewezen is, zal de patiënt via het systeem van de dringende geneeskundige hulpverlening naar de meest geschikte gespecialiseerde spoedgevallendienst overgebracht worden. De dienst Dringende Geneeskundige Hulpverlening zou in de toekomst moeten bestaan uit drie onderdelen: de medische urgentiegroepen (MUG), de paramedische interventieteams (PIT) en de ambulances.

Deze regularisatie, dat wil zeggen de bepaling van de meest adequate gespecialiseerde spoedgevallenzorg, zal gebeuren in overleg tussen de interveniërende teams en het hulpcentrum 112. Daartoe zullen de verschillende teams een aangepaste vorming krijgen.

Alle onderdelen moeten een aangepaste programmering krijgen die past binnen het geheel. Dat zal gebeuren op basis van een dynamisch geografisch computermodel dat gebaseerd is op het aantal keren dat een dienst werkelijk moet uitrukken en de gemeten aanrijtijden in de verschillende regio's van het land. Deze programmering zal regelmatig moeten worden herzien op basis van de geregistreerde gegevens om de vooropgezette *service levels* te blijven halen. Het moet ook mogelijk zijn om via de dynamische programmering de beschikbaarheid van diensten te laten variëren in de tijd, zowel dag/nacht als week/weekend.

Als uit een oproep naar de medische dispatchcentra blijkt dat de meest efficiënte hulp in de eerste lijn kan worden geboden zal een verwijzing naar de huisarts volgen, naar de GMD-houdende huisarts binnen de normale werkuren en naar de wachtdiensten erbuiten. De huisartsen worden aangemoedigd om hun wachtdiensten in een wachtpost te houden, en de wachtposten worden gestimuleerd om zeer nauw samen te werken met de aanwezige spoeddiensten van ziekenhuizen. Buiten de normale werkuren kunnen eenvoudige protocollen ook leiden tot een uitstel van zorg via een verwijzing naar de planbare zorg.

Zoals wij in de programmering de permanenties aanpassen aan de noden in aantal en tijd, zo wensen wij ook het vergoedingsstelsel aan te passen aan de gevraagde dienstverlening. Voor de voorziene vergoeding heb ik een canvas van vier afzonderlijke onderdelen in het hoofd. Ik denk aan een permanentievergoeding en aan een uitrukvergoeding voor de opdracht die men van het hulpcentrum 112 ontvangt zonder dat men werkelijk een patiënt vervoert. De prestatie en verzorging ter plaatse zullen wij ook forfaitair vergoeden. Dit laat toe dat patiënten na verzorging ter plaatse niet nodeloos moeten worden overgebracht naar een spoeddienst. Als vierde en laatste onderdeel kan er ook een vervoersvergoeding zijn.

Ik beoog via deze aangepaste financieringsmodaliteiten een sterkere en kwaliteitsvollere dienstverlening te stimuleren. De realisatie van het nieuwe financieringsmodel moeten wij uiteraard inpassen in de huidige budgettaire context.

Vervolgens wil ik stilstaan bij een aantal thema's inzake de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, waar het voorbije jaar hard aan gewerkt is. Ik zal het hebben over de opsplitsbaarheid van patiëntengroepen in een cluster van laag-, medium-, hoogvariabele zorg, de nieuwe financiering van de laagvariabele zorg en de initiatieven inzake *pay for performance*. Ik zal het ook hebben over de hervormingen en de nieuwe initiatieven in het budget financiële middelen, met name het elektronisch patiëntendossier, de financiering naargelang van de verpleegkundige zorgzwaarte, alsook de administratieve vereenvoudiging.

In mijn plan van aanpak heb ik vorig jaar aangekondigd dat wij willen komen tot een nieuwe financiering, die verschilt naargelang het gaat over laag-, medium-, of hoogvariabele zorg. Het Kenniscentrum heeft ondertussen een methodiek ontwikkeld om patiënten op basis van pathologiegroepen op te delen in drie clusters, naargelang van de variabiliteit van de RIZIV-uitgaven per patiënt. Het gaat hier zowel om de variabiliteit in de uitgaven tussen patiënten als die tussen ziekenhuizen. In de studie is een bruikbare methodiek ontwikkeld voor deze opsplitsing in groepen. Uiteraard zal de groepering in de toekomst regelmatig geactualiseerd moeten worden, onder andere bij wijzigingen in de medische praktijkvoering, en op basis van de bijkomende informatie die beschikbaar is.

Hier ziet u hoe het Kenniscentrum voor zijn statistische analyses gebruikmaakt van mooie visualisatietechnieken die toelaten vele detailgegevens in één oogopslag voor te stellen en te interpreteren.

Ik geef hier het voorbeeld van een willekeurige pathologiegroep. Elk blok geeft de middeleninzet weer in de ziekenhuizen naargelang de ernstgraad van de patiënt. De linkerkolom is de lichtste ernstgraad en zo gaat men naar de zeer ernstige. Op de X-as staan de uitgaven per patiënt. Elke horizontale lijn op deze as stelt een ziekenhuis voor. Elk grijszwart balkje geeft de verspreiding van de uitgaven voor een ziekenhuis weer. Hoe donkerder het balkje, hoe meer patiënten. De groene lijn geeft dan de mediane middeleninzet weer per ernstgraad en de oranje lijnen geven het eerste en derde kwartiel weer.

Het is wel zo dat de ziekenhuizen die zich in de eerste kolom bevinden op een bepaalde hoogte niet mogen worden doorgetrokken. Het zijn telkens andere rangschikkingen. Ik had ook vier *slides* achter elkaar kunnen tonen, maar zo is het wel duidelijker.

U ziet hier dus voor deze willekeurige pathologiegroep dat er slechts een beetje variabiliteit bestaat binnen de laagste ernstgraad. Dat wil zeggen: de oranje lijn staat dicht bij de groene lijn en het zwartste deel van elk balkje ligt binnen die grenzen. Heel weinig variabiliteit binnen ernstgraad 2 en 3 en meer variabiliteit binnen de ernstgraad 4. Dat is de laatste kolom. Er zijn overigens ook erg weinig ziekenhuizen met patiënten in de hoogste ernstgraad.

Een en ander illustreert dat we voor deze aandoening voor patiënten met de laagste ernstgraden kunnen werken met een financiering op basis van een vast bedrag per patiënt. Dit zal financieel weinig risico met zich brengen voor de meeste ziekenhuizen, want de meeste ziekenhuizen hebben heel weinig patiënten die buiten de oranje lijnen vallen. Er is dus duidelijk een segment van laagvariabele zorg.

De studie van het Kenniscentrum laat dus toe om een aantal pathologiegroepen te identificeren die laagvariabel zijn en waarvoor een financiering in de vorm van een uniform en vast bedrag per patiënt kan worden vastgelegd. Deze nieuwe financiering wordt initieel ontwikkeld voor een beperkt aantal pathologiegroepen. Uiteraard moet het gaan over aandoeningen waarvoor de ziekenhuiszorg slechts weinig variabiliteit vertoont. In eerste instantie beperken we ons ook tot de aandoeningen waarvoor een voldoende groot aantal ziekenhuisopnames plaatsvindt in België.

Op dit ogenblik zijn de fases 1 en 2 in volle voorbereiding. Tijdens die fases worden de honoraria gebundeld tot één vast bedrag. Dat doen wij voor meer en ook andere pathologiegroepen dan enkel diegene waarvoor er referentiebedragen bestaan. In een volgend stadium zal dat uitgebreid worden naar andere ziekenhuisfinancieringen, zoals de geneesmiddelen, het dagziekenhuis en het budget van de financiële middelen, om tot slot in fase 5 tot een ziekenhuisoverschrijdende financiering te komen. Bevallingen zijn een voorbeeld van wat wij op een andere manier willen financieren, waarbij de meeste patiënten een vrij gelijkaardig zorgtraject hebben, met uiteraard een onderscheid tussen de vaginale bevalling en een bevalling via een keizersnede. Andere voorbeelden zijn de heup- en knieprotheses.

Fase 1 en 2 van die hervorming verlopen als volgt. Op mijn vraag zijn de verschillende betrokken administraties met de uitwerking bezig, gelijktijdig voor fase 1 en 2, op verschillende vlakken. Voor de pathologiegroepen die beantwoorden aan het criterium lage variabiliteit in RIZIV-uitgaven moet er nu een grondige klinische afcheck gebeuren met artsen en experts die dagelijks met die patiënten in contact komen. Zij moeten beoordelen of er bijvoorbeeld medisch te verantwoorden verschillen in diagnostiek en behandeling zijn, zoals naargelang de leeftijd of de oorzaak van de aandoening, die resulteren in verantwoorde verschillen in kosten. In die gevallen moet zo'n pathologiegroep misschien opgesplitst worden in twee of meerdere subgroepen voor de financiering. De clinici zullen ook bekijken of het verantwoord is om hetzelfde bedrag te reserveren voor een behandeling in een dagziekenhuis of met een klassiek ziekenhuisverblijf, dan wel of er medisch verantwoorde verschillen in aanpak zijn die verschillen in kosten rechtvaardigen. Die oefening wordt gemaakt voor elke pathologiegroep in afzonderlijke werkgroepen en per medische discipline.

Ondertussen moet er ook een manier gevonden worden om die patiënten tijdig te identificeren tijdens het ziekenhuisverblijf, zodat de maandelijkse facturatie kan gebeuren. Dat is niet onbelangrijk in de technische uitwerking, want tot nu toe verliep de facturatie op basis van nomenclatuurcodes.

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

Mijn administraties zijn deze technische aspecten momenteel volop aan het uitwerken en zullen ze, na bespreking door en advies van de geëigende adviesorganen, omzetten in voorstellen tot aanpassing van de

wetgeving.

De timing voor dit belangrijke deelproject is er. Tegen juli 2017 moet de volledige uitwerking op het niveau van de administraties achter de rug zijn en gecommuniceerd zijn aan alle betrokkenen, zodat zij in juli 2017 de aanpassingen kunnen beginnen doen. De aanpassingen die bij de verschillende betrokkenen moeten gebeuren, zijn niet te onderschatten. De ziekenhuizen moeten zich intern kunnen voorbereiden op dit nieuwe type van financiering, net zoals de verzekeringsinstellingen. Wij geven hun dan ook zes maanden. De artsen zullen met elkaar en met de ziekenhuisdirecties in overleg treden, want dit vaste bedrag zal over de verschillende arts disciplines moeten worden verdeeld. De bedoeling blijft om al in januari 2018 de nieuwe financiering voor welbepaalde pathologiegroepen op te starten.

Zoals u zich nog herinnert uit het plan van aanpak wil ik ook in de toekomst de mediumvariabele zorg vergoeden met een gesloten budget dat wordt verdeeld tussen de ziekenhuizen volgens hun aantal en de zorgwaarde van hun patiënten met aandoeningen, waarvoor de ziekenhuiszorg als mediumvariabel wordt gecatalogeerd. Een werkwijze met een gesloten budget is analoog aan de huidige BFM-financiering, waarbij de nadruk ligt op de accurate verdeelsleutels om het budget tussen de betrokken ziekenhuizen te verdelen. Daarom ligt de focus hier eerst en vooral op de administratieve vereenvoudiging van het huidige Budget van de Financiële Middelen, maar ook op meer transparantie binnen het Budget van de Financiële Middelen, waarbij duidelijk in kaart wordt gebracht welk bedrag elke patiëntengroep bijdraagt aan het totale BFM.

Voor de vereenvoudiging van het BFM heb ik voorstellen aan de overleggroep en de administraties gevraagd. Zij zijn besproken in de overleggroep en worden nu verder onderzocht op hun technische en praktische haalbaarheid door mijn medewerkers van de FOD Volksgezondheid. De bedoeling is om de praktische BFM-vereenvoudigingen volgend jaar door te voeren en de meer fundamentele vereenvoudigingen te koppelen aan de hervorming van het BFM in functie van accuratere verdeelsleutels.

Om tot meer transparantie te kunnen komen, is er ook een studieopdracht gegeven om het BFM te ontrafelen, met name op te splitsen in zijn bestanddelen en te identificeren welk bedrag elke patiëntengroep bijdraagt aan het BFM.

De stappen twee tot vijf uit mijn plan zijn identiek voor de laag- en mediumvariabele zorg. Daar kom ik niet op terug.

Bij de laagvariabele zorg heb ik aangegeven dat, nadat de honoraria gebundeld zijn, er ook andere financieringselementen geïntegreerd zullen worden in het uniform bedrag per patiënt. Als wij het BFM-luik willen integreren, moeten wij precies weten hoeveel BFM het ziekenhuis voor zo een laagvariabele patiënt ontvangt. Op dit moment weten wij dat niet omwille van de ingewikkelde rekenregels die er nu zijn.

Bij de mediumvariabele zorg is onze bekommernis dat de gehanteerde verdeelsleutels om het gesloten budget te verdelen tussen de ziekenhuizen in nauwe relatie staan met de verantwoorde kosten per patiënt. Daarom moet ook voor de mediumvariabele zorg het BFM eerst ontrafeld worden. Eens we zicht hebben op de samenstellende componenten kunnen wij nagaan of de huidige verdeelsleutels de verantwoorde kostenverschillen reflecteren of niet.

Wat de honoraria betreft, had ik aangekondigd dat wij een beter beeld moeten krijgen van het deel praktijkkosten dat elk honorarium per prestatie vergoedt en hoeveel het professioneel deel is. Daarvoor hebben wij een studie uitbesteed.

Voor deze twee deelwerven heb ik dus twee studies uitbesteed: eentje aan vooral Vlaamse ziekenhuizen, het andere aan hoofdzakelijk Waalse ziekenhuizen. Er is overeengekomen dat de twee equipes tijdens hun studiewerk nauw met elkaar samenwerken en ook gezamenlijk rapporteren aan een wetenschappelijke stuurgroep.

Na één jaar volgt een tussentijds rapport en na twee jaar het eindrapport. De wetenschappelijke stuurgroep begeleidt de twee teams gedurende die hele periode.

Wat is de bedoeling van die ontrafeling van het BFM?

Ten eerste, een herordening van het BFM zodat het veel eenvoudiger, transparanter en consistentter wordt. Eén voorbeeld is het beter bundelen van de verschillende kanalen waarmee personeel nu gefinancierd wordt

en suggesties om bepaalde onderdelen van het BFM juister te berekenen door andere verdeelsleutels voor te stellen. Daarbij is ook belangrijk dat we zicht krijgen op de reële kosten per patiënt. Zodoende kan beoordeeld worden of de BFM-financiering van de verschillende patiëntengroepen effectief ook de kosten van de patiënt dekt. U weet dat er nu prestaties bij een patiënt zijn waar een ziekenhuis telkens geld bij inschiet, wat een van de oorzaken is voor de structurele onderfinanciering van onze ziekenhuizen.

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

De andere studie rond honoraria is uitbesteed aan een equipe van de ULB, die hiervoor zal samenwerken met de PACHA-ziekenhuizen. Daarin wordt specifiek de focus erop gelegd om per patiëntengroep de honoraria te identificeren en op te splitsen in een deel praktijkkosten en een deel professioneel. Voor dat laatste zal ook een methodiek worden ontwikkeld om de vereiste relatieve vergoeding per prestatie vast te leggen op basis van de tijd die de arts eraan besteedt, de complexiteit van de activiteit en het risico dat met de medische prestatie gepaard gaat. Het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten heeft zijn medewerking toegezegd voor de enquêtering bij de artsen en de specialisten rond dit onderwerp. Ik ben blij dat zij daaraan willen meewerken.

Uiteraard kan de opsplitsing van de honoraria nog niet voor de volledige nomenclatuur in die studie van twee jaar gebeuren. Om toch al een belangrijk deel van de medische acten te dekken, is er geopteerd voor het grootste deel van de acten die een aanzienlijk stuk van de RIZIV-uitgaven bij de laagvariabele zorg omvatten.

Ten slotte onderstreep ik dat deze studie kadert in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en niet in de beleidswerf betreffende de herijking van de nomenclatuur. Voor dat laatste is er eerst een wetenschappelijke studie nodig die opgenomen is in de recentste bestuursovereenkomst met het RIZIV.

En ce qui concerne les soins à haute variabilité, j'ai demandé à ce qu'on étudie la manière dont les autres pays définissent et financent ces soins. Cette étude sera menée par le KCE en collaboration avec l'équipe de l'UCL et du TU Berlin. Nous attendons les résultats d'ici juin 2017. Cette étude devrait nous inspirer dans le développement d'une technique de financement adaptée aux soins à haute variabilité en Belgique.

Comme vous le savez, je prête énormément d'attention à la qualité des soins. Je souhaite créer un esprit de travail vers la qualité au sein des hôpitaux et auprès des prestataires à l'aide d'incitants financiers. Ceci se fera dans les limites des budgets existants et dans un premier temps en utilisant une somme modeste. Le but est aussi d'augmenter le moins possible la charge d'enregistrement pour les hôpitaux. Si les expériences sont positives, nous pourrions alors étendre ce principe dans la pratique.

Rond de *pay for performance* hebben wij aan de leden van de overleggroep voorstellen gevraagd. Wij kregen nogal gemengde reacties. Sommige ziekenhuiskoepels zijn overtuigd van de toegevoegde waarde van *pay for performance* en kwamen meteen met voorstellen. Andere koepels hadden wat meer koudwatervrees, zoals ik dat noem. Wij hebben het initiatief eerst aan de leden van de overleggroep zelf gelaten, om onderling tot een consensus te komen, wat echter niet is gelukt. Daarom heb ik het project sedert de zomer zelf opnieuw opgenomen. Ik zal heel binnenkort een op meer concrete voorstellen voor een gerichte werkgroep opstarten, waarin de administraties en ook diverse experts, vooral artsen, vertegenwoordigd zullen zijn. Het is voor ons belangrijk dat ook patiënten in deze werkgroep een stem krijgen.

De grote lijnen die voor de *pay for performance* worden gehanteerd en die wij zelf hebben vastgelegd, zijn de volgende.

De *pay for performance* is van toepassing op alle algemene ziekenhuizen. Het gaat niet over een project waaraan ziekenhuizen vrijwillig of niet vrijwillig kunnen deelnemen. Ik wil zowel de verbetering van de kwaliteit als het behalen van een minimumnorm belonen. Wij moeten vermijden dat ziekenhuizen enkel voor die financiering registraties zouden moeten bijhouden. Wij maken dus zoveel mogelijk gebruik van bestaande indicatoren of van indicatoren die uit de reeds bestaande registraties kunnen worden afgeleid.

De sector moet op voorhand goed over de plannen worden geïnformeerd, zoals welke indicatoren er worden gebruikt, hoe ze worden gemeten en hoe ze worden geëvalueerd.

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

Patiënten vragen steeds meer informatie over de kwaliteit. Dat is een belangrijke stimulans, om ook aan de verbetering te werken. Wanneer wij middelen op basis van kwaliteit verdelen, kan ook inzage in de verdeling van de middelen worden gevraagd.

Ik zie ook een grote rol voor de e-gezondheid in het verwezenlijken van de doelstellingen van mijn beleidsplan. Een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier bevordert het delen van informatie voor multidisciplinaire zorg in het ziekenhuis, met andere ziekenhuizen en ook met ambulante zorgverstrekkers.

Het elektronisch patiëntendossier ondersteunt ook de *evidence-based medicine* en meer in het algemeen de kwaliteit van de zorg. De ziekenhuizen worstelen echter met een aantal uitdagingen zoals de groei van de medische technologie om zorgnoden te beantwoorden en de administratieve registratielast gecombineerd met soms niet of nauwelijks geïntegreerde informaticasystemen.

Bij ongewijzigd beleid zouden wij in 2018 nog maar aan 30 % van de ziekenhuizen geraakt zijn waar een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier zou bestaan hebben. Om de ziekenhuizen extra te ondersteunen hebben wij besloten om aan het ICT-budget van 16,4 miljoen euro een bedrag van 40,2 miljoen euro toe te voegen. Dat hebt u teruggevonden in de begroting 2016. Het elektronisch patiëntendossier wordt de informatiehoeksteen van het zorglandschap van morgen.

Sowieso zal door dit bijkomend budget elk ziekenhuis een groter ICT-budget krijgen. Als een ziekenhuis aan welbepaalde criteria voldoet kan het rekenen op een verdere verhoging van het budget. De criteria worden echter jaar na jaar strenger. Op die manier wil ik de ziekenhuizen aanmoedigen om te blijven werken aan hun elektronisch patiëntendossier. Daarom noemen wij het ook het acceleratorbudget, om de inhaalbeweging te doen.

Innoverende ziekenhuizen worden ook aangemoedigd en beloond voor hun vroegere investeringen met een specifiek budget, met name het early adopter-budget. De gesloten enveloppe van ruim 56 miljoen euro zal elk jaar over de algemene en psychiatrische ziekenhuizen verdeeld worden.

De timing en voorwaarden om een budget te krijgen zien er als volgt uit: de sokkel — dat is het rode blokje samen met het roze — is een gegarandeerde financiering, los van de voorwaarden, onder de vorm van een vast bedrag per ziekenhuis en per bed. U merkt dat dit onvoorwaardelijk bedrag eigenlijk jaar na jaar kleiner wordt. Daarnaast is er het acceleratorbudget. Om daarvan te genieten moeten de ziekenhuizen aan bepaalde voorwaarden voldoen die voor elk jaar zijn vastgelegd.

Om het budget 2016 te behouden moet het ziekenhuis tegen eind september 2016 een concreet plan van aanpak inzake scope, selectietraject, implementatietraject, timing en financiering van het geïntegreerd elektronisch patiëntendossier kunnen voorleggen. Om het budget 2017 te behouden moet elk ziekenhuis tegen midden 2017 een keuze gemaakt hebben van elektronisch patiëntendossier, de contracten en de financiering regelen en een startdatum qua implementatie vastleggen.

Vanaf 2018 wordt de concrete implementatie opgevolgd. De financiering wordt dan gekoppeld aan het aantal uitgerolde basisfunctionaliteiten die worden omschreven in de Belgian Meaningful Use-criteria voor het elektronische patiëntendossier. Tegen midden 2019 wordt het bedrag verdeeld tussen de ziekenhuizen die de respectieve basisfunctionaliteiten hebben uitgerold. Vanaf 2017 wordt een klein deeltje van het budget bestemd voor de *early adopters*, om de ziekenhuizen te belonen die vroeger of sneller dan gevraagd hun elektronisch patiëntdossier realiseren. De ziekenhuizen kregen dit budget al via hun BFM in juli 2016, en op 12 september werd het elektronisch patiëntendossier gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*.

Binnen het BFM bestaat er nog heel wat discussie over hoe de verschillen in verpleegkundige zorgzwaarte gemeten moeten worden en hoe die moeten worden meegenomen in de ziekenhuisfinanciering. Na een aantal jaren studie is er in 2014, ietwat halsoverkop, een aanpassing aan de financiering ingevoerd die in de sector voor terechte kritiek zorgde. Ik heb daarom aan mijn administratie gevraagd het systeem te herzien en eventuele fouten erin zo snel mogelijk te corrigeren. De bijsturing van de parameters voor verpleegkundige zorgzwaarte op basis van de zogenaamde *nursing related groups*, NRG's, die in juli 2016 al gerealiseerd zijn in het BFM, zijn kort samengevat de volgende.

Voor de intensieve financieringsgroep wordt de correctie die vorig jaar geïnitieerd voortgezet en zoals beloofd ook retroactief toegepast voor 2014.

5 van de 78 items die gebruikt worden om de verpleegkundige activiteiten te identificeren worden geschrapt voor gebruik in de financiering. Dit betekent niet dat deze verpleegkundige activiteiten niet belangrijk zijn, maar de administratie heeft vastgesteld dat deze 5 items vooral de codeerpraktijken van de ziekenhuizen illustreren en niet zozeer de verschillen in reële verpleegkundige praktijk. Deze verschillen kunnen volgens de administratie bovendien niet bijgestuurd worden via striktere codeerrichtlijnen. Zij werden er dan ook uit gehaald.

Wegens de onzekerheden en de vastgestelde significante verschillen in codeerpraktijken hebben wij beslist om de toepassing voorlopig op 30 % te houden, in afwachting van een meer fundamentele heroriëntering. Wij merken eigenlijk een groot verschil in codering tussen de verschillende ziekenhuizen.

De FOD Volksgezondheid werkt intussen voort aan de meer fundamentele heroriëntering. De belangrijkste denkpistes en aandachtspunten zijn de volgende.

Een verdere differentiatie van de verschillende verpleegkundige items naar basis- versus bijkomende zorg. Basiszorg vindt overal en meestal plaats, terwijl bijkomende zorg veel variabel is. In principe zijn alleen de variabel voorkomende elementen nodig voor de supplementaire financiering.

De huidige verpleegkundige zorggroepen die in de financiering gebruikt worden, zijn vrij sterk gerelateerd aan de bedindex. Er is een C, D, E en I-groep. Misschien moeten er meer verpleegkundige groepen gedifferentieerd worden binnen elk van de bedindexen. Ik kan mij levendig voorstellen dat niet alle patiënten op een heelkundige afdeling een vergelijkbaar verpleegkundig zorgprofiel vertonen.

Er werd ook al voorgesteld om een verpleegkundig zorggewicht per pathologie, per DRG, toe te kennen. Dit biedt het voordeel dat de zorgzwaarte via één in plaats van twee ziekenhuisspecifieke parameters, met name de MZG, wordt gemeten. Bovendien spelen de eigen registraties dan geen rol meer omdat deze gebruikt worden om nationaal een verpleegkundig gewicht aan elke patiëntengroep toe te kennen. Het nadeel is echter dat alle differentiatie in financiering dan via deze registraties per patiënt verloopt, met een groter risico op overcodering. Er is dus nood aan een grondigere audit.

De lange en korte zorgperiodes, dat wil zeggen minder dan 24 uur of 24 uur wegen nu even zwaar door in de financiering en dat is wat men noemt een overwaardering van de korte zorgperiodes. Vandaar dat moet worden onderzocht wat de impact is van een differentiële weging van de zorgperiodes op basis van hun duurtijd.

Er is inderdaad ook nood aan feedback inzake de verpleegkundige zorgprofielen in alle ziekenhuizen, zodat elke afdeling van elk ziekenhuis zich kan situeren ten opzichte van de nationale cijfers. Op die manier verhoogt de klinische relevantie van de verpleegkundige registraties.

Er is nood aan audits, in een eerste fase aan statistische audits en in een volgende fases aan audits ter plaatse.

Ten slotte, er is intussen een nieuw systematisch overleg opgestart tussen de coördinatoren van de verpleegkundige registraties uit de ziekenhuizen en de experts van de FOD. Dat lijkt mij ook een goed initiatief.

Nu kom ik tot de administratieve taken. Vaak horen wij dat zorgprofessionals heel wat tijd spenderen aan administratieve taken, waaronder de registratie van gegevens voor de verschillende overheden. De tijd die zij daaraan wijden, kunnen zij niet inzetten voor de zorg aan hun patiënten. De zorg voor de patiënten blijft uiteindelijk de kerntaak van zorgverleners en van ziekenhuizen. Daarom heb ik mij voorgenomen om in te zetten op administratieve vereenvoudiging. Dat is natuurlijk gemakkelijker gezegd dan gedaan, want heel wat systemen, zoals de ziekenhuisfinanciering, vragen een grote input van gegevens en het beleid zelf is een grote afnemer van gegevens die in ziekenhuizen worden geregistreerd. Er bestaat met andere woorden een spanningsveld tussen de noden voor een goed beheer van de ziekenhuissector en de wil om lasten te verminderen die gepaard gaan met het verzamelen van de vele administratieve gegevens.

Er lopen heel wat initiatieven in het kader van het actieplan e-gezondheid. Onder meer de automatische

extracties van gegevens uit het elektronisch patiëntendossier kan de benodigde mankracht voor registratie sterk doen dalen, maar dat is nog toekomstmuziek. Eerst moeten wij het elektronisch patiëntendossier volledig kunnen uitrollen.

Ik heb de stakeholders dan ook bevraagd om voorstellen aan te reiken om registraties en registers te vereenvoudigen. Uit die voorstellen zijn een aantal *quick wins* gedistilleerd die wij momenteel al uitvoeren, maar uiteraard zal het niet bij die eenmalige oefening blijven. De administratie is dan ook een aantal nieuwe pistes aan het onderzoeken. Zelf zal ik ook altijd een kritische houding aannemen tegenover bestaande of nog bijkomende administratieve lasten.

Les travaux concernant la politique de contrôle ont également un impact sur les hôpitaux. Le plan d'action politique de contrôle en matière de soins de santé a certains points communs avec la réforme du financement des hôpitaux. Ce plan a été créé en juillet 2016 suite à une collaboration entre l'INAMI et les organismes assureurs.

Une plate-forme de l'INAMI, qui est en fait une nouvelle version de la commission anti-fraude, est chargée de la coordination. Le plan contient différents sous-thèmes. Premièrement, il y a les mesures structurelles. Elles visent à améliorer l'efficacité des contrôles et à promouvoir la transparence.

Quelques exemples de ces mesures sont:

- La lecture systématique de la carte d'identité électronique. Celle-ci deviendra obligatoire pour toute facturation électronique. Des discussions sont en cours à cet effet. Cette mesure permet de lutter contre la fraude aussi bien auprès des assurés que chez les prestataires.
- La cartographie des pratiques des prestataires. Il s'agit de la création d'une base de données pour hôpitaux reprenant tous les prestataires de soins par établissement. Le but est de pouvoir déterminer qui travaille à quel endroit afin d'obtenir un aperçu des ordres de facturation.
- Un point de contact soins de santé, aussi bien pour les citoyens que pour les prestataires. Les citoyens et dispensateurs de soins sont informés. De plus, chaque groupe a la possibilité d'introduire une plainte à l'aide de cette plate-forme accessible. Le but est d'arriver à avoir une meilleure vue d'ensemble sur les soins de santé grâce à une plus grande participation citoyenne.
- L'audit systématique des hôpitaux. Une méthode générique est développée pour pouvoir évaluer les hôpitaux dans le cadre d'un programme pluriannuel. Cette piste sera mise en œuvre par l'INAMI, le SPF Santé publique, les Régions ainsi qu'en collaboration avec d'autres parties concernées.

Un deuxième élément important, c'est la lutte contre la fraude. Une enquête relative à l'imagerie médicale est en cours, en ce qui concerne les appareils IRM qui ne sont pas agréés et le contrôle a posteriori des CT-scan du rocher et pour les examens avec CT du crâne ou CT du massif facial.

Enfin, la politique de contrôle vise également à stimuler l'efficacité des soins. Les éléments pertinents pour les hôpitaux sont par exemple l'analyse des prestations de diagnostic chez les médecins connexistes; l'évaluation des centres de cardiologie – le contrôle des coronographies, le nombre de CABG (*coronary artery bypass grafting*) et PCTA (*percutaneous transluminal coronary angioplasty*), la rythmologie, l'électrophysiologie – et la promotion des pratiques de prescription rationnelle face à la polypharmacie. Ceci est un réel problème pour les personnes âgées. En effet, cela concerne les médicaments psychotropes, ainsi que les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les inhibiteurs de l'acide gastrique, et des médicaments cardio-vasculaires. La pratique de prescription en bandagisterie et orthopédie technique est également examinée.

Pour conclure, il est prévu d'évaluer l'article 17 et de procéder à un audit du protocole d'accord relatif à l'imagerie médicale effectuée avec un appareillage médical lourd. Il s'agit, entre autres, de surveiller le passage CT vers RMN, d'un déploiement du cadastre, d'un contrôle du moratoire PET et RMN, de la répartition géographique équitable, de la réduction de la charge de rayonnement pour le patient, et de la détection de la surconsommation.

Ik besluit. Wanneer ik terugkijk op het anderhalf jaar sedert de voorstelling, op 28 april, dan meen ik dat wij veel werk verricht hebben. De ziekenhuiswereld is er zich steeds meer van bewust dat er anders gewerkt moet worden. Op het terrein, bottom-up, zien wij ook heel veel plannen om meer samen te werken en

taakafspraken te maken tussen ziekenhuizen onderling. Er beweegt dus heel wat in het ziekenhuislandschap. De initiatieven gaan dikwijls uit van de concepten die in het plan van aanpak werden geïntroduceerd. Ik zie initiatieven om basiszorg en gespecialiseerde zorg te onderscheiden en om laag- en hoogvariabele zorg aan te pakken, maar het gebruik van die concepten is nog onvoldoende geharmoniseerd.

Een deel van de initiatieven gaat nog niet altijd in de gewenste richting. Sommige ziekenhuizen zoeken vlug partners om samen nog groter te worden en om samen nog meer hoogtechnologische apparatuur te kunnen aanbieden. Dat soort speeddates en het resultaat ervan is niet echt waar wij naartoe willen. Wij zijn echt blij dat de sector dynamisch is en zelf initiatieven neemt, maar er zijn toch nog wat gemengde gevoelens. Ik ontvang dikwijls het signaal dat grondige hervormingen inderdaad nodig zijn, maar dat er in het desbetreffende ziekenhuis niets moet veranderen. Ik krijg ook de boodschap dat de hervormingen te snel gaan of dat de sector meer tijd nodig heeft om de plannen te kunnen uitwerken in concrete, werkbare voorstellen. Sommigen zeggen dat het te traag gaat. De opmerkingen gaan dus alle kanten uit, zoals altijd bij hervormingen.

Het is in elk geval positief dat de geïntroduceerde concepten steeds vaker ingang vinden op het terrein. Daarnaast stel ik vast dat er steeds vaker interdisciplinair overleg plaatsvindt binnen en tussen ziekenhuizen, maar ook tussen ziekenhuizen en andere partners. De pilootprojecten, zowel voor de hervorming van de financiering als binnen de geïntegreerde zorg, hebben daar een belangrijke stimulerende rol in gespeeld. Dergelijk interdisciplinair overleg zal ook in de toekomst alleen maar belangrijker worden, door de nood aan transmurale zorgcoördinatie, zeker als wij denken aan de zorg voor chronische patiënten.

De zorgcoördinatie zal voor velen een permanent karakter moeten krijgen. Om een en ander vlot te laten verlopen, zullen ook zelfstandige zorgverleners zich alsmaar vaker moeten verenigen, zodat zij als structurele gesprekspartner hun terechte plaats in het zorglandschap kunnen innemen.

Ik heb al een zeer lange uiteenzetting gegeven. Voor de werkpakketten is er een nog gedetailleerdere stand van zaken, maar daarvoor zou ik meer dan één vergadering nodig hebben. Ik kan u echter verzekeren dat het plan volop in uitvoering is. In grote lijnen, zowel qua inhoud als timing, worden de werkpakketten gerealiseerd volgens het plan. Het is niet altijd gemakkelijk om de timing te behouden, want er zijn soms nog meer obstakels op de weg dan wij konden vermoeden. Er is ook veel inzet – ik ben daar dankbaar voor – vanuit het werkveld. Ook het overleg met de deelstaten en de betrokken administraties is belangrijk. Het is voor de administraties keihard werken, want naast hun gewone taken moeten zij nog een pak bijkomende inspanningen leveren in het kader van de betreffende grote en ook andere beleidswerven. Tegelijkertijd zit de aanwerving van extra personeel in de huidige budgettaire context er voor hen niet in.

Van concrete output op het terrein is dit jaar misschien nog maar weinig te merken. Dat was ook zo aangekondigd. 2016 is vooral het jaar waarin veel ondersteunend studiewerk moet gebeuren voor elk van de werkpakketten, maar vanaf 2017 gaan wij over tot het echt nemen van beleidsmaatregelen en het implementeren van de genomen beslissingen. Tegelijkertijd zijn er nu al initiatieven in de sector met het oog op de geplande hervormingen. Een eerste reeks pilootprojecten loopt al rond bevallen met een verkort ziekenhuisverblijf. Ook de pilootprojecten rond thuishospitalisatie zullen tegen het einde van het jaar opstarten. In de loop van 2017 zult u dan ook de nieuwe regelgeving zien verschijnen, die wij voor advies ook moeten voorleggen aan de geëigende adviesorganen om dan aan de implementatie te kunnen beginnen.

Ik rond af met een samenvatting. Wij hadden een plan dat *smoothly* zou verlopen, maar in de realiteit werden wij geconfronteerd met heel veel obstakels op het terrein.

Wanneer wij kijken naar *Who wants change*, dan zien wij een weergave van de zaken waarmee wij op het terrein worden geconfronteerd. Welnu, iedereen *wants change*. Maar bij de vraag *who wants to change* zijn dat er al veel minder en wanneer de vraag rijst *Who wants to lead the change*, staan wij uiteindelijk alleen.

Het eindigt ergens in het midden en vandaar gaan we verder. Op die manier zullen wij er komen.

La **présidente**: Je vous remercie, madame la ministre, pour cette présentation. Je suppose que nous pourrions disposer des *PowerPoint* pour les faire figurer sur le site de cette commission.

Je vais à présent donner la parole aux membres de la commission. Madame Muylle, vous aviez introduit une

question. Je vous donne donc la parole pour commencer.

01.04 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, bedankt voor deze uitgebreide uiteenzetting.

Ik denk dat u terecht spreekt over een ambitieus project in het kader van het regeerakkoord. Wij weten allemaal dat, door de verschillende redenen die u vandaag heeft aangehaald, het een lange weg is en niet eenvoudig is om dit te realiseren.

Ik wil enkele heel concrete vragen stellen.

Een eerste vraag betreft alles wat te maken heeft met het ziekenhuisconcept.

De opdracht is gegeven voor een studie van het KCE die moet afgerond zijn in het voorjaar van 2017. U weet als geen ander dat er vandaag heel wat aan het bewegen is op het terrein. Het betreft ook grotendeels een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Vlaanderen heeft zijn regionaal ziekenhuisconcept met zijn regionale zorgstrategische planning, er zijn oefeningen gebeurd vanuit Zorgnet met aanrijtijden die Vlaanderen indeelt in 14 regio's, er zijn de studies vanuit Leuven en Gent. Er beweegt dus heel wat op het terrein.

Dit komt voort uit de nood tot samenwerking. In de toekomst moeten we gaan naar een concentratie van de zorg. Mijn bezorgdheid is dat dit niet altijd op een even efficiënte manier verloopt. Vlaanderen is vandaag bijvoorbeeld bevoegd voor het erkennen van bepaalde zorgprogramma's. Dit gebeurt op een bepaalde schaal. Er komt samenwerking tussen ziekenhuizen tot stand omdat men bepaalde volumes moet halen. Ik zie dat er recentelijk ook heel wat initiatieven worden genomen door het RIZIV, denken we aan de mitrakleppen. U zegt dat er bepaalde volumes moeten worden gehaald, dat er moet worden samengewerkt tussen verschillende ziekenhuizen op het provinciale niveau. Wanneer het over bepaald pathologieën gaat moet het zelfs de provinciegrenzen overstijgen. Dus er gebeurt heel wat.

Ik zie ook bepaalde samenwerking op het terrein die op het eerste gezicht niet logisch lijkt, dat heeft te maken met het concurrentiemodel dat er vandaag bestaat.

Ik zie vaak samenwerking tussen ziekenhuizen, waarbij in het kader van bijvoorbeeld radiotherapie een patiënt 30 km verder moet gaan om radiotherapie te krijgen, terwijl er eigenlijk op 5 km afstand een ziekenhuis is dat radiotherapie aanbiedt.

Die zaken zijn gaande. Ik geef daar geen waardeoordeel over, ik wijs er alleen maar op dat het werkveld, zeker aan Vlaamse kant, heel sterk beweegt.

In het kader van het hele verhaal rond het KCE, de studie en wat op tafel ligt, maar vooral ook de nood aan juridische ondersteuning die wel binnen de federale bevoegdheid valt, kan op het federale niveau de regelgeving ter zake worden aangepast. Er worden bepaalde keuzes gemaakt. Ik heb u dit niet horen uitspreken, evenmin heb ik u horen praten over het evolueren naar een groepering of associatie of over de mogelijkheden die er ter zake zijn. Samen met de fusie zijn er vandaag immers ook mogelijkheden op het vlak van de regelgeving. Mijn zorg is dus dat er vandaag een heel grote dynamiek ontstaat.

Mijn vraag is dan ook de volgende: hoe staat het met uw overleg vandaag met de Gemeenschappen? Zijn wij niet te traag en zal het werkveld zich niet al grotendeels hebben gevormd, met de nadelige gevolgen vandien? Moeten wij dus niet versneld tot een visie en tot regelgeving komen, om ervoor te zorgen dat de patiënt de goede zorg krijgt? Ik ben er vandaag, binnen de hervormingen die wij allen voor ogen hebben, immers niet van overtuigd dat wat op het terrein gebeurt ook het beste is.

Dat was mijn betoog op het vlak van de concepten en de ziekenhuisnetwerken.

Mijn tweede punt is het hele verhaal over de financiering.

Ik herinner ter zake aan de discussie in het KCE over de studie die rond de financiering is gebeurd. Wat ik uit de toenmalige bespreking vooral heb begrepen, is dat het niet altijd gemakkelijk is om het onderscheid te kunnen maken tussen de drie groepen, namelijk tussen wat laag, medium en hoog variabel is, vooral ook omdat de lijnen daartussen niet altijd even duidelijk zijn. In het kader van referentiebedragen hebben wij trouwens ook niet altijd met een lage variabiliteit qua middelen te maken. U hebt dat ook aangegeven. Ik heb echter begrepen dat u zich nu in een eerste fase vooral wil concentreren op wat in het kader van de

referentiebedragen wel een lage variabiliteit heeft.

Ik had begrepen, toen ik een en ander binnen het KCE had vernomen, dat nog meer studiewerk nodig is dan wat vandaag op tafel ligt, om echt tot een goed model te kunnen komen.

Er was normaal ook voorzien dat er in 2016 al wijzigingen in het kader van de BFM zouden worden doorgevoerd. U hebt het vandaag heel uitgebreid getoond, maar ook wat dat betreft blijf ik wat op mijn honger. Ik weet dat de oefening niet evident is. Trouwens, in het buitenland zijn er ook weinig goede voorbeelden in het kader van clusterfinanciering.

Dit zijn allemaal zaken die blijven duren. Dankzij de resultaten die we vandaag zien binnen onze Vlaamse ziekenhuizen, zie ik eigenlijk een heel nefaste situatie. Er is eigenlijk wel nood aan beslissingen. Ik zie twee evoluties. Ten eerste, een *shift* naar de patiënt. Ten tweede, zien wij in het kader van meer prestaties, overconsumptie – ik kom daar straks nog op terug – bijkomend een problematiek en effecten die we eigenlijk in het kader van die ziekenhuisfinanciering niet willen.

Een derde punt is alles wat te maken heeft met spoed.

U hebt daar heel uitgebreid op geantwoord. U hebt ook gesproken over de PIT, de ambulances en het financieringsmodel. Mevrouw de minister, ik heb iets gemist in uw uiteenzetting over de financiering van de KCE-studie rond de spoed. We hebben daar de concentratie gehad tot een zeventigtal spoeddiensten. Ik begrijp dat dit ook weer sterk samenhangt met de oefening die zal gebeuren in het kader van de ziekenhuisnetwerken, maar er was daar sprake van een gemengde financiering, de huisartsenwachtposten, ook het sluiten van een aantal spoeddiensten. Mijn vraag is: wat is uw concrete timing?

U hebt gezegd dat u een taskforce in het leven hebt geroepen. Die moet komen tot een organisatiemodel. In de oorspronkelijke timing zou dit ook in het kader van de financiering reeds in 2016 in voege komen. In het kader van de globale financiering van spoed, wat is uw verdere timing?

Een vierde vraag betreft alles wat te maken heeft met *pay for performance*.

Ik weet dat dit een moeilijke oefening is. We hebben gezegd dat 1 à 2 % van het ziekenhuisbudget hiervoor behouden moet blijven. U hebt ook verwezen naar de voorstellen die in 2015 opgesteld zouden worden en naar heel wat ervaringen in het buitenland.

In heel die discussie over de kwaliteit heb ik een element gemist. Volgens mij moeten wij de discussie over kwaliteit en financiering wel voeren, maar vrij snel komen wij terecht bij de Gemeenschappen die eigenlijk bevoegd zijn voor de kwaliteit. Daarbij denk ik bijvoorbeeld aan Vier Kwadraat en ook aan de ziekenhuizen die vandaag volop bezig zijn met accreditatie, waarbij iedereen in het kader van JCI en het NIAZ projecten aan het opzetten is. Hoe voert u in dat verband overleg met de Gemeenschappen met het oog op kwaliteit? Welke concrete stappen kunnen er samen gezet worden?

Een volgende vraag gaat over de honoraria en de opsplitsing ervan in een praktijkgedeelte en professioneel gedeelte.

U hebt heel goed uitgelegd wat de stand van zaken is. Wel heb ik de koppeling met governance daarbij gemist. Ik had immers begrepen, wanneer die uitsplitsing zou gebeuren, dat dit met zeggenschap gepaard zou gaan, zeker aangaande het luik investeringen in het ziekenhuis. De KCE-studie vermeldt dat trouwens ook. Hoe is het governanceverhaal daaraan gekoppeld? Wat is daarin de stand van zaken?

Ik heb ook een vraag over de pilootprojecten.

U hebt dat goed uiteengezet. Vorige week hebben heel wat ziekenhuizen ook hun projecten ingediend omtrent thuishospitalisatie, wat op zich een goede zaak is. Wij geloven heel sterk in de samenwerking met de eerstelijnszorg, de afbouw van bedden en steeds meer ambulante zorg, want dat lijkt ons de juiste manier. Van op het terrein krijg ik echter signalen die erop duiden dat dit, vooral vanuit de financiering, momenteel niet zo gemakkelijk is. Bijvoorbeeld voor ziekenhuizen waar vandaag geen pilootproject loopt voor een verkorting van de ligduur in de materniteit is het in wezen zeer goed dat er een maatschappelijk debat plaatsvindt. Zeker bij jonge vrouwen is de wil aanwezig om versneld naar huis te gaan. De link met de financiering ligt in het feit dat er een immense druk op thuiszorgdiensten ontstaat, want die kampen met een

tekort aan personeel en middelen. De thuiszorgdiensten vallen echter onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Ik kom uit de ziekenhuissector, dus ik weet hoe graag ziekenhuizen vrijgemaakte budgetten opnieuw willen inzetten. Sowieso is er ook een weerslag op de gemeenschapsbevoegdheden en de thuiszorg. Hoe wordt dat meegenomen in de pilootprojecten?

Ik heb nog drie concrete vragen, mevrouw de minister.

U sprak over e-Health en het EPD, het elektronisch patiëntendossier. Het is heel tof dat u daaraan extra budget besteedt, zo'n 16 à 40 miljoen euro. Ik kan alleen maar spreken vanuit mijn ervaring in de praktijk. De kosten in de ziekenhuizen liggen veel hoger dan wat hiervoor als compensatie wordt toegekend, deels binnen het budget van de financiële middelen. Ik zeg niet dat alles van de overheid moet komen, maar 40 miljoen is al vrij snel het bedrag dat één ziekenhuis vandaag betaalt om bijvoorbeeld met ChipSoft of iemand anders in zee te gaan. Ik zie dat men die bedragen de komende jaren weer moet gaan zoeken in het ziekenhuis zelf, heel vaak door afdrachten. Dat heeft dan weer druk op de consumptie tot gevolg. Ik vraag u dan ook om te bekijken hoe het hele financieringsverhaal op een goede manier kan verlopen.

Ik heb nog een vraag over de herijking en het KB 78.

Ik heb begrip voor wat er vandaag op het terrein gebeurt, maar wij zien dat het moeilijk verloopt. Er was een grote ambitie om heel wat zaken versneld te realiseren in het kader van de ziekenhuisfinanciering, maar om allerlei gegronde redenen gaat het vandaag veel minder snel en veel minder gemakkelijk.

Ik herinner u ook aan het regeerakkoord, waarin heel duidelijk staat dat wij niet alleen voor de ziekenhuizen, maar ook voor de farma-industrie – wat gebeurd is – en voor andere spelers naar een stabiel meerjarenplan moeten gaan. Moeten wij hier, aangezien de beslissingen op zich laten wachten en de duidelijke impact daarvan op de financiering, niet naar een systeem gaan voor enkele jaren, vooraleer het nieuwe plan met zijn impact op de financiering volledig is uitgerold? Zo kunnen wij een vastgelegd stabiel meerjarenkader maken, ook voor de ziekenhuizen, waarin zij hun verantwoordelijkheid kunnen opnemen en bepaalde keuzes kunnen maken.

Ik heb begrepen dat u volgende week een voorstel over het KB 78 zult doen. Wat de timing betreft, wanneer wordt het als tweede werf geïntroduceerd?

Wat de herijking van de nomenclatuur betreft, die heeft natuurlijk met heel veel zaken te maken, onder andere met de attractiviteit, contingentering, stageplaatsen enzovoort. U sprak over een wetenschappelijke studie van het RIZIV. De laatste 20 jaar heeft elke regering dat punt ingeschreven, deze regering ook. Wanneer kunnen er daarin bepaalde zaken gebeuren?

01.05 Monica De Coninck (sp.a): Mevrouw de minister, bedankt voor uw interessante en heel uitgebreide toelichting.

U weet dat ik dat heel strikt opvolg. Ik denk dat er toch wel wat urgentie is. Vooral als men ziet dat uit bijvoorbeeld de Belfius- en de MAHA-studie blijkt dat heel veel ziekenhuizen in het rood staan. Door de financieringssystemen zijn overconsumptie en verspilling – denk aan wat professor Annemans daarover schrijft – verder aan het doorlopen. Zoals mevrouw Muylle reeds heeft aangehaald, is de patiënt daarvan de dupe. Hij betaalt via de supplementen. Kijk maar naar de parameter van de mutualiteiten.

Ik heb begrip voor veranderingsprocessen. Het is inderdaad niet gemakkelijk en het gaat altijd veel trager dan men wil. De effecten ziet men vaak pas na acht jaar. De valkuilen en de drempels zoals die daarnet in het tekeningtje waren vermeld, zijn per definitie ingebakken en er wordt daar heel dikwijls veel te weinig rekening mee gehouden.

Maar wat ik een beetje mis, is dat een aantal instanties, zorgverleners, in het verleden een aantal veranderingen hebben doorgevoerd en niet gewacht hebben op het federale niveau. Ik heb de indruk dat er daar veel te weinig naar gekeken wordt en rekening wordt mee gehouden. Die zouden kunnen aangeven wat de valkuilen en drempels in het verleden waren. Vanuit die verschillende praktijken kan heel veel geleerd worden.

Ten tweede, mevrouw Muylle heeft dat wat diplomatischer gezegd dan ik waarschijnlijk, als men veranderingen doorvoert, moet men altijd naar de centen kijken. *Look for the money*. Dat verklaart veel. Dat verklaart veel weerstanden. Als men financieringsystemen verandert kan dat ook een enorme motor zijn die versnelling kan teweegbrengen in de echte praktijk.

Ik zal niet alles opnoemen, maar een van de voorbeelden zijn de samenwerking, fusies en netwerken, hoe men die ook benoemt. Als men iets aan de financiering, of het wegvallen ervan, doet, dan zult u merken dat die netwerken veel sneller of beter met elkaar zullen samenwerken. Men heeft nu dikwijls de indruk dat men door samen te werken op termijn middelen zal verliezen. Die onzekerheid houdt veel tegen.

Ik heb ook de indruk dat de netwerken of dynamieken die nu ontstaan heel veel te maken hebben met concurrentie en met het realiseren van zaken, waardoor uw regelgeving, waarmee bepaalde doelstellingen gerealiseerd moeten worden, op voorhand ondermijnd zal worden. Onderschat die dynamieken niet. Er is concurrentie tussen ziekenhuizen, maar ook tussen artsen. De samenwerking en de ontwikkeling van netwerken tussen artsen, over ziekenhuizen heen, zijn absoluut niet evident, als op korte termijn niet een en ander duidelijk wordt, wat regelgeving en financiering betreft. Ik denk onder meer ook aan de verandering van de nomenclatuur. Ik wil dus pleiten voor een iets groter gevoel van urgentie.

Ten derde, in de realiteit houd ik mij heel veel bezig met, vooral oudere, mensen die in een ziekenhuis verblijven, eruit gaan en er terug in moeten. Zij gaan naar huis, worden een tijdje in een rusthuis opgenomen of moeten naar de revalidatie. U moet dat eens doen, in de realiteit. Het is ontluisterend hoe oude, alleenstaande patiënten zich moeten behelpen en moeten smeken om hulp en coördinatie, op allerlei terreinen. Er is daar heel veel voor nodig.

Mevrouw Muylle heeft een aantal vragen gesteld over overleg met de Gemeenschappen en de Gewesten, over tal van items. Dat is absoluut noodzakelijk, want als wij zo blijven voortdoen, dan gaan wij naar een fiasco.

Ook voor de rusthuissector merken wij nog altijd dat er in ons land een enorme traditie bestaat, namelijk dat, wanneer iemand doodgaat, hij of zij naar het ziekenhuis moet. Nochtans zouden rusthuizen of andere opvangvormen, zoals thuiszorg, op dat vlak een veel grotere rol van betekenis kunnen spelen.

Echter, opnieuw is de opmerking dat indien wij financiering, erkenning en mogelijkheden niet regelen, de afbouw van de bedden in de ziekenhuizen, die waarschijnlijk om financiële redenen wel zal doorgaan, desastreus zal zijn voor de opvang van mensen die zorg nodig hebben.

Denk in dat verband ook aan de psychiatrie. Er zijn heel veel psychiatrische bedden afgebouwd. Is daarvoor echter iets in de plaats gekomen of moeten mensen nu zomaar rondlopen zonder zorg?

U hebt wel iets over het zeggenschap en de governance in ziekenhuizen vermeld. Ter zake is er een heel moeilijke balans, met onderliggend natuurlijk ook opnieuw de financieringsmechanismen.

Hoe kijkt u daar tegenaan? Hoe ziet u een en ander op het niveau van de netwerken?

Wij moeten ter zake veel sneller duidelijkheid over verschillende modellen krijgen.

Wat de vele pilootprojecten betreft, ik ben voor alle duidelijkheid absoluut niet tegen pilootprojecten. Wij moeten er echter voor zorgen dat die pilootprojecten niet beginnen te lijken op de vlucht van dat verdwenen vliegtuig dat ze nooit hebben teruggevonden en waarbij de meest recente discussie gaat over de vraag of de piloot misschien zelfmoord heeft willen plegen. Ik hoop dat op dat punt snel conclusies worden getrokken en een kader wordt gecreëerd.

Inzake e-Health en de kostprijs daarvan sluit ik mij aan bij wat mevrouw Muylle ter zake heeft uiteengezet.

Het is inderdaad een goed idee. Het is immers een heel ingrijpende verandering.

De realiteit van Noord- en Zuid-België en andere finaliteiten of culturen van werken zijn ter zake een heel belangrijk element. Dat is inderdaad niet evident.

Ik denk echter dat het wel een goed idee is om een goed gestructureerd meerjarenplan op te maken zodat

we de sector kunnen duidelijk maken wanneer wat opgeleverd wordt. Dan kunnen zij zich goed voorbereiden of weten ze uit zichzelf al zeer goed waarnaar men moet evolueren om te passen binnen het algemeen beleid dat we uiteindelijk willen realiseren.

01.06 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de voorzitter, er is al heel veel gezegd en ik zal mijn uiteenzetting dan ook kort houden.

Mevrouw de minister, evenals de collega's wil ik u proficiat wensen met uw update en u danken voor uw volledig overzicht van de verschillende werven op basis van uw eerdere voorstelling in april 2015.

Ik heb niet meteen veel vragen, wel enkele bezorgdheden en bedenkingen.

Een eerste bedenking gaat over de financiering op basis van de laagvariabele zorg, wat past binnen het door u eerder vermelde bundled-paymentsprincipe. Wij vrezen een beetje dat heel wat energie zal worden gestoken in het verdelen van die koek. Ik heb alle begrip voor uw aanpak en ik besef de complexiteit van de discussie, maar de energie die naar het verdelen van de koek gaat, gaat niet naar de echte zorg. Dat is een belangrijk probleem, temeer als ik de collega's daarnet goed begrepen heb.

Een tweede punt is de vereenvoudiging van het budget financiële middelen, het BFM. Ik begrijp echt wel dat u op de vlakte blijft en samen met u kijk ik uit naar het resultaat van de discussies die nog zullen volgen. Wij delen als geen ander uw bezorgdheid over de ingewikkeldheid van de huidige berekeningen en de verdeelsleutels. Ik stel vast dat u mag rekenen op de hulp van de beroepsverenigingen, die zich blijkbaar geëngageerd hebben, en dat is een goede zaak. Zolang er codering is, is er optimalisatie van codering. Op dit ogenblik schitteren wij zo'n beetje in de veelheid aan codering, wat aanleiding geeft tot heel wat administratief werk. Ook daarvoor geldt dat wie bezig is met administratie en codering, niet meer met zorg bezig is.

Een derde punt dat wij willen benadrukken is dat wij een beetje blijven hangen inzake de wetenschappelijke responsabilisering van de zorgverleners zelf. Zo werd enkele maanden geleden de profielencommissie afgeschaft en wij hebben daar enkele bedenkingen bij. In heel dat verhaal missen wij — en u hebt dat zelf al met zoveel woorden gezegd — helderheid en transparantie inzake de echte economische invalshoek van ons gezondheidsproduct. Wat is de kostprijs van een state-of-the-artbehandeling, ook op basis van de evolutie van een pathologie? Welke zijn de echte kwaliteitsmetingen en -toetsen? Wordt er ook getoetst aan de beste praktijk? Worden de echte kosten berekend? Daarin ligt volgens mij een activering van de wetenschappelijke verenigingen ter zake. Er is ook een vrij onafhankelijke bron nodig om u het juiste kostenplaatje te kunnen bezorgen. Op dit ogenblik vinden wij dat dit allemaal eigenlijk nog wat vaag blijft.

In de ziekenhuiswereld gebeurt er te veel op te veel plaatsen. En de artsen zelf zijn niet echt bezig met de organisatie van de zorg maar met het toedienen zelf van de zorg. Op dit ogenblik bestaat een beetje het gevaar dat heel het governanceverhaal aan hen voorbijgaat. In de herziening is dus zeker een luik nodig voor de organisatie van de zorg maar dan uitgeoefend door de artsen zelf. Een diensthoofd van een grote dienst draagt verantwoordelijkheid en moet in het governanceverhaal worden opgenomen. Dat impliceert dat hij goed moet worden opgeleid, dat hij een degelijk ondersteunend beleid kan voeren niet alleen voor zijn ziekenhuis maar ook in zijn regio via een netwerk van diensten in de omgeving en een netwerk van huisartsen en andere extramurale zorg. De overheid heeft hier een stimulerende rol te vervullen. Betrokkenen moeten worden geboeid en gestimuleerd om het beter en goedkoper te doen. Eigenlijk moet hen constant een spiegel worden voorgehouden van wat echt gerealiseerd is, vertrekkend van een wetenschappelijke evidentie en een juiste kostprijs. Maar dat alles mis ik nog een beetje.

Dan is er de moeilijke discussie over *pay for performance* of *pay for quality*. Nogmaals, ik heb het grootste begrip voor de complexiteit van de materie voor de strijders, de stakeholders. Ik ben blij dat u deze aangelegenheid wat naar u toe wil trekken en ik wens u daarbij veel succes. Ik wil alleen maar andermaal de registratiemoetheit van een aanzienlijke groep zorgverstrekkers onderstrepen, en ik zal dat illustreren aan de hand van de zogenaamde kermitprocedure, die ik zelf goed ken. Het invullen van de kermitprocedure duurt doorgaans langer dan de procedure zelf, soms zelfs twee keer zo lang. En ik vrees dat wij dan het doel voorbij zijn.

Ik weet ook dat het een huzarenstukje is om de juiste kwaliteits- en performantie-indicatoren ingang te doen vinden, maar wij zullen u daarbij helpen vanaf de zijlijn en als het kan, verlaten wij de bank om mee te spelen op het veld.

Aan de bedenkingen van collega Muylle over de financiering van het elektronisch patiëntendossier heb ik eigenlijk weinig toe te voegen. Ik heb alle respect voor uw tijdlijn ter zake, mevrouw de minister, die ik zeer ambitieus vind. Wij volgen u hierin.

Ik onderstreep zeven keer uw pleidooi voor administratieve vereenvoudiging. Daar kijk ik echt naar uit. U maakte in dat verband ook melding van enkele *quick wins*, al bleef u wel vaag. Daarover had ik graag wat meer detail vernomen.

Tot slot kom ik tot een minder punt van het politieke bedrijf, met name dat van controle en sanctie. Dat was nooit een sterk punt in de politiek want dienaangaande is men zelden moedig. Er wordt gemeten, geregistreerd, geprofileerd, maar de ultieme stap, de toetsing en de consequenties voor “die enkele rotte appels” — ik citeer collega Van Peel —, blijft achterwege.

Ondertussen wordt de hele groep geconfronteerd met een kaasschaaf, met de geleidelijke afbouw van nomenclatuurnummers. De deconventiecijfers stijgen stilletjes aan en wij stellen een grote moeheid vast bij de zorg op het terrein zelf. Ik hoop dat u daar terdege rekening mee houdt en dat u de moed en de kracht hebt om daar de nodige snelheid en vaart in te steken.

01.07 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour ces informations extrêmement vastes et complètes. Je me suis permis, avant de participer à cette commission, de jeter un coup d'œil aux deux précédents rapports, celui qui concerne les auditions et celui qui était intitulé "Lignes de force". Je dois dire qu'un certain nombre de choses qui ont été présentées en son temps reviennent à l'ordre du jour. Bien entendu, il y a une mise à jour, tel que cela a été signalé par M. Vercammen, mais je voudrais insister sur le côté cohérent de votre méthodologie, de votre fonctionnement. Je pense que c'est une bonne chose, même si vous avez parlé d'embûches. Et je crois qu'elles sont effectivement importantes.

Avant de poser des questions précises, je tiens malgré tout à signaler à quel point nous sommes intéressés et à quel point nous apprécions le fait que vous vouliez travailler avec des acteurs de terrain. Vous avez dit que dans tous les dossiers que nous entreprenons, c'est aussi le patient qui doit être au centre des débats et des intérêts. Je constate que vous respectez votre parole en insistant sur le fait que les soins de santé doivent être avant tout accessibles à tout le monde. Bien entendu, le chantier que vous avez entrepris est titanesque. Beaucoup en ont parlé avant vous mais il est certain qu'il y a un avancement très clair, ici.

Si je parle de chantier titanesque, c'est parce que vous n'êtes malheureusement pas la seule à pouvoir prendre des initiatives. Vous l'avez signalé, il y a lieu de travailler avec un certain nombre d'acteurs, pas uniquement du secteur médical. Il y a également des acteurs politiques. Pourriez-vous nous donner un peu plus d'informations concernant les concertations que vous menez avec les entités fédérées? Bien entendu, une déclaration commune a vu le jour mais avez-vous l'impression que la volonté d'aller de l'avant dans votre dossier est ressentie de la même manière par les entités fédérées et que la volonté est d'aller aussi vite, que ce soit au nord ou au sud du pays?

J'en viens à ma deuxième question. Vous avez parlé de la concertation avec les acteurs de terrain et avec le corps médical. On le sait, vu certains dossiers desquels nous avons discuté dans le courant de l'année 2016: tout le monde n'est pas toujours sur la même longueur d'ondes.

Voici ma question. À l'heure actuelle, en vous étant référée à ces acteurs de terrain, ou en ayant entendu ces derniers, pensez-vous qu'à terme, il y a moyen de trouver un consensus qui permettrait à toutes les spécialités de se retrouver dans votre projet de financement des hôpitaux?

Ma troisième question concerne les projets pilotes. Évidemment, la méthodologie est excellente. L'expérience montre qu'avec des projets pilotes, on sait si on est dans le bon ou pas. Vous y avez peut-être fait allusion, mais je verrai bien ce que vous avez à me répondre à ce sujet. Si j'ai bien compris, les hôpitaux qui ont été intégrés dans ces projets pilotes se sont manifestés sur une base volontaire. Avez-vous, madame la ministre, été confrontée à un certain nombre d'hôpitaux qui voulaient participer, mais qui pour des raisons simplement logistiques, parce qu'il y en avait trop, n'ont pas pu être intégrés? Que fait-on de ces hôpitaux qui sont volontaristes ou qui ont vraiment envie d'avancer, mais qui malheureusement n'ont pas été repris? A-t-on pensé à un statut spécifique pour ceux-là?

Dans le même ordre d'idées, je rejoins cette volonté, que vous avez exprimée, de travailler en réseau. Cela

signifie, à terme, mettre en place des réseaux, toujours dans l'idée de demeurer dans une politique de soins basée sur des preuves scientifiques, sur l'efficacité etc. À un certain moment, j' imagine que cette volonté de travailler en réseau visera aussi à partager l'expertise, et, à côté de cela, à faire des économies d'échelle. Aujourd'hui, y a-t-il une volonté de réduire le nombre de centres qui sont actuellement en fonction? Si oui, avez-vous déjà une approche en ce sens?

Je l'ai dit, votre réforme est ambitieuse. Je voudrais revenir sur la *time line* ou le rétro-planning que vous proposez. Je reste intimement convaincu que vous voulez aller de l'avant, comme vous le montrez dans de nombreux dossiers. Cependant, votre dernier *slide* est ici assez explicite. Je reste avec un point d'interrogation par rapport à votre volonté d'obtenir les premiers résultats, comme vous l'avez dit, en 2018, et à votre capacité à y arriver.

Pourquoi dis-je cela? Parce que, à un certain moment, vous avez parlé d'embûches et même de pas mal d'embûches, des embûches qui étaient attendues mais d'autres qui ne l'étaient pas. Étant donné, madame la ministre, que vous parlez d'embûches qui probablement pourraient retarder votre plan ambitieux, pourriez-vous nous donner les informations concrètes par rapport au type d'embûches que vous rencontrez et qui pourraient mettre à mal le rétro-planning que vous vous êtes fixé? Y a-t-il des choses spécifiques qui bloquent? C'est dans cette optique-là que je souhaiterais vous entendre, madame la ministre.

01.08 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre présentation. Par rapport à toute la réforme du financement des hôpitaux, trois piliers me semblent être le cœur du cœur de ce qu'il faut viser: à la fois la qualité des soins et l'efficacité, l'accessibilité et le continuum des soins avant et après l'hôpital. L'hôpital n'est évidemment pas une île déserte.

En même temps, comme vous l'avez cité au début de votre intervention, toute une série d'autres dossiers fondamentaux sont liés étroitement à la réforme du financement des hôpitaux et du paysage hospitalier. Voir un seul aspect indépendamment des autres pose des problèmes plus que cela n'en résout. Je pense à la réforme de l'arrêté royal n° 78. Je me permets en passant d'insister sur la concertation dans ce dossier car, à ma connaissance, il y a eu une réunion avec les intéressés mais le symposium est déjà prévu le 28 septembre. Il y a la réforme de la nomenclature et tout l'enjeu de la reconstruction hospitalière. Sur ce point d'ailleurs, j'insiste sur le fait que cela peut faire partie étroite du plan d'investissement car cela permet non seulement, en tant que tel avec le secteur de la construction, de créer des emplois mais également d'investir aujourd'hui pour pouvoir faire des économies demain. Je pense notamment à la manière dont on va réorganiser les hôpitaux mais aussi à tout le volet des nouvelles technologies.

Je vais balayer de façon transversale car il y a beaucoup de choses à dire sur de nombreux points. Il y a beaucoup d'interrogations aussi mais je tiens à passer en revue quatre grands axes que je veux mettre le plus en évidence aujourd'hui.

Le premier concerne la gouvernance et l'évolution des réseaux. Je voudrais quand même vous entendre réaffirmer que l'approche des réseaux sera toujours du type *bottom up* et non *top down* et qu'il y aura maintien de la liberté d'association au niveau des réseaux: liberté d'association entre eux (tel hôpital avec tel hôpital), liberté d'association sur les formes juridiques, car il y a différentes manières d'établir des partenariats. Si je voulais vous entendre à ce sujet, c'est en raison des bruits de couloir qui circulent à propos d'une approche qui aurait évolué depuis votre présentation initiale. Je voudrais donc que vous vous exprimiez clairement en la matière.

Il est d'autant plus important d'avoir un cadre précis, qu'une série d'avancées sont réalisées sur le terrain avec des fusions, des partenariats, des rapprochements entre hôpitaux et en ce qui concerne la manière avec laquelle différents hôpitaux vont se lancer dans des projets de reconstruction, manière avec laquelle ils vont faire évoluer à la fois leur paysage hospitalier, le nombre de lits mais aussi la façon dont les différents services et filières pour les patients sont organisés et dès lors, les craintes concomitantes par rapport à cette évolution, qui aujourd'hui se fait de manière spontanée, les craintes concomitantes sur le financement actuel et futur. Cela pose toujours question et ne permet pas nécessairement aux partenariats d'œuvrer aussi rapidement et profondément qu'il se pourrait si on avait un cadre clair. Je ne peux que me permettre, en l'occurrence sur ce volet, de pousser à ce que l'on puisse établir aussi vite que possible le cadre politique, qui doit être défini. Une série d'études du KCE sont en cours aujourd'hui, mais les hôpitaux avancent et il serait dommage, parce que le cadre politique n'est pas clairement établi, que, in fine, on ralentisse – ce serait le comble – le processus du côté de l'État, sans le vouloir mais ce serait une conséquence directe. Il faut donc faire vite en la matière.

Au niveau du financement, que ce soit le manque de transparence, la complexité du financement actuel, le financement structurel, les coupes budgétaires réalisées successivement ces dernières années, les annonces qui sont faites – j'entends certains partis de la majorité annoncer qu'il reste d'importantes économies à réaliser dans les soins de santé.

Un ministre a dit: "On paie bien pour son journal. Pourquoi ne pas payer plus pour la santé?" Cela pose évidemment un très grand nombre de questions. Ce qui guide aujourd'hui les décisions qui sont prises, ce sont les économies. Vous avez parlé vous-même de sous-financement structurel. Au début de la législature, vous ne le disiez pas. Probablement avez-vous pris connaissance depuis lors des études réalisées, même si elles ne datent pas d'aujourd'hui. Les résultats convergent toujours. Si l'on arrive à dégager des mannes financières au regard de l'évolution du paysage hospitalier, elles doivent servir au réinvestissement en raison du sous-financement structurel, mais aussi parce que, du côté du patient, il y a la réalité du coût à sa charge – qui se situe aujourd'hui à 20 %. Une autre raison est cette forme de spirale des assurances privées, dont les primes ont explosé au cours des dernières années.

Je vous prends l'exemple des projets pilotes sur l'abrègement du séjour en maternité, qui sont au nombre de sept, chacun recevant 40 000 euros. Pendant ce temps, 18 millions d'euros d'économies ont été imposés. Vous allez me rétorquer que vous avez retiré la mesure. Certes, vous l'avez fait en termes de nombre de jours et de ligne budgétaire, mais vous avez imposé le même budget d'économies à tous les hôpitaux. Le montant de 18 millions d'euros n'a évidemment pas été réinvesti là où il aurait dû l'être. Si vous choisissez cette voie, vous courez à l'échec, tant pour le patient que pour la qualité des soins. C'est aussi la situation pré- et post-hospitalière qui en pâtira.

Troisième gros volet, le *P for P, Pay for Performance*. Reconnaissons que, au plan scientifique, quand on regarde les expériences à l'étranger, on ne peut pas dire que ce soit une démonstration impeccable. À titre personnel, je suis pourtant convaincue du *P for P*, mais les études scientifiques étrangères m'interpellent et la littérature scientifique par rapport à cela est quand même assez controversée. Toute une série d'hôpitaux ont déjà avancé sur l'utilisation des indicateurs de performance. Ils ont d'ailleurs déjà reçu des accréditations au niveau des indicateurs de performance avec différents volets qualitatifs. Ces procédures sont excessivement lourdes et s'ajoutent à tous les encodages imposés au niveau belge.

Madame la ministre, allez-vous garantir à ceux qui, aujourd'hui, utilisent déjà des indicateurs de performance qu'ils pourront utiliser ces mêmes indicateurs internationaux de performance? Pour certains, cela a demandé des années. Certains sont aussi mis en route aujourd'hui et sont dans la procédure. Je pense qu'il est important de pouvoir leur garantir qu'on ne balaiera pas ce qui a été fait d'un revers de la main pour choisir d'autres indicateurs.

Il faut aussi que cela se fasse avec une analyse assez précise de tout ce qu'on veut faire encoder. On n'arrête pas de rajouter des encodages sans toujours très bien savoir ce que cela rapporte et surtout si cela va être utilisé.

Enfin, en ce qui concerne l'enveloppe de financement, l'objectif est-il d'utiliser une partie du financement pour le reventiler entre les hôpitaux? En fait, c'est de la redistribution. Ou ce *P for P* va-t-il être utilisé pour amener une manne supplémentaire qui permettrait effectivement d'avoir un plus en le liant avec les volets qualitatifs? Si c'est de la redistribution, si c'est de la reventilation entre les hôpitaux, on voit tout de suite que ce ne sera pas simple, alors qu'il y a un sous-financement structurel et une réalité difficile.

En la matière, je pense vraiment qu'il serait, à l'inverse, intéressant d'avoir une enveloppe dédiée, qui permettrait effectivement de proposer un surplus, comme, si j'ose dire, une "carotte financière" supplémentaire en fonction d'une série d'indicateurs, à condition – je le redis – de ne pas balayer les indicateurs déjà utilisés aujourd'hui pour certains hôpitaux.

Enfin, sur le fait d'amener le changement par le biais de projets pilotes. Ça peut être intéressant. Ceci étant, dans les projets pilotes choisis, certains existaient déjà, sans être des projets pilotes. Je connais pas mal d'hôpitaux qui travaillaient, au service de maternité, avec des aides-soignantes pour ce partenariat à la sortie de la jeune maman et du bébé à domicile. Des hôpitaux faisaient déjà de l'HAD (hospitalisation à domicile) même si on sait que cela concerne un petit nombre de patients, avant le lancement des projets pilotes.

J'avais cru comprendre que de nouveaux projets pilotes allaient être lancés à l'automne. On est à l'automne

ou presque. Est-ce toujours une idée qui est retenue? Si oui, peut-on avoir un peu plus d'informations sur le type de nouveaux projets pilotes qui seraient lancés?

En conclusion, de manière transversale, je me permettrais d'appuyer sur l'accélérateur pour deux volets: celui de la concertation d'abord. Vous l'avez expliqué, plusieurs réunions ont eu lieu. Vous avez rappelé avec qui, dans quel cadre, sur quels sujets, etc. Tant mieux, c'est une démarche importante. Encore faudrait-il tenir compte des concertations. Reposez-vous, madame la ministre, sur une expertise énorme qui existe sur le terrain et sur des gens de terrain qui avaient déjà lancé toute une série de choses avant que le politique ne s'y intéresse.

Deuxièmement, je voudrais appuyer sur l'accélérateur pour le volet financier. Vous l'avez compris. J'ai pris l'exemple des maternités mais je pourrais en donner d'autres par rapport à des économies faites ces dernières années. Ces économies doivent être des économies de réinvestissement. Je voudrais savoir si en la matière, vous avez un accord politique au sein de votre gouvernement pour que s'il y a des marges financières dégagées à travers l'efficience, elles seront bien réinvesties et pas utilisées à autre chose.

Les positions émises par des partenaires de votre majorité laissent entendre et font plutôt penser qu'on ira chercher ce budget pour faire autre chose. J'ai même entendu certains dire qu'on ira utiliser des budgets de santé pour de l'ISOC, donc la réforme de l'impôt des sociétés. C'est évidemment particulièrement interpellant. Après deux ans, je ne peux pas imaginer que vous n'ayez pas eu une discussion politique avec vos partenaires de majorité sur le dossier.

Enfin, je partirai du *slide* précédent: *who wants to lead the change?* Je ne suis pas d'accord avec vous. Même si vous avez utilisé le *slide* où il n'y a plus un chat dans la salle quand on pose la question de savoir *who wants to lead the change*, je pense au contraire que par rapport au terrain, il y a beaucoup de choses qui ont été réalisées bien avant que le politique ne se mette en route: HAD, partenariat post-maternité sortie, associations partenariats des hôpitaux, hôpital de jour, indicateur de performance. À l'inverse du *slide* que vous avez montré, je pense que ces acteurs sont présents avec leur expertise. Si on avance non pas dans une logique d'économie pour aller financer d'autres volontés dans d'autres dossiers du gouvernement mais bien sur les volets qualitatif, efficience, accessibilité du patient, continuum des soins avant et après l'hôpital, je suis certaine que vous trouverez beaucoup plus de monde dans la salle que ce que vous nous avez présenté ici.

01.09 **Maggie De Block**, ministre: (...)

01.10 **Alain Mathot** (PS): Merci, madame la présidente.

01.11 **Maggie De Block**, ministre: Continuez dans ce sens.

01.12 **Alain Mathot** (PS): Madame la ministre, je vais commencer par vous féliciter. Je trouve que vous dessinez très bien. Hormis les dessins, je n'ai pas le sentiment d'avoir appris grand-chose aujourd'hui.

Je rappelle que, pour mon groupe, la réforme nous semble indispensable. Les études avaient été initiées en 2013 par Laurette Onkelinx. Nous sommes sûrs que cette réforme est indispensable pour pérenniser notre système, pour pérenniser sa qualité, son efficacité, son accessibilité. Il n'y a aucun doute là-dessus.

Le problème c'est que j'ai le sentiment qu'on a beaucoup d'études et de projets-pilotes qui ont été initiés à gauche et à droite mais j'ai le sentiment que l'ensemble manque de priorisation et surtout de concrétisation.

D'ailleurs, quand on veut parler du calendrier, vous dites qu'on avance, que c'est pour l'été 2017, et que tout sera efficient en 2018, mais c'est tout de même un peu léger par rapport à ce qui avait été demandé. Je vous rappelle qu'on parlait d'un plan pluriannuel, qui dépasserait d'ailleurs le cadre de la législature. Qu'en est-il de ce calendrier? Il me semble que cela reste flou.

En ce qui concerne l'incidence budgétaire, de nouveau, il y a peu de clarté. Je m'associe évidemment à ma collègue. Il n'était pas question que ce plan ait pour but de générer des économies pour l'État. Il était dit que les économies qui seraient réalisées seraient réinjectées. Qu'envisagez-vous effectivement? Que comptez-vous faire? Avez-vous des chiffres et peut-on avoir une estimation de ce que cela pourrait produire? Quel est votre sentiment? Cela doit-il produire des économies, et dans ce cas, vous engagez-vous à réinjecter cet argent dans les soins de santé, ou comptez-vous financer l'ISOC avec celles-ci? Si cela ne génère pas

d'économies, avez-vous un plan B? Au vu de l'ensemble des diminutions dans le budget, vers quoi va-t-on? Avant de faire des projets et de dire qu'ils seront mis en oeuvre en 2018, il serait temps de disposer de chiffres plus précis, et notamment par rapport au sous-financement chronique des hôpitaux. Celui-ci est bien réel, et on diminue encore les budgets. Cela devient de plus en plus grave et on ne sait pas vers quoi on va. C'est la raison pour laquelle il est préoccupant de s'apercevoir de l'absence de chiffres plus précis.

Justement, nous sommes également favorables à des avancées sur la réforme du paysage hospitalier, et sur la spécialisation des hôpitaux. Je pourrais donner des exemples de ce qui se fait à Liège dans ce schéma. Mais ce qui me semble manquer dans votre présentation, ce sont, en dehors de ces refontes et de ces spécialisations, sujets sur lesquels nous sommes convaincus qu'il faut avancer, des indications sur l'accessibilité géographique.

On peut entendre la volonté de coordonner et d'aller vers des réductions, mais il faut continuer à garantir l'accessibilité géographique qui me semble importante pour le bien-être des patients.

Pour mettre en œuvre cette réforme, il nous paraît aussi essentiel de tenir compte de la réalité actuelle, évidemment, mais également de l'ensemble des acteurs. Vous avez cité les rencontres que vous avez pu avoir. Mais ce qui nous revient, c'est que les syndicats des travailleurs n'ont pas été beaucoup consultés. Cette affirmation est-elle exacte ou non? Les avez-vous consultés? Si oui, quand? Combien de fois? Il nous semble que la mise en œuvre de cette réforme nécessitera évidemment l'accord des travailleurs de terrain, de l'ensemble du personnel qui va devoir vivre avec ces réformes.

Je lis dans le plan d'approche des projets-pilotes que vous avez lancés que – je cite – "des aspects de réglementations adjacentes susceptibles d'entraver le développement de modalités d'organisation et de financement créatives et innovantes doivent être signalés." Vous dites également que "des propositions visant à éliminer de telles entraves sont recommandables." Vous pointez là directement la flexibilité du temps de travail ou encore l'organisation du travail.

J'aimerais que vous puissiez préciser ce que vous entendez par "flexibilité". On entend beaucoup ce terme, qui est très à la mode. Mais qu'est-ce que cela signifie pour le personnel?

Dans le nouveau modèle proposé par le KCE, le financement forfaitaire est élargi et les tarifs sont basés sur les coûts réels moyens d'une prise en charge de qualité pour la pathologie en question. Nous n'avons aucun problème avec cette volonté de rendre un système plus cohérent. Cela nous semble logique. Mais je ne voudrais pas non plus que l'on fasse de ce système forfaitaire la panacée. Quand on voit les expériences françaises, où ce système a été mis en place, on constate qu'à un moment donné, une sélection des patients s'est opérée. On ne prenait plus les patients pour lesquels on savait que les dépenses excéderaient le forfait. Je voudrais quand même que l'on soit attentif à cette donnée. Je répète qu'un financement forfaitaire n'est pas le top.

J'en viens à un aspect de votre présentation qui m'a un peu surpris. On a bien compris le système des trois *clusters*. C'est un système complexe. Dans son étude, le KCE disait d'ailleurs: "La lisibilité du système est aussi un aspect à ne pas négliger si on veut qu'il reçoive un soutien suffisant sur le terrain. Concilier les deux est un défi quasiment irréalisable". C'était optimiste!

Quand on lit cela, on se pose des questions. Madame la ministre, j'ai lu sur votre *slide* que la définition des soins très complexes non standardisables n'était pas encore réalisée et nécessitait une étude complémentaire. J'aimerais dès lors qu'on m'explique, si on ne sait pas encore ce que sont les soins très complexes non standardisables, comment on peut définir ceux qui sont moyens ou à base variable. Il me semble primordial de déjà définir de quoi on parle et la manière dont on va les séparer.

Je me pose évidemment des questions. Seuls les hôpitaux académiques ou universitaires pourront-ils admettre les patients pour un séjour à forte variabilité? C'est une question que je me pose. Pour les *clusters* à faible variabilité, le gros risque financier est assumé par les hôpitaux. Ceux-ci ne seront-ils dès lors pas tentés de coder un séjour dans les autres types de *clusters*? Comment le risque de surcodage sera-t-il évité? Comment déterminera-t-on quel séjour rentre dans quel type de *cluster*? Qu'en est-il du traitement des *outliers*, séjours atypiques? Feront-ils partie des *clusters*? Et surtout qu'en sera-t-il de la répartition du budget disponible pour ces trois *clusters*? Est-on face à un budget fermé? Ou bien, et on revient sur la question fondamentale du budget, vers quoi va-t-on avec cette réforme envisagée?

Je souhaiterais également revenir sur un aspect important de cette réforme que vous n'avez que peu abordé. C'est la réduction de l'écart des revenus entre médecins. Il était pointé dans l'étude où on pouvait constater que la moyenne salariale par demi-journée de travail pour un néphrologue était de 862 euros, alors que celle pour un dermatologue était de 263 euros. On observe donc une grande différence, alors que le nombre d'années d'étude me semble ...

01.13 Catherine Fonck (cdH): (...)

01.14 Alain Mathot (PS): Une différence était pointée de manière assez importante. On prévoyait une meilleure concertation entre médecins, directeurs et hôpitaux. Qu'en est-il? Quel est l'état d'avancement?

Il y a aussi toute la problématique des rétrocessions d'honoraires qui est liée à ces revenus entre médecins. Quelles pistes concrètes sont-elles envisagées aujourd'hui par rapport à cela? Je n'ai pas lu grand-chose à ce sujet.

On parlait des problématiques de l'accessibilité géographique et de la proximité; il y a un problème important qui concerne le financement spécifique des services d'urgence. Il est évident que l'ensemble des implantations possède ces services d'urgence. Ces services coûtent très cher et ils sont un des pans importants du sous-financement chronique. À l'époque, mon collègue, M. Senesael, vous avait d'ailleurs adressé une question écrite car selon une enquête de l'INAMI, 40 % des facturations des services d'urgence ne correspondraient pas à la réalité. Le système actuel incite les services à surconsommer, surfacturer des actes injustifiés, raison de la fragilité de certains hôpitaux. Cette problématique me semble importante et je n'ai pas vu d'attention particulière. Estimez-vous que l'offre de médecine générale en Belgique soit suffisante par rapport à cette problématique? Parce que vous essayez de la reporter vers les médecins généralistes. Je peux l'entendre mais encore faut-il en avoir suffisamment, et suffisamment qui veulent bien faire les gardes, pour pouvoir le réaliser.

En ce qui concerne les suppléments d'honoraires, cette réforme d'envergure me semble peut-être propice à relancer, même si certains n'en veulent pas, le débat sur les suppléments, notamment pour les chambres particulières et sur leur transparence. On sait que le sous-financement du secteur hospitalier entraîne inmanquablement un report des coûts sur le patient. Pourtant, la question de ce supplément n'est pas à l'ordre du jour.

J'arrive à la fin, je vous rassure. Une autre question porte sur la prise en compte des facteurs sociaux dans le financement hospitalier. Comme vous le savez, lorsqu'un hôpital s'implante, il a parfois à faire face à une population plus en difficulté que d'autres. Ce facteur est pris en compte dans la sous-partie du B8. Qu'en est-il dans le cas de votre réforme? Allez-vous conserver cette possibilité de répondre aux attentes de populations défavorisées sur le plan socio-économique?

J'en viens à mon avant-dernière question. Une partie du BMF finance les coûts relatifs à l'enseignement clinique, à la recherche scientifique appliquée et aux développements de nouvelles technologies. Cela concerne les hôpitaux qui ne bénéficient pas du B7A, en l'occurrence les hôpitaux académiques. On parle d'un montant de 20,7 millions d'euros. Selon les informations qui me sont parvenues, une enveloppe compensatoire de 10 millions d'euros était prévue. C'est très bien, mais c'est moins de la moitié de ce qui est en vigueur pour le moment. Allez-vous maintenir la possibilité pour les hôpitaux qui ne sont pas académiques de pouvoir faire de la recherche scientifique appliquée et de l'enseignement clinique? Comment allez-vous passer d'un budget de 20,7 millions d'euros à 10 millions d'euros, si c'est bien le cas?

Si mes renseignements sont exacts, une conférence est prévue le 28 septembre à propos de la réforme de la nomenclature de l'arrêté royal n° 78. Nous savons qu'elle devra provoquer ce genre de modification. À cet égard, disposez-vous d'un calendrier des réformes et évolutions législatives? Je vous remercie, madame la ministre.

01.15 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitvoerige uitleg.

Ik heb nooit de gewoonte helemaal te herhalen wat andere leden al hebben uiteengezet. Er is al heel veel gezegd waarbij ik mij deels kan aansluiten. Een aantal zaken is nog niet erg helder.

Ik wil heel kort nog twee puntjes beklemtonen waarmee ik heel zeker zit.

Ten eerste, de stand van zaken van de huisartsenwachtposten en de relatie met de spoedafdelingen. Bij de huisartsen is er ter zake toch bezorgdheid om het behoud van hun onafhankelijkheid, wat enige commotie veroorzaakt. Ik meen daarover niet veel te hebben gehoord.

Een tweede punt waarover andere leden het ook al hebben gehad, is concreter, namelijk de vraag over wat u nu precies zult doen met betrekking tot de overconsumptie. Het gaat daarbij immers om maatregelen die u in uw beleidsnota verschillende keren hebt aangekondigd en die u ook in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering zou meenemen.

Een derde en laatste punt zal u niet verbazen. Zoals een aantal leden hier de ziekenhuizen heel goed kent, ben ik gepokt en gemazeld in de eerstelijnszorg en in de thuiszorg. Er is al heel veel verklaard over de pilootprojecten voor het bevallen met verkort ziekenhuisverblijf. Ik bekijk zelf één project in het Leuvense met een vergrootglas. Ter zake merk ik op dat ik, zoals u weet, helemaal achter het initiatief of het idee en de achterliggende visie van het project sta. Het is echter niet evident. Er zijn in de praktijk immers heel wat obstakels. De informatica en het kunnen praten met elkaar bijvoorbeeld zijn een verschrikking. Elk ziekenhuis heeft zijn eigen systeem. Ook de huisartsen hebben hun eigen informaticasysteem. Ook de vroedvrouwen hebben op hun beurt een ander systeem.

Op dat vlak botsen de pilootprojecten echt op problemen, die absoluut niet met een coördinatiepremie van 40 000 euro kunnen worden opgelost. Die communicatie kost heel veel geld. Ik doe nogmaals een oproep om het probleem van het op elkaar afstemmen van de systemen nog eens te bekijken. Er mag vervolgens niet worden onderschat hoeveel moeite het kost om in de praktijk de neuzen in dezelfde richting te krijgen. Die coördinator heeft dus meer dan zijn 40 000 euro-handen vol, om die projecten in goede banen te leiden.

Wat mij ook nog daarin opvalt is dat wanneer wij daar een wetenschappelijke monitoring van willen doen, dat ook allemaal goodwill is die bij wijze van spreken gratis gebeurt. Ik suggereer om niet een jaar te wachten om die evaluatie te doen maar om misschien per landsdeel de projecten al eens bij elkaar te roepen om te kijken of wij daar geen efficiëntiewinsten kunnen boeken of van elkaar kunnen leren of de gezamenlijke pijnpunten daar nog eens kond kunnen doen. Het zou immers bijzonder jammer zijn mocht een minder goede evaluatie gedeeltelijk te wijten zijn aan problemen die *en cours de route* kunnen worden opgelost.

01.16 Dirk Janssens (Open Vld): Mevrouw de minister, bedankt voor de uiteenzetting met betrekking tot de stand van zaken van de ziekenhuisfinanciering. Alvorens wij die stand volledig bij elkaar konden nemen moesten wij er toch even een passage uit het regeerakkoord bij halen. Ik citeer: "Het thans bestaande financieringssysteem van de ziekenhuizen wordt grondig herzien. Het nieuwe financieringssysteem moet de werkingskosten van de ziekenhuizen dekken en correct mee evolueren met de evoluerende behoeften. Het moet minder structuurgebonden en prestatiegedreven zijn en de instellingen en de zorgverleners stimuleren tot kwaliteitsvol en resultaatgericht handelen op andere relevante domeinen zoals daar zijn toegankelijkheid, tijdigheid, veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid". De uiteenzetting daaromtrent was duidelijk. De pilootprojecten, het plan van aanpak en de studies van het KCE tonen toch wel duidelijk aan dat wij op schema zitten. Ik denk niet dat wij hier moeten beginnen met u te bewieroken maar parafraserend zou het misschien eenvoudiger zijn te zeggen dat de weg nog lang is. In elk geval wens ik u veel moed.

Een concrete vraag die ik heb betreft de kwaliteit als parameter. Iedereen is het erover eens dat wij meer en meer moeten gaan naar kwaliteit als parameter bij de financiering van ziekenhuizen. Misschien heb ik het niet goed begrepen of gehoord maar aan welke criteria moeten de kwaliteitsindicatoren volgens u beantwoorden opdat zij gebruikt zouden kunnen worden voor de financiering?

Een tweede punt dat daarmee gepaard gaat is dat de Gemeenschappen hier natuurlijk een belangrijke rol in spelen. Zoals wij allemaal weten en zoals daarjuist reeds gezegd, Vlaanderen zet volop in op accreditering van ziekenhuizen. Hoe gaat een en ander zich tot elkaar verhouden? Worden daarover afspraken gemaakt, zijn er reeds gemaakt en wat is de planning hiervoor?

Ik dank u bij voorbaat voor uw antwoord.

01.17 Yoleen Van Camp (N-VA): Eerst en vooral ben ik heel blij dat er zo veel werk wordt verricht op zo'n korte termijn, na zovele jaren van scheefftrekking. Onder andere collega De Coninck haalde aan dat een op de twee ziekenhuizen in het rood staat. Nu gebeurt er eindelijk iets. Dat is een enorme opsteker voor de praktijk en een heel belangrijke verwezenlijking.

Het allerbelangrijkste dat ik hier heb gemist, is de normbestaffing voor de verpleegkundigen.

In het verleden ben ik daarop dikwijls teruggekomen. Die is totaal verouderd. Ik heb uit uw antwoorden altijd begrepen dat ook die oefening mee geïntegreerd zou worden in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Kunnen wij ook die beroepsgroep een sprankeltje hoop geven? Het gaat om een groep die het op het terrein heel moeilijk heeft. Die problematiek hangt nauw samen met de rode cijfers die de ziekenhuizen voorleggen. De normbestaffing is zo laag dat de ziekenhuizen toch nog een deel mee financieren, maar vaak zien wij op het terrein dat de werkdruk nog enorm hoog is. Bovendien zetten wij meer in op het sneller thuis revalideren, wat natuurlijk een goede zaak is, maar dat zorgt er ook voor dat de zorg veel complexer is en gecompacteerd wordt in de periode van het verblijf in het ziekenhuis.

Nog in dat kader – het hangt er een beetje aan vast – zei u dat u het BFM veel transparanter wilt maken. Dat vind ik zeker een goede zaak, maar ik wil er specifiek nog bij weten of er beter opgevolgd zal worden hoe de besteding van het BFM in de praktijk gebeurt. Het berekenen van het bedrag dat de ziekenhuizen toebedeeld krijgen, is één zaak. Een andere zaak is de vraag hoe die middelen in de praktijk besteed worden. Uit verschillende schriftelijke vragen die ik u daarover gesteld heb, blijkt dat dit vandaag totaal niet gemonitord wordt. Wij weten dus niet hoe de ziekenhuizen die middelen besteden. Die belangrijke zaken, waarmee efficiëntiewinsten geboekt kunnen worden, laten wij dus liggen. Die gegevens zouden ons namelijk een antwoord kunnen geven op, bijvoorbeeld, de vraag of ziekenhuizen die meer inzetten op verpleegkundige bestaffing ook een hogere zorgkwaliteit bieden. Voor die registratie hebben wij dus een heel belangrijke weg af te leggen.

Wat de supplementen betreft, er werd verwezen naar de bron en die is op dit ogenblik niet het RIZIV. Wij zouden er zeker baat bij hebben om die objectief in kaart te brengen en mee te nemen in de oefening.

Een ander voorbeeld van zaken die vandaag niet geregistreerd worden, maar waar wij zeker vragende partij voor zijn, is de doorverwijzing. Wij weten momenteel niet of een patiënt op eigen houtje het initiatief heeft genomen om een bepaald echelon te consulteren. Toch lijkt mij dat wel belangrijk, opdat wij de zorg vaker in eerste instantie naar de lagere lijnen kunnen genereren.

Nu kom ik tot het beter inzetten van middelen, de afbouw van het aantal bedden en meer inzetten op extramurale zorg, waarover collega Nathalie Muylle al heeft gesproken.

Wij vinden dat zeker een goede benadering, maar in het verleden heb ik er al vaak op gewezen dat dit dikwijls niet alleen meer werk betekent voor onder andere de thuiszorg en de lijnen die zich met dat zorgniveau bezighouden, maar ook dat die budgetten zullen stijgen. Ik heb al een paar keer moeten vaststellen dat die sector bij budgetoverschrijdingen geresponsabiliseerd en ook gesanctioneerd wordt. Volgens mij moeten wij ervoor zorgen dat het communicerende vaten worden. We kunnen niet verlangen dat er meer wordt ingezet op thuiszorg, maar tegelijkertijd de financiering van de thuiszorg op hetzelfde niveau behouden of zelfs afbouwen als het gaat om een verantwoorde consumptie ervan.

U sprak over de pilootprojecten en ik ben er zeker benieuwd naar hoe die verlopen. Zijn er al concrete voorbeelden van resultaten, van een succesvol project? Ik kan er mij maar moeilijk iets concreets bij voorstellen. In verband met de pilootprojecten heb ik vroeger al opgemerkt dat er altijd een ziekenhuis als partner geïncorporeerd moet worden. Daarover worden bezorgdheden geuit, omdat, als ik het even op flessen trek, een bepaalde sector, met name de ziekenhuissector, mee laat zien dat de zorg op een ander niveau goedkoper kan. Over die samenwerking bestaan er dus bezorgdheden, maar misschien bewijst de praktijk het tegendeel.

Ik wil zeker ook aansluiten bij de opmerkingen die ik heb gehoord van onder andere mevrouw Fonck en mevrouw De Coninck over de pakketfinanciering, met de vraag of er ook wordt gekeken naar de zorg buiten het ziekenhuis en hoe wij ertoe kunnen stimuleren dat er meer op de juiste lijnen ingezet wordt.

Ik denk dat ook concreet de vraag is gesteld naar de honoraria en het aspect van de afdrachten daarin. Ik ben ook zeer benieuwd naar de mate waarin zij worden meegenomen in de oefening.

Er is een laatste, zeker niet onbelangrijk, aspect om de patiënt te beschermen.

Ik vind het heel goed dat er zal worden ingezet op kwaliteit. U hebt een aantal tijdspaden voor de verschillende hervormingen uitgewerkt. Wordt er bijvoorbeeld bij de pakketfinanciering gelijktijdig of eerst

ingezet op het meten van de kwaliteit? Ik vind immers dat beide moeten samengaan om de patiënt te beschermen voor een goede zorg. Iedereen kan de zorg allicht wel goedkoper doen, maar de kwaliteit moet gewaarborgd worden. Ik wil dus graag de garantie dat die hervorming eerst of gelijktijdig met de andere plaatsvindt.

01.18 Sybille de Coster-Bauchau (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre présentation, qui était particulièrement intéressante tout en étant assez vaste. Mon collègue vous ayant posé plusieurs questions et ayant commenté la partie générale, je voulais vous interroger de façon plus ponctuelle sur la question de la place des hôpitaux académiques dans le futur échiquier hospitalier.

Nous savons tous que les hôpitaux académiques du pays sont particulièrement performants. Leur rayonnement est d'ailleurs international. On y pratique d'excellentes médecines qui contribuent, de manière significative, à l'avancement des connaissances médicales. Dans votre plan d'approche, vous proposez de financer ces hôpitaux académiques pour leurs missions d'enseignement et de recherche, sans préciser comment ni dans quelle proportion. C'est à ce sujet que j'aurais désiré que vous alliez plus loin si vous avez déjà quelques réponses. En effet, selon un des rapports d'audition, certains hôpitaux se plaignaient déjà de manière récurrente du sous-financement de la partie B7 dans le BMF. Dès lors, je voudrais connaître les modalités et l'ampleur du financement futur de ces hôpitaux académiques.

Le second point sur lequel je voulais intervenir est celui du rôle des hôpitaux académiques dans le futur système des soins de santé. Vous souhaitez la mise en place de réseaux. Je l'ai vu dans votre *Power point*. C'est une excellente idée. Il y aura partout un certain nombre de centres de référence mais ceux-ci ne seront pas nécessairement localisés dans un hôpital académique. Pouvez-vous me donner de plus amples renseignements? Je n'ai peut-être pas tout saisi dans la présentation.

J'ai une dernière question sur cette place des hôpitaux académiques dans le cadre de la régionalisation des hôpitaux académiques qui se profile à l'horizon. Comment va-t-on prendre en compte le caractère national ou international par rapport à la partie régionale de l'hôpital?

En ce qui concerne les ambulances, j'ai vu que vous mettiez en avant une tarification. Tenez-vous compte des ambulances qui dépendent des zones de secours? Quelles sont les ambulances liées aux zones de secours et dont le service est pris en charge par les pompiers AMU?

La présidente: Merci madame de Coster-Bauchau. Si vous le voulez bien, j'ajouterai quelques questions ou commentaires depuis mon banc de présidente.

Madame la ministre, comme vous le savez, avec ma collègue Anne Dedry, nous soutenons évidemment une réforme du financement des hôpitaux. Nous sommes favorables à un fonctionnement en réseau, au fait de resituer l'hôpital dans un paysage de soins, et au fait de modifier le financement pour mieux identifier et séparer celui des prestataires donnant des soins des autres frais et modes de financement des hôpitaux. Cependant, cela implique, comme vous l'avez dit, que l'on touche à d'autres dimensions. Vous avez cité la réforme de l'arrêté royal 78 et de la nomenclature. Il y a une journée d'étude sur l'arrêté royal prévue le 28 septembre. Malheureusement, nous avons deux projets de loi en commission ce jour-là.

Néanmoins, j'aurais voulu savoir deux choses maintenant. Il y a cette première journée, où les choses seront présentées. Est-ce là le début d'un processus? Allez-vous, comme vous l'avez fait pour la réforme du financement des hôpitaux, annoncer un plan avec des balises et une manière de travailler, ou disposez-vous déjà d'éléments qui redéfinissent clairement certaines professions médicales les unes par rapport aux autres? Je tiens à savoir cela de manière à ce que nous puissions veiller à l'articulation entre ces modifications et les autres modifications dans l'organisation des soins, notamment dans l'organisation des soins dans les structures hospitalières. Cela me semble important.

Dans l'introduction, vous avez rappelé la différence entre les lits justifiés et les lits agréés, l'existence de cet écart et de ce surnombre de lits aigus par rapport aux lits pour les malades chroniques ou pour la gériatrie, etc. C'était le constat posé en avril 2015 lorsque vous êtes venue. Nous sommes presque à la fin de 2016. Avez-vous une image précise de l'évolution? L'évolution du nombre de lits va-t-elle dans le sens que vous cherchez?

Je poursuivrai cette question par les évolutions constatées sur le terrain, comme plusieurs l'ont dit ici lors des échanges. On voit des rassemblements et des regroupements d'hôpitaux. Cela prend des formes

différentes, mais par territoire de soins, on constate une réorganisation.

Certains se spécialisent en accord avec des hôpitaux qui ne vont pas développer les mêmes services. J'aurais voulu savoir de quelle manière ces réorganisations et rapprochements qui ont lieu spontanément, mais qui sont aussi provoqués par la réforme que vous avez mise en place, sont suivis pour veiller au respect des critères et du déroulement du plan destiné à favoriser les pratiques de réseau en vue d'une véritable compatibilité entre les évolutions spontanées et le projet que vous allez organiser. Cela vaut aussi pour les projets pilotes et les expériences de connexion entre les soins à domicile et les soins hospitaliers.

Vous déclarez que les conseils d'avis vont être modernisés via le *redesign*. La réorganisation des comités d'éthique des hôpitaux en fait-elle partie ou bien s'agit-il d'un chapitre à part? Je vous avais posé une question orale en commission. Je suppose que des évolutions ont eu lieu depuis lors.

S'agissant des liens entre l'hospitalisation et les soins *extra muros*, j'étais intervenue en avril dernier en indiquant qu'une appellation m'ennuyait. Il est vrai que nous sommes dans le cadre d'une réforme du financement des hôpitaux et que vous souhaitez raccourcir la durée des hospitalisations en favorisant les soins à domicile, éventuellement complexes.

La formule utilisée, c'est l'hospitalisation à domicile, donc sortir des choses qui se font à l'hôpital vers l'ambulatoire. Je vous avais interrogée et je maintiens ma réflexion après ce que j'ai entendu cette après-midi. Prendre l'hôpital comme point de départ de ce qui va se développer en soins ambulatoires plutôt qu'à l'hôpital, est une vision tronquée, qui pourrait porter préjudice à la coordination et le réseau hôpital-soins ambulatoires.

Je crois qu'il faut une porte d'entrée dans l'autre sens, à savoir les soins à domicile complexes qui seront développés, plutôt que d'aller à l'hôpital. L'ambulatoire créerait alors éventuellement des collaborations avec les services hospitaliers complémentaires.

Dans ce qui va se faire et face aux difficultés exprimées par plusieurs intervenants, je pense qu'il y a un manque d'arrivée du flux dans l'autre sens, de l'ambulatoire vers la complémentarité hospitalière, plutôt que de toujours considérer l'hospitalier vers l'ambulatoire.

J'ai également une question sur l'agenda relatif aux services d'urgence, postes de garde, combinaisons entre le recours à la première ligne et le recours aux services d'urgence. Où en est-on? Comment les choses sont-elles prévues et programmées?

Je voudrais également plus d'indications sur la manière dont le fédéral et les entités fédérées travaillent en ce qui concerne différentes thématiques particulières. On a parlé de la qualité, compétence partagée, mais aussi de l'ambulatoire-hospitalier puisque le développement de l'ambulatoire est aussi de plus en plus une compétence régionale. On voit bien que pour la diminution des séjours lors des accouchements, la difficulté est d'organiser les soins ambulatoires de manière efficace, combinés à des aides à domicile, etc., de compétence régionale. Donc, l'un doit anticiper l'autre et ça nécessite des agendas partagés dans la manière de travailler.

Donc au fil des conférences interministérielles et des concertations, y a-t-il une manière de travailler qui se révèle plus efficace?

L'estimation du temps nécessaire pour les encodages et les enregistrements est une donnée importante à prendre en compte notamment quand ils sont faits par des professionnels, des prestataires de soins (des infirmières, des médecins). On a cru que si on encodait de manière harmonisée, cela allait libérer du temps. L'expérience montre que ce n'est pas forcément le cas. Dans le temps de travail et dans la gestion du travail, ce sont des données qu'il faut intégrer pour savoir ce que représente le travail dans un service hospitalier, dans sa liaison avec les autres hôpitaux ou le milieu ambulatoire, de manière à prendre cela en compte dans le financement mais aussi dans l'organisation des services ainsi que dans le refinancement.

Dans le plan, vous n'aviez pas retenu l'harmonisation des rémunérations entre les médecins spécialistes des différentes catégories, une des propositions du KCE. Par contre, vous envisagez du financement forfaitaire là où il y a peu de variabilité. Donc, quelque part, via ce biais on y arrive sans doute aussi. Néanmoins, j'ai cru comprendre qu'à travers les études que vous avez demandées en ce qui concerne la "moyenne variabilité", comme vous l'appellez, pour distinguer les honoraires, pratiques professionnelles etc., on pourrait

arriver à une identification d'une rémunération juste par rapport aux coûts et éventuellement à cette harmonisation. Mais je prends peut-être mes rêves pour des réalités. J'aurais donc voulu avoir plus de précisions sur ce que vous poursuivez en la matière via ces coûts décomposés de pratiques, les coûts professionnels et les dépenses et les cotisations par patients dans les financements.

Nous ferons une pause de cinq minutes avant de reprendre nos travaux.

La réunion publique de commission est suspendue de 17.01 heures à 17.07 heures.

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

La **présidente**: Madame la ministre, je vous rends la parole pour répondre à cette salve de commentaires et de questions.

01.19 Maggie De Block, ministre: C'est toujours le cas dans cette commission, madame la présidente.

Mevrouw Muylle, inzake de studie van het Kenniscentrum merk ik op dat het net is, omdat er qua netwerking zo veel op het terrein beweegt, dat wij, met alle respect voor de tijd die het Kenniscentrum nodig heeft om de studie af te ronden, namelijk tot midden 2017, hebben gemeend de werf rond de netwerken naar voren te moeten trekken. Er zal dan ook later in 2016 een concreet en met de deelstaten overlegd voorstel worden gegeven.

Ik heb hier op een van de slides de grote lijnen van dat voorstel al meegegeven, namelijk in welke mate wij de conceptuele nota zullen verwezenlijken.

Wanneer we het hebben over de financiering van de laagvariabele zorg, gaat het niet enkel over pathologiegroepen waarvoor referentiebedragen worden gegeven. Een en ander gaat veel breder.

De afsplitsing zal in samenwerking met de experts gebeuren.

De studie van het Kenniscentrum is op 22 maart 2016 opgeleverd. Ze wordt natuurlijk in de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening meegenomen.

Er is trouwens ook een audit voor de huisartsenwachtposten. Verscheidene leden hebben daarnaar gevraagd. De audit is nu lopende en moet ons de nodige informatie geven over waar de huisartsenposten gelegen zijn alsook over de manier waarop de samenwerking met en doorverwijzing naar ziekenhuizen gebeurt. Dat geldt ook voor de doorverwijzing naar de huisartsen. Op die manier kan de huisarts, indien er iets is, het probleem oplossen, hetzij een huisarts van wacht hetzij de dokter die de patiënt normaal behandelt.

Dat is trouwens wat nu ook in de proefprojecten, zoals er eentje in Tienen loopt, gaande is. Dat lijkt heel goed te lopen.

Wat het principe *pay for quality* betreft, in overleg met de deelstaten zullen de indicatoren vastgelegd moeten worden.

Inzake de registratie geldt de only-onceregeling, waarbij elke indicator maar één keer geregistreerd zal moeten worden. Om die reden heb ik ook gezegd dat uit de registraties de juiste nuttige zaken gehaald moeten worden. Liefst zijn er geen bijkomende registraties meer nodig, maar wij sluiten dat nog niet uit, want het hangt ook af van wat er op het terrein allemaal bestaat.

Madame Fonck, vous avez demandé si c'était en supplément. Non, c'est un prélèvement limité de 1 à 2 % du budget qui est à redistribuer. Quant à savoir si je peux donner des "petites carottes" en surplus, la situation budgétaire n'est pas propice à cela.

Hoe worden de netwerken aangestuurd? De governance van het netwerk moet worden bekeken, dat is juist wat wij nu naar voren schuiven om op het terrein sneller te kunnen vooruitgaan. Die vraag komt ook van het terrein. Wat er al bestaat, bestaat. Er zijn mensen die in associaties werken, maar wij leren toch dat er daarbij beperkingen zijn. Niet alles wordt daardoor mogelijk. Vooral het samenwerken van de ondersteunende diensten — ik denk aan het aankopen en distribueren van medicatie — tussen verschillende ziekenhuizen kan momenteel niet. Wij zullen dus extra werk moeten leveren om na te gaan

hoe er meer samenwerking kan komen.

Wat de verkorte duur na de bevalling betreft, werd opgemerkt dat er ook ziekenhuizen zijn die de verkorte duur toepassen, maar niet aan de pilootprojecten deelnemen, waardoor zij de extra som voor de coördinatie niet krijgen. Wij hebben er al twee meer geselecteerd voor de pilootprojecten. Wij waren van plan om er vijf te selecteren. Het zijn er zeven geworden. Ik ben blij dat de jonge mama's die het kunnen er ook aan deelnemen. België is trouwens het land waar men het langst in het ziekenhuis verblijft bij een normale bevalling en een gezonde baby. Wij waren echte kampioenen in het lang in het ziekenhuis blijven liggen. Wat het comfort en de hygiëne thuis betreft, moet men de huidige situatie niet vergelijken met die van drie generaties geleden, waarin nog niet iedereen de nodige sanitaire voorzieningen had om naar huis te gaan. Er is dus heel wat gaande op het terrein.

Ook de rol van de vroedvrouw wordt opnieuw belangrijker. Een tijdlang werd die verdrongen door het medicaliseren van al wat bij een zwangerschap en een bevalling hoorde. Volgens mij gaat het in de meeste gevallen om een blijk van gezondheid. Het is goed dat er op het terrein zoveel bijval is.

Wat betreft de tussenkomst voor de ICT-aanpassingen voor en tussen de ziekenhuizen is het uitgetrokken budget van 40 miljoen euro met beide handen aangenomen, ook door de mensen van Zorgnet-Icuro die zeiden dat dit voor een stroomversnelling zou zorgen. Ik besef dat wij daarmee niet de gehele ICT-kosten dekken maar het is ook nooit de bedoeling geweest dat de overheid heel de ICT van de ziekenhuizen zou financieren. Het is echter toch wel een meer dan belangrijke incentive. Dat is ook een van de budgetten die een nieuwe invulling hebben gekregen. Om die 40 miljoen euro daaraan te geven moet ik immers 40 miljoen euro elders besparen.

Ik juich een stabiel meerjarenplan voor de ziekenhuizen toe. Noteer het, ik vind dat een zeer goed idee. Wij zouden veel kunnen leren over hoe wij onze investeringen kunnen spreiden enzovoort. Ik wou alleen dat ik dat voor het budget ook had. Toen wij met deze regering begonnen, moest ik immers een besparingsplan in de gezondheidszorg voorleggen van 3,2 miljard over de hele legislatuur. Ik zit ondertussen aan een besparingsplan van 3,6 miljard over deze legislatuur. Als ik de kranten lees en de commentaren hoor, ook wat er in Plopsaland gezegd wordt, dan weet ik dat mijn budget veeleer omlaag dan omhoog zal gaan. Maar goed, het klinkt mij in elk geval als muziek in de oren.

Wat betreft KB 78, daar hebben veel mensen al naar gevraagd. Bij andere hervormingen consulteren wij, altijd en veel, alle betrokken actoren. Zo ook voor de ziekenhuishervorming, met de ziekenhuiskoepels. Voor het KB 78 gaat het echter over heel wat personen, over heel wat organisaties, en daar bleek dat eigenlijk in de praktijk niet mogelijk. Daarom houden wij op 28 september dit overleg met alle vertegenwoordigers van het werkveld.

De bedoeling is dat wij van hen de input krijgen, liefst in de dagen, maar wellicht in de weken daarna, want zij zullen die zaken ook moeten bekijken en erover vergaderen. Vervolgens maken we een plan van aanpak, dat ik ook in deze commissie zal voorleggen. In totaal zijn er zowat 600 000 mensen betrokken, die weliswaar vertegenwoordigd zijn, maar u begrijpt dat wij zoveel volk niet kunnen ontvangen.

Mevrouw De Coninck, ik hoor u zeggen dat het urgent is. Welnu, ik ben lid geworden van deze commissie Volksgezondheid in 1999 en toenmalig minister Frank Vandenbroucke zei dat de ziekenhuisfinanciering hervormd zou worden omdat het dringend en nodig was. Wij zitten dus op dezelfde lijn, alleen zijn we nu jammer genoeg zeventien jaar later. Het is nog steeds dringend en nog steeds nodig. Met haastige spoed ga ik vooruit.

01.20 **Monica De Coninck** (sp.a): (...)

01.21 Minister **Maggie De Block**: Dat is waar, er zijn al verschillende zaken gebeurd. Ik was de moedige verslaggever van het toen ook al zeer technisch werk van de commissie in de vergaderingen over de ziekenhuisfinanciering. U vindt mijn werken allicht terug in de archieven van de Kamer.

U zegt dat er op het terrein al enkele veranderingen gebeurd zijn. In Antwerpen hebt u al enkele veranderingen, met name fusies en samensmeltingen, onder uw hoede laten verlopen. Natuurlijk, als er al samenwerkingsverbanden bestaan, dan wordt er daarmee rekening gehouden. We kunnen ons erover bevragen of die samenwerkingsverbanden nog uitgebreid moeten worden, maar dan ook weer *bottom up*. De bestaande fusies worden uiteraard zeker in rekening gebracht. Ik zei al dat we niet vertrekken van een

wit blad. Wel weten we waar we naartoe willen gaan, in welk ziekenhuislandschap we wakker willen worden als de hervorming gebeurd is en hoe de organisatie voor de patiënt het best zou verlopen. Er wordt dus zeker rekening gehouden met wat er nu al bestaat.

U zegt zelf dat oudere mensen moeilijk de weg naar de zorg vinden en moeilijk weer naar huis kunnen gaan. Zij zijn afhankelijk en kunnen slecht hun plan trekken, waardoor zij misschien opnieuw moeten worden opgenomen. Daarom is er in de eerste plaats ook nood aan de geïntegreerde zorg. Oudere mensen zijn immers ook bijna allemaal chronische patiënten. Er is ook nood aan een betere transmurale zorg en een continuïteit van de zorg en samenwerken rond de patiënt. Dat nemen wij mee in de hervorming van het KB 78, zodat er een betere samenwerking rond de patiënt komt waarin iedereen zijn verantwoordelijkheid opneemt.

Het is inderdaad een grote groep waarmee wij rekening moeten houden, nu al en in de toekomst, want families zijn ook niet meer zo groot en de kans wordt kleiner dat een van de kinderen dichtbij woont – als zij er al hebben, want er zijn ook veel alleenstaande ouderen – of dat de mantelzorg kan gebeuren door iemand van de familie. De families worden immers kleiner, men woont verder van elkaar en er zijn meer alleenstaanden. Daar houden wij zeker rekening mee.

Ik heb een advies gevraagd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen over hoe de organisatie van de palliatieve zorg beter kan verlopen en wat hieraan moet veranderen. Palliatieve zorg kan immers ook in een rusthuis of thuis gebeuren. Dat heb ik vaak gedaan, maar is niet altijd gemakkelijk. Hulpverleners zien het soms midden in de nacht niet meer zitten om voort te doen. Voor mij hoeft palliatieve zorg echter niet gebonden te zijn aan een ziekenhuis. Ik ga altijd uit van de vraag van de patiënt en als men het aan een aantal mensen van het grote publiek vraagt, zal het merendeel antwoorden dat zij thuis willen sterven. Dat is zo. Thuis kan ook het rusthuis of het verzorgingscentrum zijn waar men al lang verblijft, maar de meeste mensen willen thuis sterven. Ik ben daar al lang sterk mee begaan.

Veel pilootprojecten waren nodig. Wij hebben deze in het begin dan ook terecht gelanceerd. Ik heb nu gezegd dat er genoeg pilootprojecten zijn. Ze lopen immers één of twee jaar en daarna moeten we de *best practices* of wat er mogelijk is implementeren. Daarom moet men dat in het begin doen, terwijl al de rest nog meer studiewerk en nog meer wetenschappelijke ondersteuning vereist.

Er is ook een methodologie in de oproepen voor de pilootprojecten en dergelijke meer. Wat dat betreft zitten wij nog altijd op de timing zoals die vorig jaar ook op de slide stond. Daarna zullen wij de uitrol van die nieuwe werkwijze doen op basis van de resultaten van positief geëvalueerde projecten.

Mevrouw Dedry heeft gezegd dat wij geen jaar moeten wachten, maar dat doen wij ook niet. Rond de pilootprojecten kortere bevallingsduur is er al een sessie geweest met de betrokken personen en zijn er ook nog volgende sessies gepland. Trouwens als zij ons vragen of moeilijkheden ondervinden, worden zij terug bijeengeroepen. Ik vind het belangrijk dat er dan altijd een vertegenwoordiger is van de zeven proefprojecten zodanig dat de oefening globaal wordt gemaakt. Want wat bij de ene een probleem is, is bij de anderen misschien al opgelost. Indien het wel een probleem is voor iedereen, dan moeten we het samen oplossen.

Mijnheer Vercammen, u zegt dat er veel energie zal gaan naar het verdelen van de koek. Dat wil zeggen, het bedrag dat gespendeerd wordt aan de laagvariabele zorg. Ja, maar zoals u ziet is daar ondersteunend werk gebeurd en is dat ook niet louter forfaitair zoals ik hier heb horen vallen. Dat is wel met een echte methodiek gebeurd en die oefening zal maar één keer echt serieus moeten gebeuren. Nu is het trouwens ook heel moeilijk om te ontrafelen wat het bedrag is en wat ermee gedaan wordt. Er is ook veel codering. Daar kruipt ook veel energie in. De ziekenhuisfinanciering is momenteel een kluwen dat eigenlijk door heel weinig mensen gekend is.

Het is en blijft een kleine wereld. Waar ik ook ga, ik kom altijd dezelfde mensen tegen.

Wat betreft de kostprijs per pathologie, de studie voor de BFM-ontrafeling loopt. We hebben daar een goede methodiek nodig om ervoor te zorgen dat, als er in de toekomst nieuwe technieken worden ontwikkeld, we dat gemakkelijk kunnen aanpassen. Geneeskunde is een wetenschap en wetenschap evolueert, dus dat mag niet te rigide zijn. De competentie moet er zijn om die verantwoordelijkheid te nemen, evenals de wil om de zorg zo efficiënt mogelijk te organiseren voor de patiënt.

Wat betreft de *pay for quality*, spreekt u over Kermit – de naam verwijst naar *The Muppet Show*, dat zegt al

genoeg. Dat is een systeem voor nieuwe implantaten waarbij u zegt dat de registratie twee keer langer duurt dan de ingreep zelf. Dat kan niet de bedoeling zijn. Daarvoor gaan we ons trachten te behoeden.

Er was een vraag over de administratieve vereenvoudiging van de *quick wins*. De FOD heeft al een aantal voorstellen geformuleerd om in FINHOSTA een aantal tabellen te schrappen aangezien deze gegevens bevatten die reeds elders werden bevraagd. Het schrappen van tabellen betekent ook minder registratie, wat ook weer een goede zaak is.

Daarnaast zullen gegevens in verband met personeel geïntegreerd worden in een nieuwe tabel 13 — per ziekenhuis gaat het om veel personeelsgegevens —, zodat ook het personeel slechts één keer bevraagd moet worden. Ook daar wordt dus het only-once-principe ingevoerd. Die nieuwe tabel maakt berekeningen mogelijk voor zowel het BFM als de BFM-herziening, wat ook al een vereenvoudiging inhoudt.

Voor de minimale ziekenhuisgegevens, de MZG, worden ook niet meer alle details opgevraagd, maar alleen de gegevens die significant zijn en het verschil kunnen maken.

Monsieur Thiéry, certes, l'avancement est notable. C'est un travail immense. Je n'ai pas peur de travailler, mais dans le cas qui nous occupe, ce travail est réellement immense. On peut d'ailleurs constater dans les pays qui nous entourent que cette réforme prend plusieurs années, comme au Danemark, où il aura fallu vingt ans pour la mener à bien. Nous avons évidemment toujours l'ambition de travailler plus rapidement. Oui, il y a des informations concernant les entités fédérées. Y a-t-il des différences concernant l'approche? En Flandre, M. le ministre Vandeurzen a déjà présenté son plan relatif au paysage des soins.

Minister Vandeurzen heeft voor het zorglandschap een plan opgesteld dat heel veel synergieën bevat wanneer u het naast het onze legt. Ik neem aan dat hij ook ons plan heeft gelezen. Dat is dus een goede zaak.

Van de Waalse en de Brusselse collega's heb ik nog niet zo'n dergelijk plan gezien. Wij werken niettemin met alle bevoegde ministers samen, ook met de minister van de Duitstalige Gemeenschap, via de toch wel bedrijvige interministeriële conferentie. Het is echter alleen wat is afgewerkt of bijna is afgewerkt wat op de interministeriële conferentie komt. De technische werkgroepen die tussen onze administraties zijn opgericht zijn heel bedrijvig en er is ook de input van ons kabinet.

Pour les soins de santé, à Bruxelles, il y a quatre ministres compétents. En Wallonie, il y en a aussi plusieurs, selon que ce sont des hôpitaux universitaires ou non. Les sous-quotas sont du ressort de M. Demotte tandis que les étudiants en médecine relèvent de M. Marcourt, sans que cela ne pose problème. En Communauté germanophone, c'est le ministre Antoniadis qui est compétent. Nous sommes donc parfois à huit ou neuf à nous concerter. Il a fallu l'organiser mais, jusqu'à présent, il n'y a pas eu de grandes divergences d'opinions.

S'il y a trop de candidats pour les projets pilotes, ceux qui avaient fait une proposition de projet pilote peuvent le faire mais ils ne bénéficieront pas des 40 000 euros pour la coordination car c'est uniquement prévu pour ceux qui ont été admis.

Quant aux types d'embûches, pour le "Pay for Performance" par exemple, nous avons demandé des propositions aux acteurs de terrain mais ceux-ci ne sont pas arrivés à un consensus. Il nous faut dès lors repenser la question et tenter de résorber les retards. Cela arrive.

Madame Fonck, pour ce qui est de l'arrêté royal de 1978, la consultation a lieu avec tous les acteurs. Des contacts bilatéraux ont déjà été pris avec certains mais pas avec tous. Pour cette raison, nous avons choisi de procéder de cette manière.

En ce qui concerne la liberté d'association, j'ai toujours dit qu'il était préférable de faire du *bottom-up*. Il y a deux choses importantes: pour les soins de base, c'est la proximité, c'est nécessaire pour les patients, et pour les soins spécialisés, c'est la concentration, toujours dans l'intérêt du patient.

Pour les réseaux, nous n'attendrons pas l'étude du KCE, nous irons plus vite. Et si le KCE souhaite ajouter des éléments, on pourra le faire.

Vous m'avez demandé si je pouvais octroyer un budget supplémentaire pour le *Pay for Quality*. Jusqu'à

présent, j'ai toujours refusé de faire des économies dans le budget des hôpitaux car on savait que certains hôpitaux étaient en difficulté en raison d'un sous-financement depuis des années. Je n'ai donc pas voulu faire des économies sur les hôpitaux. J'espère pouvoir maintenir ce cap dans les prochains mois.

Il faut réinvestir. Quand on parlait dans le *slide* d'une réorientation, vous dites la même chose que moi. Il faut un réinvestissement des moyens sous-utilisés, il faut une réaffectation des moyens et des effectifs au sein des hôpitaux.

01.22 Catherine Fonck (cdH): (...) de ce qui s'est passé sur les deux dernières années. Je ne voudrais pas que l'on continue...(...)

01.23 Maggie De Block, ministre: Alors, je vous ai mal comprise. Comme vous dites, des économies ont été faites sur les séjours en maternité. J'ai injecté 40 000 euros par an par projet approuvé, pour la coordination de chaque projet de pilotage. Il faut dire que cela concerne 7 projets. Il ne faut pas confondre les deux (les 18 millions d'économies et les 40 000 euros par projet).

Nous avons voulu réintroduire le *Pay for Performance* étape par étape et sans enregistrement supplémentaire si cela était possible. Nous commençons avec un budget limité pour ne pas mettre les hôpitaux en difficulté. Vous avez bien vu que cela figurait dans les *slides*.

Pour les projets de pilotage, les candidatures ont été demandées, pour les soins à la maison, avant le 16 septembre. Nous les avons reçues et nous sommes en train de les évaluer. Il n'y a qu'une semaine que nous les avons reçues. C'était le vendredi 16, et nous sommes le 20.

01.24 Catherine Fonck (cdH): Cela portait-il juste sur les soins à domicile, il n'y en avait pas d'autres?

01.25 Maggie De Block, ministre: Pour les soins intégrés, ce sera avec les Communautés. C'est déjà commencé.

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

01.27 Maggie De Block, ministre: Non, aucun appel supplémentaire n'est prévu.

Vous avez dit que vous et beaucoup d'autres êtes prêts à vous occuper de réformes sur le terrain. Je trouve que c'est une bonne nouvelle, je vous l'ai dit.

Monsieur Mathot, il est vrai que nous avons besoin de plus en plus de moyens. Pour cela, il faut tout le temps faire des économies et des réinvestissements. C'est ce que nous faisons quand nous élaborons le budget, mais aussi dans l'accord médico-mutualiste, l'accord dento-mutualiste et l'accord logopédo-mutualiste, et toutes les méthodes de concertation. C'est ce que nous faisons dans le budget de l'INAMI même. Le taux de croissance est légèrement supérieur à 1 % alors que les prévisions du Bureau du Plan étaient de 2,2 %. Vous voyez qu'il faut faire des économies et en même temps des réinvestissements tout le temps. Sinon, nous n'y parvenons pas.

En ce qui concerne les syndicats des travailleurs, je suis vraiment étonnée que vous disiez cela, parce que je les rencontre plusieurs fois par mois, au moins une fois par mois. Il faut leur demander. Je sais que c'était dans votre note, mais nous avons eu beaucoup de concertations avec leurs représentants.

Vous avez demandé si c'était un système forfaitaire. Ma collaboratrice va vous expliquer pourquoi la méthode de calcul que nous avons choisie n'est pas forfaitaire.

01.28 Medewerkster van de minister: Mevrouw de voorzitter, bij de laagvariabele zorg is het de bedoeling dat wij in de richting van één uniform, vast bedrag per pathologiegroep per patiënt evolueren. Dat zullen wij alleen doen voor de laagvariabele zorg.

De eerste fase is alle honoraria in één bedrag bundelen. Dat kan uiteraard alleen maar zonder risico op selectie van patiënten worden gedaan, indien wij vaststellen dat in de praktijk de variabiliteit tussen patiënten klein is. Daarom hebben wij het volgende beslist. Het KCE heeft de pathologiegroepen waarvoor dat zou kunnen, al geïdentificeerd. Vooraleer wij dat uniform bedrag invoeren, zullen wij aan klinische experts — artsen die dagelijks met die patiënten werken — vragen om na te gaan of die patiëntengroepen inderdaad

homogeen zijn, in die zin dat er geen gemakkelijke selectie kan gebeuren waarbij men probeert de risicovollere patiënten uit de groep te duwen. Dat willen wij op die manier bekijken.

Een volgende fase voor de laagvariabele zorg is dan ook dat de financiering van de geneesmiddelen en van het BFM-luik in dat bedrag wordt geïntegreerd. Momenteel kunnen wij dat nog niet, omdat in het BFM, dat een globaal budget is dat de ziekenhuizen krijgen, eerst de studie moet gebeuren, teneinde na te gaan aan welk deel van het BFM door elke patiënt wordt bijgedragen. Wij noemen dat de ontrafeling of *détricotage* van het BFM, waarbij wij het hele BFM uitsplitsen en nagaan wat door elke patiënt wordt meegebracht. Eens dat is geweten, kan voor de laagvariabele zorg het bedrag per patiënt worden toegekend. Op dat ogenblik is er een uniform bedrag per patiënt.

Voor de mediumvariabele zorg is het de bedoeling dat wij met een systeem van een gesloten budget op nationaal vlak blijven werken. Dat budget wordt tussen alle ziekenhuizen a rato van hun aantal opnames en de zwaarte van die opnames onderling verdeeld. Ook op dat vlak moeten wij kijken hoe die verdeling in elkaar zit. Belangrijk is dat wij ook moeten nagaan, indien de patiënt verantwoorde zorg krijgt, hoeveel die zorg kost. Op die manier kan de verdeling van het budget (via de verdeelsleutels) in lijn gebracht worden met de verantwoorde kosten voor de patiënt.

Indien voor alle patiënten de verhouding tussen de kostprijs van de patiënt en zijn opbrengst gelijkaardig is, is er ook geen risico dat bepaalde patiënten worden uitgeselecteerd. Indien bepaalde complexere patiënten meer kosten, maar het ziekenhuis er ook meer centen voor krijgt, is er geen risico dat het ziekenhuis die zware patiënten vermijdt. Daarom moeten wij in essentie proberen, enerzijds, het BFM te ontrafelen en, anderzijds, in de studie per patiënt te identificeren hoeveel de kosten voor de verantwoorde zorg per patiënt bedragen.

De geneeskunde blijft uiteraard evolueren. Mevrouw de minister heeft dat zelf ook aangehaald. Het is dus ook belangrijk dat wij zo'n methodiek opzetten om, om de paar jaar, de herberekeningen te kunnen laten lopen om te zien of de financiering nog altijd in de lijn ligt van de verantwoorde kosten. Vandaar het opzetten van die studie, maar ook het opzetten van een methodiek waarmee die studie in de toekomst gerepliceerd kan worden.

Voor de hoogvariabele zorg gelden de twee elementen: men moet kijken naar de kosten van de patiënten en de financiering. Het is niet zo dat wij nog niet weten wat hoogvariabele zorg is. Dat concept is wel gedefinieerd, maar om te weten hoe het vertaald wordt in een specifieke financiering gaan wij eerst kijken hoe men het in het buitenland doet. Wij proberen te leren uit die buitenlandse ervaringen om het in de Belgische context toe te passen, maar het is niet zo dat wij niet weten wat het concept is.

01.29 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour vos explications. J'entends bien la problématique de la technicité. Par contre, nous aurons in fine le même gros souci qu'aujourd'hui. Les hôpitaux reçoivent le prix de journée. À l'heure actuelle, nous en sommes à 18 mois entre le temps T et l'information sur le prix de journée effectif. L'un des enjeux sera d'éviter le même écueil, car un tel décalage dans le temps représente un casse-tête chinois et, a posteriori, les budgets des hôpitaux sont taxés de catastrophiques. Aussi, en voulant tout modifier, veillons à garantir les volets praticabilité et effectivité et à ne pas nous trouver face à la même problématique que la problématique actuelle et à ce décalage monstrueux dans le temps. Cela ne permet pas aux hôpitaux de travailler de façon efficace sur le plan budgétaire.

01.30 Monica De Coninck (sp.a): Mevrouw de minister, ik wil nog een informatieve vraag stellen, omdat er ook evolutie in zit.

Eigenlijk zegt u dat er toekenningen gebeuren naar gelang van de pathologie. Voor een bepaalde pathologie wordt er bijvoorbeeld 100 euro toegekend, omdat het uit statistieken blijkt dat die pathologie gemiddeld gesproken voor 100 euro behandeld kan worden. Mogelijk zoeken de ziekenhuizen naar meer efficiëntie en ontwikkelen zij een praktijk waarbij die behandeling voor 90 euro kan, bijvoorbeeld door betere organisatie. Op termijn betekent dat dus, door die financiële drive, dat dezelfde behandeling voor 10 euro minder uitgevoerd kan worden. Welnu, ik vraag mij af wat u met die 10 euro zult doen. Beloont u de ziekenhuizen voor hun efficiënt werk, doordat zij die 10 euro gedurende enkele jaren mogen behouden, bijvoorbeeld voor investeringen in kwaliteitsverbetering? Of zult u beslissen dat de toekenning voor alle ziekenhuizen op 90 euro gebracht wordt? Ik vrees dat u in dat laatste geval geen incentives tot optimalisatie meer zult krijgen. Misschien druk ik mij niet duidelijk genoeg uit, maar ik zit daar voor een stuk wel mee in mijn maag.

Ik merk dergelijke zaken trouwens vandaag al. In België zijn er ziekenhuizen die hetgeen u wenst, al uit zichzelf doen, omdat zij een goede leiding hebben en voor hun aanpak ook vooruitkijken. Die ziekenhuizen worden vandaag echter gestraft, want hun budget financiële middelen zal op termijn dalen. Dat zet een enorme rem. Daarom wil ik u vragen hoe u dat in de toekomst zult vermijden.

01.31 Alain Mathot (PS): Je ne fais que lire ce qui était écrit. Je voudrais qu'on me précise l'étude qui est demandée. Comment concevez-vous cette étude sur les soins à haute variabilité? Quand on ne peut pas les définir, j'ai des craintes.

On n'a pas de calcul, on n'a pas de prix, pas de budget et on ne sait pas vers quoi on va. C'est inquiétant pour l'ensemble des hôpitaux. Vers quoi vont-ils aller et que va-t-on leur imposer demain par rapport à des projets pilotes? Tout n'est pas non plus transposable du jour au lendemain. Par exemple, les statuts diffèrent d'un hôpital à l'autre. Il y a tellement de variables. Y a-t-il une période tampon? Comment imagine-t-on ces périodes?

01.32 Medewerker van de minister: Mevrouw Fonck is bekommerd over de timing en de herzieningen. Voor de laagvariabele zorg is het de bedoeling dat de prijs die het ziekenhuis krijgt, vastligt op het ogenblik van de opname en dat die niet meer verandert. De prijzen zullen vastliggen, net zoals de tarieven voor de medische prestaties nu. Dat zal op voorhand bekend zijn, dat zal niet meer veranderen.

Voor de medium variabele zorg blijven we werken met het systeem van een nationaal budget dat verdeeld wordt onder alle ziekenhuizen. Daar kan men niet anders dan werken met activiteitscijfers uit het verleden, maar liefst zo recent mogelijk. Dat kan niet anders.

01.33 Catherine Fonck (cdH): Il faut raccourcir les périodes. Ces trois dernières années, le délai était de moins de six mois. Nous en sommes aujourd'hui à 18 mois. C'est intenable!

01.34 Medewerkster van de minister: Men werkt met kortere periodes en recentere gegevens. Bovendien, naast de berekening van de verantwoorde bedden, is er nog altijd het systeem van de herziening van het budget financiële middelen. De FOD is op dit ogenblik bezig met de herziening 2011-2012. Dat is 5 jaar na datum. Ook die periode moet korter.

Voor een aantal elementen wensen wij ook in de wetgeving in te schrijven dat zij niet meer herzienbaar zijn maar gewoon gefinancierd worden in het lopend jaar, op basis van gegevens die achteraf niet meer veranderen, zodat de onzekerheid voor de ziekenhuizen sowieso vermindert.

01.35 Catherine Fonck (cdH): Même si c'est au détriment des hôpitaux?

01.36 Medewerkster van de minister: Nee. Niet "au détriment".

01.37 Catherine Fonck (cdH): Ah si!

01.38 Medewerkster van de minister: Nee, dat is niet "au détriment".

01.39 Catherine Fonck (cdH): Si.

01.40 Medewerkster van de minister: Nee, als het voor iedereen duidelijk is dat men op basis van bepaalde criteria financiert, dan zijn die voor iedereen gelijk. Dat is altijd het principe, maar wij moeten uiteraard proberen om de *décalage* zo kort mogelijk te houden, want anders is er voor jaren onzekerheid, omdat de herziening pas zeven jaar na datum komt.

Ik kom tot de volgende vraag van mevrouw De Coninck. Als een ziekenhuis erin slaagt om efficiënter te werken, wat doen wij daar dan mee? Als men weet wat men zal krijgen inzake financiering, dan blijft het voor elk ziekenhuis een belangrijke prikkel om te proberen te werken tegen lagere kosten. Die incentive blijft dus aanwezig. Vandaar hebben wij bij het opzetten van de methodiek gezegd dat de overheid om de paar jaar de kosten van de zorg zal moeten herberekenen. Als een individueel ziekenhuis werkt tegen lagere kosten, dan zal het gemiddelde geleidelijk zakken en zal op termijn, na een aantal jaren, de prijs die de overheid betaalt ook kunnen zakken, omdat bepaalde ziekenhuizen bewezen hebben dat het tegen lagere kosten kan. In de tussenperiode heeft het ziekenhuis dus altijd het voordeel al tegen lagere kosten te werken, maar

toch nog geen lagere prijs te krijgen. Dat is de incentive die erin zit.

Na een aantal jaren zal de prijs dan zakken. De ziekenhuizen die zich nog niet aangepast hebben, zullen dan ook gedwongen worden om zich aan te passen, maar in die zin heeft een ziekenhuis altijd de prikkel om te proberen efficiënter te werken. Uiteraard moeten wij qua kwaliteitscriteria er blijven op toezien dat er geen mistoestanden groeien en dat er zich geen kwaliteitsproblemen voordoen. De prikkel zit hierin: in de herberekening van de financiering zal de overheid altijd een aantal jaren trager moeten werken, omdat er eerst voldoende gegevens beschikbaar moeten zijn van ziekenhuizen die het anders doen. Het is niet de bedoeling dat, als een ziekenhuis vandaag bewijst dat het goedkoper kan, morgen aan de hele sector die werkwijze wordt opgelegd. Er is dus altijd in een overgangperiode voorzien, zodat de ziekenhuizen de prikkel blijven hebben om efficiënter te werken en daar gedurende een aantal jaren het voordeel van te hebben.

Wat de hoogvariabele zorg betreft, wij weten wat hoogvariabele zorg is. Het kenniscentrum heeft die statistisch afgelijnd, maar de vraag is nu hoe men deze precies zal vertalen in de financiering. Wij merken dat men daar in verschillende landen op een andere manier mee omgaat. Sommigen nemen als invalshoek een bepaalde patiëntengroep. Bepaalde specifieke pathologieën kunnen gepaard gaan met heel veel variabiliteit. Men gaat dan de zorg die de patiënt nodig heeft anders financieren. Anderen nemen een andere invalshoek: als er heel complexe zorg nodig is, dan die is heel specifiek gesitueerd binnen bepaalde diensten in een ziekenhuis, bijvoorbeeld een pediatrische intensieve zorg. Men zal dan die dienst anders financieren. Men gaat uit van een dienstbenadering of een patiëntenbenadering of een zorgprogrammabenadering.

Wij bekijken dus eerst hoe andere landen het aanpakken, hoe zij de hoogvariabiliteit concreet vertalen in hun financieringssysteem, om dan te kijken hoe wij deze in de Belgische context kunnen toepassen.

Het is duidelijk dat hoogvariabele zorg in de meeste ziekenhuizen kan voorkomen. Het is zeker geen monopolie van de universitaire ziekenhuizen — dat was onderliggend ook een deel van de vraag. Dat is zeker niet de bedoeling.

01.41 Maggie De Block, ministre: Je poursuis. Monsieur Mathot, vous avez demandé le facteur social. Ils en ont évidemment tenu compte dans le financement des hôpitaux, comme toujours. Il y a des facteurs liés à l'hôpital, mais aussi à la population qui est là pour soigner. Il y a aussi des différences chez les patients, lorsque cela concerne quelqu'un qui ne parle pas la langue. Nous avons financé, avec la crise des migrants, des négociateurs interculturels dans les hôpitaux, mais aussi des traducteurs. Nous avons aidé en ce domaine, car il est très difficile pour les infirmières de se faire comprendre. Ce qu'elles expliquent aux patients n'est pas compréhensible par ces derniers, et cela peut causer davantage d'anxiété et de nervosité. Nous avons évidemment tenu compte de cela. C'est nécessaire. La situation n'est pas la même dans toutes les familles, chez tous les patients, ni dans tous les hôpitaux.

J'en viens aux dix millions pour les maîtres de stage dans les hôpitaux non universitaires. Cela fait partie de l'accord médico-mutualiste. Ils sont en négociation pour déterminer comment ils vont partager ces moyens. Les 20 millions dont vous parlez sont destinés au budget B7B. Nous avons dit que nous cherchions des économies à faire, mais nous avons demandé une proposition à la commission nationale des établissements de soins. Nous nous attendons à en disposer dans quelques jours ou dans quelques semaines.

Mevrouw Dedry, voor de huisartsenwachtposten is er een audit lopende omdat wij natuurlijk willen weten hoe zij kunnen samenwerken met de ziekenhuizen en waar er nog blinde vlekken of problemen zijn.

Wat de overconsumptie betreft is er een plan inzake handhavingsbeleid opgesteld. Ik ben daar in een van de slides ook op ingegaan. U moet mij er niet van overtuigen dat er heel veel werk en inzet nodig is om zo'n pilootproject uit te voeren. Dat is gigantisch. Men kan dat nog zo goed voorbereiden, toch doet er zich volgens mij elke dag wel iets voor op het terrein. Dat is zo, dat is het leven zoals het is, met al zijn verrassingen *en cours de route*. Zoals ik al zei, er zal zeker niet gewacht worden om te overleggen. Er werd trouwens al overlegd en dat zal nog gebeuren.

Mijnheer Janssens, wat de kwaliteit betreft als parameter bij de financiering van de ziekenhuizen, het volgende. Aan welke criteria moeten de kwaliteitsindicatoren voldoen om ze te kunnen gebruiken voor het meten van de kwaliteit bij de financiering? Wel, het moeten indicatoren zijn die zeer relevant zijn voor de patiënt. Wat is de gezondheidswinst die de patiënt heeft na de ingreep? Hoe voelt hij of zij zich erbij? Wat is

de meerwaarde inzake onafhankelijkheid, *quality of life* enzovoort. Het moet ook relevant zijn voor de maatschappij. Er moet daar dus toch een gemene deler gevonden kunnen worden. Wat voor de ene soms belangrijk is, is dat niet altijd voor de andere.

Ze moeten herkenbaar zijn voor de zorgverstrekkers zodanig dat ze ook gemakkelijk geregistreerd kunnen worden.

Ik heb al vermeld dat wij bij voorkeur via bestaande registraties willen werken. Daarover bestaat literatuur. Wij zijn ook al naar een studiedag geweest. Er is op dat vlak nogal wat gaande. Ook internationaal begint de materie erg te leven. Het is ook belangrijk dat de indicatoren niet manipuleerbaar zijn. Zo niet zijn wij immers nog verder van huis.

Wat wij ook niet willen, is dat door die indicatoren een risicoselectie zou gebeuren. Dat zou immers een pervers effect zijn, omdat in voorkomend geval relatief goede patiënten zouden worden geselecteerd om bepaalde ingrepen te doen. Patiënten die echter veel comorbiditeit hebben, zouden dan niet meer worden geselecteerd, omdat het risico dat de indicatoren door die comorbiditeit slecht zouden worden beïnvloed, te groot zou zijn. Dat moeten wij zeker vermijden. Dat zou immers niet goed zijn voor de patiënten.

De Gemeenschappen hebben daarin natuurlijk ook een rol. Vlaanderen zet volop in op de accreditering van de ziekenhuizen. Wij zullen een aantal bijkomende federale kwaliteitsindicatoren vastleggen. Nogmaals, wij zullen zo veel mogelijk van de bestaande registraties gebruikmaken op basis van de only-onceregel.

Voor de concrete indicatoren geef ik de voorkeur aan de outcome-indicatoren, die effectief de toestand van de patiënt na de ingreep of na de hospitalisatie meten, zoals vermeld op de ICHOM-conferentie in Londen, een idee dat ook in het debat naar voren is gekomen.

Op dat vlak zullen wij ook moeten nagaan welke indicatoren wij aanhouden en erover waken dat wij er niet te veel per ingreep selecteren.

Een werkgroep is daarmee bezig. Ik heb gevraagd of hij zich kan uitspreken over de meest voorkomende aspecten die wij geselecteerd hebben. Voor heel zeldzame zaken doen wij het niet, omdat de groep waarmee gemeten wordt, veel te klein is. Ik heb gevraagd naar concrete voorstellen, waarna wij zelf een keuze zullen moeten maken in samenspraak met degenen die de registratie moeten doen.

Wij boeken ook op dat vlak vooruitgang. Het is belangrijk dat wij op internationaal vlak zeker niet de enige zijn.

Mevrouw Van Camp, u zei dat de verpleegkundige normen ook belangrijk zijn. Ik heb die niet expliciet vermeld, omdat sinds de zesde staatshervorming de verpleegkundige normen in samenwerking met de Gemeenschappen beslist moeten worden. De basisbestaffing moet gegarandeerd zijn. Daar zijn wij voor bevoegd. Maar de normen zullen zeker afhangen van de zorgzwaarte. Daarvan hangt af hoeveel verpleegkundigen men moet inzetten.

Als het aantal bedden wordt afgebouwd – wat zal moeten gebeuren en ik spreek mij nog niet uit hoeveel – zal men inderdaad meer verpleegkundigen per bed kunnen hebben. Dan moeten de normen misschien ook herbekeken worden, in samenwerking met de Gemeenschappen.

Ik zeg al langer dat wij wat dat betreft de limiet bereikt hebben. Het aantal verpleegkundigen per patiënt is zeer laag bij ons. Dat maakt dat de werkdruk voor hen enorm hoog is. Wij hebben dat de vorige jaren ook gezien met de MAHA-studie. Er is vooral bespaard op verplegend personeel. De kosten werden vooral daar afgebouwd. Daarmee zijn wij de slechte kant op gegaan.

01.42 Yoleen Van Camp (N-VA): (...)

01.43 Minister Maggie De Block: Ja, daar moeten de deelstaten voor zorgen.

01.44 Medewerkster van de minister: De erkenningnormen zijn een deelstaatbevoegdheid. De organieke wetgeving is een federale bevoegdheid.

01.45 Minister Maggie De Block: Inzake het BFM is er nu sprake van een onderfinanciering. Wij moeten weten hoe het BFM besteed wordt, maar om het budget ook te behouden, moeten de ziekenhuizen wel bewijzen dat zij ook de normen voor de personeelsbestaffing nakomen. Daarop kan niet blijvend extra

bespaard worden.

Inzake de doorverwijzing kan ik ermee akkoord gaan dat het nuttig kan zijn om de informatie daarover te kennen, maar dat zou wel weer een extra indicator ter registratie betekenen. Het zou registratie vergen van de al dan niet doorverwijzing of terugverwijzing van patiënten en de bewegingen tussen de ziekenhuizen. Ik wil dat allemaal wel vragen, maar dat betekent wel een extra registratie.

Voor ons is vooral de kwaliteit van de zorg voor de patiënt belangrijk, maar zeker ook het comfort voor de patiënt. Wij zullen aan de patiënt geen moeilijke of onnodige verplaatsingen opleggen. Er spelen uiteraard financiële elementen, maar het comfort van de patiënt primeert. Wij respecteren altijd de vrije keuze van de patiënt. De basiszorg vindt best zo dicht mogelijk bij de patiënt plaats, terwijl de patiënt voor gespecialiseerde zorg doorverwezen kan worden. Dat neemt niet weg dat sommige mensen een voorkeur hebben voor een welbepaald ziekenhuis, dat niet het meest nabij gelegen ziekenhuis is. Wij zijn echter geen tegenstander van die vrije keuze van de patiënt. Wij zullen uiteraard rekening houden met de afstand, maar als de patiënt er zelf voor kiest om naar een verder gelegen ziekenhuis te gaan, dan kan de patiënt dat wel doen. De patiënt moet op consultatie gaan bij degenen in wie hij vertrouwen heeft en de vrije keuze van de patiënt is voor ons essentieel.

Inzake de *Pay for performance* heb ik al veel gezegd. Wij moeten een traject maken. De werkgroep selecteert een eerste set van haalbare kwaliteitsindicatoren en bepaalt de normen daarvoor van jaar tot jaar. Die normen kunnen dus wijzigen in de loop van de volgende jaren, als dat nodig is.

Vooraleer de financiering direct te koppelen aan de indicatoren, geven wij de nodige informatie aan de ziekenhuizen, zodat ze simulaties kunnen maken van hun situatie en eventueel bijsturen. Ook al gaat het maar om 1 of 2 % van hun budget, dat komt wel overeen met hun winstmarge. Daar moet dus voorzichtig mee worden omgesprongen.

Ziekenhuizen kunnen er vervolgens voor kiezen om hun resultaten te publiceren op een website, zoals nu al gebeurt voor Vlaanderen. Na een bepaalde periode worden de scores sowieso bekendgemaakt. Dan pas wordt de financiering effectief gekoppeld aan de scores voor de geselecteerde indicatoren. Wij zullen dus volop kunnen bijsturen *en cours de route*, vooraleer de ziekenhuizen het effect ervan zien in hun financiering. Eens de bal aan het rollen is, is er geen houden meer aan. Kortom, we zijn heel voorzichtig en wij willen niet nog meer ziekenhuizen in problemen brengen.

Madame De Coster, les hôpitaux académiques ont leur propre rôle et le conserveront. Notre pays en compte sept à côté de nombreux autres hôpitaux. Il n'y a heureusement que sept hôpitaux universitaires et des hôpitaux tertiaires, quaternaires. Leurs tâches demeurent inchangées et on ne va pas accorder de priorités aux hôpitaux universitaires qui sont trop peu nombreux pour ce faire. Ils dispensent également des formations. C'est quand même important pour nos étudiants et nos stagiaires.

En ce qui concerne le surnombre de lits, j'ai dit, lors de la présentation des *slides*, que les données se rapportaient à celles de 2013. Sachant ce qu'il s'est passé entre-temps, on constate que la courbe verte a encore diminué. L'écart augmente entre le nombre de lits agréés et justifiés. À cet égard, il importe d'intervenir et cela continue, car la période d'hospitalisation est plus courte et il y a aussi l'hospitalisation de séjour, qui va croissant. Dans ce cas, vous savez que la courbe verte diminuera encore.

Le *redesign* ne touche pas aux hôpitaux, mais vise plutôt le nombre de comités d'avis au sein des administrations. Du côté fédéral, il y a plus de cent comités d'avis. En la matière, nous pouvons également apporter des simplifications. En effet, ce sont les mêmes personnes qui y siègent avec d'autres casquettes. Ce n'est pas négatif, certes, parce que ces personnes sont impliquées sur le terrain, mais des simplifications pourront avoir lieu à ce niveau.

La date butoir pour les projets pilotes soins à domicile était le 16 septembre 2016. Nous les avons reçus. Une concertation doit être menée avec les Communautés car les soins à domicile peuvent se faire à la maison mais concernent aussi les maisons de repos. Il peut s'agir aussi d'une revalidation.

J'en viens, madame Gerken, à la rémunération des honoraires.

Er zijn drie werven die apart bestaan maar toch elkaar beïnvloeden. De financiering van de ziekenhuizen, het KB 78 en de herijking van de nomenclatuur waarbij we wel weten dat we met dat laatste niets moesten

beginnen want anders zou er niemand nog aan de tafel zitten. Daar gaan we immers ook heel moeilijke onderhandelingen tegemoet.

Ik denk dat de heer Mathot hier het ongelukkige voorbeeld gegeven heeft van wat een nefroloog ontvangt in vergelijking met iemand anders. Ik denk dat wij er rekening moeten mee houden dat voor het ene wat meer infrastructuur en techniciteit noodzakelijk is dan voor het andere.

Madame Gerkens, vous avez demandé ce qui allait se passer après le 28 septembre. Pour moi, c'est un point de départ de la concertation avec tous les acteurs. On va leur présenter en même temps le plan d'approche et la note conceptuelle d'organisation dans le cadre de l'arrêté royal 78. Je suis sûre que nous aurons beaucoup de réponses et de remarques de leur part et il faudra produire un grand travail pour réaliser un plan d'approche. Il y aura beaucoup à faire par la suite car, pour chaque métier, il faudra prendre un arrêté royal.

En ce qui concerne les zones de secours, elles sont différentes selon que cela concerne les soins urgents ou d'autres éléments. Le groupe de travail se charge de travailler sur l'organisation des différents niveaux, par exemple les soins, les soins urgents, le travail de nuit ou les week-ends. C'est un grand travail que nous menons actuellement.

01.46 Medewerker van de minister: Mevrouw de voorzitter, wat betreft verschillende indelingen voor verschillende vormen van zorg of van bijstand is het natuurlijk duidelijk dat netwerken een andere dimensie hebben dan een interventiezone van een bepaalde ambulance. Dat zal nog anders zijn dan het gebied dat door een huisartsenwachtpost wordt bediend en nog anders dan het gebied dat door een project voor geïntegreerde zorg... op de landkaart komen verschillende lagen van organisatievormen. Het zal natuurlijk een oefening zijn om deze op elkaar af te stemmen en met elkaar te matchen. Dat zal nooit identiek kunnen zijn en er zullen altijd wel verschillen en overlappingen zijn. Het kan niet de betrachting zijn dat elke vorm van zorg en bijstand op een identieke manier en op dezelfde geografische basis wordt afgelijnd. Dat is totaal niet realistisch en niet werkbaar.

Rekening houdend met de verschillen die er zijn of met de eigenheden, en als wij dan een kaart nemen en wij zetten daar bij wijze van spreken een aantal vellen cellofaan op die telkens een bepaald gebied afbakenen, dan zullen wij een aantal natuurlijke samenwerkingsvormen kunnen detecteren. Maar het zal een oefening van afstemming zijn; wij zullen moeten nagaan hoe wij dat op een optimaal werkbaar manier op elkaar kunnen afstemmen.

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

La **présidente**: Certains d'entre vous souhaitent-ils ajouter un élément ou une question? (*Non*)

Dans ce cas, nous clôturons maintenant nos échanges.

On se retrouvera pour faire le point lorsqu'une nouvelle étape de concrétisation sera franchie.

01.47 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, nous vous ferons parvenir le PowerPoint.

La **présidente**: Merci. Nous le mettrons à disposition pour l'extranet de la commission.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 18.16 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.16 uur.